

บทที่ 5

สรุปการดำเนินการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัดสมุทรสงคราม ก่อนและหลังการจัดระบบการดูแลในชุมชน โดยมีวิธีการดำเนินการศึกษาดังนี้

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัดสมุทรสงคราม ก่อนและหลังการจัดระบบการดูแลในชุมชน

สมมติฐานการศึกษา

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ที่ได้รับการดูแลโดยการใช้การจัดระบบการดูแลในชุมชน หลังได้รับการดูแลสูงกว่าก่อนการได้รับการดูแล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ได้รับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชและได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน ได้รับการดูแลปกติที่บ้าน ไม่จำกัดเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลแหลมใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

2. กลุ่มตัวอย่างคือ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จำนวน 20 ราย ซึ่งได้รับการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลแหลมใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ คือ ยินดีเข้าร่วมในการศึกษา โครงการศึกษาอิสระ โดยมีการยินยอมที่เป็นลายลักษณ์อักษร และเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

1) กลับเข้าไปรับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวช เนื่องจากมีอาการกำเริบภายหลังจำหน่ายกลับบ้านภายใน 3 เดือนหลังจำหน่าย

- 2) มีประวัติล้มขัง
- 3) มีปัญหาครอบครัว หรือมีปัญหาซ้ำซ้อน เช่น ญาติทอดทิ้ง ไม่ดูแล หรือมีปัญหาเกี่ยวกับสังคมหรือชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามี 3 ประเภท คือ เครื่องมือในการดำเนินการศึกษา เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับติดตาม

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย

1.1 คู่มือการจัดระบบการดูแลในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับทีมสุขภาพในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

1.2 แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่เกี่ยวกับแผนการดูแลและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โดยผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการศึกษา ประกอบด้วย

- แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – BREF –THAI (1996) ที่สร้างและปรับปรุงโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2541) การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา

- รายงานการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเพื่อบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการจัดการระบบการดูแลในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย โดยการศึกษานี้ใช้แนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องขั้นตอนในการดำเนินการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และทำการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาระบบการดูแลในชุมชน ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จังหวัดสมุทรสงคราม ใช้เวลาในการดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2548 ถึงวันที่ 13 เมษายน 2548 รวมระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ มีขั้นตอนในการดำเนินโครงการประกอบด้วยขั้นตอน 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1. ขันติดต่อประสานงาน โดยผู้ศึกษาทำหนังสือขอความร่วมมือจากคณะพยาบาลศาสตรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม และผู้ศึกษานำเสนอโครงการเพื่อเสนอขออนุมัติในหลักการต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

2. ขั้นเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในโครงการ ผู้ศึกษาทำการสร้างและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ดึงนี้ คู่มือการจักระบบการดูแลในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัดสมุทรสงคราม แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของทีมสหสาขาวิชาชีพ แบบรายงานการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และ แบบประเมินคุณภาพชีวิต

3. ผู้ศึกษาจัดประชุมชี้แจงทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และผู้จัดการรายกรณีพร้อมทั้งจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทขณะอยู่ในชุมชน กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จำนวน 1 วัน ในวันที่ 4 มีนาคม 2548 โดยผู้ศึกษาได้แจกคู่มือการจักระบบการดูแลในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และชี้แจงแบบฟอร์มต่างๆ ขั้นตอนในการทำแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพแต่ละแผนมาใช้แบบบันทึกความแปรปรวนเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ตรงกัน เพื่อทำความเข้าใจถึงขั้นตอน กระบวนการ บทบาทหน้าที่ ของทีมสุขภาพแต่ละวิชาชีพ ในขั้นตอนนี้พบว่าการทำความเข้าใจเป็นไปอย่างรวดเร็วแต่การจัดทำแผนดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้ศึกษาต้องเป็นที่ปรึกษาอย่างใกล้ชิดและ อธิบายให้ทีมสหวิชาชีพเข้าใจถึงบริบทของชุมชนที่จะลงไปดำเนินการ ซึ่งพบว่า ได้รับผลดีและทำให้เกิดแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 1 แผน และเป็นแผนที่ได้รับการยอมรับจากทีมสหวิชาชีพ จึงทำให้เกิดกระบวนการการทำงานเป็นทีมอย่างเป็นรูปธรรม

