

กระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย ในชุมชน

Continuing care process in schizophrenia patients by caregiver and community network

ไพจิตร พุทธรอด, พย.ม.

Paijit Phuttharod, M.N.S.

โรงพยาบาลปะเหลียน

Palian Hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและเครือข่ายในชุมชน โรงพยาบาลปะเหลียน

วัสดุและวิธีการ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิจัยเพื่อพัฒนา แนวทางการดำเนินการตามการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต 7 ขั้นตอนของกรมสุขภาพจิตเป็นกรอบในการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 42 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบประเมินความสามารถโดยรวม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านต่างๆ ด้วย Chi-Square และ t-test

ผล การวิจัยพบว่าหลังการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีอากรกำเริบซ้ำ และต้องส่งต่อลงอย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์ของกระบวนการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การรับประทานยา การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ระดับคะแนนของความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิตก่อนและหลังพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป จากผลการวิจัยและพัฒนากระบวนการดังกล่าว การดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยเครือข่ายมีส่วนร่วม เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตและระดับความสามารถโดยรวมดีขึ้น ลดอาการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรง

คำสำคัญ: การดูแล ชุมชน ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท

ติดต่อผู้พิมพ์ e-mail: nukai30@hotmail.com

Abstract

Objective This study aimed to develop and assess the outcomes of the continuing care of schizophrenia patients by caregivers and community network in Palian Hospital.

Materials and methods Using 7 steps of mental health department guidance as a development framework, 42 schizophrenia patients were sampled according to selection criteria. Data were collected by using the follow-up record form. Global Assessment of Functioning (GAF) scale and WHO Quality of Life - BREF (WHOQOL - BREF) were applied. Chi-square and t-test were analyzed.

Results The study revealed that the relapse and referral rate were reduced significantly. The outcomes such as regular medicine uptake, activity participation, global functioning and quality of life of individuals were improved significantly during before and after period of observation. Thus, the continuing care as proposed would promote quality of life and reduce severity of the patients.

Conclusion Based on the research and development process, when brought to try out in 42 schizophrenia patients' reveals that reduce relapses and recurrences of violence and increase quality of life and better overall talent level.

Key words: care caregiver community schizophrenia

contact address e-mail: nukai30@hotmail.com

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงและพบบ่อยที่สุด อัตราความชุกของโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 0.5-1.5 ของประชากรทั่วโลก¹ และเป็นโรคเรื้อรังที่มียาเป็นหัวใจหลักในการรักษา หากขาดยา จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล และชุมชน² การดำเนินโรคที่เรื้อรังทำให้ผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ มีอาการกำเริบซ้ำจากการขาดยาพบเป็น 5 เท่าของสาเหตุอื่นๆ³ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากระบวนการในการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีที่สุดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรงของโรคได้แก่การดูแลต่อเนื่องในชุมชน^{2,6} และให้ชุมชนสามารถจัดการให้ผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างอยู่ยกับครอบครัว สมาชิกครอบครัวจัดที่อยู่อาศัยและจัดหางานในท้องถิ่นให้ทำ เพื่อเพิ่มบริการที่ดีให้กับครอบครัวและชุมชน นอกจากการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเภทแล้ว การรักษาทางจิตสังคมแบบต่างๆ สามารถลดอาการทางจิตเพิ่มการรับรู้ความเจ็บป่วย (insight) ของผู้ป่วยทำให้มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และการดูแลรักษาที่ดี คือ การมุ่งเน้นให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมโดยการสร้างเครือข่ายการดูแลทั้งทีมสุขภาพและเครือข่ายภาคชุมชน⁴

การดำเนินงานสุขภาพจิตที่ผ่านมามีผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยพบผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุดผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรัง บางรายมีปัญหาซับซ้อน เช่น ขาดผู้ดูแลหลัก หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะอยู่รักษาเป็นเวลานานและเมื่อกลับสู่ชุมชนมักมีปัญหาในการดำเนินชีวิตขาด

