

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

นางวารุณี มากำเนิด

ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นินทจันทร์,

Ph. D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,

Ph. D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม

ผศก ๕๖

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ศักดิ์,

พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2552

นางวารุณี มากำเนิด

ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,

Ph. D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรณู พุกบุญมี,

พย.ด.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

นางสาวรังสิมันต์ สุนทรไชยา,

Ph. D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นินทจันทร์,

Ph. D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,

พ.บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัทรินทร์ นินทจันทร์ ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสภณ แสงอ่อน กรรมการควบคุมสารนิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะแนวทางการทำสารนิพนธ์ พิจารณาตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนสารนิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ ตลอดจนให้กำลังใจแก่ผู้ศึกษามาโดยตลอด ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรณู พุกบุญมี ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และอาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา กรรมการสอบสารนิพนธ์ที่ได้กรุณาตรวจสอบและให้คำแนะนำในการปรับปรุงสารนิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เจ้าหน้าที่ห้องสมุด และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือและให้คำแนะนำมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษาตลอดหลักสูตรการศึกษายาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าหลวง และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลท่าหลวงในการสนับสนุนให้ผู้ศึกษาได้มีโอกาสศึกษาต่อ และขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน ตลอดจนเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้ผู้ศึกษาทำสารนิพนธ์สำเร็จลงได้ด้วยดี

ท้ายที่สุดผู้ศึกษาขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคน โดยเฉพาะคุณนภสร มากำเนิด ที่คอยให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลืออย่างเสมอมา จนกระทั่งสารนิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงด้วยดี

วารุณี มากำเนิด

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON HOME CARE FOR SCHIZOPHRENIA PATIENTS

วารุณี มากำเนิด 4836263 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษานิพนธ์: พชรินทร์ นันทจันทร์, Ph.D. (Nursing), โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยรวบรวมหลักฐานงานวิจัยจากฐานข้อมูลต่างๆ เช่น อิเล็กทรอนิกส์ และห้องสมุด มิงงานวิจัยที่นำมาศึกษา 10 เรื่อง ผลการศึกษาสรุปเป็น 4 ประเด็น คือ 1) ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ป่วยช้ำน้อยลง มีอาการทางจิตลดลง ลดการเข้ารับการรักษาระยะเวลาวินอนในโรงพยาบาล มีสัมพันธภาพกับครอบครัวและชุมชนดีขึ้นจนสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้ดีขึ้น สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยลดลงและมีความคุ้มค่ามากกว่าการดูแลในโรงพยาบาล 2) กิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ยาและอาการข้างเคียง การจัดการความเครียดและความขัดแย้ง การดูแลตนเอง ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล การให้การปรึกษา การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช การส่งต่อและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การให้ข้อมูลด้านต่างๆ ส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้ประกอบอาชีพและรับยาอย่างต่อเนื่อง และการทำครอบครัวบำบัด 3) ระยะเวลา ความถี่และจำนวนครั้งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า ในแต่ละครั้งใช้เวลา 40 นาที – 1 ชั่วโมง 30 นาที ความถี่มีทุก 1 และ 2 สัปดาห์และทุกเดือน ส่วนจำนวนครั้งมีตั้งแต่ 2 - 8 ครั้ง หรือขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วย และ 4) ลักษณะของผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภทอายุ 19 - 64 ปี มีอาการทางจิตสงบ เป็นผู้ป่วยจิตเภทหรือโรคทางจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเภท / การดูแลที่บ้าน

175 หน้า

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON HOME CARE FOR SCHIZOPHRENIA PATIENTS

WARUNEE MAKUMNERD 4836263 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D. (NURSING), SOPIN SANGON, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The present study aimed at analyzing and synthesizing research on home care for schizophrenia patients. Research evidence was compiled from different sources including electronic databases and libraries. Ten research studies were selected in this study. The findings can be divided into four categories. First, as regards outcomes, the findings revealed that home care enabled schizophrenia patients to improve self-care, have better quality of life, have fewer relapses, suffer from fewer psychotic symptoms, experience fewer frequency and duration of hospitalization, and develop better relationships with their family and community, hence the ability to live with family and in the community. Also, caregivers of schizophrenia patients were enabled to develop knowledge and understanding of schizophrenia and were better able to provide home care to patients. The members in their community also played a role in providing care to schizophrenia patients, the costs of care could be reduced, and the cost-benefit ratio was more favorable. Second, the activities used in the home care included dissemination of knowledge about schizophrenia, medications and side effects, stress and conflict management, self-care, caregiving knowledge and skills, counseling, prevention of psychiatric crises and emergencies, coordination with related agencies and referrals, provision of information, promotion of community participation in care, management to ensure patients' ability to work and continuous medication intake, and family therapy. Third, as regards duration, frequency, and number of times, each session lasted 40 minutes to one and a half hours, once every week or every two weeks, or once every month. The number of times ranged from two to eight times, or depended on the problems of patients. Finally, when considering the characteristics of patients, it was found that most ranged in age from 19 to 64 years old. They were schizophrenia patients who had no episodes of psychotic symptoms and they were considered psychiatric patients with complicated problems. The findings of the present study could be implemented to effectively provide home care to schizophrenia patients to ensure their quality of life.

KEY WORDS: SCHIZOPHRENIA / HOME CARE

175 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท	8
การดูแลสุขภาพที่บ้าน	22
การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน	25
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	34
บทที่ 4 ผลการศึกษา	42
บทที่ 5 การอภิปรายผล	
คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ	57
ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน	58
กิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน	60
ระยะเวลา จำนวนครั้งและความถี่ในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน	64
ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน	65

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษา	66
ข้อเสนอแนะ	69
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	71
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	90
เอกสารอ้างอิง	112
ภาคผนวก	121
ประวัติผู้ศึกษา	175

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	36
2 แสดงรายละเอียดของงานวิจัยที่ได้จากการศึกษา	40
3 แสดงผลการวิเคราะห์ผลการศึกษเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน	122



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ การติดต่อสื่อสาร พฤติกรรมและการเคลื่อนไหว เช่น พูดคนเดียว หวาดระแวง หลงผิด ไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวัน ไม่อาบน้ำ ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า หงุดหงิด บางรายมีอาการรุนแรง ทพบทำลายข้าวของ ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548; สุมณฑา บุญชัย, 2545) โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด คือ พบถึงร้อยละ 51.53 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั้ง 16 แห่งของประเทศไทยเมื่อปีงบประมาณ 2550 ส่วนผู้ป่วยนอกพบถึงร้อยละ 40.76 ของจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่มารับบริการในสถานบริการสังกัดกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2549 (ศูนย์สารสนเทศ, 2551) และมีอัตราความชุกประมาณร้อยละ 1 ของประชากรโลก (Sadock & Sadock, 2003)

โรคจิตเภทจัดเป็นโรคจิตเวชชนิดรุนแรง (Severe psychotic disorder) เนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่มักมีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและมีโอกาสป่วยซ้ำ (Relapse) ได้สูงถึงร้อยละ 70 (เพชรคันธสาขบัว, 2548) มีโอกาสที่จะหายเป็นปกติน้อย คือมีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่การรักษาได้ผลดี อีกร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ โดยขึ้นอยู่กับคุณภาพของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ร้อยละ 15 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังรักษาไม่หาย และอีกร้อยละ 10 พบมีความเสื่อมและความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ มาก (Wing, 1992 cited in Gillam, 2006) จนในที่สุดทำให้การปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงานและความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก (เกษมตันติผลาชีวะ, 2536) นอกจากนี้ โรคนี้ยังต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานและเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นจำนวนมาก ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างสูงตามมา (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548; พิเชฐ อุดมรัตน์, 2547) และจากการศึกษาของเอนก สุภรินทร์ สวัสดิ์ มหัตนรินทร์กุลและบุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ (2550) ยังพบว่า ต้นทุนในกลุ่มโรคจิตเภทในปี พ.ศ. 2547 สูงถึง 28,230 บาทต่อราย โดยสูงเป็นอันดับ 2 รองจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีเชาปัญญาต่ำกว่าปกติ (Mental retardation)

