

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท

ไพจิตร พุทธรอด พย.ม.

โรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง

บทคัดย่อ โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะการรักษาด้วยยาทางจิตเวช การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบของการรับยาใกล้บ้าน “psychiatric mobile clinic” ในผู้ป่วยโรคจิตเภทในอำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง โดยใช้แนวทางการดำเนินการและผลผลิตการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต 7 ขั้นตอนของกรมสุขภาพจิตเป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบของ psychiatric mobile clinic และผลลัพธ์ของกระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่ในตำบลปะเหลียน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง จำนวน 42 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบประเมินความสามารถโดยรวม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านต่างๆ ด้วยสถิติ Chi-square ผลการวิจัยพบว่า การปรับรูปแบบการรับยาใกล้บ้านและการดูแลต่อเนื่องเป็นผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีอาการกำเริบซ้ำลดลงและลดการส่งต่ออย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์ในภาพรวมของการดูแลต่อเนื่องได้แก่ การรับประทานยา การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ระดับคะแนนของความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิตก่อนและหลังพัฒนา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น รูปแบบการดูแลดังกล่าว ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับยาต่อเนื่อง ลดอาการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรง และการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยเครือข่ายมีส่วนร่วมเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตและระดับความสามารถโดยรวมดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท, รูปแบบ psychiatric mobile clinic, กระบวนการดูแลต่อเนื่อง, การกำเริบซ้ำ

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก และเป็นโรคที่เจ็บป่วยมากที่สุดในบรรดาโรคทางจิตเวชทั้งหมด และอัตราความชุกของโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 0.5-1.5 ของประชากรทั่วโลก⁽¹⁾ และเป็นโรคเรื้อรังที่มียาเป็นหัวใจหลักในการรักษาหากขาดยาจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล และชุมชน⁽²⁾ การดำเนินโรคที่เรื้อรังทำให้ผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ มีอาการกำเริบซ้ำจากการขาดยาพบเป็น 5 เท่าของสาเหตุอื่นๆ⁽³⁾

ในประเทศไทย พบผู้ป่วยจิตเวชที่ป่วยเป็นโรคจิตเภททั้งหมด 388,779 ราย⁽⁴⁾ ซึ่งจะมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การรับประทานยาต่อเนื่องเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรงของโรคได้ดีที่สุด นอกจากการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเภทแล้ว การดูแลต่อเนื่องในชุมชนให้ชุมชนสามารถจัดการให้ผู้ป่วยจิตเภทได้อาศัยอยู่กับครอบครัว และจัดทำงานในท้องถิ่นให้ทำเพื่อเพิ่มบริการที่ดีให้กับครอบครัวและชุมชน การรักษาทางจิตสังคมแบบต่างๆ สามารถลดอาการทางจิต เพิ่มการรับรู้ความเจ็บป่วย (insight) ของผู้ป่วย ทำให้มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และการดูแลรักษาที่ดีคือการมุ่งเน้นให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยการสร้างเครือข่ายการดูแลทั้งทีมสุขภาพ และเครือข่ายภาคชุมชน⁽⁵⁾

จากการปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่อำเภอปะเหลียน ที่ผ่านมา พบผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุดจำนวน 52 ราย และมีอาการกำเริบซ้ำมากที่สุด จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 21.4) และต้องส่งต่อโรงพยาบาลต่งและโรงพยาบาลจิตเวช 15 ราย (ร้อยละ 28.8) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรัง บางรายมีปัญหาซับซ้อน เช่น ขาดผู้ดูแลหลัก หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะอยู่รักษาเป็นเวลานาน และเมื่อกลับสู่ชุมชนมักมีปัญหาในการดำเนินชีวิตขาดทักษะชีวิตในการที่จะจัดการกับปัญหา⁽⁶⁾ ไม่ยอมรับการรักษา หรือได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องจากญาติ ขาดผู้ดูแล ประกอบกับครอบครัวผู้ป่วยส่วนมากประกอบอาชีพทำสวนยางพารา ประมง มีรายได้ไม่แน่นอน ค่อนข้างยากจน คนดูแลหลักต้องไปรับจ้างนอกพื้นที่ตำบลปะเหลียน รวมทั้งมีอุปสรรคต่อการมารับยาตามนัด การคมนาคมไม่สะดวก ส่งผลต่ออาการและความรุนแรงของโรค และมีปัญหาในการใช้ชีวิตร่วมกับชุมชน จนมีอาการกำเริบซ้ำจนต้องไปรับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการรับยาใกล้บ้านในรูปแบบของ psychiatric mobile clinic และประเมินผลลัพธ์ของกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อการรับยาอย่างต่อเนื่อง ลดอาการกำเริบซ้ำและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา ศึกษารูปแบบของ “psychiatric mobile clinic” ในการเข้าถึงการรับยาตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท และการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อลดอาการกำเริบซ้ำ

ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับการรักษา ณ โรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และรับการรักษาแบบ

ผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือนมกราคม 2556 – ธันวาคม 2557 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่อาศัยอยู่ในตำบลปะเหลียน ไม่จำกัดเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

กระบวนการวิจัยใช้แนวทางการดำเนินการพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต 7 ขั้นตอนของกรมสุขภาพจิต⁽⁷⁾ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ ปัญหา และความต้องการ โดยศึกษาฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากทะเบียนการให้บริการผู้ป่วยจิตเภท และการสำรวจของเครือข่ายปีงบประมาณ 2557 จัดแยกเป็นตำบลและพื้นที่ในแต่ละพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี เอกสาร มาตรฐานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบกระบวนการพัฒนาการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดย

- ศึกษาความเป็นไปได้โดยสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพและผู้นำ/ผู้บริหารองค์กรท้องถิ่นในเขตที่ศึกษา วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาจัดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยกระบวนการ ORID Method⁽⁸⁾ ซึ่งเป็นวิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยชุดคำถามที่นำกลุ่มเดินไปตามเส้นทางของการสนทนาผ่านระดับความสำนึกสี่ระดับ ได้แก่ วัตถุประสงค์ (Objective) ไตร่ตรอง (Reflective) ตีความ (Interpretative) และตัดสินใจ (Decisional) รวมเรียกสั้นๆ ว่า ORID โครงสร้างนี้ช่วยให้กลุ่มเคลื่อนผ่านจากการสนทนา ระดับพื้นผิวไปสู่การเข้าถึงความหมายและปัญญาที่แจ่มชัดอย่างลึกลับกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลปะเหลียน ตัวแทนผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปะเหลียน ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ

ประธานชุมชน/กรรมการกองทุนหมู่บ้าน เพื่อสอบถาม ปัญหาและความต้องการในการพัฒนา กระบวนการดูแล ต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภท ความต้องการการช่วยเหลือ และนำผลจากการทำสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ข้อมูล

- ประชุมทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลปะเหลียน เพื่อปรับระบบบริการแบบเชิงรุกรูปแบบ psychiatric mobile clinic และปรับรูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านโดย ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายผู้ดูแล

- จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ในเครือข่าย แกนนําชุมชน องค์กรท้องถิ่น อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยในชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้าน แนวทาง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย การสัมมนาเพื่อสร้างเครือข่าย พร้อมปรับทัศนคติกับชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ โดยการนำเครื่องมือหาค่าดัชนีความตรงทางเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านแล้วนำมาปรับปรุง แก้ไขตาม ข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลปะเหลียน ซึ่งไม่ได้อยู่ใน กลุ่มประชากรที่ศึกษา

ขั้นตอนที่ 5 การนำการดูแลต่อเนื่องกระบวนการ พัฒนาไปใช้

- ปรับรูปแบบการบริการแบบ psychiatric mobile clinic เพื่อการลดระยะเวลารอคอยและต้นทุนในการ มารับบริการของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

- ทีมโรงพยาบาล ประเมินสภาพปัญหาความต้องการ การดูแลให้การบำบัดรักษาทางยา การประสาน ความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ รวมถึงการส่งต่อการดูแล อย่างเป็นระบบ แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่มี ปัญหาซับซ้อน อาการทางจิตรุนแรง กำหนดให้ติดตาม เยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ส่วนกลุ่มที่มีปัญหาไม่ซับซ้อน อาการทางจิตไม่รุนแรง ให้ติดตามเยี่ยมบ้านโดยเครือข่าย ผู้ดูแล

- ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหาไม่ซับซ้อน อาการ ทางจิตไม่รุนแรงให้กับผู้รับผิดชอบงาน

สุขภาพจิตในเครือข่าย เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และหรือแกนนำ- ชุมชน โดยประเมินปัญหาและความต้องการการดูแล ต่อเนื่องในชุมชน ดำเนินการช่วยเหลือตามรายด้านที่ บกพร่อง ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดย เครือข่ายผู้ดูแล

- กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนอาการทางจิตรุนแรง ทีม- สหวิชาชีพในโรงพยาบาลปะเหลียนติดตามเยี่ยมบ้าน ตามแผนการดูแลล่วงหน้าเฉพาะรายร่วมกับเครือข่าย บริการสุขภาพในพื้นที่ และประชุมวิชาการ (conference) ร่วมกัน ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือที่บ้านผู้ป่วย ให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหากรณีเร่งด่วน นำข้อมูลเพื่อ ปรึกษา แพทย์หรือผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินการช่วยเหลือ ส่งต่อ

ขั้นตอนที่ 6 หลังการนำกระบวนการพัฒนาการดูแล ต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและเครือข่ายไปใช้จริง ในชุมชนได้มีการขยายผลโดยการนำกระบวนการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายไปยังพื้นที่ ไกลเคียง

ขั้นตอนที่ 7 ประเมินผลลัพธ์

- ภายหลังจากสิ้นสุดกระบวนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านตาม แนวทางที่กำหนดไว้ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ผู้นำชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้านอีก 1 เดือนถัดมา เพื่อประเมินผลลัพธ์ กระบวนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านด้านการรับประทานยา การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ระดับความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิต

- พยาบาลจิตเวชติดตามผลลัพธ์กระบวนการดูแล ต่อเนื่องที่บ้านผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านการกลับมารักษา เนื่องจากอาการกำเริบซ้ำ และการเกิดอาการกำเริบรุนแรง จำเป็นต้องส่งต่อภายหลังการติดตามเยี่ยมครั้งสุดท้าย 3 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content va-

lidity index) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้เครื่องมือมีความชัดเจนด้านภาษาและครอบคลุมสาระสำคัญ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถโดยรวม Global Assessment of Function (GAF) Scale พัฒนาจาก Global Assessment Scale⁽⁹⁾ และ CGAS (children's global assessment scale)⁽¹⁰⁾ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย 26 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, และ 11

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

- ไม่เลย หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแค้นมาก (1-20% ของความรู้สึกพอใจ)
- เล็กน้อย หมายถึง มีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแค้น (21-40% ของความรู้สึกพอใจ)
- ปานกลาง หมายถึง มีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแค้นระดับกลาง ๆ (41-60% ของความรู้สึกพอใจ)
- มาก หมายถึง มีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี (61-80% ของความรู้สึกพอใจ)
- มากที่สุด หมายถึง มีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก (81- 100% ของความรู้สึกพอใจ)

เกณฑ์การให้คะแนนประกอบด้วย

- การให้คะแนนคำถามเชิงบวกพิจารณา ดังนี้
 - มากที่สุด 5 คะแนน
 - มาก 4 คะแนน
 - ปานกลาง 3 คะแนน
 - เล็กน้อย 2 คะแนน
 - ไม่เลย 1 คะแนน

- การให้คะแนนคำถามเชิงลบ พิจารณาดังนี้
 - มากที่สุด 1 คะแนน
 - มาก 2 คะแนน
 - ปานกลาง 3 คะแนน
 - เล็กน้อย 4 คะแนน
 - ไม่เลย 5 คะแนน

นำเกณฑ์ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลปะเหลียน ซึ่งไม่ได้อยู่ในกลุ่มประชากรที่ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลด้านการรับประทานยา การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน อาการกำเริบซ้ำ อาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถโดยรวม โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนทางจิตรุนแรง (GAF<50) และกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนทางจิตไม่รุนแรง (GAF>50) และคุณภาพชีวิตในการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และ 2 ด้วยสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (t-test for dependent samples)

ผลการศึกษา

มีผู้เข้าร่วมการวิจัยตามคุณสมบัติเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 42 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.2 มีอายุระหว่าง 31- 40 ปี ร้อยละ 40.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 35.7 มีผู้ดูแลเป็นบิดาหรือมารดา ร้อยละ 47.6 และได้รับการขึ้นทะเบียนแล้วเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.4

จากผลการวิเคราะห์ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล-ปะเหลียน พบผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำ จำนวน 12 คน (ร้อยละ 21.4) อาการกำเริบรุนแรงจนต้องส่งต่อ 15 คน (ร้อยละ 28.8) จากการทำสนทนากลุ่มโดยการใช้วิธีการถกปัญหาอย่างมีส่วนร่วมในผู้ดูแล ภาคีเครือข่าย และผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อให้ทราบปัญหาของพื้นที่และความต้องการในการพัฒนาได้นำมาวางแผนปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเวช ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการสนทนากลุ่มเครือข่ายให้บริการสุขภาพ

