



นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อระยะเวลาการอยู่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทในกรุงเทพมหานคร

สาวตรี แสงสว่าง*, ประเทือง สะออสวรรณ*,
อัญชลี ศรีสุพรรณ*, กาญจนา สุกใจ*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อระยะเวลาการอยู่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทในกรุงเทพมหานคร

วัสดุและวิธีการ : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest – posttest design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 28 วัน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ระหว่างเดือนตุลาคม 2556 – กันยายน 2557 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเข้ากลุ่มควบคุม 29 คน และกลุ่มทดลอง 27 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลหลังจำหน่ายตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการดูแลหลังจำหน่ายด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ซึ่งพัฒนามาจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของภัทรภรณ์ และคณะ ตามแนวคิดการพัฒนาทักษะของ Dreyfus and Dreyfus 2) แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) 3) แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช และ 4) แบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาการอยู่บ้านได้ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติเชิงอนุมาน Unpaired t-test

ผล : ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการอยู่บ้านเท่ากับ 126.41 วัน และกลุ่มทดลองเท่ากับ 233.78 วัน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มทดลองสามารถอยู่บ้านได้นานกว่ากลุ่มควบคุม 107.37 วัน ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบร้อยละ 74.07 และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.87$, $SD = 0.93$) ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกละเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 46.28$, $SD = 16.12$)

สรุป : โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในกรุงเทพมหานคร เป็นการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้ชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุขมีส่วนร่วม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้โดยไม่รู้ลืกละเป็นภาระมากเกินไป

คำสำคัญ : การเยี่ยมบ้าน, ผู้ป่วยจิตเภท, ระยะเวลาการอยู่บ้าน



THE EFFECTIVENESS OF HOME HEALTH CARE PROGRAM ON LENGTH OF HOME STAY IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS IN BANGKOK

Sawitree saengsawang, Prathaung Laorsuwan*,
Ancharee Srisuphan*, Kanchana Sutchai**

Abstract

Objective : To study the effectiveness of home health care program on length of home stay in schizophrenia patients in Bangkok.

Material and method : This was quasi-experimental study on two group with pre and post-test design. The subjects which selected by purposive sampling and then divided into control and experimental group were 56 schizophrenic patients who readmitted within 28 days at somdet Chaopraya Institute of Psychiatry during October 2013 - September 2014, and they live in Bangkok. The control group received treatment as usual. The experimental group received Home Health Care program. The instruments were the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Quality of life measurement of psychiatric patients, the burden of care questionnaire, and length of home stay. The data were analyzed using descriptive statistics for mean, percentage and comparative data on length of home stay of control and experimental group using inferential statistics for unpaired t-test.

Results : After home health care program, The mean score of length of home stay among control group was 126.41 days while the experimental group was 233.78 days. It revealed that length of home stay among experimental group was significantly longer than those of control group 107.37 days ($p = 0.005$). The patients who received program had decrease psychotic symptoms (74.07%) and high quality of life level ($\bar{x} = 2.87$, $SD = 0.93$). Their care givers had moderate burden of care ($\bar{x} = 46.28$, $SD = 16.12$).

Conclusion : Findings suggested that this Home Health Care program in Bangkok should be recommended to train family and patients for schizophrenic patients caring skill development including community and health center participation. This could help schizophrenia patients and caregivers ability increasing both sustainable living and good quality of life without burden feeling.

Keywords : home health care, length of home stay, schizophrenia patient

*Registered Nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน สัมพันธภาพต่อคนรอบข้าง ผู้ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและมีอาการกำเริบได้บ่อย¹ จากการสำรวจปัญหาทางสุขภาพจิตในประเทศไทย พบว่า ความชุกของโรคจิตเวชพบได้ร้อยละ 14.3 โดยมีความชุกของโรคจิตร้อยละ 0.5² และการศึกษาภาระโรค (DALY) ของประเทศไทยปี พ.ศ. 2552 พบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคอันดับที่ 18 ในเพศชาย และ 19 ในเพศหญิงที่ทำให้เกิดทุพพลภาพมากที่สุด³ อีกทั้งประชากรในชุมชนมีความรู้สึกลในด้านลบต่อโรคจิตเภทและกลุ่มโรคจิตเสียดและยาเสพติดมากที่สุด⁴ เพราะรู้สึกว่าบุคคลเหล่านี้มีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้และเป็นอันตรายต่อชุมชน ผลจากอคตินี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรังเกียจและไม่มารักษาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีอาการกำเริบและส่งผลกระทบต่อชีวิตของครอบครัวและชุมชนมากขึ้น^{4,5} ผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแล การเฝ้าระวัง และการควบคุมอาการอย่างสม่ำเสมอ¹ ฉะนั้นสิ่งที่สำคัญคือการสร้างระบบชุมชนที่สามารถช่วยผู้ป่วยให้ใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้นานที่สุด การติดตามดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงเป็นกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชน⁶