จากปัญหาต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้หลายๆ ประเทศหาวิธีลดค่าใช้จ่าย ดังจะเห็นได้จากในต่างประเทศได้มีนโยบายลดจำนวนเตียงในโรงพยาบาลจิตเวชในระยะ 40 ปีที่ผ่านมา ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชต้องกลับไปอยู่ในชุมชนมากขึ้น (Caverly & Mejo, 1998; Joy, Adams, & Rice, 2006) สำหรับประเทศไทยได้ตระหนักถึงปัญหานี้เช่นเดียวกัน จึงมีนโยบายให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลระยะสั้น (กรมสุขภาพจิต, 2549) และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชในรูปแบบของผู้ป่วยนอกมากกว่าที่จะให้อยู่รักษาในโรงพยาบาล (นันทนา รัตนกร, 2536; เพลินพิศ จันทศักดิ์, 2538; ยาใจ สิทธิมงคล, 2539 อ้างถึงในไพรวลัย รมช่าย วัชณี หัตถพนม สุวดี ศรีวิเศษ เอกอุมา วิเชียรทองและคณะ, 2544) และจากแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-พ.ศ. 2544) และฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-พ.ศ. 2549) ที่กรมสุขภาพจิตมุ่งเน้นให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชน เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล ลดอัตราการครองเตียงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (จลิตา เจริญสรรพ, 2546; พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; มารศรี ปาณิวัตร, 2548) ทางโรงพยาบาลจิตเวชจึงตอบสนองนโยบายโดยรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเฉพาะรายที่มีอาการวิกฤติ (Crisis - patient episodes) หรือมีอาการเด่นชัด (Active psychosis) (จลิตา เจริญสรรพ, 2544; พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; ไพรวลัย รมช่ายและคณะ, 2544; มารศรี ปาณิวัตร, 2548) และจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาถึงระดับที่พอจะสื่อสารพูดคุยรู้เรื่องและควบคุมตัวเองได้ ให้ออกไปดูแลต่อที่บ้านและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับตัวเข้ากับสังคมเดิมของตนโดยเร็ว เนื่องจากการอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานเกินไป ทำให้เกิดผลเสียต่อการปรับตัวในด้านการมีสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับผู้อื่นในสังคมมากขึ้น มีการสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคมและการติดต่อกับโลกภายนอก นั่นคือ ผู้ป่วยจะขาดความริเริ่ม ไม่สนใจสังคมรอบตัว บุคลิกภาพเสื่อมถอย ไม่มีโอกาสที่จะเรียนรู้การใช้ชีวิตในสังคมเช่นคนทั่วไป ไม่มีความมั่นใจในการที่จะออกไปใช้ชีวิตภายนอกโรงพยาบาลได้ และยังทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับญาติห่างเหินกันมากขึ้น (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543)

การที่ผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในโรงพยาบาลระยะสั้นและถูกจำหน่ายให้กลับไปเข้าสู่ครอบครัวและชุมชนโดยเร็วได้ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชเหล่านี้ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่และยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (มารศรี ปาณิวัตร; ศิริเนตร สุชาติ, 2548; Buckwalter, 1991; Cunningham, 2007; Quinlan & Ohlund, 1995) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของสมณฑา บุญชัย (2545) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่อยู่ที่บ้านมักมีปัญหาด้านการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานยา การแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ การทำงาน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และการเผชิญปัญหา และจากการศึกษาของวาสนา ปานดอก (2545) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านพฤติกรรมเมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัว ได้แก่ เอะอะอาละวาด ทำลายข้าวของ ทำร้าย

ตนเองและผู้อื่น พุดบ่นและยี้มหัวเราะคนเดียว ไม่ยอมนอนหรือนอนไม่หลับ ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง ไม่ยอมรับประทานยาเนื่องจากคิดว่าตนเองหายแล้ว ไม่มาพบแพทย์ตามนัด นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของมาร์ศรี ปาณิวัตร (2548) ที่พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของอำเภอเมือง จังหวัดเลย ได้แก่ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดผู้ดูแลหลัก ญาติไม่ยอมรับ ถูกล่อลวงขัง มีความขัดแย้งในครอบครัวและกลับมารักษาซ้ำภายใน 1 เดือน และจากการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) และการศึกษาของพวงเพ็ญเจียมปัญญารักษ์ นกวัลย์ กัมพลาศิริ ยาใจ สิทธิมงคล และถวิล นภาพงส์สุริยา (2542) ก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับกลางและต่ำ

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศนั้น จากการศึกษาของแม็คอินทอชและวอร์เลย์ (McIntosh & Worley, 1994 cited in Finkelman, 1997) ที่ได้ศึกษาถึงปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังกลับจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้านและชุมชนจำนวน 127 คน พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาใน 8 ด้าน ได้แก่ การใช้ยา อาการทางจิต การไปตรวจตามนัด การบริหารจัดการเรื่องเวลา กลุ่มที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือ การนอนหลับ การมีสัมพันธภาพกับครอบครัวรวมถึงบุคคลอื่นที่มีความสำคัญในชีวิต และปัญหาด้านการรับประทานอาหาร นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของเลลิออต วิงและคลิฟฟอร์ด (Lelliott, Wing & Clifford, 1994 cited in Kampman, Illi, Poutanen, & Leinonen, 2003) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่บ้านหรือชุมชนยังคงมีอาการทางจิต มีพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้ยาเสพติด มีบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ทางสังคมที่เสื่อมทรามลง

อย่างไรก็ตาม การที่จะดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้นานที่สุดและมีความสุขตามอัตภาพ ต้องมีรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีการวางแผนช่วยเหลืออย่างเป็นขั้นตอน กล่าวคือ ได้เริ่มวางแผนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ขณะอยู่ในโรงพยาบาล การวางแผนการจำหน่าย และการวางแผนเมื่อผู้ป่วยกลับเข้าสู่ครอบครัวและชุมชน ซึ่งขณะอยู่ในชุมชนผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยยา และการบำบัดรักษาทางจิตสังคมซึ่งมีหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Psychiatric home care) เป็นต้น โดยการดูแลรักษาเหล่านี้ต้องอาศัยสหวิชาชีพในทีมสุขภาพเพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในทีมให้การดูแลรักษา เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของการบำบัดตั้งแต่ขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งผู้ป่วยกลับเข้าสู่ชุมชน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้เป็นไปตามขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่กำหนดโดยสภาการพยาบาล ได้แก่ “การมีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ซับซ้อน การใช้

หลักฐานเชิงประจักษ์ การจัดการ และการประเมินผลลัพธ์ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน การฝึก การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติและการประสานงาน” (สภาการพยาบาล, 2546, หน้า 20 - 21) ซึ่งบทบาทหน้าที่อันสำคัญอย่างหนึ่งของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ก็คือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประกอบอาชีพได้ มีอาการทางจิตลดลง ไม่เกิดอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ สัมพันธภาพภายในครอบครัวดีขึ้น สามารถอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ ญาติมีความรู้และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ รวมทั้งยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น ชุมชนมีความรู้และยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านยังทำให้ลดค่าใช้จ่ายของภาครัฐในการดูแลผู้ป่วยได้ (จลิ เจริญสรรพ, 2544; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ กฤติยา แสงเจริญ ปรานีพร บุญเรือง สมจิต แคนสีแก้ว และนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2547; สุวิมล สมิตตะ, 2541; Hellwig, 1997; McNab, Smith, & Minardi, 2006) ดังเช่นการศึกษาของชัย เซน และหยิน (Tsai, Chen & Yin, 2005) ประเทศไต้หวัน ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอกตามปกติ ซึ่งในจำนวนนี้พบเป็นผู้ป่วยจิตเภทถึงร้อยละ 75 ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมโรคและการทำหน้าที่ทางสังคมดีกว่า อาการแสดงทางด้านจิตเวชน้อยกว่าและเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอกตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของไทเรอร์และคณะ (Tyrer et al., 1998) จากประเทศอังกฤษที่ได้ศึกษาถึงผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลซึ่งพบเป็นผู้ป่วยจิตเภทถึงร้อยละ 55 ที่ได้รับการดูแลโดยทีมของโรงพยาบาลเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพที่บ้านและบริการอย่างอื่นที่อยู่ในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพที่บ้านและบริการอย่างอื่นที่อยู่ในชุมชนมีอัตราการกลับไปรักษาซ้ำน้อยกว่าและเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยทีมของโรงพยาบาล นอกจากนี้จากการศึกษาของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2543) จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ได้ประเมินผลโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูงถึงร้อยละ 73.10 และจากการศึกษาของสมณฑา บุญชัย (2545) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์มีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 89.80

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของประเทศไทยในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและส่วนใหญ่ยังไม่แพร่หลาย มีเพียงบางพื้นที่เท่านั้นที่มี

รูปแบบและการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างเป็นระบบและได้ผลดี ได้แก่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบกับนโยบายของกรมสุขภาพจิตเน้นให้มีการจัดระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit) เพื่อให้มีการดูแลที่ต่อเนื่อง มีการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพจิตแบบใกล้บ้านใกล้ใจ โดยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จากการมีแนวคิดที่ว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วยและตระหนักว่าการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตัวเองที่บ้านได้ดีขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2544) ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลในชุมชน ซึ่งต้องรับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยตรง มีความสนใจที่จะศึกษาและสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน อันจะช่วยให้ผู้ศึกษามีความรู้ความเข้าใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ในประเด็นต่อไปนี้

1. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
2. กิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
3. ระยะเวลา จำนวนครั้งและความถี่ในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
4. ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่า เป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคโดยยึดหลัก ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems , 10th revision) หรือ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , 4th edition) โดยที่ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ มีการแสดงอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น มีความคิดหลง

ผิด (delusion) มีประสาทหลอน (hallucination) อารมณ์เฉยเมยหรืออารมณ์ทื่อ (Blunted) พูดหรือสนทนาไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน หรือไม่สมเหตุสมผล หรือไม่สอดคล้องกับสภาพภายนอก (Disorganized speech) ไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวัน เก็บตัว พูดน้อย เฉื่อยชาลง หวาดระแวง เอะอะอาละวาด ทูบทำลายข้าวของ ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน หมายถึง การบริการด้านสุขภาพที่ผสมผสานทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในสถานที่อยู่ของผู้ป่วยเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพจิตดีขึ้นหรือคงภาวะสุขภาพจิตที่ดีอย่างเดิมไว้ หรือป้องกันความบกพร่องให้หลงเหลือน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต อาการทางจิต การกลับป่วยซ้ำ 2) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับญาติหรือผู้ดูแล เช่น ความรู้ความเข้าใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ทักษะติดต่อผู้ป่วย 3) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในชุมชน เช่น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 4) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับบุคลากร เช่น ความรู้ความเข้าใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และ 5) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสังคมและประเทศชาติ ได้แก่ การประหยัดงบประมาณรายจ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของภาครัฐและความคุ้มค่าในการดูแลจิตเภทที่บ้าน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเพื่อจะนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

- ความหมายของโรคจิตเภท
- สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท
- อาการและการดำเนินโรคของโรคจิตเภท
- การรักษาพยาบาล
- ปัญหาเมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับไปอยู่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้าน

- ความหมาย
- ประวัติและความเป็นมา

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

- แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
- วัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
- ประโยชน์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
- รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
- ทีมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและบทบาทหน้าที่
- บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
- การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

ความหมายของโรคจิตเภท

ได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับโรคจิตเภทไว้ พอจะสรุปได้ดังนี้

“Schizophrenia” มีรากศัพท์มาจากภาษากรีก คำว่า “schizen” หมายถึง การแตกแยก (to split) และ “phren” หมายถึง จิตใจ (mind) เมื่อนำมารวมกันเป็นคำว่า Schizophrenia จึงหมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของจิตใจ (Wikipedia, 2009)

ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision, 2006) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า โรคจิตเภท เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านความคิดและการรับรู้ มีการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) แต่มักพบว่าสติสัมปชัญญะและเขว้ปัญญายังคงอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการนึกคิดไปในขณะเจ็บป่วย อาการแสดงทางจิตที่สำคัญได้แก่ การได้ยินเสียงสะท้อนของความคิด (thought echo) มีผู้อื่นนำความคิดมาใส่ให้หรือดึงความคิดของตนออกไป (thought insertion or withdrawal) ความคิดของตนเองกระจายออกนอกตัวทำให้คนอื่นรู้หมดว่าตนเองคิดอะไร (thought broadcasting) มีความหลงผิดด้านการรับรู้และหลงผิดคิดว่าตนมีอำนาจและสามารถควบคุมคนอื่นได้ (delusional perception and delusions of control) มีอิทธิพลเหนือคนอื่นหรือได้รับอิทธิพลจากคนอื่น (influence or passivity) หูแว่วได้ยินเสียงคนอื่นวิจารณ์หรือพูดกันในเรื่องของตนเอง (hallucinatory voices commenting or discussing the patient in the third person) มีความผิดปกติด้านความคิดและอาการด้านลบ (thought disorders and negative symptoms) (World Health Organization, 2006)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO, 1994) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรง ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีลักษณะมีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และการหยั่งรู้เกี่ยวกับตนเอง รวมทั้งมีอาการแสดงทางจิต เช่น หูแว่วหรือหลงผิด โรคนี้ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ตลอดจนไม่สามารถหาเลี้ยงชีพหรือเรียนหนังสือได้

ในระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition, DSM-IV, 1994) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วยและการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ประกอบด้วยอาการด้านบวกและอาการด้านลบ อาการด้านบวกประกอบด้วยความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม ส่วนลักษณะอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในคนทั่วๆ ไปที่ควรจะมี ประกอบด้วยอารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือ

ไม่พูดและขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีการทั้งด้านบวกและด้านลบติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการในระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (American Psychiatric Association, 1994)

โรคจิตเภท เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และในช่วงเวลาดังกล่าวต้องมีอาการในระยะที่โรคกำลังเป็นมาก (active phase) อย่างน้อย 1 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พืชจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า โรคจิตเภท เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์และความรู้สึก ส่งผลให้มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความจริง มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ การทำหน้าที่ทางสังคมและการประกอบอาชีพ โดยไม่พบความผิดปกติของโรคทางกายและพยาธิสภาพทางสมอง

สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

โรคจิตเภท เป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบว่าสาเหตุหรือปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภท อาจแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ปัจจัยทางด้านชีวภาพ 2) ปัจจัยทางด้านจิตสังคม และ 3) ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological factors)

แนวคิดทางชีวภาพมองว่า โรคจิตเภทเป็น brain disorder โดยมีการพบหลักฐานทางชีวภาพในด้านต่างๆ มากขึ้นเรื่อยๆ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) ด้านพันธุกรรม 2) ด้านชีวเคมี และ 3) ด้านกายวิภาคของสมอง (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; Sadock & Sadock, 2003) ดังนี้

1) ด้านพันธุกรรม การศึกษาพันธุกรรมของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งขึ้น โอกาสเป็นโรคนี้อาจเพิ่มขึ้น จากการศึกษาคrossover การศึกษานุเคราะห์กรรมและการศึกษาในคู่แฝด พบว่า พันธุกรรมมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคนี้อย่างยิ่ง กล่าวคือ การศึกษาในครอบครัวพบว่า ครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้นุศรมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคถึงร้อยละ 12 แต่ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภททั้งบิดาและมารดาทำให้นุศรมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคสูงถึงร้อยละ 40 สำหรับการศึกษาในบุตรบุญธรรม พบว่า บุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้ไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนการศึกษาในคู่แฝดพบว่า คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคู่แฝด

ที่เกิดจากไขคนละใบถึง 4 เท่าและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคมกกว่าคนทั่วไปถึง 47 เท่า (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; Sadock & Sadock, 2003)

2) ด้านชีวเคมี (Biochemical factors)

สมมุติฐานเกี่ยวกับสาร Dopamine (Dopamine Hypothesis) เชื่อว่า มีสาร Dopamine หลั่งออกมามากในสมองจึงทำให้เกิดอาการทางจิตขึ้น มีการศึกษาที่สนับสนุนสมมุติฐานนี้ กล่าวคือ เมื่อให้ยาต้านโรคจิต (antipsychotic drugs) เช่น Haloperidol, Chlorpromazine ซึ่งเป็น dopamine blocker แก่ผู้ป่วยแล้วทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าสารที่ไปเพิ่มการหลั่งของสาร Dopamine ในสมอง เช่น Amphetamine ทำให้เกิดอาการทางจิตได้ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536; ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; สมภพ เรืองตระกูล, 2548; Sadock & Sadock, 2003)

สมมุติฐานทางชีวเคมีอื่น (Others Biochemical Hypothesis) จากการศึกษาพบว่า ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองหลายตัวเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทได้ เช่น Norepinephrine, Serotonin, Acetylcholine โดยมีข้อสันนิษฐานว่า โรคจิตเภทอาจเกิดจากการมี Serotonin ในสมองสูงผิดปกติ เนื่องจากยารักษาโรคจิตชนิดใหม่คือ Clozapine และ Risperidone ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Serotonin-dopamine antagonists ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตดีขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2547; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; Sadock & Sadock, 2003)

3) ด้านกายวิภาคของสมอง มีการศึกษาโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์และ MRI ตรวจที่สมองของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า Ventricle มีขนาดใหญ่ขึ้น ปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติโดยเฉพาะในส่วนของ Cortical gray matter นอกจากนี้ยังพบว่า Hippocampus และ Amygdala มีขนาดเล็กลง รวมทั้งมีความผิดปกติของ Prefrontal lobe ที่พบว่ามี Prefrontal atrophy และในส่วน Frontal lobe พบว่ามี Cerebral blood flow และ Glucose metabolism ลดลง (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; Sadock & Sadock, 2003)

2. ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (Psychosocial factors)

จากการศึกษาปัจจัยทางด้านจิตสังคม พบว่าปัจจัยทางด้านจิตสังคมมีความเกี่ยวข้องกับหลายทฤษฎี ดังนี้

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theories) โดย Sigmund Freud เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากการถูกขัดขวางพัฒนาการ (Developmental fixations) ในขณะที่ยังเป็นเด็ก ทำให้เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ (Intra-psychic conflict) โดยในทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า ปัญหาทางสุขภาพจิตเกิดจากบุคคลไม่สามารถจัดการตนเองหรือไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ จึงเกิดความขัดแย้งระหว่างความต้องการและแรงขับที่เกิดจากแรงผลักดันภายในที่เรียกว่า

สัญชาตญาณ (Instinct) เป็นผลให้เกิดความไม่เหมาะสมในการทำหน้าที่ของตนทางจิตใจ ร่วมกับการใช้กลไกทางจิตชนิดที่ไม่ช่วยแก้ไขปัญห (Primitive defense mechanism) เช่น Denial, Projection, Regression และ Splitting จากสิ่งเหล่านี้มีผลให้เกิดความแปรปรวนทางจิตได้ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536; ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541; Sadock & Sadock, 2003)

2) ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theories) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้การตอบสนองที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม (Irrational reactions) และเลียนแบบความคิดของพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูที่มีปัญหาด้านอารมณ์ นอกจากนี้ยังเชื่อว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาด้านการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเกิดจากการเรียนรู้จากตัวอย่างที่ไม่ดีในขณะที่เป็นเด็ก (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534; Sadock & Sadock, 2003)

3) กลไกภายในครอบครัว (Family dynamics) แม้จะมีหลักฐานหรืองานวิจัยที่ไม่มากนักในการบ่งชี้ถึงครอบครัวลักษณะเฉพาะที่ทำให้คนในครอบครัวเกิดโรคจิตเภท แต่พบว่าครอบครัวที่มีพยาธิสภาพ (Dysfunctional family) ทำให้เด็กพัฒนาไปเป็นโรคจิตเภทได้ ครอบครัวที่มีพยาธิสภาพ ได้แก่ 1) ครอบครัวที่มีการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน (Double blind families) เชื่อว่าการที่บุคคลเจริญเติบโตมาในสภาพแวดล้อมหรือครอบครัวที่มีการสื่อสารกันทั้งที่เป็นคำพูดและไม่เป็นคำพูดแบบไม่ตรงไปตรงมาหรือมีข้อมูลแอบแฝงอยู่ จะสร้างความสับสนให้กับบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะเด็กที่กำลังเติบโต ทำให้เด็กมีความยุ่งยากใจในการแยกแยะความจริง ไม่รู้ว่าควรปฏิบัติอย่างไรให้คนอื่น ๆ พอใจ เกิดเป็นความไม่ไว้วางใจและมีท่าทางระมัดระวัง ขาดความมั่นใจในการสร้างสัมพันธ์กับคนอื่นในสังคม 2) ครอบครัวที่พ่อแม่ไม่รักใคร่ปรองดองกันและครอบครัวที่พ่อหรือแม่สนิทกับลูกมากเกินไปจนทำให้อีกฝ่ายหนึ่งด้อย (Schisms and skewed families) และ 3) ครอบครัวที่เกลียดรักใคร่กันและครอบครัวที่เกลียดเกลียดชังกันหรือทะเลาะกัน (Pseudomutual and pseudohostile families) (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534; ยาใจ สิริพิมมงคล, 2542; Sadock & Sadock, 2003)

3. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (Environmental factors)

มีการศึกษาพบว่าสภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตอาจเป็นสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทได้ โดยบุคคลที่อยู่ในสภาวะสังคมและเศรษฐกิจต่ำมีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลที่อยู่ในสภาวะสังคมและเศรษฐกิจสูง (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536; นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; สมภพ เรืองตระกูล, 2548; Sadock & sadock, 2003) สภาพสังคมแบบอุตสาหกรรม (Industrialization) และเมืองใหญ่ (Urbanization) มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534; Sadock & sadock, 2003)

นอกจากนี้ยังพบว่า บุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทส่วนมากมักจะเผชิญกับเหตุการณ์ดังเครียดในชีวิต ได้แก่ การสูญเสีย การหย่าร้าง การถูกออกจากงาน เป็นต้น

แต่อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันนี้ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการจากหลายๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ Stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา หรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; Sadock & sadock, 2003)

อาการและการดำเนินโรคของโรคจิตเภท

ผู้ที่เป็โรคจิตเภทมักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินของโรคเกิดขึ้นช้าๆ ไม่สามารถรู้เนื่ว่าโรคเริ่มต้นเมื่อไร อาการหลงผิดมักเริ่มหลังอายุ 20 ปีไปแล้ว แต่ไม่เกินอายุ 40 ปี แรกๆ อาการอาจจะน้อยและไม่ชัดเจน การดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนเริ่มอาการ 2) ระยะอาการกำเริบ และ 3) ระยะอาการทุเลา (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) ดังนี้

ระยะก่อนเริ่มอาการ (Prodromal phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มมีอาการน้อยๆ ส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป โดยทั่วไปมักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ พบว่าการเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลงญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปไม่เหมือนคนเดิม เริ่มแรกส่วนใหญ่มักเก็บตัวมากขึ้น ละเลยเรื่องสุขอนามัยและการแต่งกาย อาจหันไปสนใจด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือเรื่องของไสยศาสตร์ มีความคิด คำพูด หรือบางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก แต่ก็ไม่ผิดปกติชัดเจน มีบ้างที่อาจเห็นว่าผู้ป่วยเป็นคนขี้เกียจสนใจตนเองน้อยลง มีการใช้คำพูดหรือสำนวนแปลกๆ ระยะนี้อาจนานเป็นเดือนถึงเป็นปี โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุราหรือเครื่ยดจัดๆ อาจเห็นชัดว่าผู้ป่วยไม่ปกติ บางคนอาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจน พอมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการโรคจิตรุนแรงขึ้นมาเลยก็มี

ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน อาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขั้นอาการกำเริบ ในขณะที่บางคนระยะแรกอาจนานหลายๆ เดือนก่อนที่อาการจะกำเริบ ส่วนใหญ่แล้วอาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เช่น ตกงาน ถูกย้าย สอบตก เป็นต้น อาการที่แสดงออกจะมี 2 กลุ่มอาการ คือ อาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (Negative symptoms) ดังนี้

1) กลุ่มอาการทางบวก (Positive symptoms) เป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในระยะอาการกำเริบ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 อาการหลงผิด (Delusion) ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง และเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่ว่าจะมีความรู้หรือเหตุผลมาหักล้าง ผู้ป่วยยังคงไม่เปลี่ยนความเชื่อของตน ความหลงผิดที่พบบ่อยในโรคจิตเภทมักมีหลายรูปแบบ เช่น หวาดระแวง เชื่อว่ามีคนปองร้ายหรือไม่ประสงค์ดีกับตนเอง เชื่อว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง หลงผิดว่าเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวล้วนแต่เกี่ยวข้องกับตนเอง เช่น เห็นคนคุยกันก็เชื่อว่าเขาคุยเรื่องตนเอง ดูโทรทัศน์ก็รู้สึกว่าเรื่องในโทรทัศน์เกี่ยวข้องกับตนเอง หลงผิดว่าตนเองเป็นเทพ เป็นเจ้าหรือเป็นคนสำคัญกลับชาติมาเกิด บางครั้งความหลงผิดอาจเป็นเรื่องของศาสนา เช่น เชื่อว่าตนเองเป็นพระพุทธเจ้า ตนเองตรัสรู้ได้ เป็นต้น หลงผิดเกี่ยวกับอาการทางกาย เช่น เชื่อว่าตนเป็นโรคใดโรคหนึ่ง หรือเชื่อว่าร่างกายตนผิดไปจากเดิม ไม่ว่าแพทย์จะยืนยันอย่างไรก็ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความคิดได้ มีความหลงผิดที่มีลักษณะแปลกพิลึกพิลั่น เป็นความเชื่อที่ไม่ว่าใครได้ยืนยันก็รู้ว่าเป็นไปไม่ได้ เช่น เชื่อว่ามีกลิ่นอยู่ในสมอง เชื่อว่าตนมีเครื่องดักจับวิญญาณ เป็นความหลงผิดที่ไม่ค่อยพบในโรคจิตประเภทอื่นๆ

1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) คือการมีการรับรู้ต่างๆ ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นไปกับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียงและการสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ เสียงแว่ว (Auditory hallucination) ลักษณะที่พบบ่อยคือ เสียงแว่วคนพูดคุยกันในเรื่องของผู้ป่วย (Voice discussion) หรือเสียงวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย (Voice commenting) ประสาทหลอนที่พบบรองลงมาคือ ภาพหลอน (Visual hallucination) อาจเห็นภาพคนใกล้ชิด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ รายละเอียดชัดเจนและมักมีหูแว่วร่วมด้วย ประสาทหลอนอื่นๆ เช่น ได้กลิ่นแปลกๆ (Olfactory hallucination) หรือลิ้นรับรสชาติแปลกๆ อาจพบได้แต่ไม่บ่อย

1.3 อาการด้านความคิด (Thought disorder) ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับความคิดที่ตนเข้าใจคนเดียว ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นแนวทางเดียวกันตลอดได้ ซึ่งจะแสดงออกมาโดยผ่านทางภาษา (Disorganized speech) เป็นการพูดที่ไม่ต่อเนื่อง พูดเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่ง โดยอีกเรื่องหนึ่งไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องเดิมหรืออาจเกี่ยวเพียงเล็กน้อย (Loosening of association) หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย (Tangentiality) หากเป็นมาๆ การวางคำในประโยคอาจจะสับสน ทำให้ฟังไม่เข้าใจเลย บางคนอาจใช้คำแปลกๆ ที่คนอื่นไม่เข้าใจนอกจากตนเอง ผู้ป่วยทั้งหมดจะไม่คิดว่าตนเองผิดปกติไป อาการอย่างนี้ยากต่อการรักษา

1.4 อาการด้านพฤติกรรม (Disorganized behavior) พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปจนเห็นได้ชัด ซึ่งอาจเป็นจากความหลงผิด ประสาทหลอน หรือจากความคิดแปลกๆ ของผู้ป่วย บางรายเก็บตัวมากขึ้น ไม่อาบน้ำหลายๆ วันติดกัน กลางคืนไม่นอน ทำท่าทางแปลกๆ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งอาการเช่นนี้มักก่อความเดือดร้อนแก่ญาติมากจนต้องพามาพบแพทย์

1.5 อาการทางอารมณ์ (Emotions) อาจพบผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางรายอาจมีอาการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะร่วนหรือหัวเราะคิกคักคนเดียว ทั้งที่ไม่มีเรื่องขำ อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการทางจิตดีขึ้น

2) อาการทางลบ (Negative symptoms) คือ ผู้ป่วยขาดในสิ่งที่ควรจะมีในคนทั่วไป ได้แก่

- Alogia พูดน้อย ไม่ค่อยพูด เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ
- Affective flattening การแสดงออกด้านอารมณ์ลดน้อยลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา
- Avolition-apathy ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ไม่สนใจเรื่องเรียนหรือทำงาน ผู้ป่วยอาจอยู่เฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร
- Anhedonia-asociality ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน เก็บตัว ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร อาการด้านลบในลักษณะนี้อาจเริ่มเห็นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการกำเริบที่ชัดเจน ในบางคนอาการเด่นจะแสดงออกมาในลักษณะนี้ โดยไม่พบอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนที่ชัดเจนเลยก็มี

ระยะอาการทุเลา (Stabilization phase) หรือระยะอาการคงที่ ระยะนี้เป็นระยะที่อาการต่างๆ เริ่มคงที่ หรือหากมีก็ไม่รุนแรงเท่ากับระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการเลย ในขณะที่บางรายอาการไม่ได้ออกเป็นอาการโรคจิตชัดเจน เช่น อาการเครียด หงุดหงิด วิตกกังวลง่าย หรือนอนไม่หลับเป็นครั้งคราว บางรายอาจมีอาการด้านบวกหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น มีความคิดแปลกๆ เชื่อในเรื่องไสยศาสตร์หรือโชคลาง ในระยะนี้มักพบอาการด้านลบน้อย และในระยะนี้เองผู้ป่วยมักถูกผลักดันให้กลับไปอยู่ในความดูแลของครอบครัวและชุมชนต่อไป