ทักษะชีวิตในการที่จะจัดการกับปัญหา^{4,6} ไม่ยอมรับการรักษารักษาหรือได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องจากญาติ ขาดผู้ดูแลประกอบกับครอบครัวผู้ป่วยส่วนมากประกอบอาชีพทำสวนยางพารา ประมง มีรายได้ไม่แน่นอนค่อนข้างยากจน คนดูแลหลักต้องไปรับจ้าง และพื้นที่ตำบลปะเหลียน เป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุด 52 ราย และมีอาการกำเริบซ้ำมากที่สุด 12 ราย (ร้อยละ 21) และต้องส่งต่อ รพ.ศ.ตรัง/รพ.จิตเวช 15 ราย (ร้อยละ 29) เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีอุปสรรคต่อการมารับยาตามนัด การคมนาคมไม่สะดวก ส่งผลต่ออาการและความรุนแรงของโรคและมีปัญหาในการใช้ชีวิตร่วมกับชุมชนจนมีอาการกำเริบซ้ำจนต้องไปรับการรักษาโรงพยาบาลจิตเวช การศึกษครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา และศึกษาผลลัพธ์ของกระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายในชุมชนโรงพยาบาลปะเหลียน

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research & development) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนโรงพยาบาลปะเหลียนประชากร คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลปะเหลียน แบบผู้ป่วยนอกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลปะเหลียน แบบผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือนมกราคม ๒๕๕๖-เดือนธันวาคม ๒๕๕๗ ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลปะเหลียน ไม่จำกัดเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย

และยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยจำนวน 42 คน ซึ่งใช้แนวทางการดำเนินการ ตามการวิจัย และพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน ของกรมสุขภาพจิต⁵

การออกแบบกระบวนการพัฒนาการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยแนวทางการดำเนินการ ตามการวิจัย และพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน ของกรมสุขภาพจิต ดังนี้

- ขั้นการศึกษาความเป็นไปได้โดยสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพ และผู้นำ/ผู้บริหาร องค์กรท้องถิ่นในเขตที่ศึกษาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ก่อนการพัฒนาศึกษาทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- จัดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยกระบวนการสนทนาแบบมีส่วนร่วม Discussion-METHOD : ORID วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยชุดคำถามที่นำกลุ่มเดินไปตามเส้นทางของการสนทนา คำถามเหล่านี้ พากลุ่มผ่านระดับความสำนึกสี่ระดับ ได้แก่ วัตถุประสงค์ (objective) ไตร่ตรอง (reflective) ตีความ (interpretative) และตัดสินใจ (decisional) รวมเรียกสั้นๆ ว่า ORID โครงสร้างนี้ช่วยให้กลุ่มเคลื่อนผ่านจากการสนทนา ระดับพื้นผิวไปสู่การเข้าถึงความหมาย และปัญญารู้แจ้งอย่างลึกซึ้งกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลปะเหลียน ตัวแทนผู้ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปะเหลียน ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประธานชุมชน/กรรมการกองทุนหมู่บ้าน เพื่อสอบถามปัญหา และความต้องการในการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภท ความต้องการการช่วยเหลือ และนำผลจากการทำสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ข้อมูล

- ประชุมทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลปะเหลียน เพื่อปรับระบบบริการแบบเชิงรุก รูปแบบ Psychi Mobile Clinic เพื่อการลดระยะเวลารอคอย และต้นทุนในการมารับบริการของผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล

- จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในเครือข่ายแกนนำชุมชนองค์กรท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยในชุมชนการติดตามเยี่ยมบ้าน แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย การสัมภาษณ์เพื่อสร้างเครือข่ายพร้อมปรับทัศนคติกับชุมชน

- พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภท โดยทีมโรงพยาบาลประเมินสภาพปัญหาความต้องการการดูแล ให้การบำบัดรักษาทางโรงพยาบาล ประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขา รวมถึงจัดระบบการส่งต่อการดูแลอย่างเป็นระบบ แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม โดย

1. กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนอาการทางจิตรุนแรง Global Assessment of Function (GAF) < 50 กำหนดให้ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาโรงพยาบาลปะเหลียน ติดตามเยี่ยมบ้านตามแผนการดูแลล่วงหน้าเฉพาะรายร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่ และประชุมวิชาการร่วมกัน ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือที่บ้านผู้ป่วยให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหกรณีเร่งด่วน นำข้อมูลเพื่อปรึกษาแพทย์ หรือผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินการช่วยเหลือส่งต่อ

2. กลุ่มที่มีปัญหาไม่ซับซ้อนอาการทางจิตไม่รุนแรง GAF > 50 ให้ติดตามเยี่ยมบ้าน โดยเครือข่ายผู้ดูแลบ้าน ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และหรือแกนนำชุมชนโดยประเมิน

