

การจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกล่ามขังในชุมชน อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่: กรณีศึกษา
(Case Management in Patient with Incarcerated Schizophrenia in Community at Chomthong
District, Chiang Mai Province: case study)

สัมพันธ์ กองเงิน พ.บ.

Sampan Kong- ngirn M.D.

โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

Chomthong Hospital, Chiang Mai Province

บทคัดย่อ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่รุนแรงที่สุดเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบบ่อย และเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศไทย เนื่องจากมีลักษณะการดำเนินของโรคที่ยาวนานเรื้อรัง และมีอาการกลับเป็นซ้ำได้บ่อยครั้ง ทำให้บุคคลขาดสมรรถภาพในการดำรงชีวิตที่สมบูรณ์ ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีอาการทึ่งทั้งบวก และอาการทางลบ ส่วนใหญ่อาการทางบวกจะก่อให้เกิดปัญหาในการดูแลมากกว่า ซึ่งเป็นอาการที่เป็นอันตรายต่อตนเองและต่อผู้อื่น บางครั้งญูดิจิทัลใช้วิธีการล่ามขังในการแก้ปัญหาเพื่อป้องกันอันตราย ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการรักษาและการดำเนินชีวิตตามปกติ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกล่ามขัง ปัญหาอุปสรรคที่พบ และการจัดการกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลรักษา ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกล่ามขังในอำเภอจอมทองจำนวน 1 ราย เพศชาย อายุ 46 ปี ระหว่างเดือนพฤษจิกายน พ.ศ. 2549 ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2550 วิธีการศึกษา คัดเลือกผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณี ผู้จัดการรายกรณีประเมินสภาพ วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนการปฏิบัติการ โดยผู้จัดการรายกรณี ประสานงานกับทีมสาขาวิชาชีพ และให้การรักษา ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวตามปัญหาที่พบ และประเมินผลการปฏิบัติการดูแลทั้งด้านจากผลลัพธ์การดูแล ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้ให้บริการ ผลการศึกษาผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ ไม่ถูกล่ามขัง สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ มีทักษะทางสังคมมากขึ้น รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สนใจดูแลตนเองดีพอควร ญาติและชุมชนให้การยอมรับในการอยู่ร่วมกับครอบครัว และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ควรมีการใช้วิธีการจัดการรายกรณีผู้ป่วยกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและซับซ้อนในโรงพยาบาลชุมชน

คำสำคัญ: การจัดการรายกรณี โรคจิตเภท การล่ามขัง จิตเวช

Abstract

Schizophrenia is a common and but the most severe form of mental disorder which becomes a significant public health problem in Thailand. People who suffered from this chronic debilitating and relapsing disorder would eventually cut off from living normal life. Given both of its positive and negative symptoms, the positive symptoms

cause more problem in caring of the patient due to their disturbing and violent nature so some care givers, in order to prevent harm, have no other choice but incarcerating the patient and give no medical treatment. Under such condition, the patient was deprived of proper treatment and rehabilitation that may lead to recover to live normal life. This case study aims to examine the application of case management in caring of such patient in terms of problem and obstacle, as well as solution. A case of incarcerated schizophrenic was male, age 46 years, was selected and received care by the process of case management during November 2006 to November 2007. The process of case management consisted of 4 stages namely 1) selecting the case suitable for the study purpose 2) assessment and analysis of need of the patient and family 3) planning for the treatment activities, coordinating with multidisciplinary team in providing care for the patient and family and 4) evaluating the outcome both from the patient and family as well as care team.

The result of this study showed that the patient improved, can recover and resume to live normal life, has social skill, take care of himself and is accepted, with much satisfaction, by family and community members. Thus case management should be an effective method for caring of the other severe chronic schizophrenic patient by community hospital.