การรักษาพยาบาล

การรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบัน พบว่า 25% รักษาได้ผลดีภายในระยะเวลา 5 ปีโดยไม่ต้องได้รับการรักษาอีก อีก 50% มีอาการเป็นๆ หายๆ โดยขึ้นอยู่กับคุณภาพของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ 15% ไม่ตอบสนองต่อการรักษาทำให้ป่วยเรื้อรังรักษาไม่หาย และอีก 10% พบมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ อย่างมาก (Wing, 1992 cited in Gillam, 2006) ปัจจุบันการรักษาพยาบาล

ผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และการรักษาพยาบาลในชุมชน (มารศรี ปาณิวัตร, 2548; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ กฤติยา แสงเจริญ ปราณีพร บุญเรือง สมจิต แคนสีแก้ว และนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2547) ดังนี้

1. การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยจิตเภทที่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะอาการกำเริบ มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น 2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง 3) ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยา และ 4) ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการวินิจฉัย (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) สาเหตุของโรคจิตเภทไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว ทำให้ยากแก่การรักษา ดังนั้นการรักษาจึงแปรเปลี่ยนไปตามอาการเด่นๆ ของผู้ป่วย วิธีการรักษาอาจต้องใช้การผสมผสานของวิธีการหลายอย่างร่วมกัน โดยแนวทางในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาล มีดังนี้ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2548; Sadock & Sadock, 2003)

การบำบัดด้วยยา โดยยาจะช่วยปรับแก้ความผิดปกติของการหลั่งสารสื่อประสาทที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรค มีผลทำให้ลดอาการรุนแรงของโรคลงเกือบทุกอาการ โดยเฉพาะอาการทางบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น การรักษาด้วยยาต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล เมื่อเริ่มอาการทุเลา ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น การติดต่อสื่อสารจะดีขึ้น ซึ่งในระยะนี้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทจำเป็นต้องได้รับยาต่อไปจนกว่าอาการจะคงที่ โดยจะต้องรับยาต่อเนื่องประมาณ 1-2 ปี ในผู้ที่เป็โรคจิตเภทครั้งแรกเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

การบำบัดด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้นไม่ได้ผลดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือผู้ป่วย Severe depression ร่วมด้วย

การบำบัดทางจิตสังคม เนื่องจากโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีอาการเสื่อมเสียอย่างมากในด้านการงานและการเข้าสังคม ซึ่งปัญหาดังกล่าวยังคงอยู่แม้อาการของโรคจิตจะลดลงแล้ว ดังนั้นการรักษาทางจิตสังคมจึงจำเป็นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเผชิญกับความเครียด (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2548; อรพรรณ ลีอนุวัตรชัย, 2549; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) ซึ่งมีหลายวิธีดังนี้

1. จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นการรักษาโดยใช้วิธีการของจิตบำบัด ประคับประคอง ผู้รักษาตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ มุ่งเน้นเฉพาะจุดของปัญหาและทำความเข้าใจกับปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้รับการบำบัด สามารถทำได้ทั้งเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่มเป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญ เป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรักษาแบบกลุ่มให้มีประสิทธิภาพและได้ผลดี ขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ ความเข้าใจ ความรัก และพฤติกรรม

2. การให้สุขภาพจิตศึกษาหรือให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (Psycho-education or family Counseling) การบำบัดรักษาวิธีนี้เกิดขึ้นจากการที่ครอบครัวมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้ บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบได้ การให้ความรู้เรื่องโรคและสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วย รวมทั้งการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัวจึงมีความจำเป็น

3. กิจกรรมบำบัด (Activity therapy groups) เป็นการบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิตโดยการจัดกิจกรรมหลายๆ รูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ชนิดของกลุ่มบำบัด เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มดนตรีบำบัด กลุ่มศิลปะบำบัด เป็นต้น

4. นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการ จัดสภาพแวดล้อมเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ค้ำกันให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพื่อความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างความมีคุณค่าของตนเอง

5. กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการ จัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

6. พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) จุดมุ่งหมายคือ การแก้ไขพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสม โดยผู้รักษาจะให้สิ่งเร้าที่เหมาะสมและเสริมแรงในพฤติกรรมที่เหมาะสม แนะนำการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต

2. การรักษาพยาบาลในชุมชน

เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับเข้าไปสู่ชุมชน จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและ

ชุมชนได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ และไม่เกิดอาการป่วยซ้ำขึ้นมาอีก การดูแลรักษาที่สำคัญและจำเป็น คือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไป

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่เรื้อรัง และพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด โดยผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีการกระทำ/การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม โดยมีอาการและอาการแสดงที่สำคัญ 2 แบบ คือ อาการทางบวกและอาการทางลบ การดำเนินของโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคยังไม่ทราบแน่ชัด ปัจจุบันเชื่อว่าเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งทางด้านชีววิทยา จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการผสมผสานระหว่างการรักษาทางยาและการรักษาทางจิตสังคม รวมทั้งการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ในชุมชน โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ

ปัญหาเมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับไปอยู่บ้าน

จากนโยบายในปัจจุบันที่มีการลดจำนวนเตียงของโรงพยาบาลจิตเวช รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤตฉุกเฉินและให้อยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาสั้น เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลามีอาการทางจิตลดลง สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้นก็จำหน่ายผู้ป่วยให้กลับบ้านเข้าสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2549; จลิ เจริญสรรพ, 2544; พรทิพย์ วงศ์สุบรรณ และคณะ, 2547; ไพรวัดย์ ร่มซ้ายและคณะ, 2544; มารศรี ปาณิวัตร, 2548; Caverly & Mejo, 1998; Joy et al., 2006) ดังนั้น ผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ในชุมชนนั้นจะยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่และอาจเกิดอาการกำเริบได้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายแบบเดิมในอดีต (Cunningham, 2007; Finkelman, 1997; Kampman et al., 2003) รวมทั้งก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาทั้งที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและชุมชน (Buckwalter, 1991; Cunningham, 2007; Lelliott, Wing, & Clifford, 1994 cited in Kampman et al., 2003; McIntosh & Worley, 1994 cited in Finkelman, 1997; Quinlan & Ohlund, 1995) จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้าน พบปัญหาและผลกระทบที่อาจแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง 2) ผลกระทบต่อครอบครัว และ 3) ผลกระทบต่อชุมชน ดังนี้

1. ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง ดังรายละเอียด คือ

1.1 ปัญหาด้านพฤติกรรม

- ปัญหาพฤติกรรมทางจิตที่พบบ่อย ได้แก่ อะอะอะอะละวาด มีพฤติกรรมก้าวร้าว แสดงอาการโกรธหรือเกลียดรุนแรง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น (วาสนา ปาน

ดอ, 2545; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; Lelliott, Wing, & Clifford, 1994 cited in Kampman et al., 2003; McIntosh & Worley, 1994 cited in Finkelmann, 1997; Quinlan & Ohlund, 1995) ทำลายข้าวของและทรัพย์สินรวมทั้งขโมยสิ่งของ พฤติกรรมความรุนแรงเหล่านี้ทำให้เกิดการล่ามขังตามมา (ไพรวลัย รัมซ่ายและคณะ, 2544; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; มารศรี ปาณิวัตร, 2548) นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมยืมหัวเราะคนเดียว พูดคนเดียว หวาดกลัว หวาดระแวง ซึมเศร้า เดินไปเดินมา เดินเรื่อยเปื่อย กลางคืนไม่นอนและออกเดินตลอด (จิรารัตน์ พิมพ์ดี, 2541; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2547)

- ปัญหาทางด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ได้แก่ ไม่สนใจการปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัว มีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี (Gopinath & Chaturvedi, 1992 อ้างในสถิต วงศ์สุรประกิจ, 2542) ไม่อาบน้ำแปรงฟันหรือเปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่สนใจในการรับประทานอาหาร แต่งกายไม่เหมาะสมไม่ถูกกาลเทศะหรือการแต่งกายผิดปกติไปจากเดิม บางรายแต่งกายตามปกติแต่ความสะอาดลดลง ไม่ใส่เสื้อผ้า เดินเร่ร่อนในชุมชน (จิรารัตน์ พิมพ์ดี, 2541; มารศรี ปาณิวัตร, 2548)