ปัญหา และความต้องการการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ดำเนินการช่วยเหลือตามรายด้านที่บกพร่องตาม แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยเครือข่ายผู้ดูแล และมีการส่งต่อข้อมูลคืนแบบ 2 ทาง

เครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้ เครื่องมือมีความชัดเจนด้านภาษา และครอบคลุม สาระสำคัญได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถ โดยรวม Global Assessment of Function (GAF) Scale พัฒนาจาก Global Assessment Scale และ Children's Global Assessment Scale (CGAS) และ แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด ย่อฉบับภาษาไทย 26 ข้อ

วิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลด้านการ รับประทานยาการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนอาการ กำเริบซ้ำอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อ Chi-Square และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความ สามารถโดยรวมและคุณภาพชีวิตในการติดตาม เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และ 2 ด้วยสถิติ t-test

ผล

1. ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 42 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 64 มีอายุ ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 40 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36 มีผู้ดูแลเป็นบิดาหรือมารดา ร้อยละ 48 และได้รับการขึ้นทะเบียนแล้วเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 57

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลลัพธ์กระบวนการดูแลต่อเนื่องก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่อง

	ก่อน จำนวน (ร้อยละ)		หลัง จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	
อาการกำเริบซ้ำ	10 (24)	32 (76)	1 (2)	41 (98)	<.01
อาการรุนแรง	6 (14)	36 (86)	1 (2)	41 (98)	<.01
รับประทานยาสม่ำเสมอ	16 (38)	26 (62)	41 (98)	1 (2)	<.01
การเข้าร่วมกิจกรรม	14 (33)	28 (67)	34 (81)	8 (19)	<.01

จากตารางที่ 1 ภายหลังการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่อง พบว่า อาการกำเริบซ้ำ อาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และการรับประทานยาสม่ำเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายหลังการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่อง พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 86 ระดับความสามารถโดยรวม

เพิ่มขึ้น รองลงมาร้อยละ 12 ระดับความสามารถโดยรวมเท่าเดิม และร้อยละ 2 ระดับความสามารถโดยรวมลดลง

3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ภายหลังการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่อง พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 93 คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น รองลงมาร้อยละ 7 คุณภาพชีวิตเท่าเดิม

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของคะแนนความสามารถโดยรวมที่แตกต่างกันก่อนและหลังการพัฒนา

	คะแนน (SD)		
	ก่อน	หลัง	p-value
คะแนนความสามารถโดยรวม	62 (1.4)	84 (1.1)	<.01
คะแนนคุณภาพชีวิต	68 (0.4)	102 (0.3)	<.01

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับความสามารถโดยรวมคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการพัฒนาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

จากผลการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ในการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องจากการทำสนทนากลุ่มโดยใช้วิธีการกบฏหาอย่างมีส่วนร่วม ในผู้ดูแล เครือข่ายในชุมชนและผู้ให้บริการสุขภาพ พบว่า ยังมีทัศนคติด้านลบ และเกรงกลัวผู้ป่วย รวมถึงเป้าหมายในการดูแลเนื่องจากเป็นโรคที่ไม่หายขาด และมีอาการกำเริบซ้ำได้บ่อยจากการขาดยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า สิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยไม่ประสบความสำเร็จในการรักษา เป็นเพราะผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง^{7,8} ด้าน

ตัวผู้ป่วยเองรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า กินยานานแต่อาการก็ไม่ทุเลา และยังมีอาการข้างเคียงจากยา จึงหยุดรับประทานสอดคล้องกับการศึกษา พบว่า การกลับมาเป็นซ้ำ เนื่องจากการเบื่อที่ต้องรับประทานยาหลายอย่างเป็นเวลานานส่งผลให้ผู้ป่วยลดขนาดยาหรือหยุดใช้ยาเอง^{5,9}

ผลจากการกระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายไปใช้จริงในกลุ่มเป้าหมาย (n=42) และติดตามประเมินผลภายหลังสิ้นสุดการเยี่ยมบ้าน 1 เดือน พบว่า ร้อยละของการรับประทานยา การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ระดับคะแนนของความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิตก่อนและหลังพัฒนาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการแก้ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการมารับยาได้มีการปรับรูปแบบ

