

The Effect of Case Management : Hospital and Community-Based Model in Schizophrenic Patients

*Kittisak Surapongpiwatana, M.D.**

ABSTRACT

Objective : To examine the effect of case management, hospital and community-based model on psychiatric symptoms, self care and readmission rate of schizophrenia patients in psychiatric ward, Surin Hospital.

Setting : inpatient Psychiatric Ward, Surin Hospital

Study design : Quasi-experimental research

Patient and Methods : The population and subjects of the study. Thirty patients who were diagnosed schizophrenia, demonstrated complicated problems and needed to care by multidisciplinary team . Fifteen studies were control group with hospital-based case management service model and fifteen studies were experimental group with hospital and community-based case management service model. The study was conducted during October 1, 2012 to August 30, 2013. Descriptive statistics and repeated measure ANOVA were used for data analysis.

Results : The study result showed that, the experimental group did not relapse within 6 month after being discharged but 11 patients in the control group relapsed within 1to5 month. Four patients did not relapse within 6 month after being discharged. In addition the assessment tool for self care behavior of schizophrenia patients, there was significant difference between experimental groups and control groups, at the .01($F=170.201, p=0.00$)

Conclusion : The hospital and community-based case management service model can reduce the rate of re-admission for schizophrenic patients than hospital-based case management service model because of its continuous care in the community. The patients and relative were satisfied with the intervention program.

Keywords : schizophrenic patients, case management.

* Medical Physician, Professional Level, Department of Psychiatry, Surin Hospital, Surin, Thailand.

ผลการจัดการรายกรณี : แบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐาน ในผู้ป่วยโรคจิตเภท

กิตติศักดิ์ สุรพงษ์พัฒนนะ, พ.บ.*

บทคัดย่อ

- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาผลการจัดการรายกรณีแบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐานต่อการดูแลตนเอง และการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
- สถานที่ศึกษา** : หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์
- รูปแบบการศึกษา** : การวิจัยกึ่งทดลอง
- ประชากรและวิธีการศึกษา** : ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อนและมีปัญหา ที่ต้องได้รับการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 คนได้รับการดูแลรายกรณีแบบโรงพยาบาลเป็นฐาน และกลุ่มทดลอง 15 คนได้รับการดูแลรายกรณีแบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐาน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2556 วิเคราะห์ข้อมูล การกลับมารักษาซ้ำโดยสถิติพรรณนา และประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA)
- ผลการศึกษา** : พบว่า การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ของกลุ่มทดลองอยู่ในชุมชนได้ มากกว่า 6 เดือนทุกคน ส่วนกลุ่มควบคุมมีการกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่ายตั้งแต่ระยะเวลา 1-5 เดือน เป็นจำนวน 11คน และสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้มากกว่า 6 เดือนเพียง 4 คน ผลการดูแลตนเองของผู้ป่วย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01($F=170.201$, $p=0.00$)
- สรุป** : การดูแลผู้ป่วยรายกรณีแบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐานสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้นานกว่าแบบโรงพยาบาลเป็นฐาน เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน และส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน สังคม ได้อย่างมีความสุข ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ
- คำสำคัญ** : ผู้ป่วยจิตเภท, การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี

* นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

บทนำ

โรคจิตเภทจัดเป็นโรคทางจิตเวชชนิดรุนแรงพบถึงร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก ทั้งนี้การอนามัยโลกคาดการณ์ว่ามีประชากร 24 ล้านคนทั่วโลกป่วยเป็นโรคจิตเภท¹ และพบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นทุกปี² ลักษณะสำคัญของโรคนี้ คือ มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม³ มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้น้อยส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงหลงเหลืออาการอยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็มีอาการหลงเหลือมากขึ้น หรือเสื่อมลงเรื่อยๆ⁴ การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาภาวะโรคของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2545 ได้มีการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับภาระโรค (burden of diseases) ของปี พ.ศ. 2542 โดยใช้ดัชนีชี้วัดปัญหาสุขภาพหรือการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years :DALYs) พบว่าโรคจิตเภทก่อให้เกิดภาระโรคของระบบสาธารณสุขของประเทศไทยอันดับที่ 17⁵ สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุขกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁶ ว่าโรคจิตเภทมากกว่าร้อยละ 12 เป็นโรคที่เป็นภาระระดับโลก (Global Burden of disease) จากสถิติผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ปี พ.ศ. 2553 จำนวน 1,055,548 คน ปี พ.ศ. 2554 จำนวน 1,091,646 คน⁷ ส่วนผู้ป่วยในที่มีมารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมารชนครินทร์ ปี พ.ศ. 2554 จำนวน 110,876 คน พ.ศ. 2555 จำนวน 118,317 คน และ ปีพ.ศ. 2556 จำนวน 118,832 คน⁸

ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น และจากสถิติผู้มารับบริการของโรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับ 1 ของกลุ่มโรคทางจิตเวช มีผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในปี พ.ศ.2554 จำนวน 2,294 คน ปี พ.ศ.2555 จำนวน 2,359 คน และมีผู้ป่วยในที่มีมารับบริการ ปี พ.ศ. 2554 จำนวน 564 คน ปี พ. ศ. 2555 จำนวน 1,034 คน นับว่าประชากรป่วยเป็นโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นทุกๆ ปีเช่นกัน และยังพบว่ามีจำนวนการกลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลา 28 วัน ในปี พ.ศ. 2554 จำนวน 36 คนและในปี พ.ศ. 2555 จำนวน 49 คน ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีระยะเวลาป่วย 2-5 ปี มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 16.5 วัน และถ้าระยะเวลาป่วย 5 ปีขึ้นไปจำนวนวันนอนเฉลี่ย 30 วัน โรงพยาบาลต้องสูญเสียต้นทุนค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2554 เท่ากับ 3,948,000 บาท ปี พ.ศ. 2555 เท่ากับ 7,238,000 บาท⁹

การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี เป็นการดูแลด้านจิตสังคมอีกรูปแบบหนึ่งที่เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบ กระบวนการนี้ครอบคลุมถึง การประเมิน วางแผน ลงมือปฏิบัติ การประสานงานระบบให้บริการ และการประเมินผล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพของการให้บริการต่อผู้ป่วย และครอบครัว¹⁰ ช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาล ซึ่งจะสามารถนำมาแก้ปัญหาในการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่กำลังเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งของโรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อการพัฒนากระบวนการที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการสามารถนำไปสู่การดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างมีคุณภาพ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข ผู้ศึกษาในฐานะแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์ จึงมีความสนใจที่จะ

ศึกษาผลของการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเป็นการศึกษาเพื่อดูผลการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณีแบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐานโดยการดูแลในชุมชนจะเป็นการดูแลแบบ The Assertive Community Treatment (ACT) หรือเรียกว่า The Full Support Model เป็นรูปแบบบริการที่ใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง มีลักษณะเด่นของบริการคือ เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกด้านอย่างเต็มรูปแบบตลอด 24 ชั่วโมง ในชุมชนมากกว่าในสถานบริการโดยทีมสหวิชาชีพ และให้ความสำคัญกับการติดต่อ และการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายอย่างจริงจัง (Assertive outreach) และสม่ำเสมอ ไม่มุ่งเน้นการส่งต่อ ช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาล ซึ่งจะสามารถนำมาแก้ปัญหาในการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่กำลังเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งของโรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อการพัฒนาระบบบริการที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการสามารถนำไปสู่การดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างมีคุณภาพ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีแบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐานต่อการดูแลตนเองและการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Purposive เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน ที่เข้ารับการรักษา

เป็นผู้ป่วยใน ในหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสุรินทร์ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2556 ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้คือ

1. เป็นผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลา 28 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. ผู้ป่วยที่มีปัญหา ที่ต้องได้รับการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพ เช่น ผู้ป่วย ขาดผู้ดูแล ใช้สารเสพติด ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว มีปัญหาทั้งสังคมและชุมชน
3. ผู้ป่วย และญาติมีความยินยอมเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 คนได้รับการดูแลรายกรณีแบบโรงพยาบาลเป็นฐาน และกลุ่มทดลอง 15 คนได้รับการดูแลรายกรณีแบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐาน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ใช้เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยแต่ละราย เปรียบเทียบก่อน และหลังการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีว่ามีอาการทางจิตทุเลาหรือไม่ แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham¹¹ ประกอบด้วย 3 ด้าน 18 หัวข้อย่อย นิยมใช้อย่างกว้างขวางในฮ่องกง มีระดับความเชื่อมั่นของค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.62-0.87 แบบประเมินนำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์-ไพบูลย์¹²

3. แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ปรับปรุงจากแบบสอบถามของ มยุรี กลั้ววงษ์¹³ แบ่งการดูแลตนเองเป็น 4 ด้าน 1) ด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล 2) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 3) ด้านการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ 4) ด้านการขับถ่าย โดยผ่านการหาความ

เชื่อมั่นความสอดคล้องตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ .97 เก็บข้อมูลแรกเริ่ม วันจำหน่ายติดตามหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ 1 เดือน และ 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science for Windows) โดยมีวิธีการดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และการกลับมารักษาค่าของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองวิเคราะห์โดยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่

2. แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลรักษาแบบโรงพยาบาลเป็นฐาน กับ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลรักษาแบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA)

ผลการศึกษา

1. ผลเปรียบเทียบการกลับมารักษาค่าของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 1 แสดงระยะเวลาที่ผู้ป่วยดำเนินชีวิตในชุมชน

