



รายงานการศึกษา

ผลการดำเนินงานการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน

สุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน :

บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน

โดย นางวัชนี หัตถพนม

นางสาวดี ศรีวิเศษ

น.ส.เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า

นายไพรวัลย์ ร่มซ้าย

30.6

7w

1

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2551



รายงานการศึกษา

ผลการดำเนินงานการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน

สุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน :

บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน

โดย นางวัชณี หัตถพนม
 นางสุวดี ศรีวิเศษ
 น.ส.เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า
 นายไพรวลัย ร่มซ้าย

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2551 ๒๖

001344

เลขทะเบียน.....

วันที่..... 6 ธ.ค. 2552

เลขเรียก..... พ. พม ๑๐๖

๑๖๖๔ ๒๕๕๑ จ. ๑

รายงาน การศึกษาผลการดำเนินงานการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต
ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและ
ประสานงาน

คณะผู้วิจัย นางวัชนี หัตถพนม
 นางสุวดี ศรีวิเศษ
 น.ส.เอมหทัย ศรีจันทร์ห่อ
 นายไพรวลัย ร่มซ้าย

เจ้าของ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1 วันที่ 30 พฤษภาคม 2551
 จำนวน 100 เล่ม

พิมพ์ที่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
 ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
 โทรศัพท์ 043-227422 ต่อ 3333
 โทรสาร 043-224722

บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง ผลการดำเนินงานการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วย

จิตเวชในชุมชน : บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน

บทนำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้พัฒนาเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ตลอดจนมีการกำหนดช่องทางในการเป็นที่ปรึกษาและประสานงานตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาที่ได้จะนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาผู้ให้การปรึกษา และพัฒนาความรู้แก่เครือข่ายต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการให้การปรึกษาและประสานงานแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่รับผิดชอบ และเพื่อศึกษาแนวปฏิบัติและบทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงานในการปฏิบัติงานจริง

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) จากทะเบียนการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายในการบำบัด รักษาผู้ป่วยจิตเวชชุมชน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546- มีนาคม 2550 ทุกราย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา พบว่าให้การปรึกษาจำนวน 265 ครั้ง ปีที่ให้การปรึกษามากที่สุด คือ ปีงบประมาณ 2549 จำนวน 77 ครั้ง (29.1%) แต่เมื่อพิจารณาผลงานเพียง 6 เดือน พบว่าในเดือนตุลาคม 2549 – มีนาคม 2550 ให้การปรึกษาถึง 57 ครั้ง (21.5%) ตำแหน่งที่ขอรับการปรึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 82.3 หน่วยงานที่ขอรับการปรึกษามากที่สุดคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 61.5 อยู่ในจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 70.2 เวลาที่ให้การปรึกษา 6-10 นาที ร้อยละ 44.9 ($\bar{x}$ = 10.84 SD. = 6.18) ขอรับการปรึกษาในเวลาราชการร้อยละ 97.0 เรื่องที่ขอรับการปรึกษาเป็นปัญหาเกี่ยวกับ 1) ผู้ป่วยและญาติร้อยละ 41.9 เช่น ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ป่วยอาการกำเริบไม่สามารถดูแลได้ แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เป็นต้น 2) ปัญหาอื่น ร้อยละ 35.5 เช่น ปัญหาเครือข่ายไม่มั่นใจในการใช้เทคนิคการให้การปรึกษา การดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ขอสนับสนุนจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ Mass hysteria เครือข่ายหรือคนในครอบครัวมีปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น 3) ปัญหาผู้ป่วยเรื้อรัง ล่ามขัง ร้อยละ 11.7 สำหรับการให้การช่วยเหลือแก่เครือข่ายโดยให้การปรึกษาและแนะนำ ร้อยละ 47.5 ให้การปรึกษาและประสานงานพยาบาลผู้ป่วยนอก ร้อยละ 16.6 ให้การปรึกษาและประสานงานแพทย์ ร้อยละ 15.8 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติและเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยใน ร้อยละ 6.4 อยู่ในภาวะวิกฤติแต่ปรับการรักษาด้วยยา ร้อยละ 24.2 สำหรับบทบาทของพยาบาลจิตเวช นอกจากทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและประสานงานแล้ว ยังทำหน้าที่สาธิตการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแก่

เครือข่าย โดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน นอกจากนี้ผลการศึกษายังได้แนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาและประสานงานจากการปฏิบัติจริงอีกด้วย

สรุปและข้อเสนอแนะ การให้การปรึกษาและประสานงานมีแนวโน้มในการให้บริการมากขึ้นผู้ศึกษาได้นำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาตนเองและทีมงาน เช่น การเจรจาต่อรองให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การถ่ายทอดความรู้แก่เครือข่ายในการนิเทศงานบริการสุขภาพจิต

คำสำคัญ การให้การปรึกษาและประสานงาน จิตเวชชุมชน เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต

Abstract

Title : The results of Consultation for Mental Health Personnel Network in Treating Community Psychiatric Patients : The Role of Psychiatric Consultation Liaison Nurses

Introduction Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital has developed mental health personnel network many years ago, providing knowledge and ability to care the patients in the community as well as establishing ways to consult around the clock in order to discuss the problems of patients caring. The results of the study can be applied to establish clinical practice guideline to improve better knowledge for the consultants and the network personnel.

Objectives To study the operational results in providing consultation and liaison of the mental health network personnel in caring the community psychiatric patients and to study actual practice guideline and role of psychiatric consultation liaison nurses.

Methodology It was a retrospective study, searching from registration report of network telephone consultation in treating all community psychiatric patients between fiscal year 2003-March 2007. We were used data analysis for any quantitative data, frequency, percentage, means and standard deviation are applied while qualitative data are processed through content analysis.

Result The consultations were conducted 265 times. Most were conducted in fiscal year 2006 it had 77 times (29.1%). Considering 6 months period between October 2006 and March 2007 it had 57 consultations (21.5%) were conducted. The position requesting consultation is Register Nurses (82.3 %). The organization most requesting consultation is community hospitals (61.5%). 70.2% are in Khon Kaen province. The time spent for the consultation was 6-10 minutes 44.9 % ($\bar{x}$ = 10.84, SD. = 6.18). 97 % of the consultation was conducted during the working time. Issue of consultation concerned the people involved including 1) the patients and relatives (41.9 %) e.g. the patients did not cooperate in taking drugs, the patients became relapsing and guideline to provide better care for the community psychiatric patients 2) 35.5 % concerned other aspects like the network personnel had not confidence in providing counseling technique, community psychiatric patients' caring, drug support from Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, mass hysteria, network or family member having mental health problems, 3) problem of the homeless and restraint patients (11.7 %). In providing supports for the network personnel, 47.5 % were consulted and suggested, 16.6 % were consulted and referred to nurses of outpatient division, 15.8 % were consulted and referred to doctors, 6.4 % were critical and admission

to psychiatric hospital, but 24.2 % being treated using drugs. For the role of psychiatric nurses, besides working as consultants and liaison persons, we have to demonstrate service provision ways to treat psychiatric patients to the network by conducting the home health care patients and families in the community. Moreover, actual practice guideline of providing consultation and liaison were obtained from the actual operation.

Conclusion and suggestion More provision of consultation and liaison were on the way. We have been learned are helpful for the researcher and staff members like the persuasion of the patients to continually take drugs and the provision of knowledge for network personnel in supervising mental health service jobs to the network personnel.

Key Word Community psychiatry, Consultation and liaison, Mental health network personnel

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดีด้วยความร่วมมือจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ดังนี้
 นายแพทย์ทวี ตั้งเสรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่กรุณาเป็นที่
 ปรึกษา ให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน และการเขียนรายงานการวิจัยที่มีคุณค่ายิ่ง

ทีมสุขภาพจิตโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล
 นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานการให้การปรึกษาและ
 ประสานงาน ทั้งในด้านการให้บริการในโรงพยาบาลและการออกหน่วยให้บริการในพื้นที่ ตลอดจนฝ่าย
 บริหารทั่วไปที่ให้การสนับสนุนอำนวยความสะดวกในการออกหน่วยให้บริการ

เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ที่เป็นผู้ขอรับการปรึกษาและ
 ประสานงานทุกท่าน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญยิ่งที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลงได้

คณะผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกท่านที่กล่าวนามมาข้างต้นมา ณ โอกาสนี้

วัชนี หัตถพนม และคณะ

พฤษภาคม 2551

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ซ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์	5
ขอบเขตการวิจัย	6
นิยามศัพท์	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
กรอบแนวคิดในการศึกษา	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
บทบาทของพยาบาลจิตเวช	8
พยาบาลปฏิบัติการจิตเวชขั้นสูง	11
พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน	14
กระบวนการในการดำเนินงาน	20
การประเมินผลบทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน	25
วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	26
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	32
รูปแบบการวิจัย	32
ประชากรที่ใช้ในการวิจัย	32
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	32
การเก็บรวบรวมข้อมูล	32
การวิเคราะห์ข้อมูล	32

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	34
ข้อมูลทั่วไปของผู้รับการปรึกษาและประสานงาน	34
ปัญหาที่ขอรับการปรึกษาและประสานงาน	36
การช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาและประสานงาน	37
ภาพรวมผลการดำเนินงานการให้การปรึกษาและประสานงาน	38
ตัวอย่างการให้การปรึกษาและประสานงานของพยาบาลจิตเวช	40
แนวปฏิบัติการให้การปรึกษาและประสานงาน	57
บทบาทพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน	58
บทที่ 5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ	60
สรุปผลการวิจัย	60
อภิปรายผล	62
ข้อเสนอแนะ	68
บรรณานุกรม	70
ภาคผนวก	75

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้รับการปรึกษาและประสานงาน (n=265)	35
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของปัญหาที่ขอรับการปรึกษาและประสานงาน (n=265)	37
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการช่วยเหลือผู้รับการปรึกษา (n=265)	38

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1	กรอบแนวคิดในการศึกษา	7
ภาพที่ 2	ภาพรวมผลการดำเนินงานการให้การปรึกษาและประสานงาน	39
ภาพที่ 3	แนวปฏิบัติการให้การปรึกษาและประสานงาน	57

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นปัญหาที่มีความสำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั้งขนาดและความรุนแรง นับจากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในหลายปีที่ผ่านมา รวมทั้งมีการเคลื่อนไหวทางสังคม ความเปลี่ยนแปลงมีผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าวมีความยุ่งยากและซับซ้อนตามการเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น ๆ และคนรอบข้าง กล่าวคือ การสูญเสียบุคคลคนนั้นไปโดยไม่สามารถก่อประโยชน์ต่อสังคม หรือประเทศ นอกจากนั้นต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาดูแล การเสียเวลาและเสียโอกาสของครอบครัว เนื่องจากต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชในหลายๆ กรณี ก่อความเสียหายแก่คนอื่น เช่น การก่ออาชญากรรม มีผลกระทบต่อสังคมก่อให้เกิดการเสียชีวิต เสี่ยงทรัพย์สินของประชาชนทั่วไปที่มิได้เกี่ยวข้องด้วย

จากรายงานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขพบว่าจำนวนและอัตราผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศไทยปีพ.ศ.2548 มีจำนวน 1,290,716 คน คิดเป็นอัตรา 2,067.87 ต่อแสนประชากร (กรมสุขภาพจิต, 2550) สอดคล้องกับรายงานผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกรายใหม่ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จากปีงบประมาณ 2544-2548 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จาก 99,872 รายในปี 2544 เป็น 108,650 ราย 100,575 ราย และ 122,821 ราย ตามลำดับ และสอดคล้องกับรายงานผู้ป่วยนอกรายใหม่ที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จากปีงบประมาณ 2544-2547 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน จากปีงบประมาณ 2544 จำนวน 14,117 ราย เป็น 16,993 ราย 13,865 ราย 13,104 ราย และ 11,932 ราย ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2550)

เห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมในหลาย ๆ ด้านที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วที่กล่าวมาแล้วข้างต้น และจำนวนผู้ป่วยทางสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่ที่มาใช้บริการในสถานบริการของกรมสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มสูงขึ้น เป็นปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ล้วนมีผลต่อมนุษย์ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อยในปัจจุบัน ได้แก่ ความเครียด ภาวะการปรับตัวผิดปกติ นุคลิกภาพผิดปกติ โรคประสาท โรคจิต โรคทางกายที่มีผลมาจากจิตใจ และปัญหาสุขภาพจิตในช่วงวัยต่างๆ ซึ่งสุขภาพจิตเป็นสภาวะทางจิตใจของบุคคล โดยธรรมชาติภาวะทางจิตใจมีการปรับเปลี่ยนแปลง ตามสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวของผู้นั้น ส่งผลให้สุขภาพจิตของคนเรามีการปรับเปลี่ยนตามการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ ด้วย และนอกจากนี้แล้วจิตใจของมนุษย์ยังมีความสลับซับซ้อนเข้าใจยากและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งสุขภาพจิตของคนจะดีหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น พันธุกรรม สติปัญญา สภาพการเลี้ยงดู สภาพแวดล้อมทางสังคม โดยปัจจัยเหล่านี้จะเชื่อมโยง

สัมพันธและสอดคล้องส่งผลกระทบต่อกันและกัน รวมไปถึงสภาพแวดล้อมของระบบเศรษฐกิจและสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างสิ้นเชิง ปัจจัยจำนวนมากมาเหล่านี้อาจทำให้เกิดความกดดันกับประชาชนทุกเพศ ทุกวัยและทุกด้าน ตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยทำงานและวัยสูงอายุ หรือจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจดังกล่าวทำให้ค่าครองชีพเพิ่มขึ้น การแข่งขันกันเพื่อความอยู่รอดในสังคม ทักษะคติและค่านิยมทางตะวันตก ศาสนา วัฒนธรรมไทยและสังคมไทยเกิดการเสื่อมถอย อันทำให้ครอบครัวชุมชนไม่สามารถเป็นเกราะป้องกันให้คนสามารถวิเคราะห์ แยกแยะสาเหตุเพื่อจัดการปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตและปรับตัวได้อย่างปกติสุข ทั้งยังสภาพเศรษฐกิจสังคมในปัจจุบันและอนาคตก่อให้เกิดความกดดันต่อสภาพจิตใจของคนอย่างยิ่ง นับเป็นความยากลำบากพอควรของมนุษย์ที่จะต้องปรับตัว ปรับใจไปกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (จิรา เดิมจิตรอารีย์, 2550)

จากสถานการณ์แนวโน้มดังกล่าว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องส่งเสริม ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนชาวไทยให้ทั่วถึงและครอบคลุมให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข ซึ่งการจะช่วยให้ประชาชนชาวไทยสามารถเผชิญปัญหา และผ่านพ้นวิกฤติสามารถดำรงชีวิตให้เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดีได้นั้น นอกจากตัวของผู้ที่เผชิญปัญหาแล้ว บุคลากรสาธารณสุขยังเป็นตัวบุคคลสำคัญในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพแก่ประชาชนชาวไทย

ในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น พยาบาลจิตเวชเป็นกลุ่มบุคลากรหนึ่งที่มีบทบาทและความสำคัญในการดำเนินงาน โดยพยาบาลจิตเวชปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพในชุมชน ซึ่งพยาบาล มีหน้าที่รับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วยทางจิต การบำบัดเบื้องต้น การให้การพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย และเมื่อพิจารณาจำนวน อัตราผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช และจำนวนผู้มารับบริการในสถานบริการทางสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มสูงขึ้นโดยเปรียบเทียบกับจำนวนพยาบาลจิตเวชในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่า สัดส่วนต่อประชากรในปี พ.ศ.2546 มีจำนวนพยาบาลจิตเวช 1,816 คน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.06 คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด 1 : 34,736 ในปี พ.ศ. 2547 มีจำนวนพยาบาลจิตเวช 1,851 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.93 คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด 1 : 33,481 ในปี พ.ศ. 2548 มีจำนวนพยาบาลจิตเวช 1,868 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.92 คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด 1 : 33,414 ซึ่งพบว่าจำนวนพยาบาลจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เป็นผลมาจากการกรมสุขภาพจิตได้เปิดการฝึกอบรมพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตขึ้น โดยมีสาเหตุมาจากสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ และทุกพื้นที่ที่มีความต้องการพยาบาลจิตเวชไปช่วยในการบำบัด รักษาให้แก่ประชาชน เมื่อพิจารณาการกระจายพยาบาลจิตเวชตามพื้นที่ พบว่า โดยภาพรวมพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานอยู่ในแต่ละภาคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ.2548 มีจำนวนพยาบาลจิตเวชในกรุงเทพมหานคร 339 คน พยาบาลจิตเวช 1 คนต้องดูแลปัญหาสุขภาพจิตของประชากรเพียง 16,693 คน แต่เมื่อเปรียบเทียบกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า พยาบาลจิตเวช 1 คน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต้องดูแลปัญหาสุขภาพจิตของประชากรเป็นจำนวน 49,600 คน

(กรมสุขภาพจิต, 2550) ซึ่งจะเห็นได้ว่าความต้องการพยาบาลจิตเวชในการดูแลปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนนั้นยังมีมาก ทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิต (Promotion) การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตใจ (Prevention) และการบำบัดฟื้นฟู (Treatment and Rehabilitation) และพยาบาลจิตเวชต้องปฏิบัติงานอย่างเต็มศักยภาพเพื่อบรรลุการมีสุขภาพจิตที่ดีสำหรับประชาชน

ดังนั้น นอกจากบทบาทการรักษาในสถานบริการแล้วบทบาทที่มีความสำคัญอีกบทบาท คือ การให้การช่วยเหลือ ครอบครัว ชุมชนรวมทั้งเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชน ซึ่งกรมสุขภาพจิตมุ่งเน้นพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จากโรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิตสู่ชุมชน รวมทั้งการเสริมสร้างศักยภาพของเครือข่าย โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit หรือ PCU) สถานีนอมนัย ให้มีความรู้และทักษะในการจัดบริการสุขภาพจิต ส่งผลให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้การจัดการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้ตอบสนองนโยบายกรมสุขภาพจิตด้วยการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ด้วยการพัฒนาเครือข่ายด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนสู่ประชาชน (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2551) และเพื่อการจัดบริการด้านสุขภาพจิตโดยอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน รวมทั้งภาคประชาชน เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนให้การดำเนินงานสุขภาพจิตเชื่อมโยงถึงกัน เพื่อช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์การมีสุขภาพจิตที่ดี ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการดำเนินงานดังกล่าวนี้มีความสำคัญ ดังเช่นในต่างประเทศมีพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน (Psychiatric Consultation Liaison Nurse : PCLN) ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทให้การปรึกษา และประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ ทำหน้าที่ในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถเลือกใช้กลไกการปรับตัวที่เหมาะสมในการเผชิญปัญหาความไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Burgess & McCorkle, 1985 ; Chiu, 1999) นอกจากนี้บทบาทพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน ยังเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและสร้างระบบการให้การดูแลด้านสุขภาพจิตแก่ผู้รับบริการ ทั้งนี้รวมทั้งการให้การปรึกษา และการประสานงาน ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล รวมทั้งการประสานงานในชุมชนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนอย่างครอบคลุมแบบองค์รวม ซึ่งหมายถึงความครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม (Norwood, 1998) นอกจากการดูแลแล้ว พยาบาลจิตเวชยังมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตศึกษา ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งที่มีความสำคัญของพยาบาลจิตเวช (ทัศนยา บุญทอง, 2545) นั้นหมายรวมถึงการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการให้การปรึกษา (Shattock & Happell, 2001) โดยจุดมุ่งหมายหนึ่งของการให้การปรึกษาเพื่อลดระดับความรุนแรงของปัญหา ดังเช่นการศึกษาของ Kurlowicz (2001) พบว่าผลของการทำงานของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน ช่วยลดระดับความรุนแรงและ

ป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้แล้ว ยังมีการศึกษาที่พบว่าการใช้รูปแบบของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การรักษาและประสานงาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Van Fleet & Hughes, 1996) และผลของการใช้รูปแบบพยาบาลจิตเวชผู้ให้การรักษาและประสานงาน ยังช่วยให้ผู้ป่วย ครอบครัวพึงพอใจในระบบบริการ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในด้านค่ารักษาพยาบาล และพยาบาลจิตเวชผู้ให้การรักษาและประสานงานได้รับการยอมรับจากผู้รับบริการ ครอบครัว รวมทั้งทีมสหวิชาชีพเห็นคุณค่าและความสำคัญมากขึ้น (Yakimo et al, 2004)

บทบาทของพยาบาลจิตเวชผู้ให้รักษานั้นแยกออกเป็น 2 บทบาท คือ บทบาทการให้การรักษา และบทบาทการประสานงาน โดยบทบาทการปรึกษา (Consultation) เริ่มจากมีผู้มาขอรับบริการปรึกษาที่มาขอคำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งอาจจะเป็นผู้ป่วย ครอบครัว หรือบุคลากรทีมสุขภาพ โดยการดูแลช่วยเหลือเน้นที่ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และใช้กระบวนการการปรึกษาเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการ ซึ่งบทบาทการให้รักษาของพยาบาลจิตเวช มีอยู่ 2 วิธี คือการให้การรักษาโดยตรง (Direct Consultation) และการให้การรักษาโดยอ้อม (Indirect Consultation) (Levy & Lewis, 1993; Minarik & Neese, 2002) ส่วนบทบาทการประสานงานเป็นบทบาทที่ใช้องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ส่งมารับบริการการปรึกษา (Minarik & Neese, 2002) และเป็นผู้เชื่อมประสานการทำงานของบุคลากรทีมสุขภาพ ให้มีความสะดวกในการติดต่อสื่อสาร การทำงานร่วมกันและเป็นการสร้างการมีส่วนร่วม ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยครอบครัว และทีมสุขภาพ (Robinson, 1987 อ้างถึงใน Krupnick, 1995)

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ในฐานะที่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary care) เป้าหมายหนึ่งของการให้บริการคือ การมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยและผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่ซับซ้อน รุนแรง และอยู่ในภาวะวิกฤติ นอกจากนี้แล้วบุคลากรต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง เพื่อสามารถป้องกันแก้ไขปัญหการเจ็บป่วย ป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ รวมทั้งการฟื้นฟูสุขภาพ นอกจากนี้ในด้านงานวิจัยจำเป็นต้องมีวิจัยทางการพยาบาลและนำผลการวิจัยมาใช้เพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล โดยส่วนหนึ่งของการบรรลุเป้าหมายดังกล่าวนี้ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จะดำเนินการโดยลำพังคงไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากมีบุคลากรในการดำเนินงานไม่เพียงพอเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรที่ต้องรับผิดชอบดูแลที่มีจำนวนมาก โรงพยาบาลจึงได้ดำเนินการพัฒนาเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชนตั้งแต่ พ.ศ. 2542 ถึงปัจจุบัน มีการสร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ให้การดูแลผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งประชาชนที่อยู่ในชุมชนทั้งหมด ในด้านการส่งเสริม ป้องกันบำบัด รักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน นอกจากนี้โรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ยังทำหน้าที่เป็นเครือข่ายในระดับเขต เป็นที่ปรึกษากำหนดช่องทางการปรึกษา และการประสานงานตลอด 24 ชั่วโมง โดยพยาบาลจิตเวชทำหน้าที่ให้การปรึกษาและประสานงานแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชน เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

จิตเวชที่มีอาการทางจิตกำเริบ ไม่ร่วมมือในการรับประทาณา มีอาการก้าวร้าวรุนแรง เป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่น รวมทั้งปัญหาอื่นๆ ให้มีแนวทางการแก้ไขปัญหาในเบื้องต้นเพื่อป้องกันและลดระดับความรุนแรงของปัญหา (Kurlowicz, 2001)

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปฏิบัติงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ทำหน้าที่ในการให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนเป็นทั้งผู้ให้การปรึกษาและประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตและทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยครอบครัวที่มีภาวะวิกฤติต่างๆ เกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนรุนแรงทั้งในโรงพยาบาลและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในชุมชน รวมทั้งการให้การปรึกษาในภาวะวิกฤติ (Crisis counselling) เช่น ภาวะเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตเฉียบพลัน ญาติและบุคลากรไม่สามารถจัดการและให้การช่วยเหลือได้ ผู้ประสบภาวะอุปทานหมู่ (Mass Hysteria) ผู้มีภาวะซึมเศร้าหลังประสบภัยพิบัติ (PTSD : Post Traumatic Stress Disorder) เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์เพื่อให้การช่วยเหลือด้านสวัสดิการทางสังคมต่าง ๆ การติดตามเยี่ยมต่อเนื่องในชุมชน ประสานงานกับนักจิตวิทยาเพื่อการประเมินอาการทางจิต และบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อประสานการดูแล การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องในชุมชน รวมทั้งหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เป็นที่ปรึกษาให้กับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ที่ยอมรับการรักษาได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมและทันทั่วถึง ดังนั้นจึงได้ทำการศึกษาผลการดำเนินงานการให้การปรึกษาและประสานงานแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และเพื่อพัฒนาระบบการปรึกษาและประสานงาน ในบทบาทของพยาบาลจิตเวช (Psychiatric Consultation Liaison Nurse : PCLN) โดยพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อช่วยให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชน สามารถดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบให้เป็นผู้มีภาวะสุขภาพจิตดี และเพื่อการพัฒนางานสุขภาพจิตต่อไป

2. คำถามการวิจัย

2.1 ผลการดำเนินงานการให้การปรึกษาและประสานงานแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน โดยพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นอย่างไร

2.2 แนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาและประสานงานจากการปฏิบัติจริงเป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการให้การปรึกษาและประสานงานแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และบทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

3.2 เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาและประสานงานจากการปฏิบัติจริง

4. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) โดยใช้บริบทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน ศึกษาในเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น อุดรธานี หนองคาย ร้อยเอ็ด และมหาสารคาม รวมทั้งหน่วยงานอื่นๆ ที่ขอรับการปรึกษาและประสานงานทุกราย ดำเนินการเก็บข้อมูลจากทะเบียนการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2545-มีนาคม 2550

5. นิยามศัพท์

5.1 พยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน หมายถึง พยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ทำหน้าที่ในการให้การปรึกษาและประสานงานแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต

5.2 เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต หมายถึง บุคลากรสาธารณสุข ที่รับผิดชอบและปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประกอบด้วย 5 จังหวัด คือ จังหวัดขอนแก่น อุดรธานี หนองคาย ร้อยเอ็ด และมหาสารคาม ซึ่งเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตที่ขอรับการปรึกษาได้แก่เครือข่ายระดับจังหวัด อำเภอและตำบล

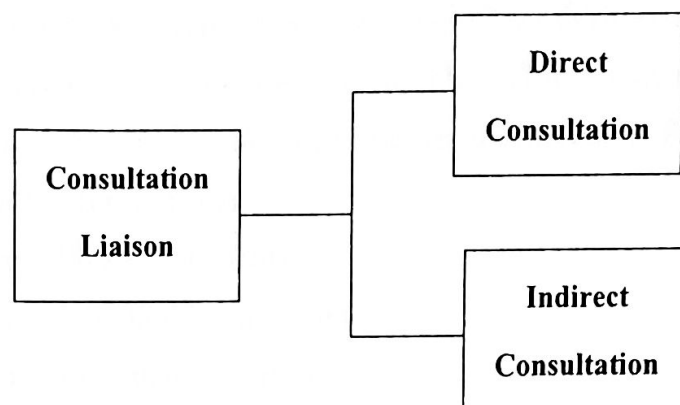
6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 นำผลการศึกษาที่ได้ที่ได้มาเป็นฐานข้อมูลอ้างอิงในการวางแผนพัฒนาศักยภาพของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