4. ผู้ศึกษาและพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน ค้นหา/คัดกรองผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ การคัดเลือกผู้ป่วย (Case selection) โดยจะเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกจะต้องเป็นผู้ป่วยที่ยินยอม มีความต้องการที่จะรับการจักระบบการดูแลในชุมชน ตามเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน โดยเก็บข้อมูลก่อนการศึกษา

Pre – test ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยการประเมินคุณภาพชีวิต ในระหว่างวันที่ 5 – 10 มีนาคม 2548

5. ผู้ศึกษาและและพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชนดำเนินการประเมินสภาพผู้ป่วย และครอบครัวแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งร่างกายจิตใจ จิตวิญญาณ สภาพแวดล้อมและแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งเป็นการประเมินทั้งส่วนที่ดี คือ ความสามารถ ศักยภาพของผู้ป่วยและแหล่งสนับสนุน และประเมินส่วนที่เป็นปัญหาและความต้องการด้านต่างๆ ในระหว่างวันที่ 5 – 10 มีนาคม 2548

6. การระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการประชุมสหวิชาชีพเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลและระบุปัญหาโดยผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้สรุปปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวและจัดเตรียมข้อมูลในการประชุม ในวันที่ 15 มีนาคม 2548 เวลา 9.00 – 12.00 น. และในวันที่ 28 มีนาคม 2548 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการโครงการ ระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์

1. ผู้ศึกษาและทีมสหวิชาชีพร่วมกันวางแผนให้การดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ศึกษาและทีมสหวิชาชีพมีผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ในวันที่ 15 มีนาคม 2548 เวลา 9.00 – 12.00 น. และในวันที่ 28 มีนาคม 2548 เวลา 13.00 – 16.00 น.

2. การดำเนินการตามแผน โดยมีผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชนทำหน้าที่ในการเป็นผู้จัดการรายกรณี

ระยะเวลาที่ผู้ศึกษาดำเนินการจัดระบบการดูแลในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ตั้งแต่ วันที่ 5 มีนาคม – 5 เมษายน พ.ศ 2548 รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผล ระยะเวลาในการดำเนินงาน 1 สัปดาห์

3.1 ผู้ศึกษาการติดตามประเมินผล ประสิทธิภาพของแผนการดูแล และความแปรปรวนตามแบบรายงานการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และการประชุมสรุปผลการปฏิบัติตามแผน

3.2 ผู้ศึกษาติดตามประเมินผลหลังการดำเนินการ โดยการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ในระหว่างวันที่ 6 - 13 เมษายน 2548

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS/PC Version 12 โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ใช้การคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการดำเนินการโครงการโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้หลักการแปรผลคะแนนดังนี้

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม มีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2,3,4,10,11,12,24 องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5,6,7,8,9,23 องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13,14,25 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15,16,17,18,19,20,21,22 ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาผลของการจัดระบบการดูแลในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จังหวัดสมุทรสงคราม มีผลการศึกษาพอสรุปได้ดังนี้

1. พบว่าระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับการดูแลโดยการจัดระบบการดูแลในชุมชนจะอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตไม่ดีและปานกลางเท่ากัน ร้อยละ 50.0 ส่วนระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังการดูแลโดยการจัดระบบการดูแลในชุมชนจะอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 60.0 ที่เหลือคือมีคุณภาพชีวิตโดยรวม ในระดับที่ดี ร้อยละ 40.0

2. พบว่า ก่อนการจัดระบบการดูแลในชุมชน ผู้ป่วยจิตเภท มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจะอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด คือร้อยละ 75.0 มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ในระดับไม่ดี และปานกลางเท่ากัน ร้อยละ 50.0 มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ในระดับไม่ดี มากที่สุด ร้อยละ 90.0 และมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 55.0