ปัญหาของพื้นที่	ความต้องการในการพัฒนา
<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรขาดทักษะในการให้บริการ ไม่มั่นใจ เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคและการรักษา กังวลเรื่องอันตรายจากผู้ป่วยโรคจิต - มีทัศนคติด้านลบ - มีปัญหาในการประสานกับญาติ หรือหน่วยงานอื่น ๆ บางพื้นที่ประชาชนในหมู่บ้านไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานสุขภาพจิต - มีปัญหาการส่งต่อข้อมูล ไม่ทราบข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่ - ขาดการรักษาต่อเนื่อง เนื่องจากขาดผู้ดูแล บ้านอยู่ไกล มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ไม่กล้าเปิดเผยตัว - ปฏิเสธการเจ็บป่วย มีอาการข้างเคียงจากยา ไม่ยอมกินยา ผู้ป่วยและครอบครัวไม่เข้าใจเรื่องโรค และความสำคัญของการรักษา - ขาดการยอมรับจากครอบครัว/ชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - การให้ความรู้ในเรื่องการดูแลต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคจิตเภทแก่เครือข่ายผู้ดูแล - การจัดทำเอกสาร สื่อ ความรู้ ในการดูแลผู้ป่วย - ออกเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนร่วมกัน การติดตามผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา การสนใจในการมารับยา และมีระบบการนิเทศติดตาม - เพิ่มช่องทางการติดต่อประสานงาน การมีช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยจิตเวช - ออกเยี่ยมที่บ้านอย่างต่อเนื่อง - ส่งเสริมกิจกรรมที่ทำให้เกิดการยอมรับจากครอบครัวและชุมชน

ภายหลังการพัฒนารูปแบบ psychiatric mobile clinic และมีการดูแลต่อเนื่องในชุมชน พบว่า อาการกำเริบซ้ำ อาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับประทานยาสม่ำเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 2

ความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายหลังการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่อง พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ

85.7 ระดับความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 11.9 ระดับความสามารถโดยรวมเท่าเดิม และร้อยละ 2.4 ระดับความสามารถโดยรวมลดลง

ภายหลังการปรับรูปแบบ psychiatric mobile clinic และมีการดูแลต่อเนื่องในชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 92.8 คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ 7.2 มีคุณภาพชีวิตเท่าเดิม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการปรับรูปแบบ psychiatric mobile clinic

ผลลัพธ์	ก่อน				หลัง				p-value
	มี		ไม่มี		มี		ไม่มี		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาการกำเริบซ้ำ	10	23.8	32	76.2	1	2.4	41	97.6	< 0.05
อาการรุนแรงจนต้องส่งต่อ	6	14.2	36	85.8	1	2.4	41	97.6	< 0.05
รับประทานยาสม่ำเสมอ	16	38.1	26	61.9	41	97.6	1	2.4	< 0.05
การเข้าร่วมกิจกรรม	14	33.4	28	66.6	34	80.9	8	19.1	< 0.05

ตารางที่ 3 คะแนนความสามารถโดยรวมที่แตกต่างกันก่อนและหลังปรับรูปแบบ

คะแนน	ก่อน		หลัง		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
คะแนนความสามารถโดยรวม	6.5	1.4	7.5	1.1	<0.01
คะแนนคุณภาพชีวิต	3.2	0.4	3.9	0.3	<0.01

วิจารณ์

จากผลการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องพบว่า ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ 1 คน ร้อยละ 2.4 และอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อ 1 คน ร้อยละ 2.4 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้องและขาดความต่อเนื่องในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยไม่ประสบความสำเร็จในการรักษาเป็นเพราะผู้ป่วย รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดความรู้ในการสังเกต และการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา⁽¹¹⁾ และยังมีการศึกษาพบว่า การกลับเป็นซ้ำเนื่องจากการเบื่อที่ต้องรับประทานยาหลายอย่างเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยลดขนาดยาหรือหยุดใช้ยาเอง^(11,12)

ผลจากการกระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายไปใช้จริงในกลุ่มเป้าหมาย (n=42) และติดตามประเมินผลภายหลังสิ้นสุดการเยี่ยมบ้าน 1 เดือน พบว่า ร้อยละของการรับประทานยา การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ระดับคะแนนของความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิตก่อนและหลังพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการมารับยาได้มีการปรับรูปแบบการให้บริการ psychiatric mobile clinic ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าถึงบริการรักษาได้ง่ายขึ้น ลดต้นทุนค่าใช้จ่ายทำให้ผู้ป่วยสามารถมาตามนัดและรับยาต่อเนื่อง^(12,13) และในส่วนของผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายได้รับการอบรมให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มีการวางแผนขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน มีการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ชุมชนและครอบครัว