6.2 นำผลการศึกษาที่ได้จัดทำคู่มือ หรือแนวทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ขอรับการปรึกษามากในลำดับต้นๆ

6.3 เป็นฐานข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

7. กรอบแนวคิดในการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

แนวคิดในการดำเนินการครั้งนี้ใช้แนวคิดของ Levy & Lewis, (1993) Minarik & Neese, (2002) เนื่องจากผู้ศึกษาเป็นพยาบาลจิตเวช และทำหน้าที่เป็นพยาบาลจิตเวชผู้ให้การศึกษาและประสานงาน ซึ่งมีบทบาทหลัก 2 บทบาท คือ บทบาทการศึกษา (Consultation) และบทบาทการประสานงาน (liaison) สำหรับบทบาทการศึกษา แบ่งออกเป็น

1. การปรึกษาโดยตรง (Direct consultation) โดยทำหน้าที่ในการให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยตรง การปฏิบัติการพยาบาลอาจจะเป็นรายบุคคล ครอบครัวหรือกลุ่มบำบัด การสอนสุขศึกษา การคลายเครียด การให้คำแนะนำ

2. การให้การศึกษาโดยอ้อม (Indirect consultation) เป็นการทำงานระหว่างผู้ให้การศึกษา (Consultant) ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ กับผู้ขอรับการศึกษา (Consultee) ซึ่งขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้รับบริการ โดยช่วยให้ผู้รับการศึกษาสามารถประเมิน รวบรวมข้อมูล วางแผนให้การช่วยเหลือ ปฏิบัติตามแผน และประเมินผลการพยาบาล ช่วยให้การดูแล บำบัด รักษาผู้ป่วยผ่านกระบวนการไปด้วยดี ช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลการดำเนินงานการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน (Consultation Liaison Nurse) ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. บทบาทของพยาบาลจิตเวช
2. พยาบาลปฏิบัติการจิตเวชขั้นสูง
 - 2.1 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
 - 2.2 พยาบาลปฏิบัติการจิตเวชขั้นสูง
 - 2.3 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชขั้นสูงในชุมชน
3. พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน
 - 3.1 แนวคิดพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน
 - 3.2 ความหมายของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน
 - 3.3 คุณสมบัติของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน
 - 3.4 กรอบแนวคิด ทฤษฎีในการปฏิบัติงาน
 - 3.5 บทบาท
 - 3.5.1 บทบาทการปรึกษา (Cousultation)
 - 3.5.2 บทบาทการประสานงาน (Liaison)
 - 3.6 กระบวนการดำเนินงาน
 - 3.7 การประเมินผลบทบาทการพยาบาลจิตเวชการปรึกษาและการประสานงาน
 - 3.8 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. บทบาทของพยาบาลจิตเวช

พยาบาลจิตเวชในประเทศไทยได้แบ่งบทบาทของพยาบาลจิตเวชตามบทบาทหน้าที่ดังนี้

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) ได้กล่าวว่าบทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถแบ่งตามลำดับ ดังนี้

1.1 บทบาทระดับพื้นฐานหรือระดับรอง (Sub role of psychiatric nurse) ซึ่งได้แก่ บทบาทการจัดสรรสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา (Creative of therapeutic environment role) บทบาทเป็นเสมือนตัวแทนของแม่ (Mother role) บทบาทเป็นตัวแทนของสังคม (Socialized agent role)

บทบาทเป็นผู้แนะนำให้คำปรึกษา (Counseling role) บทบาทเป็นเสมือนครู (Teaching role) และ บทบาททางการรักษาพยาบาลที่ใช้เทคนิคเฉพาะทางการพยาบาล (Therapeutic nursing role)

1.2 บทบาทระดับสูงหรือระดับผู้เชี่ยวชาญ (Role of the clinical specialist) ได้แก่เป็นที่ปรึกษา (Consultant role) เป็นผู้ติดต่อให้ความร่วมมือ (Liaison nursing role) เป็นผู้บำบัดรักษาเบื้องต้น (Primary therapeutic role) เป็นผู้นำการบำบัดรักษา (Therapist role) เป็นผู้ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย (Rehabilitation role) เป็นผู้ให้ความรู้ (Educator role) และเป็นผู้นำทีมหรือประสานงานทางสุขภาพจิตและจิตเวช (Therapeutic nursing role)

นอกจากนี้ยังมีผู้ทรงคุณวุฒิได้กล่าวถึงบทบาทหลักของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดย สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2546) ได้อธิบายไว้ว่าบทบาทหลักของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชประกอบด้วย

1.2.1 เป็นผู้เชี่ยวชาญการปฏิบัติการพยาบาล มีบทบาทหลักในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งโดยตรงและโดยอ้อม เป็นตัวอย่างและเป็นผู้ปฏิบัติที่มีความชำนาญทางคลินิก โดยสามารถแสดงออกถึงความเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการปฏิบัติการพยาบาล 4 ลักษณะคือ การสังเคราะห์ความรู้เฉพาะทาง การแสดงทักษะที่มีความเชี่ยวชาญ การปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานแนวคิดแบบองค์รวม และการบันทึกทางการพยาบาล

1.2.2 เป็นผู้ให้ความรู้ (Educator) มีบทบาทหลักในการสอนและการให้ความรู้ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งโดยตรงและโดยอ้อม แก่เพื่อนร่วมงานทั้งวิชาชีพเดียวกันและสหสาขาวิชาชีพ เป็นการให้ความรู้ในคลินิก

1.2.3 เป็นที่ปรึกษา (Consultant) โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้รับการปรึกษา ให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยซึ่งต้องสามารถสร้างบรรยากาศการปรึกษาที่ดี ลักษณะการทำงานร่วมกันคำนึงถึงความสามารถและความต้องการของแต่ละบุคคล

1.2.4 เป็นผู้ทำวิจัย (Researcher) หรือการนำผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติงานในคลินิกร่วมกับพยาบาลอื่นๆ และรวมถึงการสนับสนุนการวิจัยร่วมกับคนอื่นๆ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2550) ได้กล่าวถึง บทบาทของพยาบาลจิตเวช ดังนี้

1. บทบาทหน้าที่ระดับพื้นฐาน

1.1 ผู้จัดสรรสิ่งแวดล้อม

1.2 เสมือนตัวแทนแม่

1.3 ตัวแทนสังคม

1.4 ผู้ให้ปรึกษา

1.5 เสมือนครู

1.6 รักษาพยาบาลเฉพาะทาง

2. บทบาทหน้าที่ระดับสูง

2.1 ที่ปรึกษา

2.2 ผู้ติดต่อให้ความร่วมมือ

2.3 ผู้นำบัตรรักษาเบื้องต้น

2.4 ผู้นำบัตรรักษา

2.5 ผู้ฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.6 ผู้ให้ความรู้

2.7 ผู้นิเทศ และประสานงาน

การพยาบาลจิตเวชยึดหลัก 4 มิติ คือ 1) การส่งเสริมสุขภาพจิต จัดกิจกรรมแก่ผู้รับบริการทั้งที่มีสุขภาพจิตดี มีความผิดปกติทางพฤติกรรม ครอบครัวผู้ป่วย และชุมชน ให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ปลอดภัยจากการเจ็บป่วยทางจิต ป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ 2) ทำหน้าที่สอนและให้คำแนะนำ นิเทศงาน 3) ประสานงานครอบครัว ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ และ 4) ศึกษาวิจัย

สำหรับในต่างประเทศสมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาได้มีการจำแนกบทบาทพยาบาลจิตเวช ดังนี้ คือ (Mohr, 2003)

1. บทบาทพยาบาลจิตเวชระดับพื้นฐาน ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่าที่ได้ขึ้นทะเบียนและได้รับใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล มีบทบาทส่งเสริมสนับสนุนให้คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และการป้องกันโรค ประเมินภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ให้บริการเสมือนผู้จัดการรายกรณี ออกแบบและจัดสรรสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด สนับสนุนกิจกรรมการดูแลตนเอง รวมทั้งการบริหารจัดการเรื่องยาและอาการข้างเคียง ปฏิบัติการให้การดูแลด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับสุขภาพ การเจ็บป่วยและการบำบัด รักษา ให้บริการปรึกษาแบบประคับประคอง

2. บทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระดับสูงหรือระดับผู้เชี่ยวชาญ เป็นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ผู้มีความรู้ระดับปริญญาโท มีบทบาททั้งการสอนเกี่ยวกับสุขภาพ การประเมินการคัดกรองผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลด้านการป้องกัน การประเมินผล และการบริหารจัดการผู้ป่วยทางจิตใจ การประเมินและการวินิจฉัย การสังเกตและแปลผลทางห้องปฏิบัติการ การส่งจ่ายและการบริหารยา นอกจากนี้แล้วยังมีบทบาทด้านการสอนบุคคลและครอบครัว การทำกลุ่มบำบัด จัดบำบัดรายบุคคล ครอบครัว และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

นอกจากบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวสดังกล่าวแล้ว สมจิต หนูเจริญกุล (2540) ยังได้อธิบายถึงสมรรถนะ คุณลักษณะ และบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชไว้ดังนี้

1. สมรรถนะของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ประกอบด้วย

1.1. ความสามารถในการบูรณาการความรู้เกี่ยวกับการดูแล การบำบัดรักษา เพื่อประเมินวินิจฉัยให้การบำบัดรักษา และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลแบบองค์รวม รวมทั้ง การลดและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต จากการเจ็บป่วยและผลกระทบทางกาย จิต สังคม ของ บุคคล ครอบครัว และชุมชน

1.2 จัดให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการการบำบัดทางการพยาบาลและการรักษาของแพทย์เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการบริการ ที่มีคุณภาพและคุ้มค่าใช้จ่าย

1.3 เป็นผู้รู้ เป็นที่ปรึกษา เป็นที่เล็ง และเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ ก่อให้เกิดความก้าวหน้า และคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล

1.4 เป็นผู้รู้ที่ผสมผสานวิชาชีพในการวางระบบบริการ และการนำไปปฏิบัติ เพื่อหาวิธีการปรับปรุงแก้ไขบริการ หรือการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาระบบการดูแลให้มีประสิทธิภาพ

2. คุณลักษณะที่จำเป็นของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Clinical Nurse Specialist : CNS) คือคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ ทักษะการเป็นผู้นำ ทักษะการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น และทักษะการให้การปรึกษา ซึ่งประกอบด้วยคุณลักษณะดังนี้

2.1 คุณลักษณะเชิงวิชาชีพ

2.2 ทักษะการเป็นผู้นำ

2.3 ทักษะการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น

2.4 ทักษะในการให้คำปรึกษา

2. พยาบาลปฏิบัติการจิตเวชขั้นสูง

2.1 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

สมจิต หนูเจริญกุล (2550) กล่าวว่าแนวคิดพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง หรือ APN (Advance Practice Nurse) นั้นเนื่องมาจากระบบสุขภาพและระบบการพยาบาลมีการปฏิรูป เพื่อการเข้าถึง บริการสุขภาพของประชาชน และบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และตอบสนองต่อปัญหาและความ ต้องการของผู้รับบริการที่มีความซับซ้อน โดยมีการใช้หลักฐาน แนวคิดทฤษฎี และผลงานวิจัย ประกอบการตัดสินใจ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546) และเป็นผู้ที่จบการศึกษาในระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลและผ่านการรับรองโดยสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย โดยสภาการพยาบาล แห่งประเทศไทยได้รับรองบทบาทของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกหรือ CNS (Clinical Nurse Specialist) ไว้ 5 สาขาประกอบด้วย 1) สาขาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2) สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช 3) การพยาบาลเด็ก 4) การพยาบาลมารดาและทารก 5) การพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546; นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ, 2550) ซึ่ง

สอดคล้องกับสมาคม Clinical Nurse Specialist ของประเทศสหรัฐอเมริกา (National Association of Clinical Nurse Specialist [NACNS], 1998) ได้ให้ความหมายของผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางหรือ CNS ว่าหมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการเตรียมในระดับปริญญาโททางการพยาบาลที่หลักสูตรเน้นการผลิตผู้มีความรู้ความชำนาญในสาขา CNS เป็นผู้มีความชำนาญในการใช้ผลงานวิจัยและทฤษฎีในการปฏิบัติในสาขาที่ตนเองเชี่ยวชาญ

ต่อมาปี พ.ศ. 2541 สภาการพยาบาลมีมติเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และแบ่งการปฏิบัติการพยาบาลเป็น 2 ระดับ ประกอบด้วย การปฏิบัติการพยาบาลทั่วไป (General Nursing Practice หรือ GN) และการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยสภาการพยาบาลได้ออกกฎบัตรการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และได้รับการพัฒนาเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550)

ในต่างประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา Lyon (1996) ได้กล่าววาทะบทของพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง ประกอบด้วยบทบาท การเป็นผู้บริหาร (Administrator) บทบาทด้านคลินิก (Clinician) บทบาทการเป็นผู้ให้การศึกษา (Consultant) บทบาทการเป็นครู (Educator) และบทบาทการเป็นนักวิจัย (Researcher) นอกเหนือจากบทบาทดังกล่าวแล้ว สมาคม Clinical Nurse Specialist ของประเทศสหรัฐอเมริกา (NACNS, 1998) ได้กล่าวถึงสมรรถนะกลางของ CNS ไว้ดังนี้

1. บูรณาการความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา เพื่อการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยเน้นการวินิจฉัยประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรค
2. ออกแบบโครงการการดูแลผู้ป่วย ในกลุ่มต่างๆ โดยบูรณาการการบำบัดทางการพยาบาลและการรักษาของแพทย์ เพื่อประสิทธิภาพของการดูแลและความคุ้มค่าใช้จ่าย
3. เป็นผู้นำ เป็นที่ปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง และเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง ที่จะก่อให้เกิดความก้าวหน้าและคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วย
4. เป็นผู้นำในทีมสหวิชาชีพในการวางระบบบริการ และการนำไปปฏิบัติเพื่อหาทางแก้ไขปรับปรุงบริการ หรือประเด็นปัญหาการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพ

กล่าวโดยสรุปการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ทั้งผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางและพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีประสบการณ์ และได้รับการเตรียมการอย่างดีในระดับปริญญาโททางการพยาบาล นอกจากจะช่วยตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนให้ครอบคลุม เท่าเทียม มีประสิทธิภาพ และคุ้มค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ยังเป็นดัชนีบ่งชี้ถึงความก้าวหน้าและการพัฒนาความรู้ของวิชาชีพการพยาบาลที่มีความเป็นเลิศของการปฏิบัติการพยาบาลอย่างแท้จริง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546)

2.2 พยาบาลปฏิบัติการจิตเวชขั้นสูง

หมายถึง การกระทำเพื่อช่วยเหลือดูแลบุคคลทุกวัย ครอบครัวและ หรือกลุ่มบุคคลทั้งใน ภาวะปกติและที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช บุคคลปัญญา อ่อน และผู้ใช้สารเสพติด ทุกระยะของการเจ็บป่วย โดยประยุกต์ศาสตร์เฉพาะสาขา ศาสตร์ที่ เกี่ยวข้องและผลการวิจัย เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม การบำบัดทางจิต ตลอดจนการปฏิบัติบทบาทในการบริหารจัดการ การให้ความรู้ การเป็นที่ปรึกษาและการวิจัย

นอกจากนี้ Hamric (1989) ได้อธิบายถึงทักษะและสมรรถนะของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทาง คลินิก หรือ CNS ประกอบด้วย

1. จบการศึกษาในสาขาเฉพาะ
2. ได้วุฒิบัตรรับรอง
3. ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วย ผู้รับบริการ ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และยังได้อธิบายถึงคุณสมบัติของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ดังนี้
 1. ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent)
 2. เป็นผู้ประสานความร่วมมือ (Collaborator)
 3. เป็นผู้นำทางคลินิก (Clinical leader)
 4. พิตักษ์สิทธิผู้ป่วย (Patient advocacy)

นอกจากนี้ยังได้อธิบายถึงบทบาทของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ดังนี้

1. บทบาทการเป็นผู้เชี่ยวชาญทางการปฏิบัติ
2. บทบาททางด้านการศึกษา
3. บทบาทการเป็นที่ปรึกษา
4. บทบาทการเป็นนักวิจัย

ในด้าน การพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง Calkin (1984) กล่าวว่า เริ่มจากการ เป็นผู้เริ่มต้นปฏิบัติ เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์จากการปฏิบัติ และเป็นพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง ซึ่งสอดคล้องกับ Benner (1984) ที่กล่าวถึงการพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ประกอบด้วย บทบาทการเป็นผู้ริเริ่ม (Novice) บทบาทผู้เริ่มต้นการปฏิบัติการขั้นสูง (Advance Beginner) บทบาทผู้มีความรู้ความสามารถ (Competent) บทบาทผู้ชำนาญ (Proficient) และ บทบาทผู้เชี่ยวชาญ (Expert)

2.3 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชขั้นสูงในชุมชน

Hamric et al. (2000) ได้อธิบายแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงพยาบาลจิตเวชใน ชุมชน (Mental Health Community Nurse Service หรือ MHCNS) ในสหรัฐอเมริกา ซึ่งในปัจจุบัน บทบาท ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านการเป็นผู้นำการวิจัย 2) ด้านการศึกษา 3) ด้านการให้การ ปรึกษา และ 4) เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาล และได้รับการพัฒนาเรื่อยมาเพื่อ

สนับสนุนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งบทบาทของ MHCNS ครอบคลุมการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เน้นการประเมินด้านชีวะสังคม การให้การวินิจฉัย การบริหารจัดการเรื่องยาในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตทั้งบทบาทการฝึกปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วยทั้งผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุหรือวัยรุ่น รวมทั้งการปฏิบัติงานในกลุ่มอื่นที่หลากหลายนั้นประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวช จิตเวชฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก บริการให้การปรึกษาทางจิตเวช พยาบาลปฏิบัติการจิตเวชขั้นสูง เป็นบทบาทที่ได้รับการพัฒนาและตอบสนองความต้องการบริการด้านสุขภาพจิตอย่างสูง รวมทั้งในกลุ่มอื่นๆที่มีความเฉพาะเจาะจง

3. พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน

3.1 แนวคิดพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน

ในช่วงระยะปี 1960-1969 บทบาทพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน เริ่มมีความเด่นชัดในครั้งแรกที่ Duke University และขยายมาที่ University of Maryland และ Yale University โดยได้บรรจุเข้าในหลักสูตรบัณฑิตศึกษา โดยการดำเนินงานของพยาบาลจิตเวชที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งบทบาทนี้เองเป็นบทบาทของพยาบาลผู้ที่มีทักษะความชำนาญด้านจิตเวชที่ช่วยให้พยาบาลประจำการในโรงพยาบาลทั่วไปทำงานกับผู้ป่วยจิตเวชได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานพยาบาลอื่นๆที่มีผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจจากการเจ็บป่วยทางกาย และบทบาทพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานได้รับการยอมรับในประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี 1970-1979 (Chase et al., 2000 อ้างถึงใน Frisch & Frisch, 2001; Nelson & Schilk, 1976 อ้างถึงใน Moschler & Fincannon, 1992) การพยาบาลจิตเวชและการประสานงานกำเนิดจากการพัฒนาบทบาทการพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางทางคลินิก (Clinical หรือ : CNS) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยทางกายที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ซับซ้อนในโรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาให้กับบุคลากรทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยทางกายที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ซับซ้อน (Nelson and Schilke, 1976 อ้างถึงใน Chiu, 1999) ดังนั้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ป่วยทางกายที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานมีความรู้ความชำนาญในบทบาทพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน จึงมีความสำคัญที่ต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทดังกล่าว

3.2 ความหมายของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้มีผู้ให้คำจำกัดความของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน ไว้ดังนี้

สมาคมพยาบาลอเมริกัน (American Nurse Association [ANA], 1990 อ้างถึงใน Chui, 1999) ให้คำจำกัดความว่า เป็นสาขาย่อยของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้มีความรู้ระดับ

ปริญญาโทในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช ที่สามารถประยุกต์ใช้ทักษะและองค์ความรู้ทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางกายในโรงพยาบาลทั่วไป

Gerety (1991) ให้ความหมาย พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานว่า เป็นสาขาย่อยของการพยาบาลจิตเวชที่มีหน้าที่หลักอยู่ 3 อย่าง คือ การปฏิบัติการทางคลินิก การสอน และการทำวิจัย โดยมีจุดมุ่งเน้นที่การวินิจฉัย การรักษา การศึกษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชที่อาจเกิดขึ้น จากการเจ็บป่วยทางกายในโรงพยาบาลฝ่ายกาย

Lehmann (1995) ให้ความหมายพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานว่า เป็นรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาจากกระบวนการให้การปรึกษา ซึ่งสามารถให้การพยาบาลได้ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม การดูแลแบบองค์รวมและความคุ้มค่าในการดูแล ซึ่งพยาบาลจิตเวชที่จะทำหน้าที่นี้ได้ ต้องมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทที่มีประสบการณ์ ความชำนาญ ทักษะในด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งบูรณาการองค์ความรู้ในการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลทางกายได้

Chiu (1999) ให้ความหมายพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานว่า เป็นการพยาบาลที่ประยุกต์ทักษะ องค์ความรู้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยทางกายในโรงพยาบาลทั่วไป โดยได้แยกอธิบายไว้ 2 บทบาท คือ การพยาบาลจิตเวช บทบาทการปรึกษา (Consultation) เป็นบทบาทด้านการประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจและร่วมมือในการแก้ปัญหา และพยาบาลจิตเวชบทบาทการประสานงาน (Liaison) เป็นการทำงานระหว่างงานบริการด้านจิตเวชและไม่ใช่จิตเวช รวมถึงการทำงานระหว่างบุคลากรด้านจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไปกับบุคลากรในหน่วยงานอายุรกรรม ศัลยกรรม

สรุปได้ว่า พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานว่า หมายถึง พยาบาลจิตเวชที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท เป็นการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีความรู้ ทักษะ ความสามารถ ความชำนาญ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และสามารถประยุกต์ บูรณาการองค์ความรู้ดังกล่าวในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อนได้

3.3 คุณสมบัติของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน (Characteristics of the Psychiatric Consultation Liaison Nurse)

นอกจากพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานจะเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อนได้นั้นยังจะต้องมีคุณสมบัติอื่นที่มีความจำเป็นอีก ดังเช่น Levy & Lewis (1993) ได้อธิบายและชี้ให้เห็นว่าพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานเป็นพยาบาลที่มีการศึกษาระดับปริญญาโท มีประสบการณ์ในพยาบาลทางกาย มีทักษะความชำนาญขั้นสูงในการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ร่วมกับมีประสบการณ์ในการบริหารจัดการ มีสมรรถนะด้านการพยาบาลคลินิก สามารถประเมินสถานการณ์ปัญหาที่

ซับซ้อนได้อย่างเข้าใจ และนอกจากนี้คุณสมบัติของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การศึกษาและ
 ประสานงานควรมีคือ เป็นคนช่างสังเกต มีความยืดหยุ่น มีวุฒิภาวะทั้งในส่วนบุคคลและ
 บุคคลและมีความเป็นมืออาชีพ มีความสามารถในการให้เหตุผลและทนต่อสถานการณ์ที่สำคัญ มี
 ทักษะในการฟังเนื่องจากปัญหาที่ส่งมาปรึกษานั้นมีความซับซ้อน นอกจากนี้ยังต้องประยุกต์
 หลักการหรือแนวทางสู่การปฏิบัติได้ โดยปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีเอกสิทธิ์ทางวิชาชีพ
 (Autonomy) นอกจากนี้ เป้าหมายในหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การศึกษาและ
 ประสานงานคือ สอนแนวความคิดดูแลทางสังคมจิตใจและสามารถนำสู่การปฏิบัติได้อย่างมี
 ประสิทธิภาพ การให้การสนับสนุนช่วยเหลือบุคลากรทางการพยาบาลในการให้การดูแลด้านสังคม
 จิตใจ ช่วยให้ผู้รับการปรึกษายอมรับนับถือความมีคุณค่าในตนเอง และกระตุ้นให้เกิดการยอมรับ
 และทนต่อปัญหาการดูแลที่ยังแก้ไขไม่ได้ และนอกจากนี้คุณสมบัติพยาบาลจิตเวชผู้ให้การศึกษา
 และประสานงานจะต้องมีการพัฒนาคุณสมบัติที่นอกเหนือจากการมุ่งเน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม
 เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย การพัฒนาบทบาทเช่น คุณสมบัติ
 การเจรจาต่อรองระหว่างบุคลากรและผู้รับบริการ สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพระหว่างพยาบาลจิตเวช
 ผู้ให้การศึกษาและประสานงานกับผู้รับบริการ (Levy & Lewis, 1991)

3.4 กรอบแนวคิดทฤษฎีในการปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การศึกษาและประสานงาน (Theoretical Model Use in Liaison Mental Health Practice)

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบที่ใช้ในการ
 ปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การศึกษาและประสานงาน มีหลากหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับ
 กับทฤษฎีต่างๆ ที่นำมาประยุกต์ใช้ เช่น

3.4.1 รูปแบบการให้การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Theoretical Model) โดยมี
 พื้นฐานจากการสังเคราะห์ทฤษฎีการพยาบาล ทฤษฎีจิตพลวัตของการพัฒนาบุคลิกภาพ ทฤษฎี
 ความเครียด ทฤษฎีระบบ ทฤษฎีภาวะวิกฤติ (Lewis & Levy, 1982 อ้างถึงใน Roberts, 1997)

3.4.2 รูปแบบการบรรเทาพฤติกรรม (Relief Behavior Model) ของ Dulaney &
 Crawford (1988) ที่ใช้ทฤษฎีพื้นฐานความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow เพื่อใช้ในการจัดการ
 ความวิตกกังวล

3.4.3 รูปแบบการใช้เทคนิคการเผชิญปัญหาสำหรับผู้ที่ยามฆ่าตัวตาย ได้มีการใช้
 ทฤษฎีต่างๆ เป็นพื้นฐานแตกต่างกันไปตามแนวคิดของแต่ละคน เช่น Catalan และคณะ (1980 อ้าง
 ถึงใน Robert, 1997) ใช้ทฤษฎีภาวะวิกฤติมาเป็นพื้นฐาน ในขณะที่ Evans (1989 อ้างถึงใน Robert,
 1997) ใช้รูปแบบของจิตวิเคราะห์ ส่วน Atha และคณะ (1989 อ้างถึงใน Robert, 1997) ใช้ทฤษฎีการ
 ปรับเปลี่ยนความคิดมาเป็นพื้นฐาน เป็นต้น

3.4.4 รูปแบบอื่นๆ เช่น การให้การปรึกษาแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและ
 พฤติกรรมบำบัด ครอบครัวบำบัด

และนอกจากนี้ ยังมีกรอบแนวคิดที่ใช้ในการปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานอื่นๆ อีก ดังเช่น Burgess (1990) กล่าวว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีระบบ โดยกรอบแนวคิดนี้ช่วยให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพนั้นเริ่มจากบุคคลากรทีมสุขภาพ ร่วมมือกันในการวางแผนการรักษา ภายใต้ขอบเขตของแต่ละวิชาชีพ โดยมีสัมพันธภาพที่ดี มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยยึดระบบหลัก (Target system) คือหอผู้ป่วยที่มีพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานไปร่วมงาน ระบบแวดล้อม (Supra system) คือโรงพยาบาล และระบบย่อย (Sub system) คือผู้ป่วย บุคลากรทีมสุขภาพที่พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานไปร่วมงานด้วย โดยระบบทั้งหมดเป็นระบบเปิด มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ร่วมกับสิ่งแวดล้อม ภายในระบบหลักจะมีปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Output) และมีการส่งข้อมูลย้อนกลับ (Feed back)