และภายหลังการจัดระบบการดูแลในชุมชน ผู้ป่วยจิตเภท มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 65.0 ที่เหลืออยู่ในระดับที่ดี ร้อยละ 35.0 มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 60.0 และที่เหลืออยู่ในระดับที่ดี ร้อยละ 40.0 มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ในระดับที่ไม่ดีและปานกลางเท่ากัน ร้อยละ 45.0 และมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ในระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง มากที่สุดคือ ร้อยละ 50.0

3. พบว่าจะแนบเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทั้งรายด้าน และโดยรวมก่อนกับหลังการจัดระบบการดูแลในชุมชน ของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ทั้ง 4 ด้าน และคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการใช้การจัดระบบการดูแลในชุมชน สูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

สรุปว่าผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมุติฐานในการศึกษาคือคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ทั้ง 4 ด้าน และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการดูแลโดยการจัดระบบการดูแลในชุมชน หลังได้รับการดูแล สูงกว่าก่อนการได้รับการดูแล ทุกด้าน

จึงสรุปได้ว่า การให้การดูแลโดยการจัดระบบการดูแลในชุมชน สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดีขึ้น

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาผลของการใช้การจัดระบบการดูแลในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จังหวัดสมุทรสงคราม ผู้ศึกษาอภิปรายผลการศึกษาตามสมมุติฐานดังนี้

1. จากการประเมินระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนการดำเนินการจัดระบบการดูแลในชุมชน จะพบว่า ส่วนใหญ่คะแนนคุณภาพชีวิตบางด้านไม่ดี (คือด้านจิตใจ และด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม) อาจเนื่องมาจากระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของจังหวัดสมุทรสงครามที่ผ่านมาเป็นระบบการดูแลเป็นเชิงตั้งรับ ไม่มีการลงติดตามในพื้นที่อย่างจริงจัง เนื่องจากไม่มีผู้มีความรู้ความชำนาญการทางด้านกายภาพบำบัดจิตเวชในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง และผู้ป่วยส่วนมากจะยังมีอาการความผิดปกติทางจิตบางอย่างหลงเหลืออยู่ ทำให้มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ไม่สามารถสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น การเรียนการทำงานบกพร่อง รวมทั้งการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์บกพร่องทำให้ผู้ป่วยต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทจะรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่าก็เลยแสดงออกโดยการแยกตัวไม่พบปะผู้คนและบางครั้งอาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ก็จะมีอาการขังตัวเองอยู่แต่ในบ้าน ซึ่งผลที่ตามมาคือ เกิดปัญหาการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ทำให้เกิดความเครียด และในชุมชนพื้นที่ที่ดำเนินโครงการ จะพบว่าลักษณะการอยู่อาศัย จะเป็นลักษณะต่างคนต่างอยู่ เพราะส่วนใหญ่ประชาชนจะมีอาชีพทำประมงที่ต้องออกทำงานตอนเช้าและกลับบ้านตอนค่ำ ทำให้ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย ก็จะใช้วิธีบังคับไม่ให้ผู้ป่วยออกจากบ้าน เพราะกลัวว่าผู้ป่วยจะออกไปทำความเดือดร้อนให้คนอื่นหรืออาจไปทำอันตรายกับผู้อื่นได้ ประกอบกับชุมชนยังไม่มีความรู้ความเข้าใจในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สังคมแสดงอาการรังเกียจ ไม่

ยอมรับผู้ป่วย ไม่มีการจ้างงานสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด มีความทุกข์ รู้สึกเป็นตราบาป ไม่มีความมั่นใจในตนเองเนื่องจากบางครั้งไม่สามารถตัดสินใจในกรณีต่างๆ ได้

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนน คุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ทั้ง 4 ด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการจัดระบบการดูแล สูงกว่าก่อนการจัดระบบการดูแลในชุมชนซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่าการจัดระบบการดูแลในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จังหวัดสมุทรสงคราม มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดีขึ้น จากผลของการศึกษาดังกล่าวสามารถที่จะอภิปรายผลได้ดังนี้

การศึกษานี้เป็นการจัดระบบการดูแลในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แบบ Clinical Case Management ของ Mueser et al. (1998) ซึ่งเป็นกระบวนการให้บริการ โดยเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางในการดูแล ซึ่งจำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้รับการดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยทางจิตอย่างต่อเนื่องและการดูแลให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้เมื่ออยู่ในชุมชน และประสานเครือข่ายในการตอบสนองตามปัญหาที่มีความจำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