Keywords: Case Management, Incarcerated schizophrenia, Mental disorder

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสำคัญ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั่วโลก โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 1 ของการตาย เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตและร้อยละ 11 เป็นภาระของโรคที่มีต่อโลก (Global Burden of Disease) ซึ่งคาดว่าจะสูงกว่าร้อยละ 15 ใน ก.ศ. 2020¹ ในประเทศไทยรัฐอเมริกาพบว่ามีผู้เจ็บป่วยทางจิตถึง 1 ใน 5 ของประชากร นอกจากนั้นองค์กรอนามัยโลกยังรายงานว่า 4 ใน 10 ของผู้ป่วยโรคจิตในสหรัฐอเมริกานั้นเป็นบุคคลไร้ความสามารถ² และร้อยละ 1 เป็นผู้ป่วยรุนแรง และเรื้อรัง เมื่อพิจารณาผลกระทบของปัญหาสุขภาพจิตที่มีต่อสภาวะชีวิตที่เป็นสุขของประชาชนในวัยผู้ใหญ่ประมาณว่าร้อยละ 18 ของวัยผู้ใหญ่ต้องทนทุกข์ทรมานจากความผิดปกติทางจิต³ แต่ประมาณว่ามีเพียงร้อยละ 3 ของประชากรที่มีความผิดปกติ

ทางจิตเท่านั้นที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต⁴ แบบผู้ป่วยนอก ในกรณีที่มีอาการรุนแรงแพทย์จะรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช และเมื่ออาการดีขึ้นก็จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ครอบครัวและชุมชน โรคจิตเกทหมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ในชีวิตปกติของบุคคล มีระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ที่เป็นผู้ป่วยจิตเกทไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมองหรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว โรคจิตเกท เป็นความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ จึงทำให้มีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสม ส่วนความรู้สึกตัวและความสามารถทางสติปัญญาขั้นปกติ⁵ มีลักษณะการดำเนินของโรคที่บานนานเรื้อรัง และมีอาการกลับเป็นซ้ำได้บ่อยครั้ง ทำให้บุคคลขาดสมรรถภาพในการดำรงชีวิตที่สมบูรณ์ ผู้ป่วยโรคจิตเกทมักมีอาการทั้งทางบวก และ

อาการทางลบ ส่วนใหญ่อาการทางบวกจะก่อให้เกิดปัญหาในการดูแลมากกว่า ซึ่งเป็นอาการที่เป็นอันตรายต่อตนเอง และต่อผู้อื่น บางครั้งญาติจะใช้วิธีการลามาชั่งในการแก้ปัญหาเพื่อป้องกันอันตราย ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการรักษาและการดำเนินชีวิตตามปกติ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม⁷ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยมากกว่าการอยู่รักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นแพทย์จึงพยายามลดเวลาการอยู่รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย โดยการกำหนดผู้ป่วยต้องกลับเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งก่อให้เกิดการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาลเริ่มที่สุด (Deinstitutionalization) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วยต้องกลับเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งก่อให้เกิดภาระต่อครอบครัว ตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้⁸ การจัดการรายกรณี (Case Management) เป็นรูปแบบหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย โดยทีมแพทย์ที่เชี่ยวชาญเป็นศูนย์กลางในการให้การดูแล โดยมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม สิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยมีการคาดหมายระยะเวลาของการอยู่รักษา ผลลัพธ์เป็นอย่างมาก และประเภทผู้ป่วยอย่างเฉพาะเจาะจง ตลอดจนมีทิศทางของการดูแล รวมทั้งมีการประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง การนำ case management มาใช้สามารถลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น ลดอาการทางจิต เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เพิ่มการทำงานที่ของสังคมของผู้ป่วย ลดการลูกจำคุก มีความพึงพอใจต่อระบบ case management⁹

โรงพยาบาลจอมทอง มีนโยบายในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข มีเป้าหมายในการจัดบริการที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงที่บ้านและชุมชน

ป้องกันการกลับเป็นชา ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลจอมทองจัดบริการทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เซ้า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับบริการเป็นผู้ที่รับดูแลต่อเนื่องจากระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลคดีขุนวิม เชื่อมโยงการจัดบริการในระดับทุติยภูมิ ปฐมภูมิสู่ที่บ้านและชุมชน รวมถึงผู้ที่เข้ารับบริการเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นจิตเภทรายใหม่ ทั้งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทระยะอาการหลงเหลือ และผู้ป่วยจิตเภทเฉินพลัน¹⁰