กลุ่ม	ระยะเวลาอยู่ในชุมชน						
	0-1 เดือน	มากกว่า 1-2 เดือน	มากกว่า 2-3 เดือน	มากกว่า 3-4 เดือน	มากกว่า 4-5 เดือน	มากกว่า 5-6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
ทดลอง (n=15)	0	0	0	0	0	0	15
ควบคุม (n=15)	0	4	3	3	1	0	4

พบว่า กลุ่มทดลองอยู่ในชุมชนได้มากกว่า 6 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมมีการกลับมารักษาค่าหลังจำหน่ายตั้งแต่ระยะเวลา 1 เดือน และสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้มากกว่า 6 เดือนเพียง 4 คน

2. ผลเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
แรกเริ่ม	40.00	2.67	42.67	1.80
วันจำหน่าย	54.00	0.00	53.13	3.36
หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์	54.00	0.00	46.93	1.53
หลังจำหน่าย 1 เดือน	54.00	0.00	45.80	2.14
หลังจำหน่าย 3 เดือน	54.00	0.00	44.06	2.40

* คะแนน 18 หมายถึง ไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นๆ เลย หรือปฏิบัติเองไม่ได้เลยหรือไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นๆ ได้เลย

+ คะแนน 19-36 หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นๆ เมื่อได้รับการเตือน/กระตุ้น หรือทำได้เองเป็นบางส่วนโดยต้องมีคนคอยช่วยเหลือ

± คะแนน 37-54 หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นๆ โดยไม่ต้องเตือนหรือทำได้เองเมื่อได้รับคำแนะนำ/สอน

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในวันแรกเริ่มและวันจำหน่าย ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐาน มีคะแนนค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเอง หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ หลังจำหน่าย 1 เดือน หลังจำหน่าย 3 เดือน เท่ากับ 46.93, 45.80 และ 44.06 ตามลำดับ

3. ผลการดูแลในรูปแบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐานในผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนค่าคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ได้รับการดูแลในระยะแรกเริ่ม วันจำหน่าย หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ หลังจำหน่าย 1 เดือน หลังจำหน่าย 3 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	Sum Square	df	Mean Square	F
ภายในกลุ่ม	2474.89	2.66	931.05	217.769*
ความคลาดเคลื่อน	318.21	74.43	4.28	
ระหว่างกลุ่ม	821.34	1	821.34	170.20*
ความคลาดเคลื่อน	135.12	28	4.83	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$)

พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะแรกรับ วันจำหน่าย หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ หลังจำหน่าย 1 เดือน หลังจำหน่าย 3 เดือนภายในกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($F=217.77$, $p=0.00$) และระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($F=170.201$, $p=0.00$)

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อได้รับการดูแลแบบรายกรณีพบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีอาการทางจิตแรกเริ่มใกล้เคียงกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือมีอาการทางจิตระดับรุนแรง และมีค่าคะแนนการดูแลตนเองแรกเริ่มและวันจำหน่ายใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม คือ แรกเริ่มมีค่าคะแนนการดูแลตนเองในระดับดูแลตนเองไม่ได้เลย และวันจำหน่ายมีค่าคะแนนการดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องบอก (ตารางที่ 2) เมื่อติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านพบว่าผู้ป่วย กลุ่มควบคุมมีการกลับมารักษาภายใน 1-5 เดือน จำนวน 11 คน และสามารถอยู่ในชุมชนได้นานมากกว่า 6 เดือน จำนวน 4 คน ส่วนกลุ่มทดลองผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้นานมากกว่า 6 เดือนร้อยละ 100 ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดูแลสุขวิทยา การรับประทานยา การประกอบอาชีพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยพึงพอใจในรูปแบบการดูแลรายกรณีที่มีการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งเกิดจากทีมสหสาขาวิชาชีพ กับผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมเชิงบำบัดที่เอื้ออาทร ครอบคลุมองค์รวม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพได้ดำเนินการดูแลผู้ป่วยในชุมชนโดยใช้แผนการดูแล (care map) ในชุมชนเป็นหลัก^{14,15} จากการทบทวนการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้การวิเคราะห์

เมต้า (Meta-analysis) พบว่า ทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1.1 ประชุมและทำความเข้าใจของทีมนสหสาขาวิชาชีพ วางแผนและจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย (Care Map) ร่วมกัน และทบทวนแผนการดูแลผู้ป่วยตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน และกำหนดบทบาทหน้าที่ขอบเขตของทีมนสหสาขาวิชาชีพให้ชัดเจน โดยคำนึงถึงความเหมาะสม ความเป็นไปได้ของบริบทของโรงพยาบาลและชุมชน