โดยผู้ศึกษาได้ดำเนินการตามขั้นตอน ซึ่งมีแนวคิดหลัก คือ การจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ในชุมชน มีทีมสหวิชาชีพร่วมกันจัดทำแผนการดูแล ทำให้ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงานและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย และมีการประเมินปัญหาแบบองค์รวมและร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาโดยมีปฏิสัมพันธ์การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบผสมผสานต่อเนื่อง มีคุณภาพ เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ในกิจกรรมการดูแลโดยการจัดระบบการดูแล ซึ่งมีทีมสหวิชาชีพร่วมกันจัดทำแผนการดูแล มีการระบุผลลัพธ์ในทุกกิจกรรม มีการประเมินปัญหาแบบองค์รวม และร่วมกันวางแผนการแก้ไขปัญหาโดยมีปฏิสัมพันธ์การดูแลทั้งผู้ป่วย และครอบครัวให้การดูแลแบบผสมผสานและต่อเนื่อง ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวตามแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการดูแลตนเองที่ดี มีการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทแก่ผู้ดูแลให้สามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน และมีการประสานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในชุมชน

เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ประสานกับผู้นำชุมชน โดยการให้มีการประชาคมในการพูดถึงปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของตนเอง และการที่จะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ให้การดูแลจัดการในเรื่องการรักษาอาการทางจิตของผู้ป่วย การใช้จ่ายของผู้ป่วย การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ในเรื่องโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภท การยอมรับ และการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทำให้ครอบครัวและชุมชนสามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยได้และผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ มีอาการทางจิตลดน้อยลง เมื่อครอบครัวและชุมชนเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนมากขึ้น เช่น ไปทำบุญที่วัดออกมาพูดคุยที่ร้านค้า ทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Lubkin (1996) ซึ่งได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเรื้อรัง คือ 1) ต้องให้การสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และครอบครัวสามารถดูแลตนเอง และสรรหาแนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อโรคเรื้อรังและดูแลตนเองที่บ้านได้เป็นระยะเวลานาน 2) ต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยขณะวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับแผนการพยาบาล และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนอย่างต่อเนื่อง 3) ต้องยึดถือปรัชญาของการพยาบาลแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล 4) ต้องทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม และได้รับประโยชน์สูงสุดในการรักษาพยาบาล 5) ต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ โดยมีประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิต คือ การส่งเสริมการสื่อสารและการประสานงานภายในทีม และการกำหนดเป้าหมายของการทำงานเป็นทีม

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของมูเซอร์ และคณะ (Mueser, et al.1998. อ้างใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ , 2544) ซึ่งได้ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับผลการใช้ Clinical case management ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน จำนวน 75 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การนำ case management มาใช้สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนได้ ร้อยละ 50

และสอดคล้องกับที่ Powell,2000 ได้กล่าวว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี คือ ผลลัพธ์ที่เกิดทางด้านคลินิก ได้แก่ ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านคลินิกที่ดีขึ้น ลดการป่วยซ้ำ ผลลัพธ์ด้านบุคคลพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และผลลัพธ์

ทางด้านคุณภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น และผลลัพธ์ด้าน การจัดการ การบริหาร และระบบ ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่ดีขึ้น ครอบครัวได้รับการสนับสนุน ทางด้านการเงิน จิตสังคม นอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้ที่ดีขึ้น

และสอดคล้องกับแนวคิดที่ Austin (1993) กล่าวไว้ว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็น รูปแบบการดูแลที่ช่วยให้ผู้ให้บริการ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ตรงตามความต้องการ ของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งครอบคลุมถึงการตอบสนองทางด้านความเจ็บป่วยของร่างกาย การ ขอมรับจากสังคมเพื่อพัฒนาทางด้านจิตใจ แรงสนับสนุนทางสังคม ความมั่นคงในชีวิต และ การจัดเตรียมหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมตามองค์ประกอบของ คุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดของ WHO(1996) คือ ด้านร่างกาย (physical health) ด้านจิตใจ (psychological) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment)