มีส่วนร่วมในการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยได้รับการดูแลในปัญหาสำคัญเรื่องการรับประทานยาไม่ถูกต้อง โดยมีทีมสหวิชาชีพและเภสัชกรเข้าไปมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ร่วมกับจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง⁽¹³⁾ ลดอุปสรรคในการเข้าถึงการบริการ และเกิดสัมพันธภาพที่ดี ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การส่งเสริมความร่วมมือและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษาจะทำให้เกิดผลดีต่อการรักษาได้^(12,13) และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากการเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง สามารถเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลได้ นอกจากนี้ ผลของการได้รับการเอาใจใส่และการยอมรับจากผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชนจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และรู้สึกปลอดภัยที่จะออกมาเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเภทให้ความสำคัญ หากผู้ป่วยกินยาต่อเนื่องจะทำให้ไม่มีอาการกำเริบซ้ำ โดยเฉพาะการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความต้องการสะท้อนทางบวก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในด้านจิตใจ สังคม และการประกอบอาชีพได้มากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽¹²⁻¹⁴⁾

เมื่อติดตามผู้ป่วยในอีก 3 เดือนถัดมาพบว่า อาการกำเริบซ้ำและอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนและหลังพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีความ

สามารถในการดูแลตนเองได้ พบแพทย์ตามนัด รับ-
 ประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีการรับรู้อาการเตือนก่อน
 อาการกำเริบและได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่าง
 ต่อเนื่อง จากการประสานการทำงานร่วมกันของทีม
 สหวิชาชีพ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายในการเยี่ยมบ้าน
 และแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง จึงทำให้
 อาการทางจิตได้รับการบำบัดให้ทุเลาลง ผลการศึกษา
 ครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มผู้ดูแล
 ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรม มีทักษะในการดูแล
 ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น⁽⁵⁾ สรุปได้ว่า การปรับรูปแบบ psychiatric
 mobile clinic รวมไปถึงการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิต-
 เภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับ
 ยาอย่างต่อเนื่องและการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สามารถ
 ควบคุมอาการของโรคหรือลดอัตราการกำเริบซ้ำ ส่งผล
 ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^(7,12,13)

จุดแข็งของการศึกษานี้ จะเห็นได้ว่า ปัญหาอุปสรรค
 ในการมารับยาเป็นประเด็นแรกที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ
 ทางจิตกำเริบ การปรับรูปแบบการให้บริการ psychiatric
 mobile clinic ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าถึงบริการรักษา
 ได้ง่ายขึ้น ลดต้นทุนค่าใช้จ่ายทำให้ผู้ป่วยสามารถตาม
 นัด และรับยาต่อเนื่อง⁽¹³⁾ ในส่วนของผู้ดูแลและภาคี
 เครือข่ายได้รับการอบรมให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย
 จิตเภทที่บ้านมีการวางแผนขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน
 มีการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ชุมชนและ
 ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วย
 ได้รับการดูแลในปัญหาสำคัญเรื่องการรับประทานยาไม่
 ถูกต้องโดยมีสหวิชาชีพและเภสัชกรเข้าไปมีบทบาทในการ
 แก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาร่วมกับจัดการกับอาการ
 ไม่พึงประสงค์ที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้ยาส่งผล
 ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง^(13,14) ลด
 อุปสรรคในการเข้าถึงการบริการและเกิดสัมพันธภาพที่ดี
 ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การ
 ส่งเสริมความร่วมมือ และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย
 และผู้รักษาทำให้เกิดผลดีต่อการรักษาได้^(15,16) และ
 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การได้รับคำแนะนำ

การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล การติดตามการเยี่ยมบ้านอย่าง
 ต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง
 ในระดับสูง⁽¹⁶⁾