การให้บริการ Psycho Mobile Clinic ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล เข้าถึงบริการรักษาได้ง่ายขึ้น ลดต้นทุนค่าใช้จ่าย ทำให้ผู้ป่วยสามารถมาตามนัดและรับยาต่อเนื่อง¹⁰ และในส่วนของผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย ได้รับการอบรมให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มีการวางแผนขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน มีการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยได้รับการดูแลในปัญหาสำคัญเรื่องการรับประทานยาไม่ถูกต้อง โดยมีสหวิชาชีพและเภสัชกรเข้าไปมีบทบาทการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาร่วมกับจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้ยาส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง⁹ ลดอุปสรรคในการเข้าถึงการบริการและเกิดสัมพันธภาพที่ดีผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า การส่งเสริมความร่วมมือและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษาทำให้เกิดผลดีต่อการรักษาได้^{7,10} และสอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า การได้รับคำแนะนำการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากการเยี่ยมบ้านทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง^{10,11} สามารถเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลได้ นอกจากนี้ผลของการได้รับการเอาใจใส่ และการยอมรับจากผู้ดูแลครอบครัวและชุมชน จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และรู้สึกปลอดภัยที่จะออกมาเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเภทให้ความสำคัญ โดยเฉพาะการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความต้องการสะท้อนทางบวก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในด้านจิตใจ สังคม และการประกอบอาชีพได้มากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{4,7,11}

จากการติดตามผู้ป่วย 3 เดือนต่อมาพบว่า อาการกำเริบซ้ำ และอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อของผู้ป่วยจิตเภทลดลงอย่างมีนัยสำคัญอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ ได้พบแพทย์ตามนัด ได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีการรับรู้อาการเตือนก่อนอาการกำเริบ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องจากการประสานการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายในการเยี่ยมบ้านและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง จึงทำให้อาการทางจิตได้รับการบำบัดให้ทุเลาลง ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น⁴ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{6,11}

ข้อจำกัดคือ บุคลากรทางสาธารณสุขมีน้อย และให้บริการได้เพียงพื้นที่ที่มีปัญหาการมารับยาและอาการกำเริบซ้ำมากที่สุดก่อน และการทำงานกับเครือข่ายในชุมชน ต้องให้ชุมชนเป็นคนตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และพร้อมที่จะสนับสนุนจึงจะทำให้งานกระบวนการนี้สามารถยั่งยืนได้

สรุป

กระบวนการดูแลต่อเนื่องโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท รับประทานยาต่อเนื่อง ลดอาการกำเริบซ้ำ และผู้ป่วยเองยังรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และชุมชนที่อาศัย ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

References

1. Long, PW. Basic facts about schizophrenia/Internet Mental Health. [On-line]. Available from <http://www.mentalhealth.com/book/p40-sc02.html>.
2. Suthijit S, Sreesurapanon M. Schizophrenia: epidemiology and treatment. J Psychiatr Assoc Thailand 2009;54: 21S-37S.
3. Department of Mental Health. Annual report of the Department of Mental Health budget. Nonthaburi. Department of Mental Health; 2009.
4. Suriyong J. Effect of the psychiatric family caregiving program on caregiving skills among caregivers of patients with schizophrenia at Suanprung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province. Available from http://www.suanprung.go.th/journal/file_pdf/271.pdf.
5. Department of Mental Health. Guide to mental health research and development. Bangkok Best Step Advertising. Nursing Times; 2011.
6. Wankheaw N. The development of care models with a DOT in patients with schizophrenia. [online] Available from <http://www.suicidethai.com>.
7. Kumsubanun S. Social factors and readmission of schizophrenia patients at Srithanya Hospital. Available from <http://www.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=2770>.
8. Wangthong A. Developing guidelines for the care of patients with chronic schizophrenia (DOTs Care for Cure). Plans to develop a network of researchers from the routine.[online]2010. Available from <http://r2r.hsri.or.th>.
9. Kulsri S, Dangdomyouth P. Psychoeducation program emphasizing motivation enhancement on medication adherence in schizophrenia patients. J Somdet Chaopraya Institute of psychiatry. 2009;3:31-42.
10. Srithanya Hospital. Guidelines for the promotion of cooperation in the drug in patients with schizophrenia: knowledge of psychiatric rehabilitation. Nonthaburi; 2009.
11. Dumrak P, Wangthong A. Community participation in caring of complex chronic schizophrenia patients in nongjok, Pattani province. J Assoc Res 2014;19:92-103.
12. Thummawong P, Keawma P. Effect of assertive community treatment program on quality of life and global assessment of function for metamphetamine psychosis's patients. Bull Suanprung 2009;25:57-66.