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ถัดดา ศักดาเดชฤทธิ์ (2546) ได้ทำการศึกษา เรื่องการประเมินผลกรณีศึกษาการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชแบบ Case Management ผลการศึกษา พบว่า ผลจากแนวคิดพื้นฐานจากการดูแลเชิงการจัดการ (Managed Care) ทำให้มีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพทุกระดับ โดยผู้ป่วย ครอบครัว การกำหนดแผนการดูแลร่วมกัน (Clinical Pathway) ผลของการจัดการดูแลผู้ป่วยตามการศึกษานี้ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่กลับมารักษาซ้ำ สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นได้ และสามารถดำรงชีวิต อยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขในครอบครัวและชุมชนในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของสังคมนั้น รูปแบบ การดูแลต่อเนื่องที่บ้านก่อให้เกิดความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ต่อระบบบริการ กับ ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน ได้บริการที่มี คุณภาพและมีการใช้ทรัพยากรประโชชน์สูงสุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงาน

1. จากผลการศึกษาพบว่าการจัดระบบการดูแลในชุมชนจะส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น รูปแบบการดูแลโดยการจัดการระบบ การดูแลในชุมชนที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นใช้ในการศึกษานี้ จึงถือว่าเป็นรูปแบบที่มีประโยชน์ต่อ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ในอันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้นานขึ้น

และมีคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านดีขึ้น จึงควรมีการขยายผลการดำเนินงานลักษณะนี้ไปในพื้นที่ที่บุคลากรมีความพร้อมในการดำเนินการ โดยเฉพาะความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ

2. จากการดำเนินการจะพบปัญหาในการดำเนินการ คือ ทีมสหวิชาชีพยังมีปัญหาในเรื่องยังมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนยังไม่ดีเท่าที่ควรและยังไม่เข้าใจบริบทในชุมชนที่ดำเนินการตามโครงการดีพอ ดังนั้นก่อนเริ่มการดำเนินโครงการควรมีการให้ความรู้ในเรื่องโรคจิตเภทให้แก่ทีมสหวิชาชีพ ที่ดูแลผู้ป่วย ตลอดจนมีการวางแผนงานร่วมกันเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดี

3. จากปัญหาในการดำเนินการจัดประชุมทีมสหวิชาชีพเนื่องจากพบว่าทีมสหวิชาชีพมีงานประจำที่ค่อนข้างมาก ทำให้มีปัญหาในการนัดประชุมทีมสหวิชาชีพ จึงควรมีการปรับแผนการนัดการประชุมทีมสหวิชาชีพเป็นระยะๆ โดยควรมีการจัดประชุมวางแผนการดำเนินการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและการประเมินผลการดูแลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง อาจมีการประชุมมากหรือน้อยกว่านี้ขึ้นกับความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ แต่ไม่ควรเกิน 2 สัปดาห์ต่อครั้ง เพราะอาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาผู้ป่วย

4. การดำเนินการตามโครงการจะประสบผลสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ คือ เครื่องมือผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในทุกระดับที่เกี่ยวข้อง รวมถึงชุมชนที่มีการทำงานเป็นทีมที่ดี การประสานงานที่ดี ตลอดจนความร่วมมือของญาติและผู้ป่วย จะช่วยให้โครงการนี้สำเร็จได้ด้วยดี

5. ภายหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากการจัดระบบการดูแลในชุมชน โดยมีการส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ติดตามดูแลต่อเนื่องนั้น ควรมีการประชุมติดตามงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เป็นระยะๆ อย่างน้อย ปีละ 4 ครั้ง เพื่อติดตามผลการดูแล ตลอดจนช่วยแก้ไข ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลการนำรูปแบบการจัดระบบการดูแลในชุมชน มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทั่วไปที่มีปัญหาซับซ้อนในการดูแล เพื่อศึกษาผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขว่าจะได้ผลเช่นเดียวกันหรือไม่

2. ควรมีพัฒนาการนำระบบการจัดระบบการดูแลในชุมชน มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเวชในโรคที่ความสำคัญลำดับต้นๆ เช่น โรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย