

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8 มุ่งเน้นให้มีการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่เป็นโรคจิตในชุมชน เท่าเทียมกัน ลดความกระจัดกระจายของระบบบริการ เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแลในโรงพยาบาล ลดอัตราการครองเตียงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ กรมสุขภาพจิตจึงมีแผนพัฒนาสุขภาพจิต โดยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตที่บ้าน ซึ่งมีแนวคิดว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิต (กรมสุขภาพจิต, 2540) ในเวลาต่อมาแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 ได้เน้นการนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและการอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน แนวคิดในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันได้ให้ความสนใจแก่ประชาชนที่เป็นองค์รวม (Holistic) ผสมผสานและต้องมีความต่อเนื่อง (continuing) เชื่อมโยงกันระหว่างสถานพยาบาลในระดับต่างๆ อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ (กรมสุขภาพจิต, 2544) เนื่องจากปัญหาในการบริการสุขภาพในปัจจุบันเป็นการให้บริการแบบแยกส่วนที่ขาดระบบความเชื่อมโยง เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน ลดความกระจัดกระจายของระบบบริการ ได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นสู่การให้บริการสุขภาพจิตในโรงพยาบาล โดยเน้นการลดระยะเวลาของการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัวไว้รับการรักษาในโรงพยาบาล การรักษาเน้นที่การดูแลไม่ให้เกิดอาการมากกว่าเดิม หรือไม่ให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยหรือผู้อื่น ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงสั้นลง เมื่ออาการทางจิตสงบลงพอที่จะเข้าสังคมได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้นจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปดูแลต่อโดยครอบครัว อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย (กรมสุขภาพจิต, 2544) ซึ่งการกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเก่านั้นเป็นปัญหาที่ได้รับความสนใจและให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่องว่าผู้ที่เป็นโรคจิตที่จิตแพทย์ลงความเห็นว่ามีอาการทางจิตดีพอที่จะกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้แล้ว มีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นอย่างไร เพราะเหตุใดต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีก

ระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ กล่าวถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเป็นกระบวนการจัดบริการที่มุ่งพัฒนาให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประชาชนได้รับการหลักที่

จำเป็นด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (basic essential package of health care services) โดยเสมอภาค (equity) ระบบบริการสุขภาพควรเป็นระบบที่สามารถปรับให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงต่อสภาวะแวดล้อมปัจจุบัน ส่งเสริมให้เกิดการแข่งขันและการร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนด้วย จุดมุ่งหมายเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่ต่อเนื่อง ครอบคลุมเป็นองค์รวม (Holistic) โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ที่สุดเป็นบริการที่อยู่บนพื้นฐานของจริยธรรมของพยาบาล (ทัศนาศ นุญทอง, 2545) และเป็นบริการที่ผู้ให้บริการมุ่งเน้นพัฒนามาตรฐานบริการซึ่งผู้รับบริการมีโอกาสเลือกใช้บริการที่มีคุณภาพโดยเสียค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม (ทัศนาศ นุญทอง, 2542) นอกจากนี้แล้วการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนไทยตามนโยบาย "30 บาท" รักษาทุกโรคของรัฐบาล ไม่เพียงมุ่งเน้นให้สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันของคนไทยทุกคน แต่ยังตั้งใจพัฒนาและปฏิรูประบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพที่เปี่ยมด้วยคุณภาพ (สุรพงษ์ สืบวงศ์ดี, 2545) ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายและเป้าหมายการรณรงค์ "ปีแห่งการสร้างสุขภาพ" ทั่วไทยปี พ.ศ. 2545-2547 ซึ่งมีตัวชี้วัดกำกับในปี พ.ศ.2547 คือประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐานอย่างเป็นธรรมเสมอภาค โดยมีตัวชี้วัดคือร้อยละ 100 ของสถานบริการสุขภาพจิตมีคุณภาพได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (กรมสุขภาพจิต, 2547)

แนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(Hospital Accreditation) เป็นการมุ่งเน้นการพัฒนาการดูแลคุณภาพอย่างต่อเนื่อง กล่าวได้ว่า คุณภาพมี 2 ลักษณะคือ คุณภาพที่ต้องมี (must-be quality)และคุณภาพที่ประทับใจ (attractive quality) คุณภาพที่ต้องมีนั้นเป็นระดับขั้นต่ำที่ต้องทำให้เกิดขึ้น เพราะหากไม่มีคุณภาพในส่วนนี้แล้วจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจเป็นอย่างสูง คุณภาพที่ต้องมีมาจากส่วนที่ผู้รับบริการคาดหวัง และการนำมาตราฐานวิชาชีพมาตอบสนองความคาดหวังนั้น ส่วนคุณภาพที่ประทับใจหากไม่มีในส่วนนี้ผู้รับบริการก็จะเฉยๆ ถ้าหากจัดให้มีขึ้นจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความชื่นชม ประทับใจ ผู้คนที่จะมาใช้บริการต่อ การจัดบริการที่มีคุณภาพจำเป็นต้องให้มีทั้งในส่วนของคุณภาพที่ต้องมีและคุณภาพที่ประทับใจ นอกจากนี้แล้วมิติของความเท่าเทียมกัน(equity) และความต่อเนื่องในการดูแลรักษา (continuity) ยังเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพด้วย (Noriaki Kano อ้างถึงในอนุวัฒน์ สุขชาติกุล, 2543) จากแนวคิดดังกล่าวจะเห็นได้ว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นส่วนหนึ่งของการบริการที่มีคุณภาพ ดังนั้นการบริการการพยาบาลที่มีคุณภาพจึงหมายถึง การที่พยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการที่จำเป็น และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

คุชฎี ใหญ่เรื่องศรี (2541) กล่าวว่า ความพึงพอใจคือความรู้สึกในทางบวกที่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ได้ตั้งความหวังหรือความต้องการในเรื่องต่างๆ เป็นผลให้เกิดความรู้สึกพอใจ มีความสุข เกิดทัศนคติบวกต่อสิ่งนั้นๆ ที่ได้รับการตอบสนอง และสังเกตจากความสุขที่แสดงออกจากทางสายตา คำพูดและการแสดงออก (Gerson, 2003 อ้างถึงใน พิพัฒน์ ก้องกิจกุล, 2546) กล่าวถึงความพึงพอใจว่าเป็นความรู้สึกที่ได้รับการตอบสนองในระดับตามคาดหวัง หรือเกินความคาดหมาย ซึ่งสอดคล้องกับ (วิรุฬ พรรณเทวี, 2542 อ้างถึงใน ประภาพันท์ พลายพันธ์, 2546) ได้ให้ความหมายไว้ว่าความพึงพอใจเป็นความรู้สึกภายในจิตใจของมนุษย์ที่ไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับแต่ละคนว่าจะคาดหวังกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างไร ถ้าคาดหวังหรือมีความตั้งใจมากและได้รับการตอบสนองที่ดีจะมีความพึงพอใจมาก แต่ในทางตรงข้ามอาจผิดหวังหรือไม่พึงพอใจเป็นอย่างยิ่งเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามที่คาดหวังไว้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่คนตั้งใจไว้ว่ามากหรือน้อย Brown (1992) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ผู้รับบริการได้รับจากการที่พวกเขาใช้บริการ และสอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของพวกเขา กล่าวโดยสรุปว่าความพึงพอใจ (Satisfaction) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความรู้สึกพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับสิ่งที่ต้องการหรือบรรลุจุดหมายในระดับหนึ่ง ความรู้สึกดังกล่าวจะลดลงหรือไม่เกิดขึ้นหากความต้องการหรือจุดหมายนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง เมื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในสิ่งที่ต้องการหรือคาดหวัง ความพึงพอใจเป็นความชอบของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกัน นอกจากนี้แล้วความพึงพอใจยังเป็นทัศนคติที่เป็นนามธรรม ไม่สามารถมองเห็นเป็นรูปร่างได้ การที่เราจะทราบว่าบุคคลมีความพึงพอใจหรือไม่นั้น สามารถสังเกตได้โดยการแสดงออกที่ค่อนข้างสลับซับซ้อน

การบริการพยาบาลเป็นงานบริการหลักของโรงพยาบาลผู้รับบริการย่อมคาดหวังต่อบริการที่ได้รับในระดับที่แตกต่างตามความจำเป็น (Need) และ ความต้องการ (Want) ของแต่ละบุคคล อันเนื่องมาจากประสบการณ์เดิมของตน Brown (1992) อ้างถึงใน จิราพร สิมากร, 2544 : 46 ดังนั้นความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นสิ่งที่บ่งชี้ได้ว่า การบริการพยาบาลนั้นมีคุณภาพเป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการหรือไม่ การสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการจะบอกให้ทราบถึงความคาดหวังของผู้ใช้บริการและความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับของการบริการที่เป็นอยู่

คุณภาพบริการพยาบาล หมายถึง คุณลักษณะของบริการพยาบาลที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ปราศจากข้อผิดพลาดและมีผลลัพธ์ที่ดีตามหลักวิชาการ ตามความคาดหวังของผู้ป่วย/ครอบครัวและผู้ให้บริการ (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ซึ่งความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นตัวชี้วัดคุณภาพบริการตัวหนึ่ง (ส่องแสง ธรรมศักดิ์, 2542) ซึ่ง

สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพบริการ โดยเป็นการเปรียบเทียบความคาดหวังกับบริการที่ได้รับ หากบริการที่ได้รับสามารถตอบสนองความต้องการ หรือความคาดหวังของผู้รับบริการได้ถือว่ามี การรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลและมีความพึงพอใจในบริการพยาบาล

โรงพยาบาลราชบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในสองแห่งของเขต6ในปัจจุบันมีจำนวน 895 เตียง มุ่งเน้นพัฒนาไปสู่โรงพยาบาลคุณภาพ ซึ่งใช้มาตรฐานการรับรองคุณภาพ (HA : Hospital Accreditation) เป็นเครื่องชี้นำทิศทางในการพัฒนา หอผู้ป่วยจิตเวช งานหอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล เป็นกลุ่มงานหนึ่งที่มีความมุ่งหมายให้การบำบัดรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทางสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างปลอดภัย ได้มาตรฐานวิชาชีพและเกิดความพึงพอใจ จากการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลราชบุรีประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2544 พ.ศ.2545 และพ.ศ.2546 ผลการสำรวจ 10 อันดับโรคที่สำคัญ พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชเป็นอันดับ 1 พบมีจำนวนดังนี้ 225 ราย 280 ราย และ289 ราย ตามลำดับ(โรงพยาบาลราชบุรี,2546) ซึ่งสอดคล้องกับมีรายงานระบุว่า ประชาชนทั่วไปในเกือบทุกประเทศที่กำลังพัฒนานั้นมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 1-1.5 และอัตราความชุกของโรคจิตเภทในระดับโลกมีประมาณร้อยละ 0.5 ถึงร้อยละ 1 หรือประมาณ 5-10 ต่อประชากร 1,000 คน (Phillip W.Long, 2001; Gauttiere, 1999; Bethesda, 1999) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2544 พ.ศ.2545 และ พ.ศ.2546 มีรายงานของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบว่ามีจำนวน 323,730 ราย จำนวน 215,414 ราย และจำนวน 296,202 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.60, 37.08 และ42.60 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2546) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวน และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น

ปีงบประมาณ 2546 พบมีอัตราผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลราชบุรี ภายใน 28 วันหลังจำหน่าย คิดเป็นร้อยละ 6.49 ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรับการรักษาครั้งละต่ำสุดถึงสูงสุด 700-25,556 บาท ซึ่งสอดคล้องกับสถิติกรมสุขภาพจิตพบว่า มีอัตราการป่วยซ้ำในผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทสูงถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2540) ซึ่งการป่วยซ้ำที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม ในประเทศไทยมีผู้ประมาณการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากโรคจิตเภทถึงร้อยละ 11 ของการเจ็บป่วยทั้งหมด (สมชาย จักรพันธ์, 2543) ส่วนงบประมาณในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในประเทศไทยมีการประมาณการว่าจะใช้จ่ายประมาณปีละ 10 ล้านบาท ซึ่งนับเป็นภาระทั้งต่อครอบครัวและรัฐ (ภัทรา ภิรลภ, 2530) นอกจากความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจแล้ว การรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทยังก่อให้เกิดปัญหาเรื้อรังตกค้าง ซึ่งเป็นภาระอย่างต่อเนื่องในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล และการกลับเป็นซ้ำยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งผู้ป่วย

และเป็นภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา ที่ต่อเนื่องจะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำบ่อย ส่งผลให้เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้ รวมทั้งการพยากรณ์ของโรคไม่ดี ที่สำคัญการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพเป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างถาวรและมีโอกาสเกิดมากขึ้นถ้าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทมีการกลับเป็นซ้ำบ่อย นอกจากนี้ความสามารถในการดูแลตนเอง เรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจะลดลงทำให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและมีภาระเพิ่มขึ้น (Kaplan & Sadock, 2000) เหตุผลดังกล่าวส่งผลให้ผู้ศึกษาสนใจเลือกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาโครงการศึกษาอิสระครั้งนี้

จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบว่า ผู้รับบริการยังไม่ได้รับการที่เป็นไปตามต้องการและคาดหวัง เนื่องจากการสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการซึ่ง หมายถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับบริการที่ได้รับและความคาดหวังของผู้ใช้บริการต่อบริการผู้ป่วยใน ซึ่งทางโรงพยาบาลราชบุรีจะทำการสำรวจปีงบประมาณละ 2 ครั้ง ครอบคลุมทุกกลุ่มงาน ครั้งที่ 1 ทำการสำรวจในเดือนมิถุนายน ครั้งที่ 2 ทำการสำรวจในเดือนธันวาคมของทุกปี จากการสำรวจความพึงพอใจปีงบประมาณ 2547 ครั้งที่ 1 ของหอผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับความสะดวกจากบริการ เนื่องจากรอนาน ไม่ได้รับการดูแลทันทีขณะเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย และเมื่อต้องการความช่วยเหลือผู้ป่วยได้บริการช้าต้องรอนาน ส่วนความสะดวกด้านบริการที่ได้รับจากการสำรวจนั้น พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่เป็นและวิธีการรักษา ได้รับแจ้งผลการตรวจเลือด ปัสสาวะและเอกซเรย์ แต่ไม่เข้าใจ คิดเป็นร้อยละ 50 ความพึงพอใจด้านการประสานบริการ พบว่า ยังได้รับการดูแลยังไม่ครอบคลุม ด้านคุณภาพบริการที่ได้รับโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พบว่า ยังได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์และพยาบาลไม่ละเอียด ได้รับการตอบสนองความต้องการและปัญหาไม่เป็นไปตามที่คาดหวังร้อยละ 42.85 (รายงานความพึงพอใจของผู้ใช้บริการผู้ป่วยในครั้งที่ 1 โรงพยาบาลราชบุรี) และจากการสำรวจ ครั้งที่ 2 ในเดือนธันวาคม พบว่า ปัญหาไม่แตกต่างไปจากการสำรวจครั้งที่ 1 ซึ่งจากการสำรวจทั้ง 2 ครั้งนั้น ผู้รับบริการมีความคิดเห็นต่อบริการว่า ควรจะปรับปรุงคุณภาพบริการ สรุปได้ดังนี้ ควรได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วเมื่อเข้ารับการรักษา ไม่ควรต้องรอนาน ผู้ใช้บริการต้องการรับทราบข้อมูลต่างๆ ซึ่งควรมีการให้ข้อมูลและคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจากแพทย์โดยตรง เช่น ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค แผนการรักษาของแพทย์ ผู้ใช้บริการยังได้รับการดูแลที่ไม่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การดูแลเอาใจใส่ของพยาบาลควรมีคุณภาพมากกว่านี้ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้รับบริการยังได้รับการที่ไม่เป็นไปตามความต้องการและความคาดหวัง ซึ่งสิ่งนี้มีความสำคัญต่อบริการเพื่อนำมาวิเคราะห์ ปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติการพยาบาลให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพดียิ่งขึ้น

Cook (1998) กล่าวว่าจำนวนวันนอนเป็นตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ตัวหนึ่งที่ยังบ่งบอกถึงประสิทธิภาพและคุณภาพในการรักษาพยาบาล เมื่อใช้รูปแบบการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น กลับบ้านได้เร็วขึ้น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลก็จะลดลง จากการปฏิบัติงานพบว่า มีหลายปัจจัยส่งผลให้จำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายแตกต่างกัน เช่น การฟื้นฟูของโรค การสนับสนุนของครอบครัว ผู้ป่วยเรื้อรอนขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ระบบการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน ทำให้การแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายล่าช้า ในปัจจุบันการปฏิบัติงานยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างชัดเจน เป็นการปรึกษาปัญหาผู้ป่วยแต่ละรายกับจิตแพทย์เมื่อตรวจเยี่ยมอาการหรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับ จอม สุวรรณโณ (2541) อ้างถึงใน จิราภรณ์ ศรีไชย, 2543 กล่าวว่า ในอดีตที่ผ่านมาการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการรับผิดชอบผู้ป่วยเป็นราย การมอบหมายงานตามหน้าที่ การให้การดูแลเป็นทีม ล้วนมีข้อจำกัดไม่สามารถให้การดูแลแบบองค์รวมได้ บุคลากรเน้นการทำงานให้ทันเวลาตามหน้าที่ ขาดการติดต่อสื่อสารและทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยจึงได้รับการดูแลแบบแยกส่วน ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาช้ากว่าที่ควรทำให้ฟื้นหายช้า ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลนาน ค่าใช้จ่ายสูงไม่คุ้มกับผลที่ได้รับ จากรายงานการปฏิบัติงานของหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี ปีงบประมาณ 2547 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละรายมีจำนวนวันนอนที่แตกต่างกันมาก โดยครั้งละต่ำสุดถึงสูงสุดตั้งแต่ 1-117 วัน คิดเป็นจำนวนวันนอนเฉลี่ย 16 วัน/คน/ครั้ง (เวชระเบียน โรงพยาบาลราชบุรี, 2547) ซึ่งปัญหาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานๆ นั้นส่งผลให้หลายครอบครัวต้องเกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น ค่ายา ค่าเดินทางมาโรงพยาบาล ทำให้รายได้ของสมาชิกในครอบครัวลดลง และรู้สึกเป็นภาระต้องรับผิดชอบหารายได้เพิ่มขึ้น (ประไพศรี บูรณางกูร, 2538) บางครอบครัวต้องขอยืมเงินเพื่อนบ้านเพื่อเป็นค่าเดินทางและการรักษา (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) นอกจากนี้แล้วยังส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ซึ่งดูได้จากค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยครั้งละต่ำสุดถึงสูงสุด 700-25,556 บาท (เวชระเบียน โรงพยาบาลราชบุรี, 2547)

ที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่า จากผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี ในปีงบประมาณ 2547 ทั้ง 2 ครั้ง ผู้รับบริการยังได้รับบริการที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังหรือยังไม่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ คุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัญหาจากการสำรวจในครั้งที่ 1 ไม่ได้รับการปรับปรุงคุณภาพด้านบริการพยาบาล ส่งผลให้ผู้รับบริการไม่พึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับ สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยขาดการดูแลที่รวดเร็ว ต้องรอนานยังได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์และพยาบาลไม่ละเอียด

ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นและแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งยังไม่ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผลลัพธ์ของบริการพยาบาลยังขาดคุณภาพที่ผู้ป่วยต้องการและคาดหวัง นอกจากนี้แล้วระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลนานส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวด้านเศรษฐกิจ สุขภาพของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ เป็นภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ทั้งยังส่งผลกระทบเป็นภาระอย่างต่อเนื่องในการรักษาของโรงพยาบาล ดังนั้นเมื่อใช้รูปแบบการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วขึ้น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าระบบบริการพยาบาลนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับวิชาชีพพยาบาลเพียงวิชาชีพเดียว ที่ให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากปัญหาผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน สรุปได้ว่า การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพนั้นควรตอบสนองความต้องการ และสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม เป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง แบบองค์รวม

ทัศนา บุญทอง (2543) ได้กล่าวถึงทิศทางการปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิไว้ว่า ควรใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เพื่อสามารถให้การดูแลแบบองค์รวม อย่างต่อเนื่อง ลดค่าใช้จ่ายและประสานการดูแลระหว่างเจ้าหน้าที่ในสหสาขาวิชาชีพ โดยส่งเสริมการจัดทำแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละประเภทในเชิงรุกร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ และดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามแผนที่กำหนดไว้ สภาการพยาบาลได้กำลังดำเนินการกำหนดแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical Nursing Practice Guideline) เพื่อการส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาล (ทัศนา บุญทอง, 2545) ประกอบกับแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ซึ่งการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับตามการรับรู้ของตนเอง 6 ด้านคือ 1) ความพึงพอใจด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ 2) ความพึงพอใจด้านการประสานบริการ 3) ความพึงพอใจด้านอัยศาสตร์ ความสนใจของผู้ให้บริการ 4) ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ 5) ความพึงพอใจด้านคุณภาพบริการ 6) ความพึงพอใจด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ โดยผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพด้วยระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้เป็นระบบบริการที่มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการ หรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นตัวควบคุมการใช้

จ่ายทรัพยากร ทำให้ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน ก่อให้เกิดความสะดวกและรวดเร็วในการให้บริการด้วย เกิดผลต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยและควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ซึ่งข้อสรุปจากการใช้แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลพบว่า ผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้จัดการรายกรณีได้เหมาะสมที่สุดคือ พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีความรู้พื้นฐานทางคลินิก สามารถประสานการดูแลระหว่างแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ได้ดี เพื่อตอบสนองความต้องการที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ความสำเร็จของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเกี่ยวข้องโดยตรงกับความสามารถ และทักษะของผู้จัดการผู้ป่วยที่แสดงบทบาทอิสระของพยาบาลในกระบวนการตัดสินใจอย่างเป็นระบบในการแก้ปัญหาต่างๆ

ผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความสำคัญว่าควรนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี(Case Management) แบบ Clinical Model ตามแนวคิดของ Powell (1996) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเน้นการวางแผนการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด เกษัตริกร และนักโภชนบำบัด ซึ่งมี Clinical Pathway เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย มีรูปแบบเพื่อการตัดสินใจเลือกทางปฏิบัติที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ถ้าปัญหาของผู้ป่วยยังคงอยู่ผู้ป่วยสามารถได้รับการบริการการพยาบาลมากกว่าจำนวนวันนอนที่กำหนดไว้ใน Clinical Pathway เพราะฉะนั้น จำนวนวันนอนสามารถแปรผันตามปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งมีผู้ศึกษาและพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยจิตเวช 4 ท่านตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วย โดยผู้ศึกษาเป็นผู้ใช้ความรู้ ความชำนาญของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ซึ่งมีบทบาทคือ

- 1) ด้านการเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการคัดกรอง ประเมินผู้ป่วย แบบองค์รวมทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ระบุปัญหา วางแผนให้การดูแลและการดำเนินงานติดตามผล
- 2) เป็นผู้สอน สอนผู้ป่วย สอนครอบครัว
- 3) เป็นที่ปรึกษาให้กับบุคลากรในทีมสหสาขา
- 4) ด้านการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ และแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- 5) เป็นนักวิจัย ค้นหาวิธีการ รูปแบบที่เหมาะสมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โดยมีหลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมแบบองค์รวม เป็นบริการที่อยู่บนพื้นฐานของจริยธรรม เป็นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เน้นการพัฒนาไปสู่โรงพยาบาลคุณภาพที่มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว สามารถปรับตัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขตามศักยภาพที่บ้านและชุมชน รวมทั้งลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วย

## วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. เพื่อศึกษาจำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

## แนวเหตุผลและสมมุติฐานการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) แบบ Clinical Model ตามแนวคิดของ Powell (1996) ซึ่งกล่าวว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นแนวคิดการให้บริการอย่างเป็นระบบที่เน้นในเรื่องการติดต่อสื่อสาร และการประสานงานระหว่างผู้ให้บริการในสาขาวิชาต่างๆ เพื่อที่จะมุ่งให้บริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการที่เหมาะสมและบริการที่เข้าถึงผู้ใช้บริการทุกคน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้ มีความจำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทิสสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมโดยมีแผนการดูแล (Clinical Pathways) ซึ่งเป็นแผนปฏิบัติงานที่แสดงถึงการประสานงานที่ดี เป็นคู่มือการปฏิบัติของทิสสหสาขาวิชาชีพเพื่อการมีประสิทธิผลของการบริการ มุ่งลดระยะเวลาการอยู่รักษาในโรงพยาบาล สร้างคุณภาพการดูแล ความพึงพอใจและการสื่อสารระหว่างทิสสหสาขาวิชาชีพ เป็นตัวควบคุมการใช้จ่ายทรัพยากร ทำให้ลดความซ้ำซ้อนในปฏิบัติงาน เกิดผลต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาปฏิบัติงานที่มีการลดกิจกรรมที่ไม่จำเป็นหรือที่ซับซ้อน ส่งผลให้จำนวนวันนอนสั้นลง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง ผู้ป่วยพึงพอใจในบริการที่ได้รับมากขึ้น ซึ่ง Powell (1996) ได้กล่าวถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีคือผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านคลินิกที่ดีขึ้น ลดการป่วยซ้ำ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 6 ขั้นตอน คือ

1. การสรรหาและการคัดเลือกผู้ป่วย (Case Screening and Selection) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกจะได้รับการประเมินความต้องการขั้นพื้นฐาน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

2. การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) เป็นกระบวนการรวบรวมวิเคราะห์ ข้อมูล ค้นหาปัญหาและเป้าหมายทางสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อหาทิศทางในการให้การดูแลตั้งแต่แรก รับจนถึงจำหน่าย

3. การประสานงานและปรับแผนการรักษา/แผนการจำหน่าย (Coordinating and Developing the Treatment/Discharge Plan) การกำหนดเป้าหมายจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ให้บริการการพยาบาลตาม Clinical Pathways โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

4. การดำเนินการต่อเนื่อง ฝ้าติดตาม การประเมินสภาพ และการประเมินผลใหม่ (Continuous Case Management, Monitoring, Reassessing and Reevaluating) ผู้ป่วยอาจมีอาการ เปลี่ยนแปลง ดังนั้นต้องมีการประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

5. การดำเนินการต่อ (Implementation of the Final Plan) ปัญหาได้รับการแก้ไขตามแผน การดูแลที่กำหนดไว้ (Clinical Pathways) หลังจากนั้นเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการจำหน่าย กลับสู่ชุมชน

6. การประเมินผลครั้งสุดท้ายและปิดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Final Evaluation And Case Closure) การประเมินผลหลังดูแลผู้ป่วยโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ซึ่งจากการศึกษาของ จิราภรณ์ ศรีไชย (2543) ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล พบว่าการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้จากการศึกษาของจิราพร สิมากร (2544) เรื่อง การใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ ต่อค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา : กรณีศึกษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ค่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีลดลง ความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงขึ้น ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาสูงกว่าก่อนจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผลการศึกษา ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ ไตรภักดิ์ (2544) ได้ศึกษาถึงการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระ ปิ่นเกล้าซึ่งประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการ พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการสูงขึ้นและความ สำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการ จัดการผู้ป่วยรายกรณี