จุดอ่อนของการศึกษาคือ กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา
 เป็นเพียงส่วนหนึ่งของประชากรโรคจิตเภททั้งหมด เนื่อง
 จากเลือกศึกษาในบริบทที่จำเพาะ และมีอาการกำเริบซ้ำ
 มากที่สุดในพื้นที่รับผิดชอบของผู้วิจัย จึงมีข้อเสนอแนะ
 ควรใช้รูปแบบนี้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตชนิดอื่นๆ ด้วย
 และมีความครอบคลุม จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการ
 รักษาที่ดีและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลปะเหลียน
 หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลปะเหลียน และ
 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปะเหลียน
 ที่ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการวิจัยให้สำเร็จลุล่วง
 ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Long PW. Basic facts about schizophrenia [Internet]. [cited 2010 Dec 20]. Available from: <http://www.mentalhealth.com>
2. ศิริจิตร สุทธิจิตต์, มานิตย์ ศรีสุรภานนท์. โรคจิตเภท (schizophrenia): ระบาดวิทยาและการรักษา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2552;54(ฉบับผนวก 1):21S-37S.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2552. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต; 2552.
4. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2555. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 ธ.ค. 2556]. แหล่งข้อมูล: www.dmh.go.th/report/report/1.asp
5. จีระพรรณ สุริยงค์. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น

- เมื่อ 16 เม.ย. 2555]. แหล่งข้อมูล: http://www.suanprung.go.th/journal/file_pdf/271.pdf
6. ณัฐิกา วรรณแก้ว. การพัฒนา รูปแบบการดูแลด้วยการกินยาแบบ DOT ในผู้ป่วยจิตเภท [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 ธ.ค. 2556]. แหล่งข้อมูล: <https://www.suicidethai.com/download/view.asp?id=235>
 7. เยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ, พชรินทร์ คุณคำชู, ตรีนรัตน์ รุจิระชาคร, ศจี แซ่ตั้ง. คู่มือและการวิจัยเทคโนโลยีสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2554.
 8. วิรัตน์ ปานศิลา. การสนทนาอย่างสร้างสรรค์ ORID-method. เอกสารจากการอบรม DHS ระบบสุขภาพระดับอำเภอ. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2558.
 9. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment (GAF) Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Am J Geriatr Psychiatry* 1997;5:97-106.
 10. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, et al. The CGAS: children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:28-31.
 11. สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์. รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยทางสังคมกับการกลับรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 5 ก.พ. 2555]. แหล่งข้อมูล: <http://www.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=2770>
 12. อังคณา วังทอง. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังแบบมีพี่เลี้ยง (DOTs care for cure) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 19 ก.พ. 2555]. แหล่งข้อมูล: <http://r2r.hsri.or.th>
 13. เยาวลักษณ์ การกล้า. ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับ พฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 7; 26-29 สิงหาคม 2551; สยามพารากอน กรุงเทพมหานคร.
 14. โรงพยาบาลศรีธัญญา. แนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท: ชุดความรู้ เรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา; 2552.
 15. เปรมฤดี ตำรังษี, อังคณา วังทอง, อนุชิต วังทอง. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. *วารสารสมาคมนักวิจัย* 2557;19:92-103
 16. พรทิพย์ ธรรมวงศ์, พิมพ์ภรณ์ แก้วมา. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตรุนแรงและเรื้อรังจากเมทาแมเฟตามีน. *วารสารสวนปรุง* 2552;25:57-66.

Abstract: Development of a Continuing Care Model to Reduce Recurrence in Schizophrenia Patients

Paijit Phuttharod, M.N.S.

Palian Hospital, Trang Province, Thailand

Journal of Health Science 2018;27:478-86.

Schizophrenia is a chronic psychiatric disorder. The patient must be treated continuously, especially with psychiatric drugs. The objective of this study was to develop a model for continuum of care for schizophrenia patients. It was conducted in Palian district, Trang province. The study samples were schizophrenia patients aged over 15 years old who attended out-patient clinic of Palian Hospital during the study period from January 2013 to December 2014. The care framework was applied from the 7-step mental health technological research from Department of Mental Health, Ministry of Public Health. A main strategy was the provision of medical care through a psychiatric mobile clinic that improve the accessibility of treatment by the patients. Data was collected using a follow-up record form. Global Assessment of Functioning (GAF) scale and WHO Quality of Life - BREF (WHOQOL - BREF) were applied; and data were analyzed by using t-test and Chi Square test. There were 42 schizophrenia patients participating the study. It was found that the service model was effective in improving treatment outcomes which included regular medicine uptake, increased activity participation, and better global functioning and quality of life scores. The relapse and referral rates were significantly reduced resulting in better quality of life and reduction of the severity of the patients. The model should be scaled-up and widely promoted to cover other forms of psychiatric illnesses.

Key words: schizophrenia, psychiatric mobile clinic , continuum of care, relapse