3.5 บทบาท

สมาคมพยาบาลอเมริกา ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน คือการเชื่อมประสานงานพยาบาลด้านสุขภาพจิตให้ดีขึ้น โดยกำหนดไว้ 2 บทบาท คือ บทบาทการปรึกษาและบทบาทการประสานงาน มีรายละเอียดดังนี้ (ANA, 1999 ; Boyer & Kirsch, 1991; Tunmore & Thomas, 1992; Levy & Lewis, 1993; Krupnick, 1995 ; Kurlowicz, 1998; Chui, 1999)

3.5.1 บทบาทการปรึกษา (Consultation)

เป็นบทบาทอิสระในการให้บริการปรึกษา เริ่มจากผู้มาขอรับบริการปรึกษาก่อน โดยผู้ให้การปรึกษา (Consultant) ซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญที่เหนือกว่า (Caplan, 1970 อ้างถึงใน Kurlowicz, 1998) และผู้รับการปรึกษา (Consultee) ที่มาขอคำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต อาจจะเป็นผู้ป่วย ครอบครัว หรือบุคลากร ทีมสุขภาพเอง วิธีให้การช่วยเหลือโดยใช้กระบวนการให้การปรึกษาเพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจและร่วมมือในการแก้ปัญหานั้นๆ พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานจะต้องใช้ทักษะการปรึกษาสอดคล้องกับการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการพัฒนาตนเอง ในการเข้าใจปัญหาของตนเองอย่างแท้จริง และสามารถแก้ไขปัญหาในขณะนั้นได้ และสามารถจัดการกับปัญหาที่คล้ายกันในอนาคตได้ ซึ่งบทบาทในการให้การปรึกษาและประสานงานนี้มี 2 วิธี คือ การให้การปรึกษาโดยตรงและการให้การปรึกษาโดยอ้อม (Levy & Lewis, 1993; Lehmann, 1995 ; Krupnick, 1995; Minarick & Neese, 2002)

1) การให้การปรึกษาโดยตรง (Direct consultation)

พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน ทำหน้าที่ให้การปรึกษากับผู้ป่วย โดยตรง ตั้งแต่การประเมินรวบรวมข้อมูลความต้องการในการดูแลทางสังคมจิตใจ พร้อมทั้งวางแผน

แผนการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลอาจจะเป็นรายบุคคล ครอบครัวยุ หรือกลุ่มบำบัด การสอนสุขศึกษา การคลายเครียด การให้คำแนะนำ (Lehmann, 1995) การปรึกษาโดยตรงนี้จะทำเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาที่ซับซ้อนไม่ชัดเจน หรือบทบาทของที่ปรึกษายังไม่เป็นที่รู้จักแพร่หลายในหน่วยงาน (Levy & Lewis, 1993)

2) การให้การปรึกษาโดยอ้อม (Indirect consultation)

เป็นกระบวนการทำงานระหว่างผู้ให้การปรึกษา (Consultant) ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญและผู้รับการปรึกษา (Consultee) ซึ่งขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำเกี่ยวกับปัญหา และการดูแลผู้รับบริการ (Caplan, 1970 อ้างถึงใน Kurlowicz, 1998) พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษา และประสานงาน ทำหน้าที่ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพหรือนักการที่มสุขภาพผู้ให้การปรึกษาผู้ป่วย ครอบครัวย สามารถประเมินรวบรวมข้อมูล วางแผนให้การช่วยเหลือและประเมินผล ซึ่งทั้ง กระบวนการเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน ซึ่งมี หน้าที่ในการช่วยเหลือให้กระบวนการเหล่านี้ผ่านไปได้อย่างดี

นอกจากบทบาทการให้การปรึกษาโดยตรงและโดยอ้อมแล้วยังสามารถแบ่ง บทบาทการให้การปรึกษาตามชนิดการให้การปรึกษาอีก 4 ประเภท ดังนี้ (Caplan, 1970 อ้างถึงใน Kurlowicz, 1998)

1. ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-centered) เป็นรูปแบบการให้การ ปรึกษาที่พบมากที่สุด ซึ่งจะมุ่งเน้นช่วยผู้ป่วยโดยตรง และมีเป้าหมายเพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะในการแก้ไขปัญหาและสามารถจัดการกับปัญหาและสามารถจัดการกับปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ได้ในอนาคต

2. ผู้ปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Consultee-centered) เป็นรูปแบบการให้ ความช่วยเหลือโดยอ้อม คือช่วยพยาบาลผู้ให้การปรึกษาที่พบปัญหา ความยุ่งยากลำบากใจในการ จัดการกับปัญหา ช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาสามารถทำงานด้วยตนเองอย่างได้ผลในระยะเวลาอันสั้น ทั้งช่วยให้ตระหนักถึงปัญหาและผลที่เกิดจากการให้การดูแลผู้รับบริการ ช่วยให้ค้นลึกถึงต้นตอ ของปัญหา ช่วยให้มีการวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากกว่าเดิม โดยพยาบาลผู้ให้การ ปรึกษาไม่ต้องหาข้อมูลหรือสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง แต่ผ่านพยาบาลผู้รับบริการปรึกษา

3. การบริหารจัดการที่เน้นโปรแกรมเป็นศูนย์กลาง (Program centered) พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน มีบทบาทในการจัดทำโปรแกรมสำหรับการดูแล ทางจิตสังคมในผู้ป่วยและญาติ ส่วนมากเป็นโปรแกรมสำหรับผู้ป่วยอาการวิกฤติ หรือผู้ป่วยที่มีการ ดูแลพิเศษ เช่นหลังผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ผู้ป่วยไฟไหม้

4. การบริหารจัดการที่เน้นผู้ปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Consultee centered administrative) จุดมุ่งเน้นของการปรึกษานี้อยู่ที่องค์กรหรือปัญหาในการบริหาร โดยทั่วไปผู้

ปรึกษาได้แก่ ฝ่ายบริหารหรือฝ่ายบุคคล เป็นการช่วยแก้ปัญหาความยุ่งยากของผู้ปรึกษาสามารถเข้าถึงวิสัยทัศน์ขององค์กรได้

นอกจากนี้ยังมีผู้เสนอบทบาทของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน นอกเหนือจากที่กล่าวมา โดย Boyer & Kirsch (1991) ยังกล่าวถึงบทบาทร่วมของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน ดังนี้คือ

1. ผู้ให้ความรู้ (Education) บทบาทในการให้ความรู้มีทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป้าหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลให้มีสมรรถนะเพิ่มมากขึ้น เช่น การสอนผู้ป่วยโดยตรงเกี่ยวกับการสอนเทคนิคการผ่อนคลายทักษะการสื่อสาร นอกจากนี้ยังรวมถึงการสอนบุคลากรทางการพยาบาลผ่านการตรวจเยี่ยมทางการพยาบาล การมีส่วนร่วมในการดำเนินกลุ่มซึ่งแสดงให้เห็นถึงความมีเอกสิทธิ์ทางวิชาชีพ
2. ผู้บำบัดและผู้เอื้ออำนวย (Therapist and facilitator) เป็นบทบาทที่พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานช่วยให้ผู้รับบริการมีการปรับตัวได้เหมาะสมสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างดีป้องกันการเกิดภาวะวิกฤติทางอารมณ์ได้
3. นักวิจัย (Researcher) มีการนำผลการวิจัยมาใช้ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย กระตุ้นให้ทีมบุคลากรทางการแพทย์ใช้ผลการวิจัยแก้ปัญหาในการปฏิบัติงาน รวมทั้งการดำเนินการวิจัย

3.5.2 บทบาทการประสานงาน (Liaison)

ในระยะแรกพยาบาลจิตเวช บทบาทการประสานงาน เป็นการประเมิน วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลด้านการพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยและเป็นการเชื่อมประสานระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง และในปัจจุบันเป็นบทบาทที่เชื่อมโยงความรู้ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีหรือเริ่มมีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายในสถานบริการสุขภาพ (ANA , 1990) นอกจากนี้ Cassem (1991 อ้างถึงใน Krupnick, 1995) Robinson (1987 อ้างถึงใน Krupnick, 1995) ได้อธิบายเกี่ยวกับบทบาทการประสานงานของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานไว้ว่า เป็นการประสานการทำงานของทีมสุขภาพให้มีความสะดวกในการติดต่อสื่อสาร การทำงานร่วมกันและเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ โดยมีแนวคิดที่อธิบายการพยาบาลจิตเวช บทบาทการประสานงานในการปฏิบัติการพยาบาล คือเป็นการปฏิบัติการโดยตรงในหน่วยงานเฉพาะ และเป็นส่วนหนึ่งของทีมที่ให้การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยและชี้แนะว่าผู้ป่วยคนใดที่ต้องการการดูแลด้านจิตใจ นอกจากนี้แล้วการพยาบาลจิตเวช บทบาทการประสานงานยังเป็นการแสดงบทบาทผู้ให้คำปรึกษาต่อทีมบุคลากรสุขภาพในการแยกแยะประเด็นปัญหา สนับสนุนการทำงานของบุคลากรทีมสุขภาพให้มีความไวต่อความต้องการการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยมากขึ้น Burgess & McCorkle (1985)

ในการดำเนินบทบาทพยาบาลจิตเวชผู้ให้การศึกษาและประสานงาน การดำเนินงานทั้ง 2 บทบาทนั้น จะต้องมีการประสานงานของบทบาทพยาบาลจิตเวช โดยกระบวนการทำงานของทั้งสอง บทบาทนี้ต้องอยู่บนพื้นฐานองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และทฤษฎีด้านสังคมศาสตร์ ชีววิทยา ทฤษฎีระบบ มีความชำนาญทางคลินิก รวมทั้งสามารถประมวลองค์ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ต่างๆ เข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพได้ด้วย และอธิบายกระบวนการไว้ดังนี้

3.6 กระบวนการในการดำเนินงาน

ในการดำเนินงานของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การศึกษาและประสานงาน ให้กับบุคลากรใน ทีมสุขภาพ ได้มีผู้แบ่งขั้นตอนกระบวนการดำเนินงานไว้หลายรูปแบบดังรายละเอียด ต่อไปนี้

3.6.1 กระบวนการให้การศึกษา (The consultation process)

Lehmann (1995) ได้กล่าวถึงกระบวนการการศึกษาของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การศึกษาและประสานงานว่า ในแต่ละขั้นตอนของการดำเนินงานต้องใช้กระบวนการพยาบาลตลอด ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล และกระบวนการศึกษาเป็นกระบวนการระหว่างผู้ให้การศึกษา (Consultant) ที่มีความเชี่ยวชาญ เฉพาะ และผู้รับการศึกษา (Consultee) ที่มาขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาของ ตนหรือปัญหาของผู้ป่วย (Caplan, 1970 อ้างถึงใน Kurlowicz, 1998) โดยในกระบวนการการศึกษาที่พยาบาลจิตเวชจะช่วยให้การศึกษาทางการพยาบาลจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและ ครอบครัว ในบทบาทของผู้ที่เชี่ยวชาญทางคลินิกในการดูแลทางจิตใจ โดยได้รับการร้องขอจากทีม สุขภาพ ซึ่งการให้ศึกษานั้นเป็นการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้รับบริการศึกษามีทักษะและแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย Caplan (1970 อ้าง ถึงใน Kurlowicz, 1997) ได้แบ่งชนิดของการศึกษาทางสุขภาพจิตไว้ 4 ประเภท คือ 1) ยึด ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง หมายถึงการให้การพยาบาลโดยตรงและโดยอ้อมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งโดยส่วนใหญ่ใช้เพื่อแก้ปัญหาทางจิตสังคมที่ยากและซับซ้อน เช่นการเจ็บป่วยทางกายที่มี สาเหตุด้านจิตใจ 2) ยึดผู้ให้การศึกษาเป็นศูนย์กลาง โดยส่วนใหญ่เป็นการแก้ไขความคับข้องใจ ของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล 3) การบริหารจัดการที่เน้นโปรแกรมเป็นศูนย์กลาง โดยพยาบาลจิตเวชมี บทบาทในการจัดโปรแกรมเพื่อดูแลปัญหาด้านจิตสังคมในผู้ป่วยและญาติ 4) การบริหารจัดการที่ เน้นผู้ให้การศึกษาเป็นศูนย์กลาง โดยส่วนใหญ่เป้าหมายของการศึกษานี้อยู่ที่องค์กร เป็นการ ช่วยแก้ปัญหาความยุ่งยาก โดยในแต่ละขั้นตอนของการศึกษานั้น Levy & Lewis (1993) ได้เสนอ ว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งขั้นตอนของการ ดำเนินการศึกษาของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การศึกษาและประสานงานมี 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้น ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ระยะเริ่มต้น (Orientation phase) โดยในระยะนี้จะทำให้บุคลากรทีมสุขภาพรู้จักลักษณะงานของพยาบาลจิตเวชผู้ประสานงานและให้การปรึกษา อย่างร่วมงาน โดยเริ่มจากการเก็บรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับโครงสร้างขององค์กร การติดต่อประสานงานของเครือข่าย และจะต้องมีข้อมูลระบบการดำเนินงานขององค์กรเกี่ยวกับ ปรัชญา นโยบายและวิธีปฏิบัติ ซึ่งพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานเป็นผู้ที่มีโอกาสได้ทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จึงควรมีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของพยาบาล และตระหนักในความเป็นบุคคลของผู้อื่น และเพื่อให้การดำเนินงานในระยะนี้เป็นไปได้ด้วยดี พยาบาลจิตเวชผู้ประสานงานและให้การปรึกษาควรคำนึงถึง

1.1) ประสิทธิภาพในการสื่อสาร (Effective communication) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้การดำเนินงานของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานในแต่ละขั้นตอนเป็นไปด้วยความราบรื่น รูปแบบการติดต่อสื่อสารมีทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการมีความสำคัญต่อการให้และรับข้อมูล ควรใช้ภาษาที่เป็นกันเอง ตรงประเด็น ใช้คำถามที่ชี้ให้เห็นทางเลือกหลายทางในการแก้ปัญหา เพื่อช่วยให้เข้าใจสถานการณ์อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

1.2) พันธสัญญา (Contract)

แนวทางในการประเมินผลการดำเนินงานที่คืออย่างหนึ่งคือ การเขียนข้อตกลงระหว่างพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน และผู้ใช้บริการ ซึ่งข้อตกลงนี้เรียกว่าพันธสัญญา ที่แสดงให้เห็นถึงการถือกุศลของทีมบุคลากรสุขภาพ เพื่อป้องกันการเข้าใจผิดในทีมสุขภาพ ซึ่งองค์ประกอบของพันธสัญญา มีดังนี้ (Lehmann, 1995)

- 1.2.1) เขียนอธิบายให้เห็นปัญหาอย่างสั้น
- 1.2.2) วัตถุประสงค์ที่ขอรับบริการปรึกษา
- 1.2.3) เวลาที่ต้องการให้ดำเนินการ
- 1.2.4) ระยะเวลาที่ขอรับบริการ หรือเวลาที่สำรอง
- 1.2.5) แผนกที่ส่ง
- 1.2.6) ชื่อผู้ส่งรายงาน

Burgess & McCorkle (1985) Krupnick (1995) Lehmann (1995) และ Levy & Lewis (1993) ได้อธิบายว่า ในระยะนี้พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานควรระบุหัวข้อดังต่อไปนี้

(1) ใคร (Who) ที่ขอรับบริการการปรึกษา พยาบาล แพทย์
คนงาน ครอบครัว หรือผู้ป่วย หรือใครที่ต้องการความช่วยเหลือ

(2) อะไร (What) ปัญหาจริงคืออะไร

(3) เมื่อไร (When) ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการปรึกษาเมื่อไร เข้ามารับการรักษานานเท่าไร

(4) อย่างไร (How) ได้รับการรายงานอย่างไร เช่น การโทรศัพท์ การเขียนบันทึก

(5) ทำไม (Why) เหตุผลที่ขอรับบริการปรึกษา และเพราะเหตุใดจึงขอรับคำปรึกษาในช่วงเวลานี้

2) ระยะดำเนินการ (Working phase) เมื่อกระบวนการเข้าสู่ระยะที่สอง ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

2.1) การประเมิน (Assessment) เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ รวบรวมข้อมูล สังเคราะห์ข้อมูล และลงบันทึกในแบบบันทึก พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานต้องตั้งคำถามเพื่อให้ได้คิด และร่วมอภิปรายให้เห็นแนวทางในการตั้งคำถามในเชิงลึกเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ซับซ้อน ควรประเมินในประเด็น จุดอ่อน จุดแข็งของผู้รับบริการ ปัจจัยที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการแก้ปัญหา ความสามารถในการแก้ปัญหาโดยทั่วไปของผู้รับบริการปรึกษา มติในการประเมินผู้ป่วยทางจิตสังคม ซึ่งในการประเมินผู้รับบริการนั้นจะประเมินในมิติต่างๆ ดังนี้ (สมสร เชื้อหิรัญ, 2528 ; จารุวรรณ ต. สกุล, 2541 ; ฟาริดา อิบราฮิม, 2541; Levy & Lewis, 1993)

2.1.1) มิติด้านร่างกาย (Physical Dimension) เน้นผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยทางร่างกาย ที่ทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจ โดยรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ข้อมูลที่รวบรวมได้แก่ ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ ควรมีแผนภูมิทางพันธุกรรม (Genogram) แบบแผนการดูแลสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย อาการแสดง การรักษา ภาพลักษณ์ทางกาย การพยากรณ์โรค

2.1.2) มิติด้านอารมณ์ (Emotional Dimension) เป็นการประเมินการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยทางกายต่อการเข้ารับการปรึกษาในโรงพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติด้านจิตใจ บุคลิกภาพ กลไกการป้องกันตัว วิธีการปรับตัวทั้งที่แสดงออกและเก็บกดทางอารมณ์ สภาพจิตใจในปัจจุบัน โดยประเมินเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ ความมั่นคงทางอารมณ์ ความสอดคล้องทางอารมณ์ พฤติกรรมการแสดงออกทางจิตใจเป็นสิ่งที่ควรให้ความสนใจและต้องประเมินมีอยู่ 4 พฤติกรรม คือ ความมีตนเองเป็นศูนย์กลาง (Egocentricity) ความไม่ยืดหยุ่น (Constriction of interests) ความพึ่งพิงทางอารมณ์ (Emotional dependency) และการคิดว่าตนเองเจ็บป่วยทางกายด้วยโรคภัยแรง (Hypochondriasis)

2.1.3) มิติด้านหาปัญญา (Intellectual Dimension) ในมิตินี้จะตรวจสภาพจิตผู้รับบริการ การประเมินด้านการเจ็บป่วยทางระบบประสาทหรือความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม อาการข้างเคียงของยา ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา อาการแสดงของภาวะสมอง

เสื่อมโทรม ภาวะสมองเสื่อม ภาวะเพ้อคลั่ง โดยพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานควรใช้แบบประเมินสภาพจิตตามความเหมาะสม ประเมินการแสดงออกทางสภาวะจิตโดยรวม ระดับความเจ็บป่วยทางกายและความไม่สุขสบาย ระดับการรับรู้ ความจำ ความรู้ความเข้าใจ การติดต่อสื่อสาร ความยืดหยุ่นหรือความยึดมั่น

2.1.4) มิติด้านสังคม (Social Dimension) มิติดีมีความสำคัญอย่างยิ่งเมื่อบรรทัดฐานทางสังคมและพลวัตรของครอบครัว รวมทั้งค่านิยมของผู้รับบริการเข้ามาเกี่ยวข้องกับอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความคับข้องใจของผู้รับบริการต่อบุคลากรทางการแพทย์และการรักษา ก่อให้เกิดสถานการณ์ที่ตึงเครียดได้ ซึ่งการรวบรวมข้อมูลมิติทางด้านสังคมเพื่อประเมินแหล่งสนับสนุนของผู้รับบริการ โดยประเมินด้านอัตมโนทัศน์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ปัจจัยทางวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม

2.1.5) มิติด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Dimension) เป็นการประเมินความเชื่อทางศาสนา ปรัชญาในการดำเนินชีวิต มาตรฐานเชิงจริยธรรม มุมมองของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วย ความตาย ความหวัง และเป้าหมายของชีวิต ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลผู้ให้การปรึกษาและประสานงานเข้าใจผู้ป่วยได้มากขึ้น และในขั้นตอนของการประเมินนี้พยาบาลจิตเวชจะต้องสามารถประเมินระดับความรุนแรงของมิติด้านต่างๆ ได้อย่างครอบคลุม เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย Kurlowicz (1997) ได้เสนอเกณฑ์การประเมินความซับซ้อนของปัญหาไว้ 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ไม่ซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือการพยากรณ์โรค เวลาในการประเมินเบื้องต้น 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง การนัดติดตามคือไม่มีการนัดติดตาม หรือนัดติดตาม 1 ครั้ง

ระดับที่ 2 ไม่ซับซ้อนแต่มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ปฏิกิริยาต่อความสูญเสีย อาจมีหลายอาการที่เกี่ยวข้อง เช่น อาการเบื่ออาหาร ซึมเศร้า เป็นต้น เวลาในการประเมินเบื้องต้น 1 ชั่วโมง การนัดติดตาม 1-2 ครั้ง

ระดับที่ 3 ซับซ้อนเล็กน้อย เช่น ผู้ป่วยมีความผิดปกติของการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยหรือความสูญเสียต่างๆ หรือการมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชเฉียบพลัน เวลาในการประเมินเบื้องต้น 1 ชั่วโมง ร่วมกับการประเมินทางจิต การนัดติดตาม 1-3 ครั้ง

ระดับที่ 4 ซับซ้อนมาก หมายถึงมีการเจ็บป่วยทางกายในระดับปานกลางถึงสูง หรือมีการเจ็บป่วยทางจิตแต่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่ชัดเจน เช่น ผู้ป่วยติดเหล้า ผู้ติดยาเสพติด ผู้มีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงรุนแรง หรือผู้มีแนวโน้มหรือความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เวลาในการประเมินเบื้องต้น 1 ชั่วโมง รวมถึงการประเมินทางจิต การนัดติดตาม 1-2 ครั้ง

ระดับที่ 5 ชับซ้อนมากที่สุด มีอาการรุนแรง หรือมีปัญหาทางจิต และได้รับการรักษาทางกายหรือมีการประเมินทางจิตเวช เช่น ผู้ป่วยเนื้องอกในสมอง หรือได้รับบาดเจ็บทางสมอง และมีอารมณ์รุนแรง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง พฤติกรรมการแสดงออกผิดปกติ หรือมีอาการทางจิต เวลาการประเมินเบื้องต้น 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง การนัดติดตาม 1-4 ครั้ง

2.2) การวินิจฉัย (Diagnosis) พยาบาลจิตเวชผู้ให้การรักษาและประสานงานจะชี้ให้เห็นถึงปัญหาและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งสาเหตุความคับข้องใจ ความเครียด หรือความพร่องในการทำหน้าที่ ซึ่งในการระบุปัญหาได้ชัดเจนนั้นช่วยให้เอื้อต่อการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล

2.3) การวางแผน (Planning) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลจิตเวชผู้ให้การรักษาและประสานงานช่วยให้ผู้รับบริการมองเห็นปัญหาของตนเองในมุมมองใหม่ ขั้นตอนนี้ยุติเมื่อผู้ศึกษารรลู่วัตถุประสงค์ในการวางแผนแก้ไขปัญหา

2.4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) ขั้นตอนนี้จะเริ่มเมื่อเลือกใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้รับบริการ โดยคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้รับบริการเป็นสำคัญ

2.5) การประเมินผล (Evaluation) โดยการประเมินผลหลังจากการปฏิบัติการพยาบาล เน้นผลที่เกิดขึ้นรวมทั้งความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสถานการณ์โดยรวม โดยไม่ใช่ความเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของบุคคล

3.6.2 กระบวนการในการประสานงาน (The liaison process)

การประสานงานเป็นวิธีการในการค้นหาป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งการช่วยให้พยาบาลจิตเวชผู้ให้การรักษาและผู้ป่วยในการแก้ปัญหาที่ยู่ยาก โดยกระบวนการประสานงานเป็นส่วนหนึ่งของการให้การช่วยเหลือสนับสนุน การให้ความรู้ และการเป็นหุ้นส่วนกับพยาบาลผู้ให้การรักษา (Levy & Lewis, 1993 ; Krupnick, 1995) นอกจากนี้ยังต้องประสานความเชื่อมโยงพื้นฐานองค์ความรู้ด้านการพยาบาลจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยที่มีแนวโน้มการเจ็บป่วยรุนแรงทางกายในสถานบริการทางสุขภาพต่างๆ (ANA, 1990 อ้างถึงใน Kurlowicz, 1998) และพยาบาลจิตเวชผู้ให้การรักษาและประสานงานเข้ามามีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตเอื้ออำนวยให้เกิดการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย นอกจากนี้แล้วในกระบวนการประสานงานนี้ยังเป็นการเชื่อมโยงการสื่อสารของทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วย ครอบครัวอีกด้วย โดยในการทำงานบทบาทการประสานงานของพยาบาลจิตเวชควรมีองค์ประกอบดังนี้ (Levy & Lewis, 1993)

- 1) การมีพื้นฐานความรู้และสังคม
- 2) การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล
- 3) การมีสัมพันธภาพที่ดี

- 4) มีทักษะในการสื่อสาร
- 5) มีทักษะในการฟัง
- 6) มีทักษะในการพูด
- 7) มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

นอกจากองค์ประกอบต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้วนั้นในกระบวนการประสานงานยังประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ หลายกิจกรรมที่พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานจะต้องดำเนินกิจกรรม โดย Burgess & McCorkle (1985) ได้กล่าวถึงกิจกรรมต่างๆ ในกระบวนการประสานงานไว้ดังนี้

- 1) การส่งปรึกษา (Referral) เมื่อมีการส่งปรึกษาพยาบาลจิตเวชนั้น พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานจะต้องประเมินว่าใครเป็นผู้ส่งประเมิน ผู้รับบริการเป็นใคร ปัญหาที่แท้จริงเป็นอย่างไร และให้การช่วยเหลืออย่างไร

- 2) การรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม (Assessment) ภายหลังที่ได้รับข้อมูลเบื้องต้น พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานจะต้องรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากบันทึกต่างๆ รวมถึงบันทึกของทีมสหวิชาชีพที่มีการบันทึกอย่างหลากหลาย

- 3) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยทั้ง โดยตรงและโดยอ้อม (Interviewing the patient) ซึ่งสามารถประเมินผู้รับบริการเบื้องต้น ทั้งความคาดหวัง การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยได้ โดยกระตุ้นให้ผู้รับบริการพูดหรือเล่าถึงอาการหรือการเจ็บป่วยของตนเอง ตัวผู้รับบริการ หรือครอบครัวรับรู้หรือคาดหวังต่อการเจ็บป่วยนี้อย่างไร รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวมีผลกระทบอย่างไรบ้าง ในด้านความคาดหวังพยายามกระตุ้นให้ผู้รับบริการหรือชี้ให้ผู้รับบริการเห็นว่าสามารถช่วยเหลือสนับสนุนอะไรบ้าง ครอบครัวเข้าใจกระบวนการการช่วยเหลืออย่างไร เพื่อชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือเพื่อการมารับบริการตามนัด นอกจากนี้การสัมภาษณ์โดยตรงและโดยอ้อมยังหมายถึง การประเมินด้านจิตใจ (Psychological assessment) ซึ่งเป็นการประเมินเกี่ยวกับความต้องการการดูแลด้านจิตใจ หรือประเมินความรู้สึกต่อการสูญเสีย รวมทั้งการประเมินกลไกทางจิตที่ใช้ป้องกันตนเอง การประเมินด้านพฤติกรรม (Behavioral assessment) โดยประเมินพฤติกรรมที่ผู้รับบริการแสดงออกต่อเหตุการณ์หรือความเจ็บป่วยต่างๆ เพื่อให้ผู้รับบริการเห็นถึงความสำคัญของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ยังต้องประเมินถึงการเจ็บป่วยทางกาย (Medical assessment) การประเมินจุดแข็ง (Strengths of the patient) ของผู้รับบริการ

3.7 การประเมินผลบทบาทพยาบาลจิตเวช ในการให้การปรึกษาและประสานงาน (PCLN Evaluation)

Kurlowicz (1998) กล่าวว่า การประเมินผลบทบาทพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก ซึ่งเนื่องมาจากหลายปัจจัย เช่น การขาดเกณฑ์การประเมินที่

เฉพาะเจาะจง บทบาทที่คาบเกี่ยวกับบทบาทผู้ให้บริการด้านสังคมจิตใจอื่นๆ เฉพาะอย่างยิ่งบทบาท โดยอ้อมเป็นบทบาทที่มีความยุ่งยากที่สุดในการประเมินผลการปฏิบัติบทบาทพยาบาลจิตเวชผู้ให้ การปรึกษาและประสานงาน แต่อย่างไรก็ตามในขั้นตอนของกระบวนการการปรึกษานั้น ผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติบทบาททำให้เกิดการพัฒนาความเป็นวิชาชีพที่พยาบาลจิตเวชได้จากการ ประเมินตนเองจากการบันทึกการเขียนรายงานเพื่อใช้ในการปรับปรุงพัฒนาต่อไป (Lehmann, 1995) โดยจุดเน้นของการประเมินผลนั้น ควรพิจารณาใน 3 ประเด็น คือ 1) ความเปลี่ยนแปลงใน อาการของผู้ป่วย 2) ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสมรรถนะ การรับรู้ ทักษะของผู้เข้ารับปรึกษา และ 3) ความพึงพอใจของผู้เข้ารับปรึกษา (Caplan, 1970 อ้างถึงใน Kurlowicz, 1998)

3.8 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลจิตเวชบทบาทการปรึกษา และประสานงาน พบว่างานวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลจิตเวช การปรึกษาและ ประสานงาน ยังไม่มีการศึกษามากนัก และพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

ในปี 2548 ศรชนก สุทววัน ได้ทำการศึกษาบทบาทการพยาบาลจิตเวช การปรึกษาและการ ประสานงานในโรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารoles บทบาทการพยาบาลจิตเวช การ ปรึกษาและการประสานงาน ผลการศึกษาพบว่า บทบาทการพยาบาลจิตเวช การปรึกษาและการ ประสานงาน เป็นการประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพ บทบาทการปรึกษาเป็นการให้ความรู้แก่ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยในภาวะวิกฤติทางอารมณ์ แนะนำแนวทาง ประเมินและการใช้แบบประเมิน และนอกจากนี้ยังพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลจิตเวช เช่น ใน ปี พ.ศ. 2548 พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ (2550) ได้ทำการศึกษาสมรรถนะในการพยาบาลจิตเวชของ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาระดับ สมรรถนะในการพยาบาลจิตเวช ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับสมรรถนะในการพยาบาลจิตเวช และปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาสมรรถนะในการพยาบาลจิตเวช ของ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ ประชากรที่ศึกษาเป็นพยาบาลทุกระดับ ที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ภายในเดือน มีนาคม 2548 จำนวน 93 คน เครื่องมือ ที่ใช้เป็นแบบสอบถาม นำมาจาก ปราณี เจริญรัตน์ (2546 อ้างในพลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, 2550) พัฒนา มาจากกรอบแนวคิดมาตรฐานในการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชทั้ง 11 ด้าน ของสภาการ พยาบาล (2536) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 ผลการศึกษาพบว่าระดับสมรรถนะใน การพยาบาลจิตเวชของพยาบาลทุกระดับที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.39, SD. = .08) ระดับสมรรถนะในการพยาบาล จิตเวชของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 3.68, SD. = .65) ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์ กับสมรรถนะ ในการพยาบาลจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน

และระดับการศึกษา ผลการศึกษาครั้งนี้ผู้บริหารทางการแพทย์ควรให้การส่งเสริมสมรรถนะในการพยาบาลจิตเวชในด้านที่มีระดับต่ำถึงปานกลางส่วนด้านที่อยู่ในระดับสูงควรส่งเสริมให้รักษามาตรฐานและพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นต่อไป (พลภัทร โล่เสถียรกิจ, 2548)

ในด้านงานวิจัยต่างประเทศพบว่า Kurlowicz (2001) ทำการศึกษาผลการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานที่มีภาวะซึมเศร้าและหรือมีภาวะสับสนพบว่า มีภาวะสับสนลดลงจาก ร้อยละ 33 เป็น ไม่มีภาวะสับสนเลยและมีภาวะซึมเศร้าลดลงจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในปี ค.ศ. 2003 Store และคณะ (Store et al. อ้างถึงใน Callaghan et al., 2003) พบว่าการได้รับการดูแลจากพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานที่แผนกฉุกเฉินทำให้ผู้ป่วยลดความต้องการที่จะใช้บริการอื่นๆและได้รับการดูแลต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Mitchell et al. (2000) ที่ทำการศึกษานักป่วยเบาหวานจำนวน 31 ราย ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและถูกส่งมารับการดูแลที่พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน โดยผู้ป่วยเบาหวานได้รับการรักษาโดยการได้รับยาต้านเศร้า การให้การปรึกษา และการบำบัดแบบการรู้คิด พบว่าประสบความสำเร็จจำนวน 10 คน อีก 8 คน ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม

Van Feet & Hughes (1996) พบว่าการให้บริการปรึกษาจิตเวชทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ศูนย์มะเร็งมหาวิทยาลัยเท็กซัสทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิ์และมีเอกสิทธิ์แห่งตน สอดคล้องกับการศึกษาของ

Hart (1991) ที่พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานได้ใช้การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาบทบาทของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน โดยศึกษาในประเด็นด้านประสิทธิภาพในการดูแลกับบุคลากรทีมสุขภาพ โดย

ในปี ค.ศ. 1990 Newton & Wilson ได้ทำการศึกษาถึงความพึงพอใจของพยาบาลผู้ขอรับการปรึกษา พบว่า พยาบาลผู้ขอรับการปรึกษามีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ เรื่องความสะดวกในการขอรับบริการ การประเมินผลลัพธ์ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chiu (1999) Sharrock & Happell (2002) นอกจากนี้ยังทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจมากในการช่วยเหลือที่ได้รับในเรื่องการแก้ไขปัญหา การช่วยเหลือประเด็นปัญหาให้กระจ่างขึ้น (Newton & Wilson, 1990) ช่วยให้พยาบาลที่มีปัญหาสุขภาพจิตสามารถปรับตัว และเพิ่มสมรรถนะการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Efinger (1995) พบว่า พยาบาลร้อยละ 51 ต้องการพูดคุยกับพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน หากถูกฟ้องร้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tommasini (1992) ที่พบว่าผลการทำกลุ่มประคับประคองบุคลากร โดยพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานเป็นผู้นำกลุ่มทำให้บุคลากรลดความคับข้องใจ มีการพัฒนาการสื่อสารระหว่างบุคคลดีขึ้น นอกจากนี้แล้วยังช่วยให้

พยาบาลที่ขอรับการปรึกษามีความรู้ ความมั่นใจในการทำงาน เช่นการศึกษาของ Efinger (1995) พบว่า ร้อยละ 84 ต้องการให้พยาบาลจิตเวชผู้ให้การศึกษาและประสานงานช่วยสอนทักษะในการจัดการข้อขัดแย้ง การคลายความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Harding (2007) ที่พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจมากในการสอนของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การศึกษาและประสานงาน เรื่อง ปัญหาสุขภาพจิตใจผู้สูงอายุและการดูแล รวมทั้งการช่วยให้พยาบาลผู้ถูกทำร้ายร่างกายได้รับการช่วยเหลือ การไม่ถูกดำเนินหรือซ้ำเติมในความผิดพลาด รวมทั้งการให้การประทับประคองด้านอารมณ์ จิตใจ เช่น การศึกษาของ Murray & Synder (1991) ที่พบว่าพยาบาลในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม ถูกผู้ป่วยทำร้าย ทำให้รู้สึกช็อก โกรธ เสียใจ และต้องการความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง พยาบาลผู้ให้การศึกษาและประสานงานจะมีบทบาทในการให้การช่วยเหลือทบทวนเหตุการณ์ ให้การประทับประคองด้านจิตใจ ไม่ซ้ำเติม ช่วยค้นหาสาเหตุการทำร้ายร่างกาย การทบทวนวิธีการสอนให้ผู้ป่วยจัดการกับความหงุดหงิด หรืออารมณ์โกรธที่เหมาะสม รวมทั้งการเฝ้าระวังอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่อง ในด้านการศึกษาถึงประสิทธิภาพในการบริหารจัดการองค์กรพบว่าในปี ค.ศ. 1996 Mallory et al. ได้ศึกษาพยาบาลจิตเวชผู้ให้การศึกษาและประสานงานช่วยให้การประสานงานในองค์กรดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง (Mallory et al., 1996 อ้างถึงใน Callaghan, 2003) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Mallory et al. (1993) ได้ศึกษาจำนวนชั่วโมงของการให้การศึกษาพยาบาลจิตเวชผู้ให้การศึกษาและประสานงาน ที่โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง พบว่า ในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น มีความผิดปกติทางสมอง หรือมีอาการทางจิต ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนาน มีความต้องการชั่วโมงในการพยาบาลมาก และเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยในการดูแลอย่างต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการวางแผนการจำหน่าย รวมทั้งได้รับการดูแลจากจิตแพทย์ร่วมกับพยาบาลจิตเวชผู้ให้การศึกษาและประสานงาน ช่วยลดข้อขัดแย้งในหน่วยงาน ดังเช่นการศึกษาของ Efinger (1995) ที่พบว่า พยาบาลร้อยละ 65 ต้องการให้พยาบาลจิตเวชผู้ให้การศึกษาและประสานงาน ช่วยเหลือเมื่อมีข้อขัดแย้งกับหัวหน้า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Fishel (1991) ที่พบว่า พยาบาลจิตเวชผู้ให้การศึกษาและประสานงานช่วยเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีและบรรยากาศที่ดีในการทำงานของฝ่ายการพยาบาล นอกจากนี้แล้วยังพบว่า พยาบาลจิตเวชผู้ให้การศึกษาและประสานงานช่วยประกันคุณภาพทางการพยาบาล ของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การศึกษาและประสานงาน เช่น การศึกษาของ Titlebaum et al. (1992) ที่ศึกษาการทบทวนบทบาทระหว่างเพื่อนร่วมงาน (Peer group) ในองค์กรต่างๆ และกรรมการบริหารทางการพยาบาลจิตเวชผู้ให้การศึกษาและประสานงาน พบว่า เพื่อนร่วมงานช่วยให้พยาบาลจิตเวชผู้ให้การศึกษาและประสานงานมีทักษะทางการพยาบาลดีขึ้น มีการประกันคุณภาพทางการพยาบาล รวมทั้งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการให้บริการโดยมีการทำงานเป็นทีมที่สะดวกขึ้น และยังช่วยทำให้เกิดพลังอำนาจเชิงวิชาชีพ

จะเห็นได้ว่าการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง บุคลากรทีมสุขภาพได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอย่างยิ่ง และพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานได้รับการยอมรับจากทีมสหวิชาชีพ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการให้การปรึกษาของพยาบาลจิตเวชโดยใช้รูปแบบพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปพัฒนาการให้การปรึกษาต่อไป

นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน ดังเช่นการศึกษา ของ Hart (1991) ได้ศึกษาบทบาทการพยาบาลจิตเวช การปรึกษาและประสานงานในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมต่อการเอาเครื่องช่วยชีวิตออกจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ทรมานในการใช้เครื่องช่วยชีวิตต่างๆและต้องการเสียชีวิตอย่างสงบ พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกว่าการร้องขอของเขาถูกปฏิเสธโดยแพทย์และบุคลากรทีมสุขภาพ และพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานได้ช่วยเหลือในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และสุดท้ายผู้ป่วยได้รับการตอบสนองในการนำเครื่องช่วยชีวิตต่างๆออกและเสียชีวิตอย่างสงบ และต่อมาในปี 1991 Fishel (1991) ได้ศึกษาบทบาทพยาบาลจิตเวช การปรึกษาและการประสานงานต่อการเพิ่มสัมพันธภาพและบรรยากาศในการทำงานในฝ่ายการพยาบาล

Mallory et al. (1993) ได้ทำการศึกษาจำนวนชั่วโมงของการให้การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจากพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน โดยทำการศึกษาเชิงพรรณนา วิเคราะห์เชิงลึกในโรงพยาบาลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาในจำนวนครั้งที่แตกต่างกัน มีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกันตามระดับความซับซ้อนของปัญหา นอกจากนี้แล้วยังมีผู้ศึกษาบทบาทของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานในกลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพ โดย

ในปี ค.ศ. 1996 Robinette (1996) ได้ศึกษาบทบาทของพยาบาลจิตเวช การปรึกษาและการประสานงานในการช่วยเหลือบุคลากรในทีมสุขภาพในโรงพยาบาลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่าสามารถสรุปบทบาทของพยาบาลจิตเวชได้ 4 บทบาท คือ 1) บทบาทการให้การดูแลผู้ป่วยทั้งโดยตรงและโดยอ้อม 2) บทบาทรับปรึกษาในผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากในการดูแล โดยมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการทางจิตสังคมของผู้ป่วย 3) บทบาทการเอื้ออำนวยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร ช่วยในการสื่อสารระหว่างบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ และ 4) เพิ่มผลลัพท์การทำงาน โดยมีค่าใช้จ่ายต่ำ ลดความรู้สึกรู้สึกขัดแย้งในทีมสุขภาพ และหลังจากนั้นยังได้มีผู้ศึกษาถึงผลกระทบของการพยาบาลจิตเวช การปรึกษาและการประสานงานต่อการดูแลผู้ป่วยทางอายุรกรรม ศัลยกรรม ที่มีผู้เฝ้าไข้ ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญด้านตัวแปรที่เป็นจำนวนเวรที่มีผู้เฝ้าไข้ จำนวนการบันทึกสังเกตของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยง แต่มี

ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยการ พยายามฆ่าตัวตาย จำนวนวันนอนจะน้อยกว่ากลุ่มอื่น และนอกจากนี้ยังพบว่าบทบาทพยาบาลจิต เวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานมีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ และมีผู้ศึกษาไว้ โดย

Newton & Wilson (1990) ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการในการบริการของ พยาบาลจิตเวช การปรึกษาและประสานงาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้การปรึกษามีความพึงพอใจ มากถึงมากที่สุดในการช่วยเหลือที่ได้รับ ในประเด็นที่เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหา การชี้ประเด็นปัญหา ให้กระจ่าง และต่อมา Yvonne (1997) ได้ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการให้การ ปรึกษาและการประสานงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมและอธิบายการเปลี่ยนแปลงบริการ เมื่อได้รับบริการการปรึกษาและการประสานงาน ผลการศึกษาพบว่าบริการพยาบาลจิตเวชการ ปรึกษาและประสานงานประสบความสำเร็จและควรได้รับการพัฒนา

Sharrock & Happell (2001) ได้ศึกษาพยาบาลจิตเวชบทบาทในการให้การปรึกษาและการ ประสานงาน โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งพบว่าพยาบาลจิตเวช บทบาทในการให้การปรึกษาและการประสานงานเป็นบทบาทที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้ง ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและไม่มีปัญหาสุขภาพจิต แต่พบข้อจำกัดคือประสิทธิผลในคำแนะนำของ บุคลากรและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพ และระดับความพึงพอใจเกี่ยวกับบริการของพยาบาลจิตเวชใน การให้การปรึกษาและการประสานงานเป็นบทบาทเชิงวิชาชีพที่มีความสำคัญและมีประโยชน์ต่อ การพยาบาล

สรุป

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การให้การปรึกษาและประสานงาน เป็นบทบาทของพยาบาลจิตเวชขั้นสูง ซึ่งเป็นการทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา (Consultant) โดยมีกรอบ แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการปฏิบัติงาน โดยใช้รูปแบบการดูแลแบบองค์รวม การปรับพฤติกรรม เทคนิคการเผชิญปัญหาสำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤต การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ครอบคลุมบำบัด และทฤษฎีระบบ เป็นต้น

สำหรับบทบาทของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานมีบทบาทหลัก 2 บทบาท คือ บทบาทการปรึกษา ซึ่งแบ่งออกเป็น การให้การปรึกษาโดยตรง และการให้การปรึกษา โดยอ้อม ในด้านการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า งานวิจัยในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษา มากนัก แต่ในต่างประเทศมีการศึกษาอย่างแพร่หลาย ผลของการทำหน้าที่พยาบาลจิตเวชผู้ให้การ ปรึกษาและประสานงาน พบว่า

1. ในด้านผู้ป่วย
 - 1.1 อาการทางจิตลดลงจากเดิม
 - 1.2 ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม

- 1.3 ผู้ป่วยได้รับการบำบัด รักษาที่ต่อเนื่อง
- 1.4 ช่วยในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย
- 1.5 จำนวนวันนอนของผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มอื่น
2. ในด้านพยาบาลผู้ขอรับการปรึกษา
 - 2.1 พึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ
 - 2.2 เพิ่มความมั่นใจและสมรรถนะของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วย
 - 2.3 ลดความวิตกกังวลจากการถูกฟ้องร้อง และจากการทำงาน
 - 2.4 ช่วยลดข้อขัดแย้งในหน่วยงาน และเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีและบรรยากาศที่ดีในการทำงาน
 - 2.5 เพิ่มผลลัพธ์การทำงาน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาผลการดำเนินงานการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน (Psychiatric Consultation Liaison Nurse : PCLN) มีวิธีดำเนินการศึกษาดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) โดยศึกษาผลการดำเนินงานการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

2. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ศึกษาจากประชากรเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 5 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัด ขอนแก่น อุดรธานี หนองคาย ร้อยเอ็ด และมหาสารคาม รวมทั้งหน่วยงานอื่นที่ขอรับการปรึกษาและประสานงานทั้งหมด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ทะเบียนการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชนและหน่วยงานอื่นๆ ที่ขอรับการปรึกษาและประสานงานทุกราย โดยศึกษาในรายละเอียด 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ปีที่ขอรับการปรึกษาและประสานงาน ตำแหน่งที่ขอรับการปรึกษา หน่วยงานที่ขอรับการปรึกษา จังหวัดที่ขอรับการปรึกษา เวลาที่ขอรับการปรึกษา 2) ปัญหาที่ขอรับการปรึกษาและประสานงาน 3) แนวทางการช่วยเหลือ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากทะเบียนการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2545 – มีนาคม 2550

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากดำเนินการเก็บข้อมูลจากทะเบียนการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแล้วนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window (Statistical Package for Social Science for Window) version 11.0 ดังนี้ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยวิเคราะห์ในด้านปัญหาที่ขอรับการปรึกษาและประสานงาน และ การช่วยเหลือ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาผลการดำเนินงานการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน (Psychiatric Consultation Liaison Nurse : PCLN) ขอนำเสนอผลการศึกษา ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้รับการปรึกษาและประสานงาน
2. ปัญหาที่ขอรับการปรึกษาและประสานงาน
3. การช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาและประสานงาน
4. ภาพรวมผลการดำเนินงานการให้การปรึกษาและประสานงาน
5. ตัวอย่างการให้การปรึกษาและประสานงานของพยาบาลจิตเวช
6. แนวปฏิบัติการให้การปรึกษาและประสานงาน
7. บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้รับการปรึกษาและประสานงาน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับการปรึกษาส่วนใหญ่เป็นพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 82.3 รองลงมา เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 12.8 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 61.5 รองลงมา ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานีอนามัย ร้อยละ 19.7 โดยเป็นเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดขอนแก่นร้อยละ 70.2 รองลงมาจังหวัดอื่นๆ (ประกอบด้วยสกลนคร กาฬสินธุ์ เลย นครพนม ชัยภูมิ) ร้อยละ 16.6 จังหวัดอุดรธานี และร้อยเอ็ด มีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 5.7 เวลาที่ให้บริการปรึกษาส่วนใหญ่ 5-10 นาที ร้อยละ 44.9 รองลงมา น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 นาที ร้อยละ 29.4 ระยะเวลามากที่สุด 30 นาที น้อยที่สุด 2 นาที ($\bar{X} = 10.84$ SD. = 6.18) และส่วนใหญ่รับการปรึกษาในเวลาราชการ ร้อยละ 97.0 รองลงมานอกเวลาราชการ ร้อยละ 3.0 ปีงบประมาณที่ขอรับการปรึกษามากที่สุด คือ ปีงบประมาณ 2549 ร้อยละ 29.1 รองลงมาปีงบประมาณ 2547 ร้อยละ 24.5 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้รับการปรึกษาและประสานงาน (n=265)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่ง		
พยาบาล	218	82.3
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	34	12.8
แพทย์	3	1.1
เภสัชกร	2	0.8
อื่นๆ	8	3.0
หน่วยงานที่ขอปรึกษา		
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	13	4.9
โรงพยาบาลชุมชน	163	61.5
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	12	4.5
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	13	4.9
ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน/สถานีนอนมัย	52	19.7
อื่นๆ	12	4.5
จังหวัด		
ขอนแก่น	186	70.2
อุดรธานี	15	5.7
หนองคาย	3	1.1
มหาสารคาม	2	0.8
ร้อยเอ็ด	15	5.7
อื่นๆ	44	16.6
ระยะเวลาที่ให้การปรึกษา		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 นาที	78	29.4
6-10 นาที	119	44.9
11-15 นาที	19	7.2
16-20 นาที	40	15.1
21 นาทีขึ้นไป	9	3.4
ระยะเวลาเฉลี่ย 10.84 นาที SD. = 6.18 ระยะเวลาต่ำสุด 2 นาที ระยะเวลาสูงสุด 30 นาที		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้รับการปรึกษาและประสานงาน (n=265)
(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เวลาที่ให้บริการ		
ในเวลาราชการ	257	97.0
นอกเวลาราชการ	8	3.0
ปีงบประมาณ		
2546	17	6.4
2547	65	24.5
2548	49	18.5
2549	77	29.1
2550 (ค.ศ. 49 – มี.ค. 50)	57	21.5

2. ปัญหาที่ขอรับการปรึกษาและประสานงาน

จากผลการศึกษาพบว่าปัญหาที่พบส่วนใหญ่เป็นการปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาด้านผู้ป่วย และญาติร้อยละ 41.9 รองลงมาเป็นปัญหาอื่นๆ ร้อยละ 35.5 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ในด้านปัญหาที่ขอรับการปรึกษานั้นสามารถจำแนกรายละเอียดของปัญหาได้ดังนี้

1. ปัญหาด้านผู้ป่วยและญาติ ประกอบด้วย ปัญหาผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ปัญหาอาการทางจิตกำเริบรุนแรงญาติไม่สามารถให้การดูแลได้ ปัญหาผู้ป่วยก้าวร้าว ทำร้ายร่างกาย ญาติก่อความเดือดร้อนแก่ชุมชน ทำลายทรัพย์สิน แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การขอสารัตถบริการการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน ผู้ป่วยไม่มีญาติดูแลทำให้ขาดการรักษาต่อเนื่อง ญาติทอดทิ้งผู้ป่วยปล่อยให้ก่อความเดือดร้อนแก่ชุมชน เป็นต้น

2. ปัญหาด้านระบบการทำงาน ประกอบด้วยปัญหาด้านระบบส่งต่อผู้ป่วยทั้งการรับยาต่อเนื่องในโรงพยาบาลใกล้บ้าน ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน การจัดตั้งคลินิกจิตเวชในชุมชน การขอเข้าร่วมโครงการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่าย การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจร เป็นต้น

3. ปัญหาด้านผู้ป่วยและระบบการทำงาน ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง ขอให้รักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ตลอดไปไม่ต้องจำหน่าย เด็กมีอาการทางจิตและปัญญาอ่อนขอให้รักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลตลอดไม่ต้องจำหน่าย ผู้ป่วยรักษาด้วยยาที่ต้องการการดูแลใกล้ชิด การจัดระบบการดูแลครอบครัวผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เป็นต้น

4. ปัญหาผู้ป่วยเรื้อรัง ล่ามขังในชุมชน

5. ปัญหาอื่นๆ ได้แก่ ปัญหาเครือข่ายไม่มั่นใจในการใช้เทคนิคการให้การปรึกษา เครือข่ายมีปัญหาครอบครัว มีการระบาดของความเชื่อเรื่องผีปอบ Mass hysteria การใช้เครื่องมือในการคัดกรองผู้ที่อยู่ในภาวะสูญเสีย ปัญหาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับความเสียหายหลังเกิดอุทกภัย การแจ้งข่าวร้าย ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาเด็กนักเรียนมีอาการทางจิตประสาทเพื่อเข้ารับการรักษารักษาและปรึกษาแพทย์ ขอสนับสนุนจากโรงพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต วิธีการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ปัญหาเด็กติดเกมส์ ปัญหาวัยรุ่นติดยาเสพติด เป็นต้น

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของปัญหาที่ขอรับการปรึกษาและประสานงาน (n=265)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาที่ขอปรึกษา		
ปัญหาด้านผู้ป่วยและญาติ	111	41.9
ปัญหาด้านระบบการทำงาน	5	1.9
ปัญหาด้านผู้ป่วยและระบบการทำงาน	24	9.0
ปัญหาผู้ป่วยเรื้อรัง ล่ามขัง	31	11.7
ปัญหาอื่นๆ	94	35.5

3. การช่วยเหลือผู้ขอรับการปรึกษาและประสาน

การให้การช่วยเหลือส่วนใหญ่เป็นการให้การปรึกษาและแนะนำ ร้อยละ 47.5 รองลงมาเป็นการให้การปรึกษาและประสานงานกับพยาบาลจิตผู้ป่วยนอก ร้อยละ 16.6 รองลงมาประสานงานกับจิตแพทย์ ร้อยละ 15.8 และประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ (ประกอบด้วยจิตผู้ป่วยใน กลุ่มงานเภสัชกรรม งานเวชระเบียน) ร้อยละ 10.2 โดยปัญหาที่ให้การช่วยเหลือและประสานงานนั้น เป็นผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤติแต่ปรับการรักษา หรือจัดทีมสุขภาพจิตออกหน่วยให้บริการในพื้นที่ ร้อยละ 24.2 และอยู่ในภาวะวิกฤติและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ร้อยละ 6.4 (มีการติดตามภายใน 3 วันทำการภายหลังให้การปรึกษา)

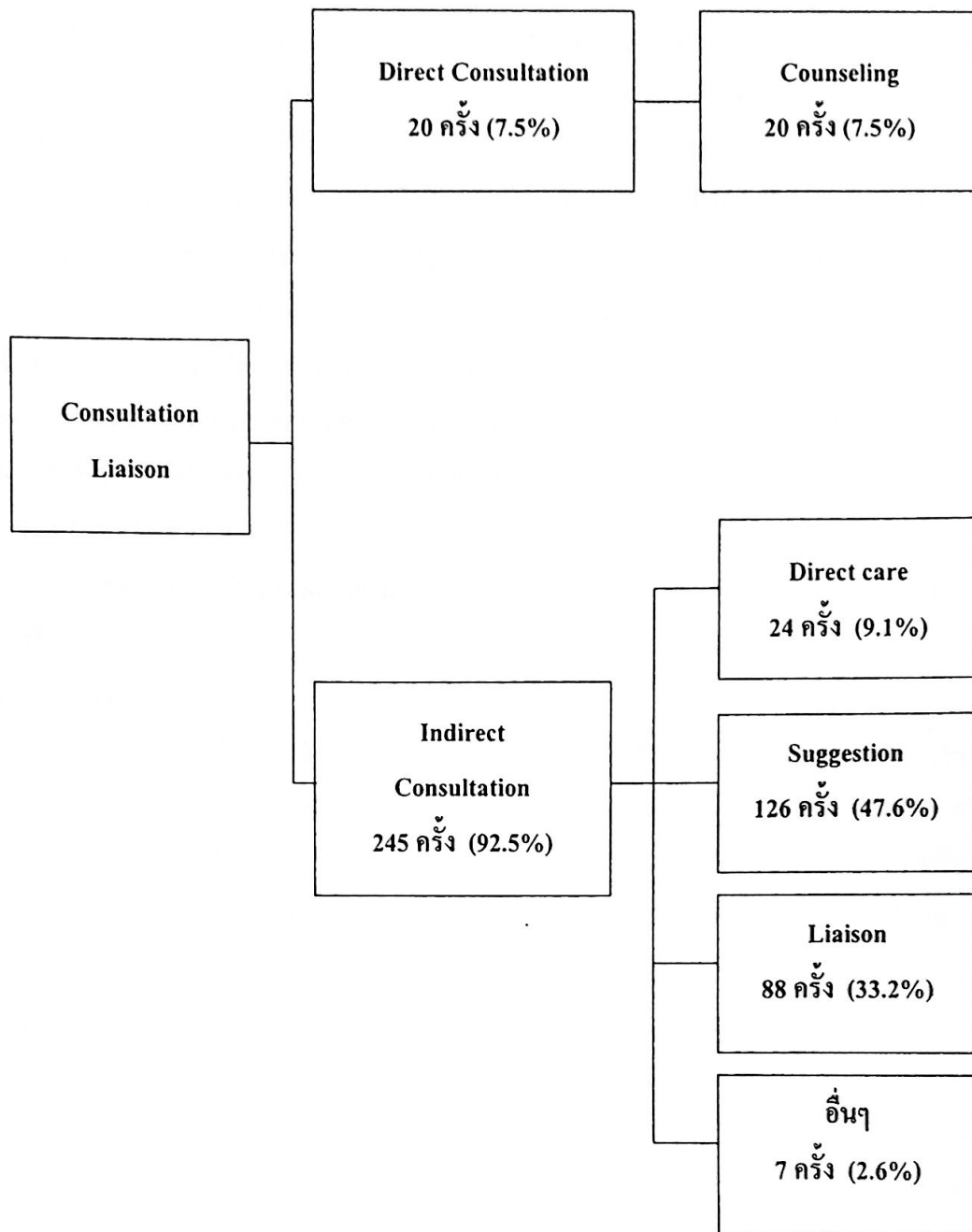
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการช่วยเหลือผู้ขอรับการปรึกษา (n=265)

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
การช่วยเหลือผู้ขอรับการปรึกษา		
ให้การปรึกษาและแนะนำ	126	47.5
ให้การปรึกษาและประสานแพทย์	42	15.8
ให้การปรึกษาและประสานนักจิตวิทยา	1	0.4
ให้การปรึกษาและประสานพยาบาลตึกผู้ป่วยนอก	44	16.6
ให้การปรึกษาและประสานทีมติดตามเยี่ยม	24	9.1
ให้การปรึกษาและประสานนักสังคมสงเคราะห์	1	0.4
ให้การปรึกษาและดำเนินการอื่นๆ	27	10.2
การช่วยเหลือตามประเภทของเรื่องที่ขอรับการปรึกษา		
อยู่ในภาวะวิกฤติแต่ปรับการรักษา	64	24.2
ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ	184	69.4
อยู่ในภาวะวิกฤติและเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล	17	6.4

4. ภาพรวมผลการดำเนินงานการให้การปรึกษาและประสานงาน

จากการศึกษาภาพรวมผลการดำเนินงานในการให้การปรึกษาและประสานงานพบว่า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546-2550 (ในปี 2550 รวบรวมข้อมูลตั้งแต่ ตุลาคม 2549 – มีนาคม 2550 เท่านั้น) พบว่า สามารถจำแนกการให้การปรึกษาและประสานงานออกเป็นการให้การปรึกษาโดยตรง ร้อยละ 7.5 ซึ่งเป็นการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายทั้งในด้านปัญหาครอบครัว ปัญหาด้านความไม่มั่นใจในเทคนิคที่ต้องใช้ในการให้การปรึกษา ปัญหาเพื่อนร่วมงาน การให้บริการเป็นการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ มีเพียง 1 รายที่นำครอบครัวมาขอรับการปรึกษากับผู้วิจัยที่โรงพยาบาล

การปรึกษาโดยอ้อมเป็นการให้การปรึกษาและประสานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจำแนกออกเป็นจัดทีมสุขภาพจิตให้บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อสาธิตบริการติดตามเยี่ยม และการให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย หรือการดำเนินการในเรื่องกรณีภาวะวิกฤติจากฝึบอบ อุพทานหนู เป็นต้น ร้อยละ 9.1 ให้การปรึกษาและคำแนะนำ ร้อยละ 47.6 ให้การปรึกษาและประสานงาน ร้อยละ 33.2 ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ภาพรวมผลการดำเนินงานการให้การปรึกษาและประสานงาน

5. ตัวอย่างการให้การปรึกษาและประสานงานของพยาบาลจิตเวช

ตัวอย่าง การให้การปรึกษาและประสานงานของพยาบาลจิตเวช โดยจำแนกตามลักษณะของปัญหาที่ขอปรึกษา ซึ่งบางครั้งการให้การปรึกษาก็สิ้นสุดในการปรึกษาเพียงครั้งเดียวหรือหลายครั้ง แต่เป็นลักษณะของการให้การปรึกษาโดยอ้อม (Indirect consultation) บางครั้งต้องมีการประสานงานเพื่อให้บริการ หรือบางครั้งก็เป็นการสาธิตบริการให้กับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน สุขภาพจิต หรือเป็นการให้การปรึกษาและประสาน ทำหน้าที่ให้การปรึกษากับผู้ป่วยโดยตรง หรือให้บริการโดยตรง ตั้งแต่การประเมินรวบรวมข้อมูลความต้องการในการดูแลทางสังคม จิตใจ พร้อมทั้งวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผล ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลนี้อาจเป็นรายบุคคล ครอบครัว การสอนสุขศึกษา การคลายเครียด การให้คำแนะนำเป็นต้น สำหรับตัวอย่างของการให้การปรึกษาและประสานงานของพยาบาลจิตเวช มีดังนี้

1. ปัญหาด้านผู้ป่วยและญาติ

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยขาดยาแล้วมีอาการกำเริบ อาละวาด กลัวเป็นอันตราย ควรดำเนินการอย่างไร

การดำเนินการ

1.) ให้ประเมินอาการของผู้ป่วย การรักษาในปัจจุบัน และแหล่งสนับสนุนในชุมชน หากอาการกำเริบไม่มากนัก ผู้วิจัยได้ประสานงานกับจิตแพทย์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์ให้ทราบถึงอาการกำเริบ ได้มีการปรับยาเพิ่มขึ้น และฉีดยา Fendee 25 หรือ 50 mg muscle ตามระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วย และสังเกตอาการหากไม่รุนแรง ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน ก็สามารถอยู่รักษาที่บ้านได้ และดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

2.) กรณีอาการรุนแรงมาก มีอาการอะละวาด ก้าวร้าวอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน ให้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจเพื่อช่วยจับผู้ป่วยและก่อนนำส่งโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยฉีดยา Halo 5 mg muscle (ได้ประสานกับจิตแพทย์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์ เพื่อขอการรักษาเบื้องต้น ช่วยให้ผู้ป่วยอาการสงบก่อนนำส่งโรงพยาบาล)

3.) ผู้วิจัยประสานชื่อ นามสกุลของผู้ป่วย และที่อยู่ให้แผนกจิตเวชฉุกเฉิน ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์ทราบ เพื่อเตรียมรับผู้ป่วยและประสานกับจิตแพทย์ที่ตึกผู้ป่วยนอกเพื่อเตรียมการรักษาและรับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล

การประเมินผล

ผู้ป่วยทุกรายที่ขอรับการปรึกษาภายหลังการติดตามผล พบว่า ปลอดภัยไม่เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน และบางรายได้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ภายหลังอาการดีขึ้นได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและส่งต่อเครือข่ายดูแลต่อเนื่องในชุมชน ต่อไป

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศสูง และบุตรสาวฆ่าตัวตายสำเร็จจากข้อมูลจากบ้านข้างเคียงให้ข้อมูลว่าบุตรสาวฆ่าตัวตายอาจเกิดจากมีเพศสัมพันธ์กับบิดา ปัญหาที่ขอรับการปรึกษา

1.) เนื่องจากต้องการประเมินสภาพจิตของผู้ป่วยว่ามีความคิดฆ่าตัวตายตามบุตรสาวหรือไม่ เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทมานาน 6-7 ปี และขณะนี้ยังรับการรักษาด้วยยาทางจิตเวชตลอด คือ Perphen (8) 1 tab $\odot$ bid pc

2.) เนื่องจากผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศสูง (ภรรยาผู้ป่วยซึ่งถึงแก่กรรมแล้วเคยเล่าให้ฟัง) ปัจจุบันต้องอยู่บ้านคนเดียวเกรงว่าอาจหาทางระบายความต้องการทางเพศกับเด็ก และวัยรุ่นในหมู่บ้าน อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อคนในชุมชนได้

3.) เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเคหะพยาบาล Approach ผู้ป่วยแต่พบว่าผู้ป่วยใช้คำพูดและกริยาท่าทางที่สื่อถึงความต้องการทางเพศ เช่น มองจ้องหน้าอกขณะพูดคุยด้วยตลอด จึงทำให้เจ้าหน้าที่ไม่กล้า Approach ผู้ป่วยจึงต้องการให้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ส่งเจ้าหน้าที่เพื่อสาธิตบริการ ค้นหาปัญหา และวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้ร่วมกัน

การดำเนินการ

1. จัดทีมสุขภาพจิตออกหน่วยบริการในวันที่ออกหน่วยให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยวางแผนติดตามเยี่ยมภาคบ่าย

2. สาธิตบริการการตรวจสภาพจิตกับผู้ป่วยและใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในขณะติดตามเยี่ยมผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียว

3. ตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยจัดยาที่ต้องรับประทานเป็นประจำให้เจ้าหน้าที่ดู พบว่าจัดได้ถูกต้องสอดคล้องกับแผนการรักษา และเมื่อนับจำนวนเม็ดยาที่เหลืออยู่ในซองก็พบว่าเท่ากับจำนวนวันนัดของแพทย์

4. ให้ผู้ป่วยเล่ากิจวัตรประจำวัน เป้าหมายการดำรงชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแหล่งสนับสนุนในครอบครัว เพื่อประเมินความคิดฆ่าตัวตาย

5. เนื่องจากผู้วิจัยประเมินสภาพการณ์ พบว่า การ Approach ในเรื่องความต้องการทางเพศและวิธีการตอบสนองความต้องการทางเพศ ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งนี้อาจไม่เหมาะสม ในด้านสถานที่ไม่ส่วนตัว (หรืออาจเป็นอันตรายหากต้องแยก Approach 2 คนในบ้านผู้ป่วย) มีเจ้าหน้าที่อื่นอยู่ด้วย ผู้ป่วยไม่สะดวกจะเล่าเรื่องส่วนตัวให้ฟัง จึงนัดหมายให้ผู้ป่วยไปพบผู้วิจัย ณ คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผู้ป่วยก็ยินดี

6. ให้การปรึกษาผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช ณ โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผู้ป่วยไม่อนุญาตให้เจ้าหน้าที่ท่านอื่นๆ อยู่ร่วมฟังด้วย จากการให้การปรึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศสูง ตัปลาค่ะ 3-4 ครั้ง (ผู้ป่วยอายุ 60 ปี) ได้สอบถามถึงวิธีการตอบสนองความต้องการทางเพศผู้ป่วยใช้วิธีการช่วยเหลือตนเองจนสำเร็จความใคร่ (Masturbation) โดยก่อนจะลงมือกระทำจะใช้วิธีการซื้อวิดิทัศน์หนังโป๊มาดูและหลังจากเกิดอารมณ์ทางเพศก็จะสำเร็จความใคร่หน้าจอโทรทัศน์

นอกจากนี้ยังมีผู้หญิงแม่ข่ายที่สามีถึงแก่กรรม หรือผู้หญิงที่สามีไปทำงานต่างประเทศมาหาผู้ป่วย และมีเพศสัมพันธ์ด้วย แต่ไม่มีความคิดจะข่มขืนหรือทำร้ายใครในหมู่บ้าน ผู้วิจัยได้ดำเนินการต่อไปดังนี้

6.1 ค้นหาการทำกิจกรรมในชุมชนที่ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจเรื่องเพศ พบว่า ผู้ป่วยมีการเล่นกีฬาอยู่กับกลุ่มเพื่อนด้วยกันในช่วงเย็น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังทำการปลูกผักสวนครัวไว้ในบ้านด้วย แนะนำว่าการมีกิจกรรมร่วมกับเพื่อนหรือกิจกรรมอื่นๆช่วยลดความคิดหมกมุ่นทางเพศได้

6.2 การที่ผู้ป่วยมีอารมณ์ทางเพศ เพราะการควักทัศนเป็นตัวกระตุ้นการหลีกเลี่ยงการควักทัศน แต่ทำกิจกรรมอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์แทนจะช่วยให้อลดความต้องการทางเพศได้

6.3 ค้นหาวิธีการลดความต้องการทางเพศที่ผู้ป่วยเคยใช้แล้วได้ผลพบว่า ใช้วิธีการอาบน้ำจะช่วยลดอารมณ์ความต้องการได้

6.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดถึงผลกระทบที่ตามมาจากการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่น ทั้งที่เป็นแม่ข่าย และผู้หญิงที่สามีทำงานต่างประเทศ หากยอมมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยได้ ก็อาจมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นได้เช่นกัน ผู้ป่วยตระหนักว่าการกระทำผิดกรรมเหล่านี้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคจากเพศสัมพันธ์ได้ หรืออาจมีปัญหาถ้าสามีของผู้หญิงเหล่านั้นกลับมาจากต่างประเทศ

6.5 สอนวิธีการซื้อและใส่ถุงยางอนามัยแก่ผู้ป่วยเนื่องจากเป็นความต้องการของผู้ป่วย

6.6 ประสานงานแพทย์ผู้รักษาให้ทราบถึงความต้องการทางเพศสูงของผู้ป่วยเพื่อปรับการรักษา

6.7 ประเมินอาการทางจิตซ้ำเพื่อประเมินอาการที่อาจกำเริบ และอาการจากผลข้างเคียงของยา

6.8 ประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อโรค อาการและการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย เพื่อดูแลแนวโน้ม การให้ความร่วมมือในการรับประทานยา

6.9 ขออนุญาตผู้ป่วยส่งต่อให้เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งการมารับยาที่คลินิก และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โดยขอส่งต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทั้งหมดแก่เครือข่ายด้วย ผู้ป่วยอนุญาต

7. ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสามารถขอรับการปรึกษากับแม่ข่ายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย มีเป้าหมายในชีวิตคืออยู่เพื่อลูกและหลาน ซึ่งผู้ป่วยมีลูกและหลานทำงานอยู่กรุงเทพฯ และส่งเงินมาให้ผู้ป่วยใช้ 3-4 เดือน จึงจะมาเยี่ยมผู้ป่วยสักครั้ง แต่โทรศัพท์มาหาผู้ป่วยบ่อยๆ

2. อาการทางจิตสงบมีเพียงบางคืนนอนไม่หลับ ก็รับประทานยาก่อนนอนเพิ่มตามแพทย์สั่ง
3. ผู้ป่วยจะพยายามลดสิ่งกระตุ้นความต้องการทางเพศ และเบี่ยงเบนความสนใจสู่กิจกรรมร่วมกับเพื่อนๆ ในชุมชนหรือการใช้วิธีการอาบน้ำ
4. การป้องกันตนเองต่อความเสี่ยงจากการติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยเลือกใช้ถุงยางอนามัย โดยผู้วิจัยนำผู้ป่วยไปสาธิตวิธีการซื้อถุงยางอนามัยจากตู้บริการของโรงพยาบาล หลังจากนั้นสาธิตวิธีการใส่ และถอดออกให้ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยทำตาม ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามสาธิต
5. แพทย์ปรับแผนการรักษาโดยเพิ่มยา Thioridazine 200 mg 1 tab ⊙ hs ให้ผู้ป่วยเพื่อลดความต้องการทางเพศ
6. เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องต่อไป ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ

ปัญหาที่ 3 บิดาผู้ป่วยต้องดูแลผู้ป่วยโรคจิต 2 คน และต้องหารายได้เพื่อเลี้ยงตนเองและบุตรทั้ง 2 คนด้วย ขณะนี้บุตร 1 คนเริ่มมีอาการกำเริบ กังวลว่าอาการอาจรุนแรงทำลายข้าวของและทำร้ายตนเองได้ เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนต้องการให้สาธิตบริการดูแลรักษาผู้ป่วยครอบครัวนี้

การดำเนินการ

1. นัดหมายวันออกหน่วยให้บริการร่วมกัน และออกหน่วยให้บริการตามวันที่กำหนด
2. จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและบิดา พบว่า บิดาผู้ป่วยอายุ 62 ปี ต้องหารายได้เลี้ยงครอบครัวโดยอาชีพรับจ้างได้วันละ 150-200 บาท ผู้ป่วย 2 คน เป็นโรคจิตเภททั้งคู่ พี่ชายคนโตอาการทางจิตสงบมีเพียงอาการนอนไม่หลับบางคืน น้องชายเริ่มมีอาการกำเริบโดยมีอาการพูดบ่นคนเดียว กลางคืนนอนไม่หลับหวาดระแวงคนมาทำร้าย มีอาการหูแว่วเสียงคนพูดทำร้ายตนเอง อารมณ์หงุดหงิดง่าย แยกตัวเองอยู่คนเดียว อาหารต้องจัดให้จึงจะมารับประทานเอง ได้ดำเนินการช่วยเหลือดังนี้

2.1 ประเมินอาการทางจิตและผลข้างเคียงของยา

2.2 ตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วยทั้ง 2 คน พบว่า มียาเหลือจำนวนมากทั้ง 2 คน ทั้งยาเก่าและยาใหม่ โดยแพทย์สั่งการรักษาให้ผู้ป่วยทั้ง 2 คน รับประทานวันละ 4 ครั้ง โดยให้รับประทานหลังอาหารทั้ง 3 มื้อ และก่อนนอน เมื่อสอบถามถึงเหตุผลของยาที่เหลือจำนวนมาก บิดาบอกว่าจัดยาให้ผู้ป่วยเพียงมือเดียว คือ ก่อนนอนทั้งนี้เนื่องจากเมื่อให้รับประทานยาตามแพทย์สั่งแล้ว บุตรทั้งสองจะนอนหลับมากจนไม่ยอมรับประทานอาหาร และอาบน้ำจะนอนตลอด เป็นภาระในการต้องดูแลกิจวัตรของผู้ป่วย บิดาเกรงว่าบุตรชายทั้งสองจะเป็นอันตราย จึงจัดยาให้เพียงมือเดียว ผู้ป่วยทั้ง 2 จึงสามารถดูแลตนเองได้ไม่เป็นภาระ แต่พบว่าบุตรคนที่ 2 เริ่มมีอาการกำเริบ

ทำให้บิดาหวาดกลัวว่าจะทำร้ายตนเองเหมือนในอดีต ต้องการให้ปรับการรักษาของทั้ง 2 คน โดยบุตรชายคนโตปรับยาก่อนนอน บุตรชายคนที่ 2 ปรับการรักษาใหม่

2.3 แพทย์ปรับการรักษาตามต้องการ สำหรับบุตรชายคนที่ 2 ปรับยาเป็น เช้าและเย็น และให้ยา Fendee 50 mg 1 amp muscle สำหรับบุตรชายคนแรกยินดีรับประทานยาตามแพทย์กำหนด บุตรคนที่ 2 และบิดาขอรวบกินยาเพียงเวลาเดียวเช่นเดิม จึงเปิดโอกาสให้บิดาและบุตรคนที่ 2 พูดถึงปัญหา ความไม่สบายใจในการรับประทานยาตามแผนการรักษาใหม่ ให้ผู้ป่วยประเมินอาการทางจิตที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ใจนอนไม่หลับ มีอาการหูแว่ว หวาดระแวง และหงุดหงิด ผู้ป่วยยอมรับว่าอยากหายจากอาการ ยินดีให้ความร่วมมือ ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและบิดาว่าหากมีปัญหามาสามารถปรึกษากับแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนได้ตลอดเวลา

2.4 ให้บิดาจัดยาชุดใหม่ของผู้ป่วยทั้ง 2 คนให้เจ้าหน้าที่ดูเพื่อตรวจสอบว่าสามารถจัดยาได้ถูกต้องหรือไม่ และขอยาชุดเก่าทั้งหมดกลับคืน โดยจัดยาให้ผู้ป่วยทั้ง 2 คนเท่ากับจำนวนวันที่จะไปพบแพทย์ตามนัด

2.5 ส่งเสริมให้กำลังใจ และชื่นชมบิดาที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

2.6 แนะนำบิดาทำบัตรสงเคราะห์ผู้พิการทางจิตให้แก่ผู้ป่วยทั้ง 2 คน เพื่อเป็นรายได้ให้แก่ครอบครัว

การประเมินผล

ผู้ป่วยทั้งสองคนอาการทางจิตดีขึ้น และรับประทานยาตามการรักษาและมาพบแพทย์ตามนัดหมาย บิดาทำบัตรผู้พิการให้แก่บุตร โดยมาติดต่อกับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

2. ปัญหาด้านระบบการทำงาน

ปัญหาที่ 1 เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน ต้องการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลเครือข่าย ในด้านการตรวจรักษา ผู้ป่วยนอก และบริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ขอเข้าร่วมโครงการต้องดำเนินการอย่างไร

การดำเนินการ

1. ให้สำรวจข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคจิต Bipolar disorder, Depression ในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบ และแจ้งข้อมูลเบื้องต้นให้แม่ข่ายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

2. อธิบายขั้นตอนการดำเนินงานให้ทราบ ดังนี้

2.1 ชี้แจงรายละเอียดของโครงการให้ผู้อำนวยความสะดวกทราบ และทำหนังสือ แจ้งความจำนงขอเข้าร่วมโครงการมายังโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

2.2 ส่งทีมงานอันประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เกษีกรเข้าร่วมประชุมกับ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตามวัน เวลาที่กำหนด เพื่อเตรียมความพร้อมการดำเนินงาน

2.3 วางแผนการจัดบริการ พัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายร่วมกัน โดยกำหนดวันในการออกหน่วยให้บริการของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ตลอดปีโดยในปีที่ 1 ออกหน่วยให้บริการ 3 เดือนแรก เดือนละครั้งต่อไปเว้นทุก 2 เดือนครั้ง ปีที่ 2 เป็นต้นไป ออกหน่วย 3 เดือนครั้ง

2.4 สั่งซื้อยาจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตามรายการยาที่กำหนด 25 รายการ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะเป็นผู้จ่ายเงินค่ายา โดยสั่งซื้อยาก่อนล่วงหน้าออกหน่วยอย่างน้อย 1 เดือน

2.5 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จะจัดส่งรายชื่อผู้ป่วยโรคจิต Bipolar disorder, Depression และการรักษาในปัจจุบันให้แก่โรงพยาบาลชุมชนฯ ติดตามผู้ป่วยมารับยา ต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ณ วันที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ออกหน่วยให้บริการ

2.6 สํารวจผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชนและต้องการให้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว และแจ้งให้ทราบล่วงหน้าเพื่อวางแผนติดตามเยี่ยม

การประเมินผล

มีโรงพยาบาลชุมชนเข้าร่วมโครงการการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 14 แห่ง

ปัญหาที่ 2 ต้องการจัดระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตครบวงจร เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตทั้งอำเภออย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ ญาติ อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชน และการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในชุมชนถึงโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วิธีดำเนินการ

1. สํารวจข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้อง และสอบถามความต้องการในด้านความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยตลอดจนปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย โดยเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน

2. วางแผนการอบรม ความรู้และทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องจำนวน 2 รุ่นๆ ละ 1 วัน ณ โรงพยาบาลชุมชน

3. ภายหลังการอบรมในแต่ละรุ่นให้ผู้เข้าอบรมร่วมกันวางแผนการดำเนินงานและจัดระบบการดูแลผู้ป่วย เชื่อมโยงตั้งแต่ในชุมชน จนกระทั่งถึงโรงพยาบาลชุมชน

4. ผู้วิจัยร่วมวางระบบการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน ถึงโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และจากโรงพยาบาลจิตเวชผู้ชุมชน
5. ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ และมีช่องทางในการให้การปรึกษาทั้งทางโทรศัพท์ โทรสาร เพื่อการดูแลผู้ป่วยในชุมชนตลอด 24 ชั่วโมง
6. ร่วมประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะ และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

การประเมินผล

1. เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนโดยญาติ เครือข่ายระดับแกนนำชุมชน
2. ผู้ที่เข้ารับการอบรม หรือ ญาติและเครือข่ายแกนนำชุมชน สามารถประเมินอาการทางจิตเบื้องต้น และให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนได้ หากเกิดปัญหาเกินความสามารถก็ปรึกษาเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ระดับสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชนได้

3. ปัญหาด้านผู้ป่วยและระบบการทำงาน

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการทางจิตทั้งครอบครัว แม่ ลูกสาว มีอาการซึมเศร้า ลูกชาย 3 คนมีอาการทางจิต ปรึกษาเพื่อทราบแนวทางการรักษาและพัฒนาระบบการดูแล

การดำเนินการ

1. ประเมินสภาพปัญหาทั่วไปของครอบครัว อาการทางจิตของแต่ละคนและการรักษาเบื้องต้น แหล่งสนับสนุนในครอบครัวชุมชน
2. จัดทีมสุขภาพจิตให้การบำบัด รักษาที่บ้านผู้ป่วย (ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์) เนื่องจากทั้งครอบครัวไม่ยอมไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยร่วมติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวกับเครือข่ายระดับอำเภอประกอบด้วย ทีมจากโรงพยาบาลชุมชน และเครือข่ายระดับตำบลคือเจ้าหน้าที่จากสถานีอนามัย และผู้นำชุมชน
3. ทีมสุขภาพจิตได้สารัตถการให้บริการโดยการ สัมภาษณ์ และตรวจสภาพจิตรายบุคคล (มารดา บุตรสาวคนโต และบุตรชายอีก 3 คน รวม 5 คน) ภายหลังการสัมภาษณ์และตรวจสภาพจิตได้ให้แพทย์ตรวจรักษา และส่งยารายบุคคล บุตรชายคนที่ 2 ไม่ยอมรักษาและไม่ยอมติดตาม ได้ให้การปรึกษารายบุคคลแก่มารดา บุตรสาว เพื่อให้ระบายนปัญหาความเครียดและไม่สบายใจ ส่งเสริมความรู้สึกรักคุณค่าในตนเองแก่ผู้ป่วย และนัดหมายอีก 1 เดือนให้ไปรับบริการ ณ คลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จะไปให้บริการทุก 2 เดือน

สำหรับบุตรชายคนที่ 2 ที่ไม่ยอมรับการรักษาเนื่องจาก ปฏิเสธการเจ็บป่วยบอกว่าตนเองไม่ได้เป็นอะไร แต่จากการให้ประวัติของมารดาพบว่าไม่อาบน้ำดูแลความสะอาดร่างกายมาเป็นเวลา 1 เดือน แยกตัวอยู่คนเดียวในห้องนอน ไม่พบปะเพื่อนฝูง ทั้งๆ ที่เดิมเคยเป็นคนชอบ

สนุกสนาน และมีเพื่อนมาบางครั้งพูดกับคนเดียวเหมือนตอบโต้ใคร แต่ไม่ยอมบอกว่าเนื้อหาของหูแว่วเป็นอย่างไร กลางคืนมักไม่นอน แต่จะนอนในเวลากลางวัน ผู้วิจัยได้ให้การปรึกษาเบื้องต้น โดยการค้นหาอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และรบกวนผู้ป่วย ทำให้รู้สึกไม่สุขสบายโดยเฉพาะอาการหูแว่ว กลางคืนไม่นอน และความเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ เช่นการไม่อาบน้ำ หรือเปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นเดือน และให้ข้อมูลว่าอาการเหล่านี้สามารถรักษาได้โดยการรับประทานยา ผู้ป่วยยืนยันว่าขอคู่อารมณ์พิชช และน้องชายของตนเองก่อนว่ารักษาแล้วอาการดีขึ้นหรือไม่ จึงจะยอมรับการรักษาด้วย ผู้เขียนจึงตกลงตามข้อเสนอ แต่อย่างไรก็ตามก็ได้ให้ยากับญาติผู้ป่วยไว้ โดยให้คำแนะนำกับผู้ป่วยว่า หากอาการต่างๆ รบกวนผู้ป่วยมากขอให้รับประทานยาโดยไม่ต้องรอ โดยรับประทานยาตามหน้าซองที่ให้ไว้

4. ได้พัฒนาระบบการดูแลครอบครัวนี้ ร่วมกับพื้นที่โดยค้นหาแหล่งสนับสนุนในครอบครัว และชุมชน โดยขอให้ อสม. หรือผู้นำชุมชนติดตามเยี่ยม ครอบครัวนี้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เพื่อเป็นที่ปรึกษาระบายปัญหาความไม่สบายใจแก่ครอบครัว หากปัญหาเกินความสามารถให้ปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบลที่รับผิดชอบดูแลครอบครัวนี้ ในกรณีที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขพิจารณาแล้วพบว่าเกินความสามารถในการดูแล หรือมีปัญหาเร่งด่วนก็สามารถประสานงานกับแม่ข่ายระดับโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้ ตลอด 24 ชั่วโมง

5. ได้เน้นถึงวิธีการช่วยเหลือครอบครัวนี้ คือ ให้นั้นการส่งเสริมให้กำลังใจ ความรู้สึกมีคุณค่าของมารดาและบุตรสาว เพราะเป็นหลักในการหารายได้ และหลักในการดูแลผู้ป่วยทั้งครอบครัว ตลอดจนช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เพื่อช่วยให้ครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลซึ่งกันและกัน นอกจากนี้เนื่องจากรายได้และบุตรสาวซึ่งเป็นโรคซึมเศร้าจากการที่ต้องรับภาระหนักในการหารายได้ ดูแลครอบครัว ให้ประเมิณอารมณ์ ความรู้สึก เบื่อหน่าย ท้อแท้ หรือแนวคิดฆ่าตัวตายด้วย แต่ในเบื้องต้นจากการประเมินของทีมสุขภาพจิตพบว่าเคยมีความคิดฆ่าตัวตายในอดีตช่วงมีปัญหาหลายๆ แต่ปัจจุบันไม่มี รู้สึกมีกำลังใจเพราะมีทีมเจ้าหน้าที่มาคอยช่วยเหลือดูแล และมีช่องทางในการแก้ไขปัญหาและการประสานงาน

การประเมินผล

1. หลังการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว 1 เดือนและทีมสุขภาพจิตโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ไปออกหน่วยบริการตรวจ รักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งนั้น พบว่าครอบครัวผู้ป่วยทั้ง 5 คน มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนพร้อมกัน และบุตรชายคนที่สองแจ้งความจำนงค์ขอรับการรักษา เนื่องจากพบว่าพิชช และ น้องชายของผู้ป่วยอาการทางจิตดีขึ้น แจ่มใส และช่วยเหลือการทำงานในบ้านได้ดี และน้องชายคนสุดท้องเริ่มออกหางานทำได้แล้ว

2. แพทย์ได้ให้การรักษาผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้การวินิจฉัยโรค ดังนี้ มารดา และบุตรสาว เป็นโรค Depression บุตรชาย 3 คน เป็นโรค Schizophrenia และให้ยาไปรับประทานที่

บ้านคนละ 1 เดือน สำหรับบุตรชายทั้ง 3 คนได้ฉีดยา Fendec 50 mg 1 amp muscle คนละ 1 เข็มและให้มารับยาต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง พร้อมทั้งฉีดยา Long acting เช่นเดิมทุกเดือน

3. มารดาผู้ป่วยแจ้งความจำนงขอใบรับรองความพิการทางจิตให้บุตรชายคนโต เนื่องจากป่วยมานาน และไม่สามารถทำงานได้ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ ได้ประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชนซึ่งจะช่วยออกใบรับรองแพทย์ให้ภายหลังจากการตรวจทางจิตวิทยา (Psychological test) โดยนักจิตวิทยาจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ภายหลังการออกใบรับรองแพทย์ได้แนะนำให้มารดาผู้ป่วยนำหลักฐานไปประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบลต่อไป

4. ได้ส่งต่อครอบครัวนี้ให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับโรงพยาบาลชุมชนได้ดูแลต่อเนื่องต่อไป หากพบว่ามีปัญหาสามารถติดต่อประสานงานกับเครือข่ายระดับเขตคือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยโรคจิตอยู่บ้านคนเดียวก่อนหน้านั้นเคยรักษากับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ แต่ปัจจุบันไม่ยอมกินยาของโรงพยาบาลบอกว่ากินแล้วมีอาการข้างเคียงตัวแข็ง ลิ้นแข็ง ตาเหลือกค้างจึงไม่ยอมกินยา ขณะนี้อยู่แต่ในบ้านไม่สนใจดูแลกิจวัตรประจำวัน แยกตัวเอง พุดบ่นคนเดียว บางครั้งหงุดหงิดก้าวร้าว ก่อนหน้านี้ผู้ป่วยอยู่กับบิดา แต่ปัจจุบันถึงแก่กรรม ผู้ป่วยจึงอยู่บ้านคนเดียว ญาติพี่น้องของผู้ป่วยเป็นพี่น้องห่างๆ และค่อนข้างยากจนจึงไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้มาก และไม่มีเวลานำผู้ป่วยไปรับการรักษาเพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก

การดำเนินงาน

1. ส่งทีมสุขภาพจิตประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ให้บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน เพื่อประเมินอาการทางจิต และแหล่งสนับสนุนของครอบครัวและชุมชน โดยติดตามเชื่อมร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย

2. จากการประเมินปัญหา และอาการทางจิตร่วมกับประวัติการรักษาในอดีตของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยรายนี้รักษาด้วยยา Haloperidal เนื่องจากมีอาการประสาทหลอนและหลงผิด หวาดระแวงว่ามีคนจะทำร้าย แต่ไม่มีความคิดทำร้ายใคร ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยาดังอาการข้างต้นจึงไม่ยอมรับประทานยาอีก พยาบาลได้ Approach ผู้ป่วย โดยเน้นอาการทางจิตที่เกิดขึ้นและรบกวนผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเป็นทุกข์กับอาการเหล่านี้ คือ อาการหูแว่วเสียงคนขู่จะทำร้าย และหลงผิดว่ามีคนจะทำร้ายผู้ป่วย ทำให้บางครั้งนอนไม่หลับทั้งคืน ผู้ป่วยอยากหายจากอาการดังกล่าว แต่ไม่ต้องการกินยาแบบเดิม เพราะทรมานและทำงานไม่ได้หรือเหมือนช่วยตนเองไม่ได้เลย พยาบาลได้เสนอว่าถ้าได้รับการรักษาด้วยยาตัวอื่นที่ดีกว่าตัวเดิม ช่วยให้มีอาการทางจิตดีขึ้น ไม่มีอาการจากผลข้างเคียงของยาผู้ป่วยยินดีหรือไม่ ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือ

3. พยาบาลได้สรุปอาการ ปัญหา ความต้องการและอภิปรายปัญหาร่วมกับแพทย์ และ ทีมสุขภาพจิต และเครือข่ายในพื้นที่ แพทย์วางแผนให้การรักษาลูกป่วยด้วย Clopaze แต่ผู้ป่วยต้อง เจาะเลือดทุกเดือนก่อนให้ยาต่อไปในเดือนต่อไป ซึ่งต้องมีญาติรับผิดชอบพาผู้ป่วยไปเจาะเลือดที่ โรงพยาบาลชุมชน และส่งผลเลือดให้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ทุกเดือน ก่อนที่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จะส่งยามาให้ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครมา เจาะเลือดเพื่อตรวจ CBC ให้แก่ผู้ป่วยที่บ้านทุกเดือน เพราะต้องมาเยี่ยมและสอบถามอาการผู้ป่วย อยู่แล้ว เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน ยินดีส่งเลือดของผู้ป่วยตรวจที่ห้อง ชันสูตร โรค และรอรับผล ส่งมาให้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และประสานงานให้ทราบถึงอาการทางจิตของ ผู้ป่วย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จะส่งยามาทางไปรษณีย์ให้กับเครือข่าย โรงพยาบาลชุมชน และเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนจะออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและนำไปให้ผู้ป่วย รับประทานยาอย่างต่อเนื่องต่อไป

4. ภายหลังวางแผนการรักษาแล้ว ได้ให้การปรึกษาผู้ป่วยว่าทีมสุขภาพจิตจะทำการ รักษาผู้ป่วยด้วยยาตัวใหม่ที่ดีกว่าเดิม จะไม่มีอาการข้างเคียงจากยาแบบเดิม แต่ในช่วงแรกอาจมี อาการง่วงนอนมาก น้ำลายไหล แต่หลังจากให้ยาไปแล้ว 2-3 สัปดาห์ อาการดังกล่าวจะดีขึ้น แต่ ผู้ป่วยต้องเจาะเลือดเพื่อคุมเม็ดเลือดขาวลดต่ำจากเดิมหรือไม่ โดยต้องอยู่ในระดับ 3,500 Cell/cumm ขึ้นไป และผู้ป่วยต้องดูแลตนเองหากมีอาการ ไข้ต้องปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยทุกครั้ง ภายหลังให้ข้อมูลกับผู้ป่วยๆ ยินดีให้ความร่วมมือ แต่ขอสัญญาจากพยาบาลว่าหากมีอาการข้างเคียง ของยาแบบเดิมก็ขอไม่รับการรักษา พยาบาลให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าจะไม่มีอาการเช่นเดิม และ ผู้ป่วยจะมี อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะมาคอยดูแลอาการผู้ป่วย เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยด้วย

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับประทานยา Clopaze อย่างสม่ำเสมอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจาะเลือด CBC เมื่อได้ผลแม่ข่ายระดับโรงพยาบาลชุมชนรายงานผลเลือดส่งให้ผู้วิจัยทราบ ผู้วิจัยประสานงาน กับแพทย์เจ้าของไข้ที่ติดผู้ป่วยนอก รายงานความก้าวหน้าอาการผู้ป่วยให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบ (เป็นแพทย์ท่านเดียวกับแพทย์ที่ออกหน่วยให้บริการในชุมชน) แพทย์สั่งยาให้ผู้ป่วยเพราะผลเลือด ปกติไม่มีปัญหา และผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาและเจาะ เลือดทุกเดือนผู้วิจัยได้ติดตามผลการรักษาประมาณ 6 เดือน อาการทางจิตดีขึ้นมาก จึงได้ส่งต่อให้ เครือข่ายดูแลต่อเนื่องต่อไป

2. ต่อมาโรงพยาบาลชุมชนนี้ขอเข้าร่วมโครงการการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่าย โดยมี ทีมแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ไปให้บริการทุก 3 เดือน จึงย้ายผู้ป่วยไปรับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน

3. ผู้ป่วยเริ่มประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปเป็นรายได้ในการดำรงชีวิต

4. ปัญหาผู้ป่วยเรื้อรัง ลามช้า

ปัญหาที่ 1 มีผู้ป่วยเรื้อรัง มีอาการทางจิต พุดบ่นคนเดียว แต่งกายสกปรกสะสมสิ่งของ จะออกจากบ้านตั้งแต่เช้า และกลับบ้านเวลาประมาณ 19.00 น กลางคืนไม่นอนจะนั่งพาดก้นนั่งตลอดคืน รบกวนเพื่อนบ้านข้างเคียงแต่ไม่มีใครกล้าไปห้าม ญาติเป็นแม่ซึ่งตาบอด และมีน้องสาวประกอบอาชีพและหารายได้เลี้ยงดูแม่และพี่ชายที่มีอาการทางจิต ญาติไม่เคยนำผู้ป่วยไปรักษาที่ใดมาก่อน เพราะผู้ป่วยไม่ยอมไปรักษา ปฏิเสธว่าตนเองไม่ได้เป็นอะไรและไม่ยอมไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน

การดำเนินงาน

1. จัดทีมสุขภาพจิตออกหน่วยให้บริการในวันที่ออกหน่วยตามโครงการการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่าย โดยออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน
2. ประเมินสภาพจิตใจประวัติการเจ็บป่วย และการรักษา ข้อมูลที่เกี่ยวข้องและให้การรักษา
3. จากการประเมินการยอมรับการเจ็บป่วยและความร่วมมือในการรับประทานยาพบว่าผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและไม่ยอมรับรักษาด้วยยา
4. วางแผนร่วมกับเจ้าหน้าที่จากศูนย์สุขภาพชุมชนที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในการให้ยา Haloperidol ชนิดน้ำ หยดใส่น้ำหวานให้ผู้ป่วยดื่มเพราะผู้ป่วยชอบไปอยู่ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน การเดิน แอโรบิกที่สนามหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนทุกวัน และแนะนำวิธีการประเมินสภาพจิตใจและการ Approach ผู้ป่วย หากพบว่าผู้ป่วยอาการทางจิตดีขึ้น ให้ประเมินความพร้อมการรับประทานยาของผู้ป่วย และการฉีดยา Long acting หากระหว่างการรักษพบว่า ผู้ป่วยมีอาการจากผลข้างเคียงจากยา เช่น ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง ก็ให้ Benzhexol 5 mg 1 tab ให้ผู้ป่วยรับประทานทันที
5. หากผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบงานได้ให้มอบหมายงานให้ผู้ป่วยทำตามความสามารถ
6. ส่งต่อให้พยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนดูแลต่อเนื่องและสามารถขอรับการปรึกษาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลาทั้งกับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

การประเมินผล

ภายหลังการรักษาได้ 3 สัปดาห์ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาโดยยอมรับประทานยาและฉีดยา Long acting และในเดือนต่อไปผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชน

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภทถูกล่ามโซ่ประมาณ 1 ปี โดยญาติปลุกบ้านให้อยู่ต่างหากและมีห้องน้ำอยู่ในบริเวณเดียวกันโดยผู้ป่วยสามารถเดินไปห้องน้ำทั้งล่ามโซ่ได้ ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบิดา มารดา และบิดายืนยันไม่ปลดโซ่ผู้ป่วยตลอดชีวิต หากใครมาปลดโซ่จะไม่อยู่บ้านหลังนี้อีกต่อไปจะให้มารดาดูแลคนเดียว เพราะตนเองเคยถูกผู้ป่วยทำร้ายจนกระทั่งแขนข้างซ้ายหักต้องรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคจิตเภทมา 5 ปี รับประทานยาไม่ต่อเนื่องอาการจึงกำเริบ เคยเป็น

ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์มาก่อน ปัจจุบันไม่ได้รับการรักษาแต่อย่างใด

การดำเนินงาน

1. จัดทีมสุขภาพจิตออกหน่วยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในวันออกหน่วยตามโครงการการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่าย
2. ประเมินสภาพจิตใจ ประวัติการรักษาที่เกี่ยวข้อง ประเมินทัศนคติของบิดา มารดา ที่มีต่อผู้ป่วยและการรักษา พบว่ามารดามีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยและการรักษา ต้องการให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นและยินดีปลดโซ่ให้ผู้ป่วย บิดาไม่ยินยอมขอลำโซ่เช่นเดิม แต่ยินดีให้การรักษา
3. แพทย์ได้สั่งการรักษาให้ผู้ป่วย และจะจัดทีมสุขภาพจิตติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง จนกว่าอาการของผู้ป่วยดีขึ้น และเพื่อปรับทัศนคติบิดาที่มีต่อผู้ป่วย ภายหลังการรักษา 3 เดือน ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ญาติยินดีปลดโซ่
4. ทีมสุขภาพจิต ชื่นชมและให้กำลังใจญาติในการดูแลผู้ป่วย ให้ความรู้เบื้องต้นในการประเมินอาการทางจิต ประเมินผลข้างเคียงของยา การช่วยเหลือเบื้องต้น และการส่งต่อเจ้าหน้าที่ หากพบว่ามีปัญหา นัดหมายให้ผู้ป่วยไปรับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน
5. ส่งต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อเนื่อง ให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย และแนวทางการประสานงานหากเกิดปัญหาในการดูแล

ประเมินผล

ผู้ป่วยอาการทางจิตดีขึ้น ช่วยเหลือครอบครัวในการทำงานบ้านได้ มารับยาด้วยตนเองที่โรงพยาบาลชุมชน และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่กลับไปล่ำโซ่อีก

5. ปัญหาอื่นๆ

5.1 ปัญหาอุปทานหมู่

ปัญหาที่ 1 ฝิ่บอุปทานหมู่ มีการระบาดของข่าวลือเรื่องฝิ่บอุปทานหมู่บ้านโดยมีผู้ถูกกล่าวหาด้วยควรดำเนินการอย่างไร เพื่อช่วยเหลือผู้ถูกกล่าวหาและลดการระบาดของข่าวลือ

การดำเนินงาน

1. ประเมินสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการสอบถามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและผู้ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนแกนนำชุมชนที่สามารถช่วยเหลือในเรื่องนี้ได้
2. ประเมินความรุนแรงของปัญหาโดยดูจากแนวโน้มของข่าวลือจะแพร่ขยายในวงกว้างและมีผู้ถูกกล่าวหาหรือไม่
3. กรณีมีผู้ถูกกล่าวหา แบ่งทีมการช่วยเหลือ 3 ทีม
 - ทีมที่ 1 บำบัด รักษา ผู้ที่ถูกฝิ่เข้า โดยการให้การปรึกษารายบุคคลและให้การรักษาด้วยยาตามความเหมาะสม

ทีมที่ 2 ทีมตดวิกฤตชุมชนจากข้าวลือ โดยหาสาเหตุของข้าวลือด้วยการกล่าวอ้างการตายของคนในหมู่บ้าน ให้หาสาเหตุการตายที่แท้จริงทางการแพทย์และให้ข้อเท็จจริงแก่แกนนำชุมชน และประชาชน โดยอาศัยแกนนำชุมชนที่ชาวบ้านให้ความเคารพนับถือช่วยเหลือในเรื่องนี้

ทีมที่ 3 ทีมช่วยเหลือจิตใจผู้ถูกกล่าวหา ให้การปรึกษารายบุคคลแก่ผู้ที่ถูกกล่าวหาให้เน้นการระบายอารมณ์ ความรู้สึก ค้นหาศักยภาพที่เคยแก้ปัญหาได้ดีในอดีต สนับสนุนและเสริมในส่วนที่ขาดเพื่อช่วยตนเองในการแก้ไขปัญหารั้งนี้ ฝึกทักษะการคลายเครียด ติดตามเยี่ยมผู้ที่ถูกกล่าวหาและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ใช้แบบวัดความเครียด แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิตในการประเมินอาการที่เกิดขึ้น และเปรียบเทียบผลการบำบัด รักษาภายหลังการช่วยเหลือ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน

4. งดการออกข่าวสารในเรื่องนี้กับสื่อมวลชนทุกประเภทเพราะอาจทำให้ข้าวลือระบาดมากยิ่งขึ้น

5. กรณีดำเนินงานดังกล่าวเบื้องต้นแล้วสถานการณ์ไม่ดีขึ้นให้โทรศัพท์เพื่อขอรับการปรึกษาได้ตลอดเวลา

การประเมินผล

1. หน่วยงานบางแห่งที่ขอรับการปรึกษาสามารถดำเนินงานเบื้องต้นและเหตุการณ์สงบลงแต่ขอรับการปรึกษาการดำเนินงานเป็นระยะๆ

2. บางหน่วยงานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์ต้องจัดทีมสุขภาพจิตออกไปให้บริการช่วยเหลือในเรื่องนี้เนื่องจากมีเหตุการณ์รุนแรงมากขึ้น ซึ่งโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์ ได้ดำเนินการช่วยเหลือ โดยการประชุมแกนนำชุมชนเพื่อหาสาเหตุและแนวทางการช่วยเหลือร่วมกัน ค้นหาแกนนำชุมชนที่ไม่เชื่อเรื่องนี้ช่วยเหลือในการลดข้าวลือและให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจผู้ถูกกล่าวหาโดยให้การปรึกษารายบุคคล และการให้การปรึกษาครอบครัว สนับสนุนให้มีพิธีการทางศาสนาเพื่อหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจทางศาสนาของชุมชนและสร้างขวัญกำลังใจตามความต้องการของชุมชน หลังจากติดตามประเมินผล 1,3,6 เดือน หลังดำเนินการเหตุการณ์สงบลง

ปัญหาที่ 2 เด็กนักเรียนในโรงเรียนเป็นลมล้มลง 6-7 คนในโรงเรียนญาดินนักเรียนที่อยู่ในห้องเดียวกันกังวลไม่อยากให้เด็กทุกคนไปโรงเรียนกลัวถูกผีเข้าเหมือนเด็ก 6-7 คน ควรดำเนินการอย่างไร

การดำเนินการ

1. ประเมินสภาพสถานการณ์ ปัญหาที่เกิดขึ้นว่ามีความเป็นมาของเหตุการณ์อย่างไรและเนื้อหาสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือความขัดแย้งในโรงเรียนในชุมชน

2. ให้เด็กที่เป็นคนแรกที่เห็นชวนำให้เด็กอื่นๆ เป็นลมล้มลงตามกันหรือคนที่ล้มคนแรกไม่ต้องมาโรงเรียนให้หยุดเรียน

3. ให้การปรึกษาเด็กที่ล้มคนแรกขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อหาสาเหตุของความเครียด หรือความไม่สบายใจ และให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม บางปัญหาอาจต้องแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ เพื่อมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา

4. พบผู้ปกครองเด็กที่ไม่ยอมให้เด็กคนอื่นๆ มาโรงเรียน โดยอาจพบโดยเข้ากลุ่มร่วมกัน เปิดโอกาสให้ทุกคนระบายอารมณ์ ความรู้สึก ที่มีต่อเหตุการณ์ และให้ข้อมูลที่แท้จริง

5. หากมีปัญหาจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในเด็ก หรือข้อขัดแย้งในโรงเรียน แจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทราบเพื่อร่วมแก้ไขปัญหา

6. สนับสนุนให้มีพิธีการทางศาสนาเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจแก่เด็กและคนในชุมชน

7. กรณีปัญหายังคงอยู่และมีแนวโน้มรุนแรงสามารถขอรับการปรึกษาได้ตลอดเวลา

การประเมินผล

ผลการดำเนินงานส่วนใหญ่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากอุปทานหมู่ได้ มีเพียง 1 แห่งที่ต้องจัดทีมสุขภาพจิตไปออกหน่วยให้บริการ เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว

5.2 เทคนิคการให้บริการ

ปัญหาที่ 1 เครือข่ายระดับโรงพยาบาลชุมชน (พยาบาลวิชาชีพ) ไม่มั่นใจในเทคนิคในการให้การปรึกษา เพราะมีผู้ป่วยมาขอรับบริการปรึกษา เป็นวัยรุ่นมีครอบครัวแล้วติดเชื้อ HIV ขณะนี้ตั้งครรภ์มาปรึกษาเพื่อขอทำแท้ง หลังเครือข่ายให้การปรึกษาจึงได้แนะนำให้ไปรับบริการทำแท้งที่โรงพยาบาลศูนย์ เครือข่ายถูกดำเนินจากทีมให้ปรึกษาของโรงพยาบาลชุมชน จึงไม่มั่นใจว่าตนเองทำถูกต้องหรือไม่และต้องปรับปรุงตนเองอย่างไร เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาในการปรึกษาครั้งต่อไป

การดำเนินการ

1. เปิดโอกาสให้เครือข่ายเล่าถึงวิธีการให้การปรึกษาดั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดบริการ ทวนสอบถึงเทคนิคสำคัญที่เครือข่ายควรใช้ในกรณีนี้ คือ การพิจารณาทางเลือก (Logical consequence) โดยให้ผู้รับบริการพิจารณาทางเลือกทั้งสองทางอย่างรอบคอบตามแผนภูมิ



ผลการค้นหาเทคนิคที่สำคัญพบว่าเครือข่ายไม่ได้ใช้เทคนิคนี้แต่ให้ผู้ป่วยเล่าถึงเหตุผลที่ทำแท้งเพียงอย่างเดียว เมื่อพิจารณาเหตุผลจึงแนะนำให้ผู้รับบริการทำแท้งได้ เครือข่ายยอมรับว่าหากได้ใช้เทคนิคดังกล่าวข้างต้นจะช่วยให้ผู้รับบริการพิจารณาทุกอย่าง รอบคอบด้วยเหตุผลที่ดี

2. ถึงแม้ว่าจะใช้เทคนิคดังกล่าวข้างต้นแล้ว และผู้รับบริการมีความตั้งใจอยากทำแท้งจริงๆ เพื่อเป็นการยืนยันความตั้งใจจริงของผู้ป่วยและป้องกันการตัดสินใจผิดพลาด ควรประสานงานกับ

ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ณ โรงพยาบาลศูนย์ เพื่อให้การปรึกษาซ้ำอีกครั้ง แต่ควรขออนุญาตผู้ป่วยก่อนและให้เหตุผลความจำเป็นที่ต้องส่งต่อปรึกษาผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลจังหวัด

การประเมินผล

ภายหลังให้การปรึกษา 2 สัปดาห์ได้โทรศัพท์ติดตามความก้าวหน้าของการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน พบว่าได้นำเสนอผลการปรึกษากับทีมงานการให้การปรึกษาของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งทีมงานก็เห็นด้วยกับข้อเสนอแนะ และเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนท่านนี้ยังคงทำหน้าที่ในการให้การปรึกษาต่อไป

5.3 ปัญหาครอบครัวของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต

เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit) มีปัญหาครอบครัว ขอรับการปรึกษา เนื่องจากบุตรชายมีอาการทางจิตไม่นอน พุดมากเกือบตลอดเวลาตามสิ่งกระตุ้นภายนอก ไม่มีสมาธิการเรียนตกหลายวิชา ความรับผิดชอบในงานลดลงมาก เรียนไม่ได้ชอบเดินไปเรื่อยๆ มีเสียงหูแว่วสั่งให้เดินและทำกิจกรรมต่างๆ ขณะนี้เรียนอยู่มหาวิทยาลัยปีสุดท้าย การดำเนินการ

1. ให้นำบุตรชายมาพบผู้วิจัยที่โรงพยาบาล หลังจากประเมินอาการทางจิตพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการนำมาประมาณ 3 เดือนแต่บิดาคิดว่าไม่เป็นอะไรมาก และต้องการให้ผู้ป่วยเรียนให้จบ ผู้วิจัยได้แจ้งให้บิดาทราบว่าขณะนี้ผู้ป่วยต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนเรื่องการเรียนขอให้พิจารณาหลังการรักษา 2 สัปดาห์เป็นอย่างน้อย