ผู้ศึกษาในสหราชอาณาจักร พบว่าบัดทั่วไปที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งไม่มีจิตแพทย์ ในการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ลูกค้ามีความต้องการ จึงได้นำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดำเนินงาน ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่ลูกค้ามีความต้องการ เพื่อช่วยลดการเข็บป่าข้า ลดการลามาชั่ง ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นาน มีความรับผิดชอบในการทำงานช่วยตนเอง และกิจกรรมของครอบครัวที่ดีขึ้น ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงได้การศึกษา ถึงผลของการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ลูกค้ามีความต้องการ และการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเภทที่ลูกค้ามีความต้องการในชุมชน ปัญหาอุปสรรคที่พบ และการจัดการกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาและการดูแล โดยการจัดการรายกรณี เพื่อให้มีแนวทางในการดำเนินงานและมีความตระหนักรถึงความสำคัญในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระบบการจัดการรายกรณี เป้าหมายในการดำเนินงานคือการดำเนินงานด้าน Home Health Care ของโรงพยาบาลซึ่งคาดว่าจะช่วยลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช่วยลดต้นทุนในการอยู่รักษาผู้ป่วยจิตเภท สามารถพัฒนาทักษะการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม เกิดความภาคภูมิใจ เห็นคุณค่าในตนเอง ลดภาระของครอบครัวและชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และอยู่ในชุมชนได้มากที่สุด

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษารายกรณ์ในผู้ป่วยจิตเกทที่ถูกล่ามขังในอำเภอทองจำนวน 1 ราย ที่ถูกล่ามขังนาน 10 ปี คัดเลือกรักษาโดยการเฉพาะเจาะจงเข้าระบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณ์ ผู้จัดการรายกรณ์ประเมินสภาพผู้ป่วย วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ วางแผนการปฏิบัติการ โดยผู้จัดการรายกรณ์ และประสานงานกับทีมสาขาวิชาชีพ ให้การรักษา ดูแลผู้ป่วย และญาติตามปัญหาที่พบ แล้วประเมินผลการปฏิบัติการ ดูแลทั้งค้านผู้ป่วยและค้านผู้ให้บริการ โดยศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2549 ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2550 รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และจากเวชระเบียน ผลของการจัดการรายกรณ์ที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเกทที่ถูกล่ามขัง ปัญหาอุปสรรคที่พบ และการจัดการกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลรักษา

ผลการศึกษา

ผลการศึกษารายกรณ์ผู้ป่วยที่ถูกล่ามขังรายนี้ หลังจากที่โรงพยาบาลจอมทองได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยว่ามีผู้ป่วยจิตเกทถูกล่ามขังในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ที่โรงพยาบาลจิตเวช เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน ไปเยี่ยมบ้านพนผู้ป่วยชายอายุ 46 ปี ผู้ป่วยไม่คุ้ดแต่กลอกลามโโซ่ขังไว้ในกรงให้ชั่ง ข้าว จากการซักประวัติจากญาติ พนผู้ป่วยเคยรักษาโรคจิตเกทที่โรงพยาบาลส่วนปฐุฯ โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522 (ขณะมีอายุได้ 19 ปี) แต่ขาดยาและการรักษาไม่ต่อเนื่อง ระยะหลังไม่ยอมรับประทานยา ไม่สนใจวัดรับประจำวัน ไม่ยอมอาบน้ำและเปลี่ยนเสื้อผ้า เอะอะโวยวาย ก้าวกระโดด ร้ายผู้อื่น ทำลายสิ่งของ ญาติจึงลามโโซ่ขังไว้ในกรงให้ชั่ง

ข้าว โดยขั้งมานานประมาณ 10 ปี ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติครอบครัว ผู้ป่วยมีพี่น้องทั้งหมด 4 คน ชาย 3 คน หญิง 1 คน ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 4 พี่น้องคนอื่นๆ แยกครอบครัวไป บิดาอายุ 96 ปี แม่ค่าเสียชีวิต ขณะผู้ป่วยมีอายุได้ 18 ปี ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับน้าบิดาเพียง 2 คน บิดาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีผู้ใดเป็นโรคจิตเกท