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเน้นการให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลและสนับสนุนให้ผู้ป่วยอยู่กับครอบครัวได้⁷ ซึ่งหน่วยบริการ

ปฐมภูมิมีจุดเน้นสำคัญในบริการครอบครัวและชุมชน⁸ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเป็นวิธีการบำบัดทางสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างหนึ่งที่ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสังคม โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการพึ่งตนเองให้สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน⁹ โดยมีกิจกรรมในการดูแลสุขภาพจิตสมาชิกในครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไข โดยมีพยาบาลชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นเครือข่ายในการร่วมดูแลผู้ป่วย การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นการสร้างเครือข่ายในการทำงานในชุมชน เป็นการดูแลและเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยได้มากขึ้น รวมทั้งนำปัญหามาวางแผนแก้ไขร่วมกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุข ครอบครัว และชุมชนของผู้ป่วย เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชให้ดีขึ้น¹⁰

กรุงเทพมหานคร เป็นชุมชนเมืองขนาดใหญ่ มีความหลากหลายและแตกต่างกันของประชากร สมาชิกในชุมชนต้องอยู่ภายใต้ภาวะกดดัน และส่วนใหญ่เป็นผู้ย้ายถิ่นฐานเข้ามาอาศัย ทำให้มีความผูกพันกันน้อย สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความเครียดส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบได้ง่าย¹¹ ด้านสาธารณสุขนั้นเป็นหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุข ลำานก่อนามัย กรุงเทพมหานคร ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งการเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ จึงได้พัฒนาระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีสถาบันจิตเวชศาสตร์

สมเด็จพระเจ้าพระยาเป็นพี่เลี้ยงในการทำงาน เพื่อสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกรุงเทพมหานครตั้งแต่การรักษาในโรงพยาบาลจนถึงการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในกรุงเทพมหานครอย่างครบวงจร แต่เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น และระบบการดูแลเดิมเป็นแบบตั้งรับอยู่ภายในสถาบันเพียงอย่างเดียว ทำให้เกิดปัญหาผู้ป่วยมีอาการกำเริบจนต้องกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในบ่อยจนเกิดความแออัดสถาบันฯ จึงได้พัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในกรุงเทพมหานครร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุขสุขอย่างเป็นรูปแบบตั้งแต่ปี 2552 แต่ยังไม่ได้มีการประเมินประสิทธิผลของระบบนี้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาประสิทธิผลของระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นการประเมินและนำไปพัฒนาระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกรุงเทพมหานครให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest – posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชตามเกณฑ์ ICD-10 ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และอาศัยอยู่ใน

กรุงเทพมหานคร มีคุณสมบัติคือ เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 28 วันในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม 2556 – กันยายน 2557 ทุกคน ได้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลหลังจำหน่ายด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านร่วมกับการพบแพทย์ตามนัด และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลหลังจำหน่ายด้วยการพบแพทย์ตามนัดเท่านั้น กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน ได้กลุ่มตัวอย่าง 44 คน

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยรายบุคคลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาของการอยู่บ้านก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยระยะเวลาการอยู่บ้านของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าโปรแกรมนับจากจำนวนวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อนจนถึงวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ และระยะเวลาการอยู่บ้านหลังเข้าโปรแกรมนับจากวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งนี้จนถึงวันที่ผู้ป่วยกลับมารักษาในโรงพยาบาลในครั้งถัดไปหรือจนครบ 1 ปีหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา¹² ซึ่งได้พัฒนาจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และคณะ¹³ ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดการพัฒนาทักษะของ Dreyfus and Dreyfus¹⁴ ประกอบด้วยกิจกรรม

6 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 เป็นการแนะนำและตกลงบริการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยภายใน 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากสถาบันฯ และครั้งที่ 3 - 6 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุก 3 เดือน จนครบ 1 ปี โดยการติดตามเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้งผู้ป่วยจะได้รับการประเมินปัญหาและการช่วยเหลือ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยาและอาการข้างเคียง ด้านอาการทางจิต ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านทักษะการใช้ชีวิต ด้านพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ และด้านคุณภาพชีวิต จากทีมเยี่ยมบ้านซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และพยาบาลจิตเวชจากศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 2 ท่าน พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน นำไปทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไขแล้ว

3. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) ของ Overall & Gorham¹⁵ และนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์¹⁶ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 ประกอบด้วย 18 ข้อคำถาม มีลักษณะคำตอบเป็นการประมาณค่าตั้งแต่ 1 - 7 คะแนน ตั้งแต่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรงมาก โดยมีการแปลผลดังนี้

คะแนน 18 - 36 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติหรือมีอาการทางจิตเล็กน้อย

คะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง

4. แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา¹⁷ ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ ให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมมากที่สุด มีลักษณะคำตอบเป็นประมาณค่า 1 - 4 คะแนน ตั้งแต่ไม่มีเลยถึงตลอดเวลา มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87 มีการแปลผลเป็นการหาค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต โดยมีเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.28 - 4.00 หมายถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับสูงมาก

ค่าเฉลี่ย 2.52 - 3.27 หมายถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 1.76 - 2.51 หมายถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.75 หมายถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับต่ำ

5. แบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของนพรัตน์ ไชยธานี¹⁸ ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ให้เลือกคำตอบที่บอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีลักษณะคำตอบเป็นประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด ซึ่งมีสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93 มีการแปลผลเป็นการหาร้อยละคะแนนความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

ร้อยละ 81 - 100 หมายถึงความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับมากที่สุด

ร้อยละ 61 - 80 หมายถึง
ความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับมาก

ร้อยละ 41 - 60 หมายถึง
ความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับปานกลาง

ร้อยละ 21 - 40 หมายถึง
ความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับน้อย

ร้อยละ 0 - 20 หมายถึง
ความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วย และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาเฉลี่ยของการอยู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Unpaired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผล

ผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน เข้าภายใน 28 วัน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระหว่างเดือนตุลาคม 2556 - กันยายน 2557 มีทั้งหมด 56 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 27 คน และกลุ่มควบคุม 29 คน โดยพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.7) อายุระหว่าง 30 - 39 ปี (ร้อยละ 40.7) สถานภาพโสด (ร้อยละ 85.2) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 77.7) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 40.7) สำหรับกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง โดยพบว่า

ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 68.9) อายุระหว่าง 30 - 39 ปี (ร้อยละ 41.4) สถานภาพโสด (ร้อยละ 86.2) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 79.3) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายเท่าๆ กัน (ร้อยละ 34.5) ดังตารางที่ 1

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีอาการทางจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือมีอาการทางจิตเล็กน้อยร้อยละ 74.07 มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.87$, $SD = 0.93$) ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 46.28$, $SD = 16.12$) ดังตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยของการอยู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนภายหลังการทดลองพบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยของการอยู่บ้านของกลุ่มทดลองนานกว่ากลุ่มควบคุม 107.37 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาดังตารางที่ 3

อภิปราย

ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้น ได้รับการพัฒนาทักษะการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ทักษะการจัดการกับภาวะโรค การดูแลด้านอาการที่ไม่พึงประสงค์ และทักษะการบริหารยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทักษะดังกล่าวเป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาภายใน 28 วัน (n = 56)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 27)		กลุ่มควบคุม (n = 29)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	18	66.7	20	68.9
หญิง	9	33.3	9	31.1
อายุ				
17 - 29 ปี	7	25.9	6	20.7
30 - 39 ปี	11	40.7	12	41.4
40 - 49 ปี	6	22.3	8	27.5
50 - 59 ปี	3	11.1	3	10.4
สถานภาพสมรส				
โสด	23	85.2	25	86.2
สมรส	3	11.1	2	6.8
หม้าย/หย่า/แยก	1	3.7	2	6.8
อาชีพ				
ประกอบอาชีพ	6	22.3	6	20.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	21	77.7	23	79.3
การศึกษา				
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	22.3	10	34.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	11	40.7	10	34.5
อุดมศึกษา	9	33.3	6	20.7
ไม่ระบุ	1	3.7	3	10.3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินอาการทางจิต คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

การประเมิน	จำนวน (n = 27)	ร้อยละ
อาการทางจิตสงบ (BPRS < 36)	20	74.07
	ค่าเฉลี่ยคะแนน ($\bar{x}$)	SD
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	2.87	0.93
ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย	46.28	16.12

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยของการอยู่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท

	ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการอยู่บ้าน (วัน)		95% CI	p-value
	กลุ่มทดลอง (SD)	กลุ่มควบคุม (SD)		
ก่อนการทดลอง	14.30 (9.35)	13.97 (8.15)	-4.36, 5.02	0.888
หลังการทดลอง	233.78 (147.33)	126.41 (126.34)	33.98, 180.74	0.005*

*p-value < 0.05

ดังนั้นการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับโปรแกรม จึงทำให้สามารถแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้น และควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยได้ อีกทั้ง ในกิจกรรมการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการประเมินปัญหา 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารยาและการจัดการกับอาการข้างเคียง ด้านอาการทางจิต ด้านสัมพันธภาพ ในครอบครัว ด้านทักษะการใช้ชีวิต ด้านพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ และด้านคุณภาพชีวิต ตลอดจนได้รับความช่วยเหลือจากทีมเยี่ยมบ้านจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย และทีมเยี่ยมบ้านจากศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดและอยู่ในชุมชนเดียวกันกับผู้ป่วย เมื่อชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือ และการสนับสนุนจากชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเมธา พันธุ์รัมย์¹⁹ และ David²⁰ ที่พบว่าการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ดูแลและชุมชนสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การมีส่วนร่วมของสถานพยาบาลในชุมชน และแผนการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม สามารถสร้างความร่วมมือในการ