- พฤติกรรมด้านการใช้สารเสพติด มีการศึกษาจำนวนมากที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่มากถึง 3 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมด ซึ่งการสูบบุหรี่จะทำให้ฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตลดลงและทำให้เกิดอาการ Parkinsonism ได้ (Kaplan and Sadock, 1998 อ้างถึงในสุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) จากการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ก็พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทถึง 45.1 % มีการสูบบุหรี่เป็นประจำ นอกจากนี้จากการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ (2547) พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังมีค่านิยมในการดื่มสุรา เพราะถือว่าการเข้าสังคมและทำให้สนุกสนาน ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ 1 ราย จากทั้งหมด 10 ราย และจากการศึกษาของจิรารัตน์ พิมพ์ดี (2541) ก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สารเสพติดและดื่มสุราถึง 7 รายจากทั้งหมด 10 ราย

1.2 ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาและปฏิบัติตามแผนการรักษา จากการศึกษาพบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการกำเริบและป่วยซ้ำคือ ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้นหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (จิรารัตน์ พิมพ์ดี, 2541; จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545; ดารณี คงชาติและคณะ, 2544; ไพรวลัย รัมซ่ายและคณะ, 2544; มารศรี ปาณิวัตร, 2548; Baley et al., 1982; วัชนี หัตถพนมและคณะ, 2529 อ้างถึงในราตรี อินทรี, 2541; วาสนา ปานดอ, 2545; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549; Kampman et al., 2003; Townsend, 2006) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ยอมรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งพบถึง 60% (Velligan & Weiden, 2006 cited in Cunningham, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด มีการปรับขนาดยาโดยลดหรือเพิ่มยาเอง ใช้ยาในเวลาที่ inappropriate หรือมีการใช้ยา

หรือเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา เช่น อาการง่วงซึม ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง มือสั่นจนไม่สามารถทำงานได้ รวมทั้งไม่ทราบวิธีแก้ไขอาการข้างเคียงของยาหรือไม่รู้ที่ขอความช่วยเหลือ (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; วาสนา ปานดอก, 2545; สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ, 2547) นอกจากนี้จากการศึกษาของวาสนา ปานดอก (2545) และจิรารัตน์ พิมพ์ดีด (2541) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลอาจไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคและยารักษาโรคจิต โดยดูจากการให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเพราะอายุและกลัวคนอื่นว่าเป็นโรคจิต การออกกำลังกายทำให้หายจากโรคจิตได้ มีการทดลองรักษาอย่างอื่น หรือหมอพื้นบ้านแนะนำให้งดยา รวมทั้งไม่หาวิธีหลอกล่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาจนได้ทุกครั้งแม้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตและไม่ยอมรับประทานยา

1.3 ปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น พบว่า ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนอยู่ในระดับไม่ดี (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541; ดารา ศัตรูถี ดวงตา กุลรัตนญาณและสมสกุล สุภัทรพันธุ์, 2539) มีการแยกตัว ไม่มีความเชื่อมั่นในตัวเอง ไม่กล้าพูดคุย ครอบครัวยังมองว่าผู้ป่วยมีอาการป่วยอยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพเฉพาะญาติผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนหรือสองคนเท่านั้น (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; สุวิมล สมัตตะ, 2541) จากการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ก็พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในระดับปานกลาง โดยมีบางส่วนที่ไม่พูดคุยเล่าทุกข์สุขกับคนใกล้ชิด (26.9 %) ไม่ออกไปสังสรรค์กับผู้อื่นนอกบ้าน (24.3 %) ใช้เวลาอยู่คนเดียวในช่วงกลางวันมากกว่า 8 ชั่วโมงหรือไม่ได้พูดคุยกับใครเลยในแต่ละวัน (10.4 %) และจากการศึกษาของสุเมธชา บุญชัย (2545) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับสูง แต่มีบางส่วนใช้เวลาอยู่คนเดียวในช่วงเวลากลางวันมากกว่า 8 ชั่วโมงหรือไม่ได้พูดคุยกับใครเลยในแต่ละวัน 22.45 % และไม่ออกไปสังสรรค์กับผู้อื่นนอกบ้าน 26.53 % นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่กล้าเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนและบางส่วนเกิดความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว

1.4 ปัญหาด้านการประกอบอาชีพและรายได้ จากการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้ประกอบอาชีพ 45.30 % และไม่มีรายได้ประจำ 59.50 % และจากการศึกษาของสุเมธชา บุญชัย (2545) ก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ คือ รายได้ต่ำกว่า 4,000 บาทต่อเดือนถึง 67.35 % และไม่ได้ประกอบอาชีพ 34.69 % และจากการศึกษาของดารา ศัตรูถีและคณะ (2539) พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้านมีจำนวนมากถึง 52 % นอกจากนี้จากการศึกษาของจิรารัตน์ พิมพ์ดีด (2541) ก็พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำงานได้ตามปกติแต่ความสามารถและความทนต่องานเริ่มเปลี่ยนไป เมื่ออาการทางจิตกำเริบผู้ป่วยจะทำงานไม่ได้เช่นเดิม ไม่มีสมาธิทำงาน และเกียจคร้าน

1.5 ปัญหาขาดการดูแลและเอาใจใส่ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวที่บ้านมักพบปัญหาการไม่ได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากญาติ ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ผู้ป่วยถูกปล่อยไว้บ้านคนเดียว ไม่มีผู้ดูแลและให้ยา เนื่องจากญาติเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย (ไพรวลัย รัมซ่ายและคณะ, 2544; มารศรี ปาณิวัตร, 2548; รัชนิกร อุปเสน, 2541; วาสนา ปานดอก, 2545; อรพรรณ ลือนุญธวัชชัย, 2549) หรือเพื่อความสะดวกในการประกอบอาชีพของญาติ โดยผู้ป่วยบางรายอาจถูกญาติกักบริเวณหรือล่อลวงขังไว้ (ไพรวลัย รัมซ่ายและคณะ, 2544; สถิต วงศ์สุรประกิจ, 2542) นอกจากนี้จากการศึกษาของวาสนา ปานดอก (2545) ก็พบว่า ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับต่ำถึง 44.71 %

1.6 ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยเกิดความเครียดจากการเจ็บป่วยของตนเอง เครียดจากการไม่มีงานทำหรือไม่มีรายได้และเครียดเนื่องจากความขัดแย้งในครอบครัว มีความคับข้องใจกับครอบครัว มีการทะเลาะวิวาทถกเถียงกันบ่อย (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541; มารศรี ปาณิวัตร, 2548)

2. ผลกระทบต่อครอบครัว

จากปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านดังกล่าวข้างต้น ได้ส่งผลกระทบและก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมามากมายกับสมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

2.1 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมักเกิดความเครียด ความรู้สึกอึดอัดใจ หนักใจ วิตกกังวลในการดูแล รักษา อารมณ์หงุดหงิดง่าย โกรธ เบื่อหน่าย ซึมเศร้า อับอาย หวาดกลัวว่าผู้ป่วยจะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น เนื่องจากไม่อาจคาดเดาได้ว่า ผู้ป่วยจะเกิดอาการกำเริบและแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมขึ้นมาเมื่อไหร่ (มัลลิกา สิงห์สุริยะ, 2547; รัชนิกร อุปเสน, 2541; สถิตย์ วงศ์สุรประกิจ, 2542; Falloon et al. cited in Buckwalter, 1991) จากการศึกษาของยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) ที่ได้ศึกษาถึงสุขภาพจิตและพฤติกรรมของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลจำนวน 140 คน ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญาและโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติทางจิตเวชถึง 28.6 % โดยมีอาการวิตกกังวล ท้อแท้ เบื่อหน่าย มีความบกพร่องทางสังคมและมีอาการซึมเศร้า และพบว่าสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นั่นคือ ผู้ดูแลที่มีแนวโน้มจะมีความผิดปกติทางจิต มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลางถึงระดับน้อย