1.2 ญาติคือบุคคลสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลการเอาใจใส่ญาติผู้ป่วย ให้ความรู้ความเข้าใจร่วมกับญาติในการแก้ไขปัญหาจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความสนใจจากญาติ ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพิ่มมากขึ้น และได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งญาติต้องการกำลังใจอย่างมาก เพราะส่วนมากญาติจะขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิตกกังวลมากเกินไป หรือไม่สนใจผู้ป่วยเลยเนื่องจากผู้ป่วยขาดยาเมื่ออาการกำเริบก็จะทำความเดือดร้อนให้แก่ญาติและชุมชน

1.3 การป้องกันการกำเริบซ้ำ คือ การดูแลต่อเนื่อง ที่สำคัญ คือ การเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อขวัญและกำลังใจแก่ญาติในการดูแลผู้ป่วย การเตรียมชุมชนการประสานกับทีมสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลอำเภอเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นการติดต่อกับญาติทางโทรศัพท์ก็มีความสำคัญเช่นกัน เช่นการถามถึงอาการผู้ป่วย การเตือนญาติในการมารับยาหรือเป็นที่ปรึกษาได้เมื่อญาติกำลังมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

1.4 แผนการจัดการดูแลผู้ป่วยควรมีการพัฒนาปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และ ญาติแต่ละคนโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1.1 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในการติดตามจำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี เปรียบเทียบกับการดูแลผู้ป่วยตามปกติ

สรุป

ผลการดูแลตนเองของผู้ป่วย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในวันแรกรับและวันจำหน่าย ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐาน มีคะแนนค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเอง หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ หลังจำหน่าย 1 เดือน หลังจำหน่าย 3 เดือน เท่ากับ 54.00, 54.00 และ 54.00 ตามลำดับ สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบโรงพยาบาลเป็นฐานซึ่งมีคะแนนค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเอง หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ หลังจำหน่าย 1 เดือน หลังจำหน่าย 3 เดือน เท่ากับ 46.93, 45.80 และ 44.06 ตามลำดับ และค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะแรกรับ วันจำหน่าย หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ หลังจำหน่าย 1 เดือน หลังจำหน่าย 3 เดือนภายในกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($F=217.77$, $p=0.00$) และระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($F=170.201$, $p=0.00$)

ผลการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลองอยู่ในชุมชนได้ มากกว่า 6 เดือนทุกคน ส่วนกลุ่มควบคุมมีการกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่าย ตั้งแต่ระยะเวลา 1 เดือน เป็นจำนวน 11 คน และสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้มากกว่า 6 เดือนเพียง 4 คน

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. International Classification of Diseases [Internet]. WHO. [cited 2016 Aug 27]. Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
2. ผู้ป่วยจิตเวชไทยพุ่งทะลุล้าน โรคจิตเภทสูงที่สุดกว่า 4 แสนราย [Internet]. Manager Online. [cited 2016 Aug 27]. Available from: <http://manager.co.th/Home/ViewNews.aspx?NewsID=9570000117185>.
3. สมภาพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว ; 2542.
4. มาโนช หล่อตระกูลและ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์. 2548.
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข [Internet]. [cited 2016 Aug 27]. Available from: <http://www.dmh.go.th/trend.asp>.
6. BangkokHealth.com - วันสุขภาพจิตโลก และ สถานการณ์สุขภาพจิตในปัจจุบัน [Internet]. [cited 2016 Aug 27]. Available from: <http://www.bangkokhealth.com/index.php/health/health-system/psychiatry/2216-2012-10-09-04-48-59.ht>.
7. Norcome D. A Study of Psychiatric Social Workers' Happiness at Work Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Bull Suanprung [Internet]. 2015 Nov 18 [cited 2016 Aug 27];31(2). Available from: <http://110.164.158.45/ojs245/index.php/Bulletin/article/view/14>.

8. จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2554-2556. pat56.xls. [Internet]. [cited 2016 Aug 27]. Available from: <http://www.dmh.go.th/report/patient/pat56.xls>.
9. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลสุรินทร์. รายงานสถิติการให้บริการ 2555. สุรินทร์ : โรงพยาบาลสุรินทร์; 2555.
10. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. การพยาบาลกับการดูแลบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2546.
11. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. Psychol Rep 1962;10:799-812.
12. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารสวนปรง 2546;19:1:1-15.
13. มยุรี กลับวงศ์, ผจงจิต อินทสุวรรณ, วิลาศลักษณ์ ชั่ววัลลี, นันทกา ทวีชาชาติ. ปัจจุบันที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล. วารสารพฤติกรรมศาสตร์ 2552;15:1:57-75.
14. Stephen Ziguras. and Geoffrey Stuart. A Meta analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 Years. Psychiatric services, 15(11), 2000;1410-21.
15. Grech, E. Case management: a critical analysis of the literature. International Journal of Psychosocial Rehabilitation. 2002;6:89-98.