2. ได้นำเครือข่ายพร้อมบุตรรับบริการที่ศึกษาผู้ป่วยนอก และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หลังการรักษา 3 เดือนอาการทางจิตดีขึ้น แต่ยังคงสมาธิสั้นเมื่อบิดาให้ไปเรียนหนังสือจะรู้สึกเครียด และควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมไม่ได้อาการกำเริบอีกบิดาจึงนำบุตรมารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

3. หลังการรักษาอาการดีขึ้น บิดานำบุตรมาพบผู้วิจัยเพื่อช่วยให้ช่วยผู้ป่วยเรียนต่อในคณะเดิม เนื่องจากบุตรไปพบอาจารย์ที่ปรึกษาได้แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนคณะอื่นที่ง่ายกว่าและสามารถโอนหน่วยกิตไปเรียนต่อได้จนจบการศึกษาและมีงานทำ ผู้วิจัยได้ให้การปรึกษารอบครัวพบว่า บิดาผู้ป่วยพยายามกระตุ้นและผลักดันให้ผู้ป่วยเรียนในคณะเดิมให้ได้เพราะเป็นความหวัง และเป็นคณะที่มีชื่อเสียง แต่บุตรบอกว่าตนเองเรียนไม่ได้เพราะเป็นปีสุดท้ายที่ต้องฝึกปฏิบัติจริง และรู้สึกเครียดมากกลัวการขึ้นฝึกปฏิบัติงานจนสิ้น ผู้วิจัยได้ใช้คำถามเวียน (Circular question) เพื่อหาปฏิสัมพันธ์ของปัญหาที่เกิดขึ้นและใช้ Stop Technique ในช่วงที่ผู้ป่วยพูดและบิดาพยายามจะพูดขัดจังหวะไม่ให้ผู้ป่วยคิดหรือกระทำในสิ่งที่บิดาไม่ต้องการ ส่งเสริมคุณค่าของบิดาว่ารักและหวังดีต่อผู้ป่วย แต่บางครั้งถ้าเป็นการบังคับในสิ่งที่ผู้ป่วยทำไม่ได้ จะทำให้ผู้ป่วยเครียดและทำให้อาการทางจิตกำเริบซ้ำบ่อยๆ ทุกครั้งที่อาการกำเริบซ้ำทำให้ความสามารถของผู้ป่วยเสื่อมถอยลงจากเดิม อาจมีผลกระทบต่อการเรียนมากยิ่งขึ้น บิดาเข้าใจและให้ผู้ป่วยพูดอย่างอิสระซึ่งผู้ป่วยขอย้ายคณะ

ไปเรียนคณะอื่น ซึ่งไม่ต้องปฏิบัติงานกับชีวิตมนุษย์ แต่สามารถนำวิชาความรู้ที่จบไปเป็นอาจารย์สอนตามโรงเรียนที่ประกาศรับสมัครได้สามารถหาเงินทำรายได้เช่นกัน และไม่เครียดด้วย

ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้บิดาพูดถึงความรู้สึกที่มีต่อเหตุผลของบุตรชาย บิดาบอกว่าอาจผิดหวังแต่ก็อยากให้บุตรมีอนาคตดีขึ้น ไม่ต้องการให้อาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ อยากให้มีอนาคต มีงานทำช่วยเหลือตัวเองได้ และจะไปดำเนินการเปลี่ยนคณะตามที่บุตรต้องการ

การประเมินผล

บิดาได้ไปขอหยุดพักการเรียนชั่วคราวเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ ก่อนเริ่มเรียนในคณะใหม่ในเทอมต่อไป ผู้ป่วยรายนี้แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น โรคจิตเภท

6. แนวปฏิบัติการให้การปรึกษาและประสานงาน

จากผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมาสามารถสรุปเป็นแนวปฏิบัติสำหรับการให้การปรึกษาและประสานงาน ดังนี้

4.1 เมื่อเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตขอรับการปรึกษาทางโทรศัพท์ ซึ่งเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงเป็นเบอร์โทรศัพท์ของแม่ข่ายผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในแต่ละจังหวัด 5 จังหวัดซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

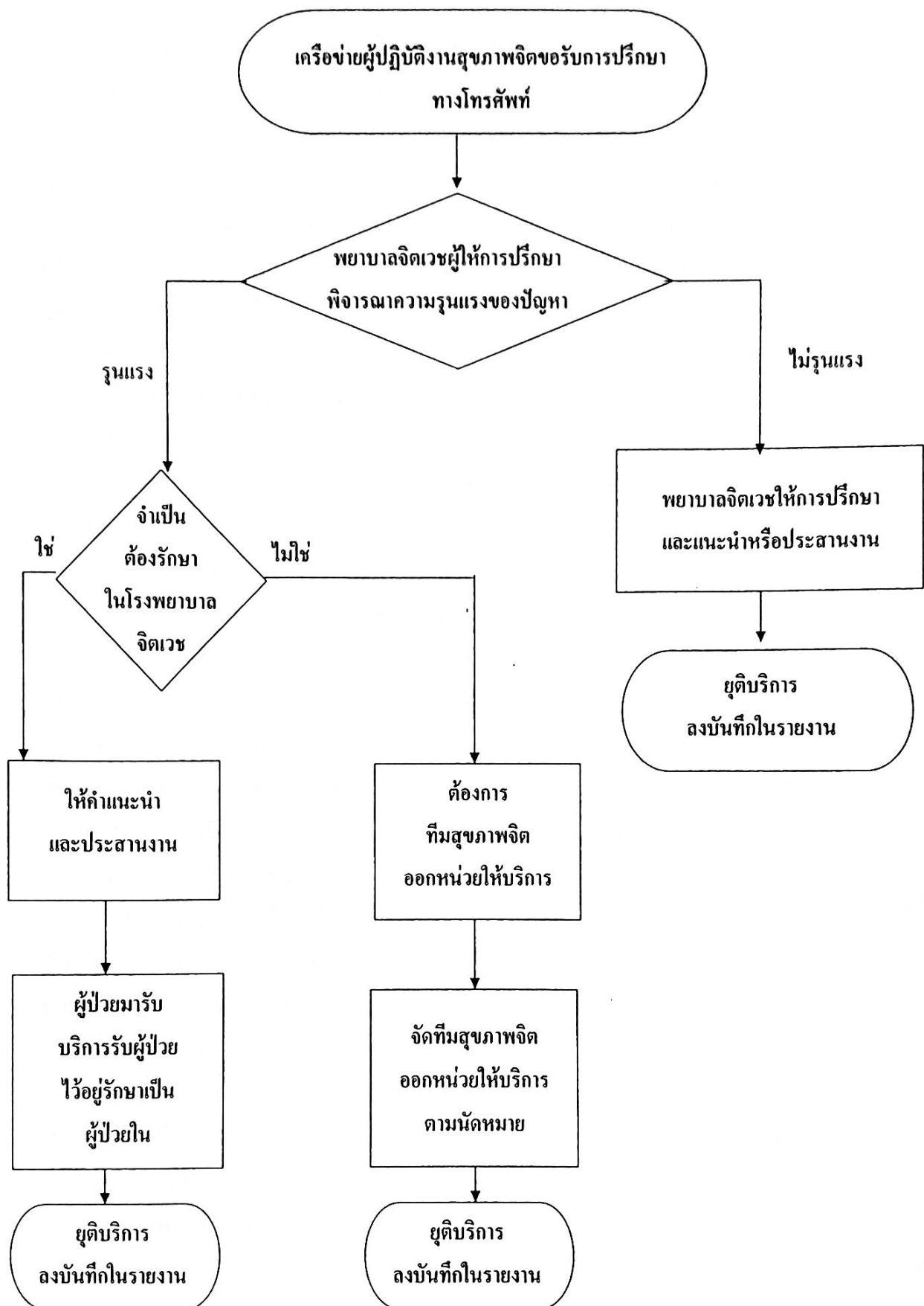
4.2 พยาบาลจิตเวชประเมินความรุนแรงของปัญหา หากพบว่าปัญหานั้นเป็นปัญหาที่มีความรุนแรง และอยู่ในภาวะวิกฤติ หรือไม่ หากพบว่า

4.2.1 เป็นปัญหาที่ไม่วิกฤติรุนแรง ก็ให้การปรึกษาแนะนำ หรือบางรายก็เป็นการให้การปรึกษาและประสานงานตามร้องขอ จนกระทั่งเครือข่ายได้รับคำตอบที่พอใจก็ยุติบริการ และลงบันทึกในรายงาน

4.2.2 ในกรณีที่ปัญหาวิกฤติรุนแรง ให้พิจารณาว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หรือไม่ หากจำเป็นต้องอยู่รักษาเป็นผู้ป่วยใน ให้คำแนะนำการปฏิบัติงานการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนนำมาับการรักษา จากนั้นดำเนินการประสานแพทย์ และพยาบาลตึกผู้ป่วยนอก บริการจิตเวชฉุกเฉิน เพื่อเตรียมรับผู้ป่วยไว้รักษา ยุติบริการและลงบันทึกในรายงาน

4.2.3 ในกรณีที่ปัญหาวิกฤติรุนแรง แต่ไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนดำเนินการรักษาเบื้องต้นตามคำแนะนำ เช่น ให้ยาฉีด PRN และยา Long Acting แล้วและสังเกตอาการในโรงพยาบาลแต่ต้องการให้ทีมสุขภาพจิตออกหน่วยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในภายหลังเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาลงในฐานะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญมากกว่า หรือเป็นปัญหาของฝืปอบ อุพทานหมู่ ผู้ป่วยเรื้อรอนและสร้างความเดือดร้อนให้แก่ชุมชนหรือเป็นปัญหาของผู้ป่วยที่มีคนในครอบครัวฆ่าตัวตาย และเป็นปัญหาซับซ้อนยุ่งยากต่อการดำเนินการแก้ไขโดยเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งต้องการทีมสุขภาพจิตไปสาธิตบริการ และวางแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกัน โรงพยาบาลจิตเวชจะนัดหมายวัน เวลากับเครือข่ายในพื้นที่เพื่อออกหน่วย

ให้บริการร่วมกัน ภายหลังออกหน่วยให้บริการแล้วจะประเมินผลการดำเนินงานว่า เป็นปัญหาที่ทีมสุขภาพจิตจำเป็นต้องติดตามเชื่อมต่อหรือไม่ หรือเครือข่ายในพื้นที่สามารถดูแล และช่วยเหลือด้วยตนเองได้ ก็จะดำเนินการตามนั้น อย่างไรก็ตามเครือข่ายในพื้นที่สามารถโทรศัพท์ขอรับการปรึกษาได้ตลอดเวลาเช่นเดิม ขั้นตอนการดำเนินงานดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แนวปฏิบัติการให้การปรึกษาและประสานงาน

7. บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน

บทบาทของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

7.1 บทบาทการให้การปรึกษาโดยตรง (Direct consultation) หมายถึง การให้การปรึกษาแนะนำแก่ผู้ขอรับการปรึกษา เช่นการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชนที่ประสบปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ปัญหาครอบครัว ปัญหาสุขภาพจิตวัยรุ่น เด็กติดเกมส์ หรือครอบครัวที่ประสบกับธรรมชาติและเกิดภาวะซึมเศร้า และนอกจากนี้ยังดำเนินการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโดยพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษา ในผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชนเพื่อประเมินปัญหาและหาแนวทางแก้ไขให้พ้นภาวะวิกฤตินั้นๆ การให้การช่วยเหลือแก่ผู้ที่ประสบภาวะวิกฤติอุปทานหมู่ ในผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นปอบ พบว่าสามารถช่วยให้ผู้ถูกกล่าวหาตามความเชื่อนั้นสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้ การให้การปรึกษารวมถึงการเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับแนวทาง วิธีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในชุมชน สามารถดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชนจัดตั้งคลินิกจิตเวชให้บริการตรวจรักษาได้ ในด้านการให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในภาวะวิกฤติที่ได้รับการส่งต่อมาจากเครือข่าย พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาได้ให้การช่วยเหลือประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยและติดตามรายงานอาการประสาทร่างกายเพื่อให้การรักษาต่อไป และนอกจากนี้ได้ให้การปรึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตินั้นๆเพื่อให้คลายความวิตกกังวลต่างๆ และติดตามประเมินผลภายหลังการให้การช่วยเหลือพบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 17 ราย คิดเป็น ร้อยละ 6.4 การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังลุ่มยังเพื่อประเมินปัญหาอาการทางจิตที่เกิดขึ้นในขณะนั้น รวบรวมข้อมูล วางแผนให้การช่วยเหลือบำบัด รักษาพร้อมกับทีมสุขภาพจิตของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชน

7.2 บทบาทการให้การปรึกษาโดยอ้อม (Indirect consultation) หมายถึง การให้การปรึกษาแก่บุคลากรเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตให้ทราบถึงแนวทางและวิธีการประเมินให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย ครอบครัวที่ประสบภาวะวิกฤติ เช่น วิธีการสังเกตอาการและแนวทางการจัดการเบื้องต้นกับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ญาติไม่สามารถควบคุมการรับประทานยาได้ แนวทางวิธีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน การให้คำแนะนำวิธีการให้การปรึกษาแก่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง การแจ้งข่าวร้ายในผู้ที่ประสบภาวะสูญเสีย

7.3 บทบาทการประสานงาน (Liaison) เป็นการประสานงานภายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประกอบด้วยการประสานงานร่วมกับแพทย์เพื่อให้การรักษาแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ โดยแพทย์รับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล ประสานเพื่อให้แนวทางการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยจิตเวชวิกฤติที่อยู่ในชุมชนเนื่องจาก เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตไม่สามารถให้การรักษาเบื้องต้นได้ หรือแม้กระทั่งการประสานงานแพทย์ ร่วมกับทีมสุขภาพจิตในการตรวจประเมินอาการผู้ป่วยในชุมชน การวางแผนการบำบัด รักษา รวมถึงการวางแผนการติดตามเยี่ยมอย่าง

ต่อเนื่อง การประสานงานกับนักจิตวิทยาเพื่อประสานการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยา การประสาน
นักสังคมสงเคราะห์เพื่อประเมินค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและร่วมติดตามเยี่ยมผู้ป่วยใน
ชุมชน การประสานภายนอกโรงพยาบาลในผู้ป่วยหรือแกนนำในชุมชนเพื่อมีส่วนร่วมในการดูแล
ผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการให้การปรึกษา โดยใช้รูปแบบพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และศึกษาแนวปฏิบัติการให้การปรึกษาและประสานงานในการปฏิบัติจริง

วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) โดยศึกษาจากประชากรเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 5 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น อุรธานี หนองคาย ร้อยเอ็ด และมหาสารคาม รวมทั้งหน่วยงานอื่นที่ขอรับการปรึกษาและประสานงานทั้งหมด ในช่วงเดือน ตุลาคม 2545 – มีนาคม 2550 ดำเนินการเก็บข้อมูลจากทะเบียนการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS for window version 11.0 ใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา โดยวิเคราะห์ในด้านปัญหาที่ขอรับการปรึกษา ประสานงานและการช่วยเหลือ

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้รับการปรึกษา พบว่า จำนวนผู้ขอรับการปรึกษาทั้งสิ้น 265 ราย ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล ร้อยละ 82.3 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 61.5 จังหวัดขอนแก่นขอรับการปรึกษามากที่สุดร้อยละ 70.2 ระยะเวลาที่ให้การปรึกษา 6-10 นาที ร้อยละ 44.9 (เวลาเฉลี่ย 10.84 นาที SD.6.18 เวลาต่ำสุด 2 นาที สูงสุด 30 นาที) ปีงบประมาณที่ขอรับการปรึกษามากที่สุดคือ ปี 2549 ร้อยละ 29.1

2. ปัญหาที่ขอรับการปรึกษาและประสานงาน จำแนกเป็นปัญหาด้านผู้ป่วยและญาติร้อยละ 41.9 ปัญหาอื่นๆ ร้อยละ 35.5 (ได้แก่ เครือข่ายไม่มั่นใจในเทคนิคให้การปรึกษา เครือข่ายมีปัญหาครอบครัว มีการระบาดของเรื่องความเชื่อผีปอบ Mass hysteria เป็นต้น)

3. การช่วยเหลือผู้รับบริการปรึกษา โดยการให้การปรึกษาและแนะนำร้อยละ 47.5 รองลงมาให้การปรึกษาและประสานแพทย์ ร้อยละ 15.8 เมื่อจำแนกการช่วยเหลือตามประเภทของเรื่องที่ขอรับการปรึกษา ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ ร้อยละ 69.4 อยู่ในภาวะวิกฤติ และแพทย์ปรึกษา ร้อยละ 24.2 และอยู่ในภาวะวิกฤติและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 6.4

4. ภาพรวมผลการดำเนินงานการให้การปรึกษาและประสานงาน

ผลการศึกษาภาพรวมผลการดำเนินงานการให้การปรึกษาและประสานงานเมื่อจำแนกตามการให้การปรึกษาทางตรงพบว่าให้การปรึกษาโดยตรงร้อยละ 7.5 ให้การปรึกษาโดยอ้อมร้อยละ 92.5

แต่เมื่อจำแนกตามการช่วยเหลือพบว่าเป็นการจัดทีมสุขภาพจิตให้บริการร้อยละ 9.1 ให้การปรึกษาและคำแนะนำ ร้อยละ 47.6 ให้การปรึกษาและประสาน ร้อยละ 33.2

5. แนวปฏิบัติการให้การปรึกษาและประสาน จากผลการศึกษาค้นคว้าได้แนวปฏิบัติดังนี้

เมื่อพยาบาลจิตเวชได้รับการปรึกษาจากเครือข่ายทางโทรศัพท์ที่จะประเมินความรุนแรงของปัญหา หากพบว่าไม่รุนแรง ให้การปรึกษาและประสานงานตามร้องขอ บุติบริการ และลงบันทึกในรายงาน

ในกรณีรุนแรง ให้พิจารณาว่าผู้ป่วยที่ขอรับการปรึกษา จำเป็นต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์หรือไม่ หากจำเป็นให้คำแนะนำการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนนำส่งโรงพยาบาล หลังจากนั้นประสานงานกับแพทย์ และพยาบาลห้องฉุกเฉินเพื่อเตรียมรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน

ในกรณีรุนแรง แต่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนได้ดำเนินการช่วยเหลือเบื้องต้นตามคำแนะนำแล้ว แต่ต้องการให้โรงพยาบาลจิตเวช จัดทีมสุขภาพจิตออกหน่วยให้บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่เพื่อวางแผนให้การบำบัดรักษาร่วมกับโรงพยาบาลก็จะออกหน่วยให้บริการตามวัน เวลาที่ตกลงกัน

6. บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน

จากผลการศึกษาค้นคว้า สามารถสรุปบทบาทการให้การปรึกษาได้ ดังนี้

6.1 บทบาทการให้การปรึกษาโดยตรง (Direct consultation) เป็นการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตที่ประสบปัญหาสุขภาพจิตด้วยตนเองติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว เป็นที่ปรึกษาขณะติดตามเยี่ยม การเป็นที่ปรึกษาขณะให้การช่วยเหลือแก่ผู้ที่ประสบภาวะวิกฤติฉุกเฉิน ผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นฆาตกร การเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชุมชน การพัฒนาคลินิกบริการ การพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ การให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการส่งต่อมารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวช การให้การช่วยเหลือบำบัด รักษาผู้ป่วยเรื้อรัง ล่ามขัง เป็นต้น

6.2 บทบาทการให้การปรึกษาโดยอ้อม (Indirect consultation) เป็นการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการประเมินช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวที่ประสบภาวะวิกฤติ เช่น วิธีการสังเกตอาการและแนวทางการจัดการเบื้องต้นกับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา แนวทางการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน การให้การปรึกษาแก่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง การแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ประสบภาวะสูญเสีย เป็นต้น

6.3 บทบาทการประสานงาน (Liaison) เป็นการประสานสหวิชาชีพ ในการบำบัด รักษาผู้ป่วยจิตเวช เช่น ประสานแพทย์เพื่อรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล หรือเพื่อทราบแนวทางการรักษาผู้ป่วยในชุมชน ประสานทีมสุขภาพจิตเพื่อออกหน่วยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน ประสานนักจิตวิทยาเพื่อ

ตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยา ประสานนักสังคมสงเคราะห์เพื่อประเมิน ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การประสานญาติหรือแกนนำในชุมชนเพื่อมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

อภิปรายผล

การศึกษาผลการดำเนินงานการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงานสามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้รับการปรึกษาและประสานงานในด้านผู้รับการปรึกษาจะพบว่า ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลฝ่ายกายและเป็นเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยงานนั้นๆ หรือเป็นพยาบาลเจ้าพนักงานสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน PCU หรือ สถานีอนามัย ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชหรือคลินิกจิตเวช ซึ่งเห็นได้จากเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง อาการอะละก้าว้าว หรือผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขไม่สามารถจัดการในขั้นต้นได้ และได้ขอรับการปรึกษาเกี่ยวกับแนวทางการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยรวมทั้งการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย อาจกล่าวได้ว่าบุคลากรสาธารณสุขหรือพยาบาลยังมีความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม (ศิริพร จิรวรรณกุล และคณะ, 2540) และสามารถพัฒนาให้มีคุณภาพได้นั้น จำเป็นต้องมีการพัฒนาสมรรถนะด้านการปฏิบัติงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมุ่งเน้นการฝึกทักษะ และพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานได้มีการนิเทศติดตามในพื้นที่เกี่ยวกับทักษะ เทคนิควิธีการประเมิน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน รวมทั้งการติดตามการเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรอน ล่ามข้าง และนำผลการนิเทศมาประชุมทีมเพื่อการปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการศึกษาในครั้งนี้จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ในฐานะแม่ข่ายได้ส่งเสริมศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานในเครือข่าย เช่น การนิเทศงานติดตามเยี่ยมเครือข่ายโดยมีแผนการติดตามนิเทศงานอย่างชัดเจน 2 ครั้งต่อปี โดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้กับเครือข่าย การเป็นที่ปรึกษาให้กับเครือข่ายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน นอกจากนี้ยังมีการสอนสาธิตการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย การประเมินปัญหาด้านจิตใจ สังคม การดูแลผู้ป่วยจิตเวชครบถ้วนในชุมชนให้แก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตและจิตเวช ทำให้บุคลากรมีความรู้ มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Peplau อ้างถึงใน บุญวดี เพชรรัตน์, 2541)

เมื่อพิจารณาจังหวัดที่ขอรับการปรึกษามากที่สุดพบว่าเป็นจังหวัดขอนแก่นทั้งนี้อาจเป็นเพราะจังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นจังหวัดที่มีผู้ป่วยมารับบริการมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่นๆ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2551) ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก นอกจากนี้ยังเป็นจังหวัดที่ดำเนินงานโครงการ การพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 14 อำเภอ (วัชณี หัตถพนม

และคณะ, 2551) จึงทำให้ต้องมีการประสานงานขอรับการปรึกษา และประสานจากจังหวัดขอนแก่น มากกว่าจังหวัดอื่นๆ

เมื่อพิจารณาระยะเวลาที่ให้การปรึกษาพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-10 นาที เนื่องจากการปรึกษาส่วนใหญ่จะเน้นการขอคำแนะนำว่าจะดำเนินการอย่างไรในเบื้องต้น หรือขอรับการประสานงานกับหน่วยงานหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจึงใช้เวลาไม่มาก ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนต้องใช้เวลาในการปรึกษามากขึ้น หรือบางครั้งเป็นปัญหาของเครือข่ายเอง เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาความไม่มั่นใจในการใช้เทคนิคการให้การปรึกษา ก็ใช้เวลาในการปรึกษามากขึ้น ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 16-20 นาที นอกจากนี้หากพิจารณาการให้การปรึกษาพบว่า ร้อยละ 97.0 จะดำเนินการในเวลาราชการ มีเพียงร้อยละ 3.0 ที่ใช้เวลานอกเวลาราชการ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นเรื่องค่อนข้างวิกฤติทั้งสิ้น เช่น เครือข่ายรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้สิ้นหวังกับการปรับตัวกับปัญหาในครอบครัว การได้รับมอบหมายให้แจ้งข่าวร้ายให้แก่ผู้รับบริการที่เป็นญาติเจ้าหน้าที่ว่าบุตรชายฆ่าตัวตายสำเร็จ การต้องการปรึกษากับเพื่อนร่วมงานที่คู่สมรสนอกใจ เพื่อนร่วมงานอาการทางจิตกำเริบรุนแรง และผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงให้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์รับผู้ป่วยไว้รักษา ซึ่งทุกเรื่องโรงพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานได้ดำเนินการตามร้องขอทั้งสิ้น

เมื่อพิจารณาในด้านปีงบประมาณที่ขอรับการปรึกษาพบว่าในปี 2549-2550 มีผู้ขอรับการปรึกษามากกว่าทุกปีทั้งนี้เนื่องจาก จังหวัดขอนแก่นได้มีโครงการการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549-2550 จึงทำให้มีการประสานงานขอรับการปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอดเวลาทั้งในเรื่องระบบการดำเนินงาน แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในความรับผิดชอบจึงมีจำนวนครั้งในการขอรับการปรึกษามากกว่าปีอื่นๆ ทั้งนี้โครงการนี้ยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน นอกจากนี้จากผลการศึกษายังได้แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มความต้องการในการขอรับการปรึกษาเพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาให้มีความรู้ ความเข้าใจในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในภาวะวิกฤติ แนวทางการจัดการกับผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบรุนแรง ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาเรื้อรัง ล้ำพัง กรณีภาวะวิกฤติจากฝึบอบ และความเชื่ออื่นๆ เป็นต้น นอกจากนี้ก็ควรมีการนำความรู้เหล่านี้ถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่เครือข่ายในการอบรม ประชุมสัมมนา หรือในช่วงของการติดตามเยี่ยมเครือข่ายอีกด้วย

2. ปัญหาที่ขอรับการปรึกษาและประสานงาน

ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาที่ขอรับการปรึกษาส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านผู้ป่วยและญาติ ร้อยละ 41.9 และผลของการให้การปรึกษาพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ และได้ส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ร้อยละ 6.4 อยู่ในภาวะวิกฤตแต่ดำเนินการปรับการรักษาตามแนวทางการรักษาของจิตแพทย์ หรือได้จัดทีมสุขภาพจิตออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ ร้อยละ 24.2 ผลการดำเนินงานดังกล่าวพบว่าไม่มีผู้ป่วยรายใดก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น

และทรัพย์สิน เนื่องจากการประเมินผล 3 วันหลังให้การปรึกษาว่าอาการของผู้ป่วยเป็นอย่างไร ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการให้การปรึกษาของพยาบาลจิตเวชช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีแนวทางในการดูแล ช่วยเหลือเบื้องต้น ซึ่งสอดคล้องกับ Kurlowicz (2001) ที่กล่าวว่าการให้การปรึกษาและประสานงานจะ ช่วยลดระดับความรุนแรงของปัญหา นอกจากนี้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชนได้ร่วม ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน (Van & Hughes, 1996)