ผู้ศึกษาและทีมช่วยเหลือ ได้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการรายกรณ์ โดยการประสานงานกับผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่ตำรวจน้ำาสานัมัย สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาพบกับบิดาและญาติ โดยชี้แจงให้เข้าใจถึงผลการรักษาโดยต้องปลดโซ่ตัววนก่อน ซึ่งบิดาและญาติเข้าใจดี และยินยอมให้นำผู้ป่วยไปรักษา ทางทีมช่วยเหลือจึงได้เจรจาต่อรองกับผู้ป่วยโดยใช้ถูกตัวกร้อต่อรอง (ผู้ป่วยเป็นนักกีฬาตัวกร้อ) จากนั้นได้นัดยา Haloperidol 5 mg. เข้ากล้ามและ Diazepam 10 mg. เข้าเส้นเลือดต่ำช้าๆ นำส่งโรงพยาบาลส่วนปฐุฯ โดยรถพยาบาล และมีพยาบาลจิตเวชดูแลตลอดระยะเวลาทั้งหมด โรงพยาบาลผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่วนปฐุฯ เป็นเวลา 45 วัน จึงจำหน่ายโดยยาที่ได้รับจะทำการรักษาคือ Haloperidol 5 mg. เข้ากล้ามเวลาเมื่ออาหาร, Clozapine (100 mg.) 1 เม็ดก่อนนอน, AMA. 1 – 2 เม็ดก่อนนอน ต่อมาปรับยาเป็น Haloperidol 5 mg. เข้ากล้ามเวลาเมื่ออาหาร, Clozapine (100 mg.) 2 เม็ดก่อนนอน, AMA. 1 – 2 เม็ด ก่อนนอน, Lithium Carbonate (300 mg.) 1 เม็ด 2 เวลา หลังอาหาร, Perphenazine (4 mg.) 1 เม็ด 2 เวลา หลังอาหาร, Artane (2 mg.) 1 เม็ด 2 เวลา หลังอาหาร

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy, ECT.) 9 ครั้ง วันเวียนวัน หลังเข้ารับการรักษาได้ประมาณ 1 สัปดาห์

สรุปการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

1. การรักษาด้วยยาในกรณีศึกษารายนี้ใช้ยาอยู่ 4 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 เป็นยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drug) คือ Clozapine(100 mg) 2 tab hs, Haloperidol (5 mg) IM prn., Perphenazine (4 mg) 1 tab bid pc. ผู้ป่วยรายนี้มารักษาด้วยอาการทางจิต เอออะอาละวาด แพทย์ได้ให้ยา Haloperidol (5 mg) นีด prn. ซึ่งมีฤทธิ์สงบประสาท ง่วงนอน ผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการ EPS (Extrapyramidal Syndrome) ได้ง่าย และสัปดาห์ที่ 2 เริ่มให้ Perphenazine (4 mg) เพื่อลดอาการหลงผิดและประสาทหลอน และให้ Clozapine (100 mg) ในขนาด 2 tab ก่อนนอน เมื่อจากผู้ป่วยรายนี้ ป่วยเรื้อรังมานาน ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาทางจิตทั่วๆ ไป และมีฤทธิ์ข้างเคียงของการเกิด EPS น้อยกว่า

กลุ่มที่ 2 Antiparkinson Agent คือ Artane (2 mg) 1 tab bid pc. เพื่อป้องกันการเกิด EPS จากกลุ่มยาต้านโรคจิต

กลุ่มที่ 3 กลุ่มยานอนหลับ (Hypnotic) คือ AMA 1-2 tab prn.

กลุ่มที่ 4 กลุ่มยาควบคุมอารมณ์ (Mood stabilizing drug) คือ LiCO₃ (300 mg) 1 tab bid pc. มีฤทธิ์ควบคุมอาการก้าวกระโดดและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย แพทย์ให้เพิ่มในสัปดาห์ที่ 2 เมื่อจากหลังรับการรักษาแล้วผู้ป่วยยังมีอาการหุ่งหวิด ส่งเสียงดัง

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy, ECT.)

หลังเข้ารับการรักษาด้วยยา 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยยังมีอาการทำท่าแปลกๆ ส่งเสียงดัง พูดเรื่อยเปื่อย จึงทำการรักษาการรักษาด้วยไฟฟ้า เพื่อลดอาการทางจิต ป้องกันอันตรายต่อผู้อื่น สำหรับผู้ป่วยในกรณีศึกษานี้ รับการรักษาด้วยไฟฟ้าทั้งหมด 9 ครั้ง ทำวันเว้นวัน ผู้ป่วย

ตอบสนองต่อการรักษาดี อาการทางจิตลดลง ไม่มีอาการหูแปร่ ไม่มีภาวะหวาดระแวง ควบคุมตนเองได้ดีขึ้น ในช่วงแรก หลังการรักษาผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากฤทธิ์ข้างเคียงของการรักษาด้วยไฟฟ้า คือ งุนงงสับสน มีอาการประมาณ 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นอาการดีขึ้น หลังจำหน่าขจากโรงพยาบาลส่วนปฐุ ผู้ป่วยได้รับยาต่อที่โรงพยาบาลจอมทอง ประกอบด้วย Haloperidol Decanoate 50 mg. inj. 1 ampule intramuscular เดือนละ 1 ครั้ง, Clozapine(100 mg.) 2 เม็ดก่อนนอน Lithium Carbonate(300 mg.) 1 เม็ด 2 เวลา หลังอาหาร, Carbamazepine (200 mg.) 1 เม็ด 2 เวลา หลังอาหาร

จากการติดตามเขี่ยมบ้านและนัดผู้ป่วยพบว่า ระยะแรกนิ่วไม่ต้องการรือกรงขังเนื่องจากเกรงว่าจะกลับมาเป็นชาอีก แต่หลังจำหน่าประมาณ 2 เดือน นิ่วได้ทำการรือกรงขัง ผู้ป่วยกลับมีอาการชาอีก 2 ครั้ง เนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาและผู้ดูแลคือบิดามีอายุมาก มักจะลืมให้ผู้ป่วยรับประทานยาทันทีเมื่อช่วงหลัง ได้ขอความร่วมมือจากญาติที่อยู่ใกล้เคียง ผู้นำชุมชน ครู ในการกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วย และเสริมทักษะทางสังคม นอกจากนี้ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนได้เข้าไปเยี่ยมบ้าน ติดตามประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทางพื้นที่สหวิชาชีพได้ติดตามเขี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง และโทรศัพท์ติดตามผลจากสถานีอนามัยและญาติอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้งหลังจากนั้น ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ดีขึ้นปกติ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้บ้าง

ปัญหาที่พบจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนี้เกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยจากระบบบริการ พนวาราสถานพยาบาลอยู่ไกล ไม่มีแผนการติดตามผลการรักษา และไม่มีพื้นที่ให้เข้าถึงผู้ป่วยในชุมชน

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับดัวโรค ด้านอาการของโรค พบว่า ผู้ป่วย มีภาวะหัวใจ-rate แรง มีความผิดปกติ ของ ความคิด ไม่เป็นมิตร ส่วนปัญหาด้าน Cognitive สามารถ ความจำไม่ดี ขาดความสามารถในการวางแผน และ ไม่ สามารถจัดการเรื่องต่างๆ ได้

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย พบว่าญาติมีความ หัวใจล้าในการเข้าหาผู้ป่วย เจตคติของญาติและชุมชน ต่อผู้ป่วยไม่ดี ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และ ไม่ รู้วัตถุประสงค์ของการใช้ยา ทักษะการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยนักพر่อง จัดยาเองไม่เป็น ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ปฏิเสธว่าตนเองไม่ป่วย และปฏิเสธว่าตนเองไม่มีความ จำเป็นต้องรักษา มีความคิดเชิงลบต่อผลกระทบที่อาจเกิด จากยาที่ใช้รักษา

4. ปัจจัยด้านครอบครัว หรือ ผู้ดูแล พบว่าครอบครัว รู้สึกมีตราบาป (Stigma) อันอาย มีคาดหวังต่อผู้ป่วยไม่ เหมาะสม ขาดความเข้าใจ ขาดแรงจูงใจ ขาดการมีส่วน ร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีการเจ็บป่วยร่วมในครอบครัว และ ผู้ดูแลมีอายุมาก

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา รูปแบบการใช้ยา มี ความสูงมากซับซ้อน / ใช้ยาหลายตัว และมีอาการจาก ผลข้างเคียงของยา อาการด้าน extrapyramidal โดยเฉพาะ อย่างเช่น akathesia, akinesia ใช้ยาแล้วง่วง และยานมีผลต่อ สมรรถภาพในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แนวทาง การจัดการในการ การเพิ่มความร่วมมือในการ รักษา/การใช้ยาของผู้ป่วย

ปัจจัยระบบบริการ

- จัดเตรียม/วางแผน ให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ได้ง่าย และการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย
- พัฒนาระบบเครือข่ายให้บุคลากรเครือข่าย สุขภาพจิต มีทักษะให้คำปรึกษา และพัฒนา องค์ความรู้เกี่ยวกับยา

- พัฒนาระบบการจ่ายยาต่อเนื่อง
- พัฒนาระบบจิตเวชชุมชน
- จัดทำสิทธิบัตรและจัดให้มีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย จิตเวช
- ให้ข้อมูลและจัดหา แหล่งสนับสนุนใกล้บ้าน เพื่อความสะดวกในการรับยา

ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย

- มีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ทีมผู้รักษา ครอบครัวและชุมชน
- สำรวจความคิดเห็น/ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับ การรักษา
- เปรียบเทียบให้เห็นข้อดี ข้อเสียของการใช้ยา
- เปรียบเทียบอาการของโรคจิตเภทให้เหมือนโรค ทางกาย เช่น โรคเบาหวาน ความดัน โลหิตสูง เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา
- ให้กำลังใจผู้ป่วยให้รับประทานยาต่อเนื่อง โดย ใช้คำพูดเชิงบวก
- จัดหาโปรแกรมการฝึกผู้ป่วยจัดยาเอง
- โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ได้แก่ การติดตามความสมั่นเสมอของการร รับการรักษา มีการติดตามผู้ป่วยเมื่อมีการพินัด การ ติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ เชิงกระตุ้น (motivational interviewing techniques) และการใช้สัญลักษณ์ช่วยยกระดับผู้ป่วยอ่อนไม่ได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

ผลข้างเคียงจากยา (Side effect)

- มีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ทุกรังสี โดย ไม่จำเป็นที่จะต้องให้ผู้ป่วยบอก และจัดการ แก้ไขทันที
- การณ์ที่มีผลข้างเคียงมากให้พิจารณาเลือกใช้ยาที่ มีผลข้างเคียงน้อยกว่า

- ก่อนใช้ยาควรมีการพูดคุยก่อนกับผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น ทั้งผลข้างเคียงที่เกิดในระยะสั้น และผลข้างเคียงในระยะยาว
- จัดรูปแบบการใช้ยา (Regimens) ให้ง่ายที่สุด สำหรับผู้ป่วย
- มีการทบทวนรูปแบบร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ ระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา, เลือกรูปแบบให้เหมาะสมกับผู้ป่วย
- ใช้ยาฉีดอุจจาระที่น้ำในผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยา

ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแล
- โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะผู้ดูแล
- ให้ความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยา กับผู้ดูแล เพื่อติดตามและไม่เข้าเติมผู้ป่วย
- จัดหาบุคคลที่สามารถสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยได้
- กรณีผู้ป่วยระแวงญาติ อาจจัดหาคนที่ผู้ป่วยไว้วางใจ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน, พยาบาลในสถานีอนามัย นาช่วยในการจัดยาให้ผู้ป่วยกิน
- ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน
- จัด กลุ่มครอบครัวบำบัด

อภิปรายผล

จากผลการศึกษานี้ ในความร่วมมือในการนำบัตรักษาในผู้ป่วยโรงพยาบาล เป็นเรื่องที่ต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการใช้ยารักษา อาการทางจิต ซึ่งอาจทำด้วยการให้การช่วยเหลือแบบรายบุคคล ซึ่งทำได้ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก หรือเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการให้บริการ ซึ่งสามารถทำได้ในโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ยัง พสมพสานด้วย Cognitive technique สำหรับผู้ป่วยจิตแพทย์

และการให้ Psycho – education ด้วย ในการดูแลผู้ป่วยจิตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ง่าย แม้แต่จากพยาธิสภาพของโรคของ อยู่ที่การดูแลให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนให้นานที่สุด ภายใต้บทบาทการดูแลของทีมสาขาวิชาชีพในชุมชน ควรอาศัยความร่วมมือจากผู้ดูแล ชุมชน เครือข่ายการดูแลในพื้นที่ โดยการสร้างความตระหนัก ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยชุมชน เครือข่ายการดูแลในพื้นที่ โดยการสร้างความตระหนัก ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง มีทักษะในการสื่อสารกับญาติและชุมชนในการสร้างความตระหนักและสร้างความไว้วางใจในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินและวิกฤต มีทีมผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี และมีการติดตามให้การดูแลต่อเนื่อง มีการฝึกทักษะการดูแลแก่ญาติผู้ดูแล โดยให้มีผู้ดูแลร่วมกันหลายๆคนเพื่อสามารถผลัดเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยได้ การส่งเสริมทักษะการดูแลตนของผู้ป่วย การส่งเสริมให้มีการพื้นฟูสมรรถภาพในสถานบริการใกล้บ้าน เช่น การอบรมสร้างความรู้ความเข้าใจใน การพื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแก่สถานบริการปฐมภูมิ การขยายเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ส่วนปัญหาที่พบจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยรายนี้เกิดขึ้นจากหลายปัจจัย และต้องใช้กลยุทธ์หลายอย่างในการแก้ไขปัญหานี้ สำหรับผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และกลยุทธ์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีการศึกษาถึงกลยุทธ์ในการเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาที่อาจมีส่วนช่วยในการลดการขาดยาของผู้ป่วย กลยุทธ์เหล่านี้ ได้แก่ การติดตามทางโทรศัพท์ การฝึกการควบคุมตนเอง (Self monitoring) ของผู้ป่วย มีญาติหรือผู้ดูแลที่จะดูแลผู้ป่วย การมีทีมสาขาวิชาชีพออกไปเยี่ยม การให้ครอบครัวบำบัดหรือการทำ compliance therapy หลักทั่วไปของการเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา คือ มี

การเตรียมระบบบริการที่เข้าถึง อาจมีทีมออกแบบไปเยี่ยม มีการใช้ยาที่เกิดผลของอาการไม่พึงประสงค์ให้ต่ำสุด หาคนที่ถูกออกแบบให้คำแนะนำการรับประทานยากับผู้ป่วย มีการปรับลักษณะการให้ยาให้ง่ายและเหมาะสมกับลักษณะชีวิต หรือ Cognitive impairment ของผู้ป่วย การใช้ต้นเองในการ Monitor การรับประทานยาของผู้ป่วย (self monitoring calendars) การออกแบบการรับประทานยาให้สัมพันธ์กับชีวิตประจำวัน เช่น สัมพันธ์กับมื้ออาหาร การแบ่งพื้น เป็นต้น การใช้ภาษาให้เข้าใจได้ง่าย การตรวจสอบดูว่าผู้ป่วยเข้าใจในวิธีการรับประทานยาและตรวจสอบเป็นระยะ

สรุป

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกกล่าวถึงมีหลังการดำเนินการดูแล ช่วยเหลือด้วยกระบวนการจัดการรายรับ ทำให้ผู้ป่วยได้รับโอกาสในการรักษา และการส่งเสริม สนับสนุนในการดำเนินชีวิต การอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคม และการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีการทางจิตสงบ ไม่ต้องถูกกล่าวขัง สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม ได้ตามปกติ มีทักษะทางสังคมมากขึ้น รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีความใส่ใจในการดูแลตนเองพอกว่า ญาติและชุมชนมีมุ่งมั่นที่เปลี่ยนไปโดยให้การยอมรับและให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัว ญาติมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ปัญหาที่พบจากการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาส่งผลลัพธ์ประสิทธิภาพของยาในการรักษา และการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ปัญหาของการไม่ร่วมมือในการรับประทานยา การควบคุมอาการและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สำหรับผู้ป่วยรายนี้สามารถทำได้โดยการใช้ยาที่เหมาะสมร่วมกับการที่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเข้ามาทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งมี Intervention ที่เหมาะสม ได้แก่ Compliance therapy