จากแนวคิดดังกล่าวผู้ศึกษา มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างต่อเนื่อง โดยพัฒนาคุณภาพบริการ การพยาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด ส่งผลให้จำนวนวันนอนสั้นลง ผู้ป่วยพึงพอใจใน บริการที่ได้รับเพิ่มขึ้น โดยประเมินความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากแบบวัดที่สร้างโดย จิราพร สิมากร, 2545 ซึ่งกำหนดโครงสร้างแบบวัดตามแนวคิดของ Aday and Andersen (1975)

จากแนวเหตุผลและงานวิจัยดังที่กล่าวมาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงกำหนดสมมติฐานการศึกษาได้ ดังนี้

1. ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่า ก่อนที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. จำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเภทหลังการได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่าก่อน ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

#### ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นโครงการศึกษาอิสระเพื่อศึกษาการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อความ พึงพอใจในบริการและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการศึกษา ณ หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี โดยมี

##### 1. ประชากร คือ

ผู้ป่วยจิตเภท ไม่จำกัดเพศหญิง/ชาย อายุตั้งแต่ 20 ปี แต่ไม่เกิน 60 ปี ที่เข้ารับการรักษา ประเภทผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี

##### 2. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรอิสระ คือ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ตัวแปรตาม คือ ความพึงพอใจในบริการและจำนวนวันนอน

#### คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

1. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) หมายถึง กระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วย จิตเภทที่เข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี โดยมีผู้ศึกษาและ พยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี 4 ท่าน ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วย (Case manager) โดยอาศัยการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งทีมประกอบด้วย

จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด เกษัชกรและนักโภชนาบำบัด เริ่มตั้งแต่ร่วมมือกันระดมสมองค้นหาปัญหาหรือแนวทางปฏิบัติ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การดูแลร่วมกันจนกระทั่งได้จัดทำ Clinical Pathway for Schizophrenic patients ซึ่งมีผู้จัดการผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน และเป็นผู้กำกับติดตามผลการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตาม Clinical Pathway for Schizophrenic patients ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงวันที่จำหน่าย โดยมีการประชุมปรึกษาหารือกันในทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมทั้งปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งกระบวนการดูแลประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ

1.1 การสรรหาและการคัดเลือกผู้ป่วย (Case Screening and Selection) โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เมื่อผู้ป่วยได้รับการคัดเลือกแล้ว จึงมีการประเมินความต้องการขั้นพื้นฐาน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เมื่อผู้ป่วยรับเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะติดต่อมายังผู้จัดการผู้ป่วย (Case Manager) ซึ่งทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยว่าอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้ตามวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำเป็นต้องใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีหรือไม่ รวมทั้งติดต่อประสานให้บุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพทราบ

1.2 การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยทำการประเมินสภาพและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยอย่างละเอียดจากบันทึกประวัติ รายงานต่างๆ การซักประวัติผู้ป่วยและญาติ ทำการประเมินสภาพจิตสังคมของผู้ป่วย แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาปรึกษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือปัญหาาร่วมต่างๆ ของบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นกระบวนการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล ค้นหาปัญหา และเป้าหมายทางสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อหาทิศทางในการให้การดูแลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

1.3 การประสานงานและปรับแผนการรักษา/แผนการจำหน่าย (Coordinating and Developing the Treatment/Discharge Plan) เป็นการกำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของปัญหา หลังจากนั้นให้ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน Clinical Pathway for Schizophrenic patients รวมทั้งเปิดโอกาสให้ครอบครัวและญาติของผู้ป่วยมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และสื่อสารให้ทีมสหสาขาวิชาชีพรับทราบโดยทั่วกัน

1.4 ปฏิบัติการดูแล (Implement) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและบุคลากรในทีมจะใช้ Clinical Pathway for Schizophrenic patients เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติพยาบาล การตรวจรักษาการให้ความรู้ และส่งเสริมให้ผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัวมีความรู้ในการดูแลตนเอง และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปฏิบัติตามมาตรฐานหรือคู่มือการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้ร่วมกันหรือไม่ รวมทั้งการดำเนินการต่อเนื่องเฝ้าติดตาม การประเมินสภาพ และการประเมินผลใหม่ (Continuous Case

Management, Monitoring, Reassessing and Reevaluating) ซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยตลอดเวลาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว

1.5 การดำเนินการต่อ (Implementation of the Final Plan) ได้แก่ การเฝ้าระวังและติดตามกิจกรรมการดูแลและอาการผู้ป่วยให้เป็นไปตาม Clinical Pathway for Schizophrenic patients ที่วางไว้ หากไม่เป็นไปตามแผนนั้นจะต้องมีการประเมินใหม่ ปรับแผนการดูแลเพื่อดำเนินการดูแลผู้ป่วยต่อไป หลังจากปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขแล้วจึงเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการจำหน่ายกลับสู่ชุมชน

1.6 การประเมินผลครั้งสุดท้ายและปิดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Final Evaluation And Case Closure) ทำการประเมินผลโดยการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลหลังใช้การพยาบาลด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2. แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical Pathway) หมายถึง เอกสารที่แสดงถึงกิจกรรมหรือแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท ที่ร่วมกันสร้างขึ้นโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันกำหนดปัญหาของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับวิชาชีพของตน ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด เกษัชกร และนักโภชนบำบัด โดยมีการกำหนดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาต่างๆ แล้วนำกิจกรรมดังกล่าวบรรจุลงใน Clinical Pathway for Schizophrenic patients รวมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีทิศทางในการให้บริการไปในทิศทางเดียวกัน ที่มีส่วนประกอบสำคัญ 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แสดงชื่อโรคหรือกลุ่มอาการ การวินิจฉัย และระยะเวลาอนในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ข้อวินิจฉัย (Diagnosis) / ปัญหาร่วม (Collaborative Problems) แสดงปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ครอบคลุมปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

ส่วนที่ 3 แสดงผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1	:	ระยะ Initial Phase (1-7 วัน)
ระยะที่ 2	:	ระยะ Interim Phase (8-14 วัน)
ระยะที่ 3	:	ระยะ Pre – Discharge Phase (15-20 วัน)
ระยะที่ 4	:	ระยะ Discharge (22-25 วัน)

ส่วนที่ 4 แสดงกิจกรรมที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในแต่ละช่วงเวลา (นพรัตน์ ไชยธานี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ , 2547)

3. ความพึงพอใจในบริการ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกยินดี หรือชื่นชอบของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี ต่อบริการที่ได้รับตามการรับรู้ของตนเอง 6 ด้าน ตามแนวคิดของ Aday and Andersen (1975) ดังนี้

3.1 ความพึงพอใจด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ หมายถึง ความรู้สึกยินดี หรือชื่นชอบต่อบริการที่ได้รับว่ามีความสะดวกรวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากทีมสหสาขาวิชาชีพตรงตามความต้องการ

3.2 ความพึงพอใจด้านการประสานบริการ หมายถึง ความรู้สึกยินดี หรือ ชื่นชอบต่อบริการที่ได้รับว่ามีความต่อเนื่อง ทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยทำหน้าที่ในการประสานงาน

3.3 ความพึงพอใจด้านอรรถาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ หมายถึง ความรู้สึกยินดีหรือชื่นชอบต่อการมีอรรถาศัยที่ดี เป็นกันเอง ให้ความสนใจ ห่วงใยผู้ป่วยของสมาชิกทีมสหสาขาวิชาชีพ

3.4 ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ หมายถึง ความรู้สึกยินดีหรือชื่นชอบเมื่อได้รับทราบจากสมาชิกทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย แผนการรักษา และการปฏิบัติตน

3.5 ความพึงพอใจด้านคุณภาพบริการ หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการที่ได้รับจากทีมสหสาขาวิชาชีพว่ามีความเหมาะสม และตอบสนองความต้องการของคนได้เพียงใดตามการรับรู้ของผู้ป่วย

3.6 ความพึงพอใจด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ หมายถึง ความรู้สึกยินดี หรือ ชื่นชอบต่อค่าใช้จ่ายที่ใช้ว่ามีความเหมาะสม คุ่มค่า เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้วัดความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยใช้แบบวัดที่สร้างโดย จิราพร สิมากร, 2545 ซึ่งกำหนดโครงสร้างของแบบวัดตามแนวคิดของ Aday and Andersen (1975)

4. จำนวนวันนอน หมายถึง จำนวนวันทั้งหมดตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้รับการรักษาประเภทผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทจนถึงวันที่จำหน่าย โดยนับจำนวนวันนอน 24 ชั่วโมงเป็น 1 วัน และเข้ารับการรักษาตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไปนับเป็น 1 วัน

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ อย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพ สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ และลดอัตราการฆ่าตัวของผู้ป่วย

เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการทางการพยาบาลและด้านการจัดระบบงาน