ซึ่งเมื่อพิจารณารายละเอียดของปัญหาที่ปรึกษาโดยส่วนมากเป็นการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย จิตเวชที่อยู่ในภาวะวิกฤติ เช่น มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงญาติไม่สามารถให้การช่วยเหลือดูแลได้ และเมื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน โรงพยาบาลไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวชที่จะ ให้การดูแล จึงขอปรึกษาเกี่ยวกับแนวทางการรักษาเบื้องต้น ก่อนที่จะส่งมารับการรักษาต่อยัง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ รองลงมาเป็นการขอปรึกษาเพื่อประสานงานให้ผู้ป่วยที่อยู่ใน ภาวะวิกฤติเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในเนื่องจากญาติไม่สามารถดูแลได้ และโรงพยาบาล ชุมชนใกล้บ้านให้การรักษาเบื้องต้นแล้วอาการไม่ดีขึ้นจึงประสานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่าง ถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้การปรึกษาเกี่ยวกับแนวทางวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน เจ้าหน้าที่มีความกลัวผู้ป่วยจิตเวชไม่กล้าเข้าไปเยี่ยมบ้านหรือให้การรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย ต้องการ ทราบวิธีการที่จะให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง และเมื่อได้รับการปรึกษาแนะนำแล้ว เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้นและสามารถให้การดูแลอย่าง ต่อเนื่องได้ แสดงให้เห็นว่าพยาบาลหรือบุคลากรที่ขอคำปรึกษาจากพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและ ประสานงาน มีความมั่นใจพึงพอใจในการปฏิบัติงานเนื่องจากการสอนงานหรือการปรึกษาจากพยาบาล จิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน (Harding, 2007) หรือเนื่องจากการเกิดสัมพันธภาพที่ดีและ บรรยากาศที่ดีในการประสานการทำงานระหว่างพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานกับ บุคลากรที่ขอรับคำปรึกษา (Fishe, 2001) ทำให้การประสานงานประสบความสำเร็จและมี ประสิทธิภาพ

3. ภาพรวมผลการดำเนินงานการให้การปรึกษาและประสานงาน

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาในภาพรวมในการปรึกษาและประสานงาน สามารถจำแนกออกเป็น 2 บทบาท คือ การให้การปรึกษาโดยตรง (Direct consultation) จากการศึกษาครั้งนี้ ได้ทำหน้าที่ให้การ ปรึกษาโดยตรง ร้อยละ 7.5 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการให้การปรึกษาปัญหาครอบครัวของเครือข่าย ปัญหา ความไม่มั่นใจของเครือข่ายในการใช้เทคนิคการบริการ ซึ่งถือได้ว่าเป็นปัญหาของเครือข่ายซึ่งเป็น ผู้รับบริการโดยตรง พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาจะต้องรวบรวมข้อมูลความต้องการทางสังคม จิตใจ พร้อมทั้งวางแผน และปฏิบัติตามแผนที่สอดคล้องกับปัญหารวมทั้งการประเมินผล บางรายมีการนัด หมายมารับบริการการปรึกษาครอบครัว ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ นอกจากนี้บางราย ให้คำแนะนำ หรือการคลายเครียดร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Levy & Lewis (1993) และ Lehmann (1995) ที่กล่าวว่าการให้การปรึกษาโดยตรงเป็นการให้การปรึกษากับผู้รับบริการ ซึ่งอาจจะ

ปฏิบัติการพยาบาลรายบุคคล ครอบครัว หรือกลุ่มบำบัด การสอนสุขศึกษา การคลายเครียดและการให้คำแนะนำ

สำหรับการให้การปรึกษาโดยอ้อม (Indirect consultation) การศึกษานี้ให้การปรึกษา 245 ครั้ง หรือร้อยละ 92.5 ซึ่งจากการให้การปรึกษาโดยอ้อม จำแนกออกเป็น การให้การปรึกษาและให้การบริการโดยตรง (Direct care) โดยจัดทีมติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ ร้อยละ 9.1 ให้การปรึกษาและประสานงาน ร้อยละ 33.2 จะเห็นว่าการดำเนินการส่วนใหญ่จะสอดคล้องกับการศึกษาของ Caplan (1970 อ้างถึงใน Kurlowicz, 1998) Boyer & Kirsch (1991) Cassem (1991 อ้างถึงใน Krupnick, 1995) ที่กล่าวว่าการศึกษาโดยอ้อมเป็นการที่ผู้ขอรับการปรึกษาขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้รับบริการ หรือครอบครัวผู้รับบริการ เพื่อช่วยให้ผู้ขอรับการปรึกษามีแนวทางหรือทักษะ เกิดการพัฒนาตนเอง ในการเข้าใจปัญหาของผู้รับบริการอย่างแท้จริง และสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ทั้งในปัจจุบัน และในอนาคตในกรณีที่ปัญหาที่เกิดขึ้นมีความคล้ายคลึงกัน นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานให้เกิดการเอื้ออำนวยในการบำบัด รักษาอีกด้วย

4. แนวปฏิบัติการให้การปรึกษาและประสานงาน

จากการศึกษาครั้งนี้ได้แนวปฏิบัติงานในการให้การปรึกษาและประสานงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม เป็นผลจากการปฏิบัติงานจริงและนำมาใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานจนถึงปัจจุบันจะเห็นว่าผลการศึกษาครั้งนี้ยังคงยึดถือกรอบแนวคิดของ Levy & Lewis (1993) และ Minarik & Neese (2002) การให้การปรึกษาโดยตรง และการปรึกษาโดยอ้อม แต่อาจเพิ่มการปฏิบัติงานในด้านการให้บริการโดยตรง (direct care) โดยการจัดทีมสุขภาพจิตไปให้บริการในชุมชนเป็นการให้บริการทั้งในรูปแบบสวัสดิการบริการเนื่องจากเครือข่ายต้องการเห็นรูปแบบการบริการที่ดี ทักษะเฉพาะในการให้บริการในฐานะของผู้เชี่ยวชาญในการให้บริการระดับตติยภูมิ เป็นการประสานการให้บริการร่วมกันเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติ หรือหากเป็นกรณีวิกฤตก็ได้รับการรักษาที่เหมาะสมทันที่ จะเห็นได้ว่าแนวปฏิบัติที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลจิตเวชชั้นสูงที่เน้นต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ทั้งในด้านการปฏิบัติการ การให้การปรึกษาและประสานงาน การเป็นผู้ให้ความรู้ และการเป็นนักวิจัย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546; Hamric et al, 2000) ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยนำผลการศึกษาครั้งนี้เพื่อกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน และนำผลการวิจัยมาใช้พัฒนาตนเองและทีมงานให้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในการทำงานมากยิ่งขึ้น

5. บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน

เมื่อพิจารณาด้านพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน พบว่า เป็นพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ เป็นผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ให้การดูแลผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชโดยตรง ปฏิบัติงานทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ ทั้งใน

แผนกผู้ป่วยในและงานจิตเวชชุมชน และเป็นผู้เห็นถึงความสำคัญของการดำเนินการให้การช่วยเหลือแก่ผู้ที่ขอรับการปรึกษาที่ประสบภาวะวิกฤติต่างๆ อย่างยิ่ง สามารถขอรับการปรึกษาที่สำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยการมาขอรับการปรึกษาดด้วยตนเอง หรือโทรศัพท์มาขอรับการปรึกษาที่สำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดหรือแม่ข่ายโรงพยาบาลจิตเวชที่รับผิดชอบจังหวัดนั้นๆ ในกรณีที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนสามารถติดต่อโทรศัพท์มือถือที่สามารถรับคำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง และนอกจากนี้พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานยังพัฒนาศักยภาพของตนเองด้านองค์ความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านการให้การช่วยเหลือผู้ที่ประสบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โดยผ่านการอบรมเฉพาะทางทางพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และศึกษาต่อในระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้รับความเชื่อถือและไว้วางใจในความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานรวมทั้งทักษะและความชำนาญขั้นสูงในการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Levy & Lewis (1993) ที่กล่าวว่าพยาบาลจิตเวชที่ทำหน้าที่การให้การปรึกษาและประสานงานต้องสามารถคัดกรองประเมินปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างครอบคลุม รวมทั้งการเชื่อมโยงปัญหาต่างๆ กับปัญหาด้านสุขภาพจิตเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ ประยุกต์บูรณาการสู่การปฏิบัติงาน และสามารถใช้บทบาทของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานซึ่งประกอบด้วยบทบาทโดยตรงและบทบาทโดยอ้อม

บทบาทโดยตรง (Direct consultation) นั้น คือการให้การปรึกษาเพื่อช่วยเหลือและให้การดูแลโดยตรงกับผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากร รวมทั้งให้การปรึกษาผู้ป่วยและญาติที่ประสบภาวะวิกฤติต่างๆ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และมีปัญหาซับซ้อนรุนแรง หรือผู้ที่ประสบภาวะวิกฤติที่อยู่ในชุมชนโดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยรายบุคคล รวมทั้งกลุ่มบำบัด การสอนสุขศึกษา การให้คำแนะนำต่างๆ และยังสอดคล้องกับ Lehmann (1995) ที่กล่าวถึงบทบาทโดยตรงของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานว่าเป็นการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ และวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน

การปรึกษาโดยอ้อม (Indirect consultation) นั้นได้ให้การช่วยเหลือแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วย ครอบครัวที่ขอรับการปรึกษาเกี่ยวกับปัญหา รวมถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ Caplan (1970 อ้างถึงใน Kurlowicz, 1998) ที่กล่าวว่า บทบาทการให้การปรึกษาโดยอ้อมนั้นเป็นกระบวนการทำงานระหว่างผู้ให้การปรึกษา (Consultant) ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญและผู้ขอรับการปรึกษา (Consultee) ที่ขอความช่วยเหลือ หรือขอคำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาและการดูแลผู้ป่วย

ในด้านบทบาทการประสานงานนั้นเป็นบทบาทที่ใช้องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ส่งมารับบริการการปรึกษา และเป็นผู้เชื่อมประสานการทำงานของบุคลากรทีมสุขภาพ ให้มีความสะดวกในการติดต่อสื่อสาร การทำงานร่วมกันและเป็นการสร้างการมี

ส่วนร่วม ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยครอบครัว และทีมสุขภาพ (Minarik & Neese, 2002; Robinson, 1987 อ้างถึงใน Krupnick, 1995) นอกจากนั้นยังเป็นการเชื่อมโยงความรู้ด้านการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีการเจ็บป่วย หรือเริ่มมีการเจ็บป่วย (ANA, 1990) รวมถึง การประสานการทำงานของทีมสุขภาพ เพื่อร่วมมือในการช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการร่วมกัน เช่น การประสานงานแพทย์ในด้านการตรวจวินิจฉัยให้การรักษา ประสานการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ประสานงานกับพยาบาลในการประเมินปัญหาในรายที่มีปัญหาซับซ้อน เพื่อให้การพยาบาลอย่าง ครอบคลุม รวมทั้งการประสานเพื่อติดตามเชื่อมโยงอย่างต่อเนื่องในชุมชน การประสานงานกับนักจิตวิทยา ในการตรวจประเมินและวินิจฉัยระดับสติปัญญา การดำเนินกลุ่มจิตบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม การติดต่อญาติผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mallory et al. (1993) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ต้องการการบริการจากพยาบาลจิต เวชผู้ให้การรักษาและประสานงานในระดับสูงมักจะต้องใช้บริการจากบุคลากรทีมสุขภาพอื่นด้วย เช่นกัน และนอกจากนี้แล้วการประสานงาน เพื่อให้มีความสะดวกในการติดต่อสื่อสาร การร่วมกัน ทำงานเพื่อเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ (Cassem, 1991; Robinson, 1987 อ้างถึงใน Krupnick, 1995) นอกจากนี้ยังพบว่าจากบทบาทของ พยาบาลจิตเวชผู้ให้การรักษาและประสานงานนั้น เป็นการประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ ทำ หน้าที่ในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถเลือกใช้กลไกการปรับตัวที่เหมาะสม ในการเผชิญปัญหา ความไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Burgess & McCorkle, 1985; Chiu, 1999) และยังช่วยให้ทีมสหวิชาชีพเห็นถึงความสำคัญ ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน เป็นอย่างดีซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกร่วมกันมีส่วนร่วมในงาน มีส่วนร่วมในการปรับปรุงแก้ไข ทำให้เกิด ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและมีผลการปฏิบัติงานที่ดี นอกจากนี้ยังมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ทางการพยาบาล การศึกษาในคลินิกช่วยเพิ่มพลังอำนาจต่อทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยทางสุขภาพจิต อีกด้วย (Sharrock et al, 2006) และการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพยังก่อให้เกิดสัมพันธ ภาพที่ดีระหว่างพยาบาลจิตเวชผู้ให้การรักษาและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ทำให้งานประสบ ความสำเร็จและมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Tunmore & Thomus, 1992) และจากการศึกษายังพบว่า นอกจากบทบาทการปรึกษาและการประสานงานแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้พยาบาลจิตเวชผู้ให้การรักษา และประสานงานยังเป็นผู้ให้ความรู้ (Educator) เช่นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช การรักษา ยาที่ ใช้ในการรักษารวมทั้งผลข้างเคียงที่เกิดจากยา หรือแม้กระทั่งการใช้เทคนิคการให้การรักษา การแจ้ง ข่าวร้ายแก่ครอบครัวหรือผู้ประสพภาวะสูญเสีย การเจรจาต่อรอง ถือเป็นบทบาทร่วมของพยาบาลจิต เวชผู้ให้การรักษาและประสานงานถือว่าเป็นบทบาทที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและทีมงานอย่างยิ่ง (Sharrock & happell, 2002)

จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าบทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้ปรึกษาและประสานงาน เป็น บทบาทสำหรับพยาบาลจิตเวชที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้การช่วยเหลือแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน

สุขภาพจิตในชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติของตนเองและครอบครัว เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ รวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพเกิดการประสานความร่วมมือในการให้การดูแลผู้ป่วย ผู้รับบริการ และเกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงาน (Gurka, 1991)

การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ทำการประเมินผลอย่างเป็นระบบและครอบคลุมในด้าน 1) ความเปลี่ยนแปลงในอาการของผู้ป่วย 2) ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสมรรถนะ การรับรู้ ทักษะของผู้ขอรับการปรึกษา และ 3) ความพึงพอใจของผู้ขอรับการปรึกษา (Caplan 1970 อ้างถึงใน Kurlowicz, 1997) ทั้งนี้เนื่องจากการประเมินบทบาทพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก ซึ่งอาจเนื่องมาจากหลายปัจจัย เช่น ขาดเกณฑ์การประเมินที่เฉพาะเจาะจงบทบาทที่คาบเกี่ยวระหว่างผู้ให้การปรึกษา การพยาบาลโดยตรง (direct care) การให้ความรู้ และการนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในงานหรือการปฏิบัติงานที่ทำให้เกิดการวิจัยในงานประจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทการปรึกษาโดยอ้อมเป็นบทบาทที่มีความยุ่งยากที่สุดในการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Kurlowicz, 1997) แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ประเมินผลการปฏิบัติงานในบางประเด็น โดยเฉพาะ เครื่องข่ายที่ขอปรึกษาเรื่องผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ทั้ง 81 รายหรือร้อยละ 30.6 จะมีการประเมินผลภายหลังการให้การปรึกษา พบว่า ได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายและผ่านพ้นภาวะวิกฤตทุกราย (รายละเอียดอยู่ในตารางที่ 3) นอกจากนี้จากสถิติการขอรับการปรึกษาที่เพิ่มขึ้นอาจกล่าวได้ว่า ผลการให้การปรึกษาและประสานของพยาบาลจิตเวชเป็นที่พึงพอใจแก่เครือข่ายจึงขอรับบริการเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการดำเนินงาน

1.1.1 นำองค์ความรู้ที่เกิดจากปัญหาที่ขอรับการปรึกษามืออาชีพ พัฒนาตนเองและทีมงานการให้การปรึกษาให้มีความรู้ และทักษะในการดำเนินงานที่เป็นแนวทางเดียวกันตลอดจนทำเป็นแนวปฏิบัติเพื่อเผยแพร่ให้แก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต

1.1.2 การให้การปรึกษาและประสานงาน พยาบาลจิตเวชผู้ทำหน้าที่นี้ต้องพร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง และให้การปรึกษาตามร้องขอ สนับสนุนเอื้ออำนวยให้เกิดการประสานงานบริการ หากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องรับบริการเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หรือการประสานงานกับทีมสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับเครือข่ายเป็นเรื่องที่สำคัญ และจำเป็น หากสามารถช่วยเหลือให้เครือข่ายสามารถ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและปรับตัวได้ ก็จะช่วยให้เครือข่ายได้กลับมาทำหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนได้ตามปกติ

1.1.4 แนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาและประสานงานอาจเปลี่ยนแปลงไปขึ้นอยู่กับบริบทในการทำงานของแต่ละหน่วยงาน หากจะนำไปใช้ในการปฏิบัติจริงควรปรับปรุงให้มีความเหมาะสมกับบริบทของงาน

1.1.5 การจะดำเนินงานได้บรรลุตามความต้องการของเครือข่าย ทีมงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลจิตเวชต้องมีความเข้าใจ ความพร้อมในการเอื้ออำนวยให้เกิดการทำงานร่วมกัน เพื่อตอบสนองความต้องการของพื้นที่ตามที่ร้องขอ

1.1.6 ควรมีการประเมินผลการปฏิบัติงานในด้านความพึงพอใจในบริการปรึกษาและประสานงาน

1.2 ด้านเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต

1.2.1 เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ควรได้รับการพัฒนาความรู้ทักษะในเรื่องที่พบบ่อยๆ ในการขอรับการปรึกษา เพื่อสามารถให้การช่วยเหลือผู้รับบริการได้ทันทั่วทั้งที่หากเกิดปัญหาการบริการ ทั้งในรูปแบบการให้ความรู้โดยการบรรยาย เผยแพร่คู่มือความรู้ การนิเทศงาน เป็นต้น

1.2.2 การจะดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบได้ดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการนำผลการให้การปรึกษาไปปฏิบัติ และหากมีการประเมินผลการปฏิบัติให้พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาทราบผลการดำเนินงานจะช่วยให้เกิดการพัฒนางานร่วมกัน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการประเมินผลการปฏิบัติงานในด้านความพึงพอใจในการให้บริการปรึกษาและประสานงานของพยาบาลจิตเวช เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น

2.2 การศึกษาผลการดำเนินงานในเรื่องนี้เป็นระยะๆ จะช่วยให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สถิติบุคลากรสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. Available from. <http://www.dmh.go.th/report/patient/opdrate.asp>. [2007May10].
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สถิติผู้ป่วยจิตเวช. Available from. <http://www.dmh.go.th/roport/r5.asp?html>. [2007May1].
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สถิติผู้รับบริการโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. Available from. <http://www.dmh.go.th/report/population/province.asp?field24=2548>. [2007May1].
- จารุวรรณ ต. สกุล. การประเมินด้านจิตสังคม. ใน : ฟาริดา อิบราฮิม, บรรณาธิการ. ปฏิบัติการประเมินภาวะสุขภาพอนามัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ จำกัด; 2541.
- จิรา เต็มจิตรอารีย์. สุขภาพจิต. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. Available from. http://www.skph.go.th/Article/health_article/6.html. [2007May1].
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : บุทธรินทร์การพิมพ์; 2541.
- ทัศนา บุญทอง. การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต. ใน : เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2541.
- นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ. Advanced nursing practice in Thailand : an initiative or old wine in the new bottle. Available from. http://www.nat.au.edu/present_singapore.ppt. [2007May10].
- บุญวดี เพชรรัตน์. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1. สงขลา : เทมการพิมพ์; 2539.
- พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. สมรรถนะในการพยาบาลจิตเวชของ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์. Available from. <http://www.jvkorat.go.th/reaearch/doctop-sawad-nisakorn.asp>. [2007Aug5].
- ฟาริดา อิบราฮิม. กระบวนการพยาบาล. กรุงเทพฯ : บุญศิริการพิมพ์; 2541.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. แผนปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ 2551. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2551.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ. สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. วารสารวิจัยทางการพยาบาล 2540; 1(1):53-69.

- สรชนก สุทววัน. บทบาทพยาบาลจิตเวชการปรึกษาและการประสานงานในโรงพยาบาลศรีสะเกษ. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
- สมจิต หนูเจริญกุล. แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
- สมจิต หนูเจริญกุล, นันทพันธ์ ชินคำประเสริฐ. Advanced nursing practice in Thailand : an initiative or old wine in the new bottle. Available from. http://www.nat.au.edu/present_singapore.ppt [2007May10].
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. การจัดการเรียนการสอนวิชาบทบาทของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2546; 21(3) : 5-11.
- สมสร เชื้อหิรัญ. สภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยและการประเมิน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไทอักษร; 2528.
- American Association of Nurse Anesthetists Council on Accreditation. Standard and guidelines for programmes of nurse anesthesia. Park Ridge, IL : American Association of Nurse Anesthetists; 1999.
- Benner P. From novice to expert : uncovering the knowledge embedded in clinical practice. California : Addison Wesley; 1984.
- Boyer VM, Kirsch JC. Psychiatric liaison consultant nursing. In : Dunca LL. ed. Psychiatric nursing a psychotherapeutic management approach. St.Lious : Mosby-Year Book; 1991 : 160-4.
- Burgess AW, McCorkle R. Liaison and consultative issues in psychiatric mental health nursing. In : Burgess AW. ed. Psychiatric nursing in the hospital and the community. 4th ed. Englewood Cliffs : Prentice-hall; 1985 : 916-34.
- Burgess AW. Psychiatric nursing in the hospital and the community. 5th ed. California : Appleton & Lange; 1990.
- Calkin JD. A model for advance nursing practice. Journal of Nursing Outlook 1984; 43 :112-8.
- Callaghan P, Eales S, Coates T, Browers L. A review of research on the structure process and outcome of liaison mental health service [Electric version]. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing 2003; 10(2) :155.
- Cassem NH, Hackett TP. Psychiatric consultation in a coronary care unit. Ann Intern Med 1991; 6(1) :9-14.
- Chiu L. Psychiatric liaison nursing in Taiwan : Clinical Nurse Specialist 1999; 10(6) : 311-5.

- Efinger J. Help want : a quality needs assessment creates a position for a psychiatric clinical nurse specialist. *Psychiatric Nursing* 1995; 33(12) : 24-7.
- Fishel AH. Psychiatric consultation improving the work environment. *Journal of Psychosocial Nursing* 1991; 29(11) : 31-4.
- Frisch NC, Frisch LE. *Psychiatric mental health nursing*. New York : Delmar Publishers; 2001.
- Gerety EK. Psychiatric consultation liaison nursing. In : McFarland GK. & Thomas MD. eds. *Psychiatric mental health nursing*. Philadelphia : J.B. Lippincott Company; 1991 : 911-21.
- Gurka AM. Process and outcome components of clinical nurse in ethical decisions to remove life-sustaining treatment. *Archives of Psychiatric Nursing* 1991; 6(5) : 370-8.
- Hamric AB, Spross JA. *The clinical nurse specialist in theory and practice*. 2nd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company; 1989.
- Hamric AB, Spross JA, Hanson CH. *Advance nursing practice : an integrative approach*. Philadelphia : W.B. Saunders Company; 2000.
- Harding S. Teaching nursing about mental health problems of aging consultation liaison psychiatric nursing in a nursing home. *Research for Nursing Practice*. Available from. <http://www.graduate research.com/harding.html>. [2007May10].
- Hart CA. The role of psychiatric consultation liaison nurse in ethical decision to remove life-sustaining treatment. *Archives of Psychiatric Nursing* 1991; 4(5) : 370-8.
- Krupnick SLW. Psychiatric consultation liaison nursing. In : Antai-Otong D. ed. *Psychiatric nursing : biological and behavioral concepts*. Philadelphia : W.B. Saunders Company; 1995 : 615-46.
- Kurlowicz LH. Psychiatric consultation liaison nursing. In : Burgess AW. ed. *Advance psychiatric nursing*. Stamford : Appleton & Lange; 1998 : 239-55.
- Kurlowicz LH. Benefits of psychiatric consultation liaison nurse intervention for older hospitalized patients and their nurses. *Archives of Psychiatric Nursing* 2001; 15 : 53-61.
- Lehmann FG. Consultation liaison psychiatric nursing care. In : Stuart GW. & Sundeen SJ. eds. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 5th ed. St.Louis : Mosby; 1995 : 851-62.

- Levy J & Lewis A. Psychiatric consultation-liaison nursing. In : Rawlin RP. Williams SR. & Beck CK. eds. Mental health psychiatric nursing : a holistic life-cycle approach. 3rd ed. St.Louis : Mosby; 1993 : 878-90.
- Lyon BL. Clinical nurse specialist. Available from. <http://www.cns-journal.com/pt/re/clnnursespec/fulltext.0000280019961100000001.htm;jsessionid=G2PthMFDnLhFQpnT1>. [2007May10].
- Mallory MG, Lynons JS, Scheruble JC, Reiechelt PA. Nursing care hours of patients receiving varying amounts and types of consultation liaison services. Archives of Psychiatric Nursing 1993; 7(6) : 353-60.
- Mitchell GJ, Lawton C. Living with the consequences of personal choices for persons with diabetes : implications for educators & practitioners. Canadian Journal of Diabetes Care 2000; 24(2) : 23-30.
- Mohr WK. Johnson's psychiatric-mental health nursing. 5th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
- Moshcler LB, Fincannon J. Subspecialization within psychiatric consultation-liaison nursing. Archives of Psychiatric Nursing 1992; 6(4) : 234-8.
- Minarik PA, Neese LB. Essential educational content for advance practice in psychiatric consultation liaison nursing. Archives of Psychiatric Nursing 2002; 16(1) : 3-15.
- Murray MG, Snyder JC. When staff are assaulted : a nursing consultation support service. Psychosocial Nurse Mental Health Service. Available from. :<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1875309>. [2007May10].
- National Association of Clinical Nurse Specialist. Statement on clinical nurse specialist practice and education. New York : NACNS; 1998.
- Newton L & Wilson KG. Consultee satisfaction with a psychiatric consultation liaison nursing support service. Archives of Psychiatric Nursing 1990; 5(4) : 264-70.
- Norwood SL. Psychiatric consultation-liaison nursing : revisiting the role. Clinical Nurse Specialist 1990; 12(4) : 153-6.
- Roberts D. Liaison mental health nursing : origins definition and prospects. Journal of Advance Nursing 1997. Available from. <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/j.13652648.1997.1997025101.x?cookieSet=1&journalCode=jan>. [2007Feb9].

- Robinette AL. PCLNs : who are they : how can tell you. *American Journal Nursing* 1996; 96 : 48-50.
- Sharrock J, Happell B. An overview of the role and function of a psychiatric consultation liaison nurse : an Australian perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2001; 8 : 411-7.
- Sharrock J, Happell B. The psychiatry consultation – liaison nurse : thriving in a general hospital setting. *International Journal of Mental Health Nursing* 2002; 11(1) : 24-33.
- Sharrock et al. The mental health nurse : a valuable addition to the consultation-liaison team. *International Journal of Mental Health Nursing* 2006; 15 : 35-43.
- Titlebaum H, Hart CA, Romano-Egan J. Interagency psychiatric consultation liaison nursing peer review and peer bord : quality assurance and empowerment. *Archives of Psychiatric Nursing* 1992; 6(2) : 125-31.
- Tommasini NR. The impact of staff support group on the work environment of specialty unit. *Archives of Psychiatric Nursing* 1992; 6(1) : 40-7.
- Tunmore R, Thomas B. Model of psychiatric consultation liaison nursing. *British Journal of Nursing* 1992; 1(9) : 447-51.
- Van Fleet SK, Hughes MK. Psychiatric consultation model in a medical setting. *Clinical nurse specialist* 1996; 10(4) : 204-11.
- Yakimo R, Kulowicz LH, Murry RB. Evaluation of outcomes in psychiatric consultation liaison nursing practice. *Archives of Psychiatric Nursing* 2004; 18(6) : 215-27.
- Yvonne C, Susan B. The role of and old age psychiatry consultation liaison nurse. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1997; 13 : 159-63.

ภาคผนวก