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากผลการศึกษาที่ได้รับ ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ดังนี้

1. ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน โดยการมีการเตรียมความพร้อมของแพทย์โรงพยาบาลชุมชนดังนี้

1.1 ควรจะมีเจตคติที่ดีในการจัดการรายรับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อต้องใช้เวลา บุคลากรและความอดทนในการบำบัดรักษาและแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ปริมาณผู้ป่วยจะมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับการตรวจโรคทั่วไปในโรงพยาบาล

1.2 ควรจะมีความรู้ทางด้านการวินิจฉัยโรคและการใช้ยาทางจิตเวชเพื่อสมควรและพร้อมที่จะปรึกษากับแพทย์เฉพาะทางจิตเวชได้

1.3 ควรมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงานและในทีมสาขาวิชาชีพ มีทักษะในการขอความร่วมมือกับชุมชนเพื่อช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนร่วมกัน

2. ด้านการบริหารจัดการ

ควรมีทีมสาขาวิชาชีพที่พร้อมที่จะทำงานและมีความเป็นเอกภาพ มีเจตคติที่ดีในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท ความมีการประชุมปรึกษาหารือสมำเสมอ มีการปรับแผนการทำงาน มีการประเมินผลการทำงาน และมีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการใช้วิธีการจัดการรายรับผู้ป่วยกับผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ ในโรงพยาบาลชุมชน
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้วิธีการจัดการรายรับผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกกล่าวขัง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอบคุณนายแพทย์สมอาจ วงศ์สวัสดิ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจอมทองที่อนุญาตและสนับสนุน
การศึกษาในครั้งนี้ ขอบคุณนายแพทย์ปริทรรศ ศิลปกิจ
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปูรุงที่ให้ปรึกษาและ
คำแนะนำในการทำวิจัย คุณพวารณ อุปคำ และคุณชล
ธิดา สิมิวงศ์ ที่ให้ความช่วยเหลือ หัวหน้ากลุ่มการ
พยาบาลและเจ้าหน้าที่หน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวช ทุก
ท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานและเป็นกำลังใจ
ในการศึกษาครั้งนี้ให้สำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. William H.Gnam .Handbook of Complex Occupational Disability Claims Springer, US 2006.
2. Patrick W. Corrigan, Amy C. Watson, Amy C. Warpinski and Gabriela Gracia Stigmatizing Attitudes About Mental Illness and Allocation of Resources to Mental Health Services .Springer Netherlands, 2004.
3. Setsuo Takatani , Charles Davies, Naoki Sakakibara, Andrew Zurick, Erik Kraenzler, Leonard R. Golding, George P. Noon, Yukihiko Nose and Michael E. DeBakey Experimental and clinical evaluation of a noninvasive reflectance pulse oximeter sensor. Springer Netherlands, 2005.
4. Steven R. Kubacki and Maryellen Chase. Comparing Values and Methods in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapy: Commonalities and Differences . Springer Netherlands. 2004.
5. Kaplan,H.I.,& Sadock,J.B.Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry:Behavioral sciences and clinical psychiatric Nursing,2000;12(1): 71-80.
6. World Health Organization.The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorder: Clinical description and diagnostic guidelines.Geneva:Author, 1992.
7. กรมสุขภาพจิต. ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติเรื่อง การวางแผนจ้างหน่ายผู้ป่วยจิตเกต. กรุงเทพ, 2550.
8. Pamela N. Prince and Gary J. Gerber.Subjective well-being and community integration amo clients of assertive community treatment. Springer Netherlands, 2005.
9. Robert E. Drake and Kim T.Mueser. Managing comorbid schizophrenia and substance abuse. Current Medicine Group LLC, 2007.
10. โรงพยาบาลจอมทอง. สรุปผลงานประจำปี. เชียงใหม่ , 2548.