รักษาของผู้ป่วยได้

โปรแกรมการดูแลที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับนั้นเป็นโปรแกรมระยะยาว มีการติดตามไปเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอทุก 3 เดือน ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี ซึ่งทำให้ผู้ป่วยยังคงอยู่ในระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง ควบคุมอาการทางจิตได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในชุมชนและอยู่บ้านได้นานขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี และผู้ดูแลไม่รู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยมากเกินไป สอดคล้องกับการศึกษาของอมราศิริกุล²¹ ที่พบว่าการใช้มาตรฐานการพยาบาลในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสามารถทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้และครอบครัวมีความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่มีอาการกำเริบ และการศึกษาการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในประเทศบราซิลสามารถลดจำนวนและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทลงได้²²

สรุป

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ในกรุงเทพมหานคร เป็นการพัฒนาทักษะการ

ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้ชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสามารถช่วยให้ญาติดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ และตัวผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และสามารถอยู่ในสังคมได้นานขึ้น

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนแบบย้อนหลังซึ่งอาจทำให้ข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วนดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้าจะทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล. โรคจิตเภทในจิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพมหานคร: บริษัทปิ xon ์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2547.
2. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, วชิระ เฟื่องจันทร์, วรวรรณ จูทา. ระบาดวิทยาโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การศึกษาระดับชาติ 2551. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2556; 21(1): 14-23.
3. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด; 2555.
4. Crisp AH, Gelder MG. Stigmatization of people with mental illnesses. Br J Psychiatry 2000; 177: 4-7.
5. Bhugra D. Attitudes towards mental illness; a review of the literature. Acta Psychiatr Scand 1989; 80: 1-12.
6. อรุณี โสถถิวนิชย์วงศ์, นิตยา สุริยะพันธ์. ผลการใช้โปรแกรม PDSO ต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา 2554; 12(2): 22-7.
7. ณัฐธิญา โสพิศพรมงคล, รังสิมันต์ สุนทรไชยา. ผลของโปรแกรมกลุ่มแบบหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2558; 29(1): 139-50.
8. ปราณี ประไพวัชรพันธ์. คู่มือการดูแลครอบครัวสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. นครราชสีมา: มปท.; 2554
9. สุวนีย์ เกียรติแก้ว. การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์; 2545.
10. ประภาส อนันดา, จริญญา ทองเอนก. ผลของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านตำบลขาว อำเภอสกลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2555. วารสารสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น 2556; 20(1): 1-8.
11. สิ้นเงิน สุขสมปอง, สาวิตรี แสงสว่าง, ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์. ความสุขของโรคจิตเวชในสังคมเมืองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารสวนปรุง 2559; 32(1): 32-46.
12. กลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. คู่มือปฏิบัติการรายกรณี สำหรับพยาบาลเยี่ยมบ้าน. กรุงเทพมหานคร: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา; 2551.
13. กัทรากรณ์ หุ่นปั้นคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาว์ เรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน: รูปแบบและโปรแกรมการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ, เชียงใหม่; 2548.
14. Tungpunkom P. Staying in balance: Skill and role development in psychiatric caregiving. [Ph.D. thesis]. San Francisco: University of California; 2000.

15. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports* 1962; 10: 799-812.
16. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. โครงการอบรมแนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PANSS. ใน เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
17. กาญจนา สุทธิเนียม, ชลพร กองคำ. การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2555; 26(3): 28-40.
18. นพรัตน์ ไชยธานี. ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
19. เมธา พันธุ์รัมย์. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสาดเดียว อำเภอนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์. [online]. Available from: <http://203.157.162.13/~nonghong/modules.php?name=News&file=article&thold=-1&mode=flat&order=0&sid=9> [2015 Nov 26].
20. David MC, Wendy E. Thinking outside the pillbox - medication adherence as a priority for health care reform. *N Engl J Med* 2010; 362: 1553-55.
21. อมรา ศรีกุล. การใช้มาตรฐานการพยาบาลในชุมชนในผู้ป่วยจิตเวช: กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความคิดหวาดระแวง. *วารสารโรงพยาบาลพิจิตร* 2556; 28(1): 81-92.
22. Hassain HAA, Tarada M, Redha M, Sequeira RP. Evaluation of community psychiatric-home visit treatment versus outpatient treatment of chronic schizophrenia patients in Bahrain. *The Arab Journal of Psychiatry* 2009; 20(1): 34-41.