



นิพนธ์ต้นฉบับ (ORIGINAL ARTICLE)

ผลของโปรแกรมการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อ ระยะเวลาการอยู่บ้านได้ของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก

สาวิตรี แสงสว่าง*, ประเทือง ละออสุวรรณ*,

อัญชลี ศรีสุพรรณ*, กาญจนา สุกใจ*

วันรับบทความ : 9 เมษายน 2561

วันแก้ไขบทความ : 20 กรกฎาคม 2561

วันตอบรับบทความ : 4 สิงหาคม 2561

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของผลของโปรแกรมการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อระยะเวลาการอยู่บ้านได้ของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก

วัสดุและวิธีการ : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเป็นครั้งแรก มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2556 – กันยายน พ.ศ. 2557 จำนวน 50 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลหลังจำหน่ายตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการดูแลหลังจำหน่ายตามปกติร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งพัฒนามาจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของภัทรภรณ์ หุ่นปั้นคำ และคณะ 2) แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) 3) แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช และ 4) แบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาการอยู่บ้านได้ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test

ผล : กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 50 คน คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน มีลักษณะประชากรคล้ายคลึงกันคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 30 - 39 ปี สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับปริญญาตรี สามารถประกอบอาชีพได้ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการอยู่บ้านเท่ากับ 367.43 วัน กลุ่มควบคุมเท่ากับ 339.59 วัน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทางสถิติแล้วพบว่าไม่แตกต่างกัน และผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอาการทางจิตสงบร้อยละ 90.90 และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง (เฉลี่ย = 3.09, SD = 0.18) ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย = 40.18, SD = 11.34)

สรุป : การเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก เป็นการพัฒนาทักษะการดูแลให้กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้ชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุขมีส่วนร่วม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้โดยไม่รู้สึกเป็นภาระมากเกินไป

คำสำคัญ : โปรแกรมการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน, ผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก, ระยะเวลาการอยู่บ้าน

*พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



THE EFFECT OF HOME VISITS PROGRAM ON LENGTH OF HOME STAY IN FIRST EPISODE SCHIZOPHRENIA

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

Received : April 9, 2018

Revised : July 20, 2018

Accepted : August 4, 2018

Abstract

Objective: To study the effect of home visits program on the length of home staying period in first episode schizophrenia.

Material and Methods: This was quasi-experimental study with two group conducting pretest – posttest design. The participants are first episode schizophrenic patients at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry during October 2013 to September 2014 and live in Bangkok. They was selected to control group and experimental group. The control group received treatment as usual. The experimental group participated in the 6 sessions of home visits program developed from skill and role development in psychiatric care giving of Tungpunkum P. The effectiveness was evaluated by the Brief Psychotic Rating Scale (BPRS), the Quality of Life Measurement of Psychiatric Patient, the burden of care questionnaires and length of home stay. The descriptive statistic and independent t-test were used to analyze.

Results: The participants consisted of 50 first episode schizophrenic patients. They was selected to be 22 patients in control group and 28 patients in experimental group. Their characteristic are similar, mostly are male between 30-39 years old, single, already held Bachelor's degree graduated work experience. After home visits program, The patients had 367.43 days of home staying period and the control group had 339.59 days, showing that there is no difference is significantly statistics. The experimental group were stable psychotic symptoms (90.90%) and high quality of life (average = 3.09, SD = 0.18). Their care givers had moderate burden of care (average = 40.18, SD = 11.34).

Conclusion: The home visits in the first episode schizophrenia could improve self-care skills of patients and support the participation of patient's family, community and health center. It assisted the patients took care of themselves and lived in community with good quality of life so that the caregivers were not feeling burden form care.

Keywords: home visits program in schizophrenia, first schizophrenic patient, length of home stay

*Registered nurse, Somdet Chaopraya Psychiatric Institute

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรังที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานและก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมาก ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตนั้น มีโอกาสหายขาดไม่มากนัก และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง¹ เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยเป็นครั้งแรก แต่ไม่ได้รับการรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่ดีพอ มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 0.3 ของประชากรจะมีประสบการณ์เกิดอาการทางจิตครั้งแรกอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต² และอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่าสูงถึงร้อยละ 41 - 79³ ทำให้มีโอกาสดูแลเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ลดลง ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในครอบครัว การงาน และสังคม อีกทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาอีกด้วย ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำจึงมีความสำคัญในการแก้ปัญหาโรคจิตเภทเรื้อรังได้⁴

มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมาป่วยซ้ำพบได้หลายปัจจัย ได้แก่ เพศ ความไม่ร่วมมือในการรักษา และการรับประทานยา การใช้สารเสพติดรวมถึงการสูบบุหรี่ อายุซึ่งพบว่าผู้ป่วยอายุน้อยส่วนใหญ่มักจะมีโอกาสกลับกำเริบซ้ำได้มากกว่าผู้ป่วยอายุมาก ในขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีคนดูแลก็มีโอกาสมีอาการกำเริบซ้ำได้เช่นกัน ระยะเวลาการเจ็บป่วยก่อนการได้รับการรักษาก็มีผลต่อการป่วยซ้ำเช่นกัน ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกส่วนใหญ่มักจะตอบสนองต่อการรักษาได้ดีแต่กลับมีอาการกำเริบซ้ำได้บ่อยในช่วงปีแรกของการเจ็บป่วย อีกทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท ยา การรักษา

และการดูแลอย่างเหมาะสม ตลอดจนมีทัศนคติและปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวที่ไม่ดี⁵ ในด้านชุมชน ทัศนคติของบุคคลในชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทก็เป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่ง กล่าวคือ ชุมชนมีความรู้สึกสงสารที่เห็นผู้ป่วยไม่ได้รับความเป็นธรรม แต่ในขณะเดียวกันก็จะรู้สึกรำคาญเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ ดังนั้นในช่วงปีแรกจึงเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่ต้องให้มีการติดตามการดูแลรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

การติดตามดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงเป็นกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชน⁶ การเยี่ยมบ้านเป็นวิธีการที่ใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้านซึ่งมีรูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมที่ทำให้เรามองภาพการดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกด้าน และเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของครอบครัว⁷ อีกทั้งกรุงเทพฯ เป็นชุมชนเมืองที่มีความเฉพาะเจาะจงการเยี่ยมบ้านจึงนับเป็นกิจกรรมสำคัญของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน⁸ ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดทางสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างหนึ่งที่เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสังคม โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการพึ่งพาตนเองให้สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน⁹ โดยมีกิจกรรมการดูแลสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ซึ่งมีพยาบาลชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นเครือข่ายในการร่วมดูแลผู้ป่วย¹⁰ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นการสร้างเครือข่ายการทำงานใน

ชุมชนในด้านการดูแลและเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยได้มากขึ้น รวมทั้งนำปัญหามาวางแผนแก้ไขร่วมกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุข ครอบครัว และชุมชนของผู้ป่วยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชให้ดีขึ้น¹⁰

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จึงได้นำกิจกรรมการเยี่ยมบ้านมาใช้ในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นการติดตามดูแล เฝ้าระวัง และควบคุมอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสนับสนุนญาติและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ ลดโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการอยู่บ้านได้ของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังจำหน่ายออกจากสถาบัน

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest – posttest design) เพื่อศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านต่อระยะเวลาการอยู่บ้านได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท (F20.0 - 20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) เป็นครั้งแรก อายุ 20-59 ปี มีที่พักอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ได้รับ

การรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2556 – กันยายน พ.ศ.2557 และญาติผู้ป่วยยินยอมให้มีการติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับการติดตามด้วยโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลหลังจำหน่ายด้วยการพยาบาลตามปกติเท่านั้นซึ่งได้แก่ การนัดผู้ป่วยติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาและการติดตามทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัด

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยรายบุคคลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาของการอยู่บ้านเมื่อจำหน่ายออกจากสถาบันฯ ซึ่งนับจากวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนถึงวันที่ผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลในครั้งถัดไปหรือจนครบ 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. โปรแกรมการเยี่ยมบ้านของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา¹¹ ซึ่งได้พัฒนาจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และคณะ¹² ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดการพัฒนาทักษะของ Dreyfus and Dreyfus ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 เป็นการแนะนำและตกลงบริการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยภายใน 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากสถาบันฯ และครั้งที่ 3 - 6 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ทุก 3 เดือน จนครบ 1 ปี โดยการติดตามเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้งผู้ป่วยจะได้รับการประเมินปัญหาและการช่วยเหลือ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยาและอาการข้างเคียง ด้านอาการทางจิต ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านทักษะการใช้ชีวิต ด้านพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ และด้านคุณภาพชีวิต จากทีมเยี่ยมบ้านซึ่งประกอบด้วยพยาบาลจิตเวชจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและจากศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งพยาบาลเยี่ยมบ้านจากศูนย์บริการสาธารณสุขมีหน้าที่ในการสนับสนุนข้อมูลด้านทรัพยากรในชุมชน โปรแกรมการเยี่ยมบ้านนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 2 ท่าน พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน นำไปทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไขแล้ว

3. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) ของ Overall & Gorham¹³ และนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์¹⁴ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 ประกอบด้วย 18 ข้อคำถาม มีลักษณะคำตอบเป็นการประมาณค่าตั้งแต่ 1 - 7 คะแนน ตั้งแต่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรงมาก โดยมีการแปลผลดังนี้

คะแนนระหว่าง 18 - 36 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติหรือมีอาการทางจิตเล็กน้อย

คะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง

4. แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา¹⁵ พัฒนาโดยกาญจนา สุทธิเนียม และชลพร กองคำ ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ โดยให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม

มากที่สุด มีลักษณะคำตอบเป็นประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีเลยจนถึงมีตลอดเวลา มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบราก (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87 มีการแปลผลเป็นการหาค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต โดยมีเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.28 - 4.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับสูงมาก

ค่าเฉลี่ย 2.52 - 3.27 หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 1.76 - 2.51 หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.75 หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับต่ำ

5. แบบวัดการระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของนพรัตน์ ไชยธานี¹⁶ ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ให้เลือกคำตอบที่บอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีลักษณะคำตอบเป็นประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบราก (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93 มีการแปลผลเป็นการหาร้อยละคะแนนความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

ร้อยละ 81 - 100 หมายถึง ความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับมากที่สุด

ร้อยละ 61 - 80 หมายถึง ความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับมาก

ร้อยละ 41 - 60 หมายถึง ความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับปานกลาง

ร้อยละ 21 - 40 หมายถึง ความรู้สึก

เป็นการอยู่ในระดับน้อย

ร้อยละ 0 - 20 หมายถึง ความรู้สึกเป็น
การอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
ด้วยตนเองโดยการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ
ตามเกณฑ์ที่กำหนด สืบค้นข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลัง
จากเวชระเบียนผู้ป่วย และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล
ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่าง
ของระยะเวลาเฉลี่ยของการอยู่บ้านระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติการ
ทดสอบที (Independent t-test) กำหนดระดับ

นัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผล

ผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกที่รับไว้รักษา
แบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์
สมเด็จพระเจ้าพระยาระหว่างเดือนตุลาคม 2556 -
กันยายน 2557 มีทั้งหมด 50 คน คัดเลือกแบบ
เฉพาะเจาะจงเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 28 คน
และกลุ่มควบคุม 22 คน โดยพบว่า กลุ่มทดลอง
ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.1) มีอายุ
ระหว่าง 30-39 และ 40-49 ปีจำนวนเท่าๆ กัน
(ร้อยละ 32.1) สถานภาพโสด (ร้อยละ 78.6)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก (n = 50)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=28)		กลุ่มควบคุม (n=22)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	16	57.1	15	68.2
หญิง	12	42.9	7	31.8
อายุ				
17 - 29 ปี	8	28.6	9	40.9
30 - 39 ปี	9	32.1	10	45.5
40 - 49 ปี	9	32.1	3	13.6
50 - 59 ปี	2	7.1	0	0.0
สถานภาพสมรส				
โสด	22	78.6	18	81.8
สมรส	1	3.6	2	9.1
หม้าย/หย่า/แยก	5	17.9	2	9.1
อาชีพ				
ประกอบอาชีพ	22	78.6	20	90.9
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	21.4	2	9.1
การศึกษา				
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	17.9	5	22.7
ปริญญาตรี	9	32.1	5	22.7
สูงกว่าปริญญาตรี	12	42.9	10	45.5
ไม่ระบุ	2	7.1	2	9.1

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยของการอยู่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกหลังสิ้นสุดการทดลอง

	ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการอยู่บ้าน (SD)	95% CI	p-value
กลุ่มทดลอง	367.43 (127.23)	-41.87, 97.54	0.42
กลุ่มควบคุม	339.59 (114.17)		

สามารถประกอบอาชีพได้ (ร้อยละ 78.6) จบการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 42.9) สำหรับกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 68.2) อายุระหว่าง 30 - 39 ปี (ร้อยละ 45.5) สถานภาพโสด (ร้อยละ 81.8) สามารถประกอบอาชีพได้ (ร้อยละ 90.9) จบการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 45.5) ดังตารางที่ 1

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยของการอยู่บ้านของกลุ่มทดลองเป็น 367.43 วัน (SD = 127.23) และกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาเฉลี่ยของการอยู่บ้านเป็น 339.59 วัน (SD = 114.17) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติแล้วพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านมีอาการทางจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือมีอาการทางจิตเล็กน้อยร้อยละ 72.7 มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง (เฉลี่ย = 3.08, SD = 0.18) ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อย (เฉลี่ย = 39.78, SD = 11.33)

อภิปราย

โปรแกรมการเยี่ยมบ้านนั้นเป็นกิจกรรมที่มีการพัฒนาทักษะการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

ทักษะการจัดการกับอาการของโรค การดูแลด้านอาการที่ไม่พึงประสงค์และทักษะการบริหารยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทักษะดังกล่าวเป็นประโยชน์ในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ การที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านจึงทำให้สามารถแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยได้อีกทั้งในกิจกรรมการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการประเมินปัญหา 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารยาและการจัดการกับอาการข้างเคียง ด้านอาการทางจิต ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านทักษะการใช้ชีวิตด้านพฤติกรรม ไม่พึงประสงค์ และด้านคุณภาพชีวิต ตลอดจนได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลจิตเวชของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาซึ่งเป็นผู้ที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และพยาบาลจิตเวชจากศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ซึ่งเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดและอยู่ในชุมชนเดียวกันกับผู้ป่วยทำให้มีความคุ้นเคยกับผู้นำชุมชนและแหล่งสนับสนุนต่างๆ ในชุมชน เมื่อชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเมธา พันธุ์รัมย์¹⁷ และ David¹⁸ ที่พบว่า การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ดูแลและชุมชนสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข และ

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การมีส่วนร่วมของสถานพยาบาลในชุมชน และแผนการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม สามารถสร้างความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้

เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการอยู่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติแล้วพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากญาติและผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยเป็นครั้งแรกส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา และการดูแลผู้ป่วย¹⁹ และลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นผู้ที่มีการศึกษาดี อยู่ในวัยทำงาน เมื่อผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลและช่วยเหลือจนสามารถดูแลตนเองได้แล้วจึงกลับสามารถกลับดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติ ทั้งด้านกิจวัตรประจำวันและด้านการทำงาน ซึ่งทั้งโปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการพยาบาลตามปกติที่มีการนัดพบผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกก็มีการให้ความรู้ในเรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน อีกทั้งเมื่อผู้ป่วยป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นครั้งแรกญาติหรือผู้ดูแลมีความกดดันในการดูแลและรู้สึกหวั่นกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จึงให้ความสำคัญและสนใจในเรื่องการดูแลรักษาของผู้ป่วยมาก ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาและร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี²⁰

การประเมินปัญหาและช่วยเหลือในด้านการบริหารยาเป็นกิจกรรมสำคัญที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทุก 3 เดือน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่ขาดยาและมีกำลังใจในการรักษา ซึ่งปัจจัยด้านความร่วมมือในการรับประทาน

ยาเป็นปัจจัยที่สำคัญทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่สงบและไม่กลับเป็นซ้ำอีก²¹ อีกทั้งทีมเยี่ยมบ้านที่มีพยาบาลจากศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้บริการอยู่ใกล้บ้านของผู้ป่วย สนับสนุนด้านข้อมูลของแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการให้ความช่วยเหลือ และประสานงานกับพยาบาลจิตเวชของสถาบันฯ ได้อย่างสะดวก เป็นการช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายและได้รับความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง จะทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ ไม่รู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง²²

สรุป

โปรแกรมการเยี่ยมบ้านเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกให้สามารถดูแลตนเองได้และสนับสนุนให้ครอบครัวมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกและครอบครัวมีความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยที่ดีแล้วก็จะสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้นาน ซึ่งกิจกรรมการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกและครอบครัวนั้นสามารถทำได้ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. กรุงเทพฯ: บี ขอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2547.
2. Martens L, Baker S. Promoting recovery from first episode psychosis: a guide for families. Canada: Christine Harris; 2009.

3. Zipursky RB, Menezes NM, Streiner DL. Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: A systematic review. *Schizophr Res* 2013; 152: 408-14.
4. Burns T, Fiander M, Audini B. A Delphi approach to characterizing 'relapse' as used in UK clinical practice. *Int J Soc Psychiatry* 2000; 46: 220-30.
5. Delbert R, Margaret GW, Jose JA, Robert B, Robert G, Stephen G, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(3): 241-247.
6. Suchanya L, Yajai S, Yupapin S, Chukiat V. Psychological distress of family members caring for a relative with first episode schizophrenia. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2016; 20(3): 183-95.
7. สุพัฒนา สุขสว่าง, สิริลักษณ์ สว่างสิน. การศึกษาตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท. เอกสารการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ; 2548.
8. อรุณี โสถถิวนิชขังค์, นิตยา สุริยะพันธ์. ผลการใช้โปรแกรม PDSO ต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา 2554; 12(2): 22-7.
9. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์; 2555.
10. Crisp AH, Gelder MG. Stigmatization of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 4-7.
11. กลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. คู่มือปฏิบัติการรายกรณี สำหรับพยาบาลเยี่ยมบ้าน. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; 2551
12. ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาวัลย์ เรืองยศ, ปิทธิพรศ ศิลปกิจ และ สุวัฒน์ มหัตถินันต์กุล. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน: รูปแบบและโปรแกรมการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ. เชียงใหม่; 2548.
13. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psycho Rep* 1962; 10: 799-812.
14. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. โครงการอบรมแนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PANSS. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการประชุมอาการผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนปรุง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2545.
15. กาญจนา สุทธิเนียม, ชลพร กองคำ. การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2555; 26(3): 28-40.
16. นพรัตน์ ไชยขำนิ. ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. [วิทยานิพนธ์] กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
17. เมธา พันธุ์รัมย์. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสาดิษฐ์ 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].
18. 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.
19. เรณูการ์ ทองคำรอด. ผลของการจัดกระทำแบบหลายปัจจัยต่อการกำเริบของอาการทางจิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก. [วิทยานิพนธ์] กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.

20. Suchanya L, Yajai S, Yupapin S, Chukiat V. Psychological distress of family member caring for a relative with first episode schizophrenia. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2016; 20(3): 183-95.
21. สินเงิน สุขสมปอง, คุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2559; 61(4): 331-40.
22. เอมิกา กลยน์, เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์, อารีย์วรรณ อ่วมตานี. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. *วารสารพยาบาลตำรวจ* 2558; 7(1): 128-40.