2.2 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม ในด้านเศรษฐกิจ จากการศึกษาพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา และขาดกำลังสำคัญ

จากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่จะช่วยหารายได้เข้าสู่ครอบครัว ผู้ดูแลบางรายต้องขาดรายได้จากการหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย บางครอบครัวต้องไปยืมเงินเพื่อนบ้านเป็นค่าเดินทางและค่ารักษา และบางครอบครัวถึงกับกักบริเวณผู้ป่วยไว้ เพราะไม่ต้องการเสียเงินค่ายาและค่าเดินทางไปโรงพยาบาล ประกอบกับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วยที่ยากจนอยู่แล้ว ทำให้ครอบครัวเกิดปัญหาในด้านเศรษฐกิจมากยิ่งขึ้น (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540; ไพรวลัย รัมซ่ายและคณะ, 2544; มัลลิกา สิงห์สุริยะ, 2547; รัชนิกร อุปเสน, 2541; สถิตย์ วงศ์สุรประกิจ, 2542) จากการศึกษาของ วาสนา ปานดอก (2545) ก็พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจถึง 36.15 % และมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตมากถึง 57.65%

ส่วนในด้านสังคม พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทำให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นของตนเองที่จะทำกิจกรรมทางสังคมได้ตามต้องการ เช่น การไปสังสรรค์กับเพื่อนหรือการเชิญเพื่อนมาที่บ้าน เพราะต้องคอยดูแลผู้ป่วยไม่ให้กระทำในสิ่งที่ครอบครัวอับอาย และพยายามปิดบังไม่ให้ผู้อื่นรู้ว่าในครอบครัวมีผู้ป่วยทางจิต (วรกษ นิธิกุล, 2535 และ ปัทมา ทัพเสรีไทย, 2533 อ้างถึงในสถิตย์ วงศ์สุรประกิจ, 2542)

2.3 ผลกระทบด้านสุขภาพร่างกาย จากการศึกษาของรัชนิกร อุปเสน (2541) และมัลลิกา สิงห์สุริยะ (2547) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ เนื่องจากเวลาการพักผ่อนเปลี่ยนไปเพราะต้องเฝ้าสังเกตและระวังอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารน้อยลง สุขภาพทรุดโทรม เหนื่อยอ่อนเพลียจากการดูแล และได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย จากการศึกษาของ Greenberg และคณะ (1993 อ้างถึงในรัชนิกร อุปเสน, 2541) พบว่า ความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) และความรู้สึกเป็นกังวล (Worry) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสุขภาพร่างกายของมารดาผู้ป่วยจิตเภท

3. ผลกระทบต่อชุมชน

จากการศึกษาปัญหาและผลกระทบของชุมชนเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านนั้น พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่บ้าน มักมีพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลในชุมชนทางด้านจิตใจ เศรษฐกิจ และด้านร่างกาย โดยทางด้านจิตใจพบว่าบุคคลอื่นในชุมชนเกิดความรู้สึกหวาดกลัวและรำคาญ ด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมขโมยหรือทำลายสิ่งของ ทำให้คนอื่นได้รับความเสียหาย ส่วนในด้านร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมทำร้ายร่างกายผู้อื่น (ไพรวลัย รัมซ่ายและคณะ, 2544; มัลลิกา สิงห์สุริยะ, 2547)

จากปัญหาผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเองคือ มีการดูแลตนเองได้ในระดับต่ำ แสดงอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ขาดคนดูแลเอา

ใจใส่ ไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา มีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น ไม่ประกอบอาชีพหรือหารายได้ ในด้านครอบครัวและผู้ดูแลพบว่าเกิดความเครียดสูง รู้สึกอับอาย เบื่อหน่ายและหวาดกลัว พักผ่อนไม่เพียงพอ สุขภาพทรุดโทรม และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ นอกจากนี้ชุมชนยังได้รับผลกระทบจากผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกหวาดกลัวและไม่ปลอดภัยของคนในชุมชน เพราะบางครั้งถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายหรือขโมยทรัพย์สิน

การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)

ความหมาย

ได้มีผู้ให้ความหมายการดูแลสุขภาพที่บ้านไว้หลายท่าน ดังนี้

สมาคมการแพทย์อเมริกัน (The American Medical Association) ให้ความหมายการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Care) ว่า การให้บริการด้านต่างๆ ตามความต้องการของผู้ป่วยที่บ้าน โดยบริการเหล่านี้ ได้แก่ การพยาบาล การสังคมนาฏเคราะห์ การบำบัดต่างๆ การบริการทางอาชีพและทางสังคม การบริการคนทำงานบ้าน และการบริการพนักงานผู้ช่วยดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งทั้งหมดถือเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีการทำงานเป็นทีมช่วยกันประเมินและวางแผนการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบทางการรักษาของแพทย์ (American Colleges of Physicians, Health and Public Policy Committee, 1986 cited in Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996)

กิตติงและเคลแมน (Keating & Kelman, 1988) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) หมายถึง การให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษทางการแพทย์ ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะพักฟื้น ผู้ป่วยเรื้อรังที่พิการ ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต รวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมุ่งเน้นการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

แม็คนามารา (McNamara, 1982 cited in Harris, 1997) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ไว้ว่า เป็นการบริการด้านสุขภาพที่ผสมผสานให้แก่ปัจเจกบุคคลและครอบครัวในสถานที่อยู่ของพวกเขา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุน คงไว้ซึ่งสภาพหรือทำให้สุขภาพกลับสมบูรณ์ดังเดิม หรือลดผลกระทบจากความเจ็บป่วยหรือความพิการให้เหลือน้อยที่สุด มีการวางแผนการจัดบริการที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว มีการประสานงานและบริหารจัดการโดยองค์กรหรือสถานบริการอย่างเป็นระบบโดยจัดให้มีบุคลากรเข้าไปดูแลถึงที่บ้าน

สมาคมการดูแลสุขภาพที่บ้านแห่งชาติ (National Association for Home Care: NAHC) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ให้ความหมายไว้ว่า การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home care) หมายถึง การให้บริการที่ประกอบไปด้วยการบริการด้านสุขภาพและด้านสังคมอันมีขอบเขตกว้างขวาง โดยบริการเหล่านี้กระทำที่บ้านของผู้รับบริการเพื่อให้การช่วยเหลือฟื้นฟูบุคคลที่พิการ ผู้ที่ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการรักษา การพยาบาล ทางด้านสังคม หรือด้านการรักษาอื่นๆ และ/หรือช่วยให้ผู้รับบริการสามารถทำกิจวัตรประจำวันที่เป็นไปได้ (NAHC, 1996 cited in Townsend, 2006)

จากการให้ความหมายต่างๆ ดังกล่าวนี้นี้ พอสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว ณ ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย โดยเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและให้การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ โดยอาศัยความร่วมมือจากทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว

ประวัติและความเป็นมา

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านไม่ใช่แนวคิดใหม่ แต่ได้มีมานานแล้ว และพอจะสรุปได้ดังนี้

การดูแลสุขภาพที่บ้านในต่างประเทศ พบว่าเกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศอังกฤษ ในปี ค.ศ. 1148 โดยสตรีผู้สูงศักดิ์ได้ออกเยี่ยมผู้ป่วยตามหมู่บ้านคนจน (พรทิพย์ เกษุรานนท์, 2539) ต่อมา ในปี ค.ศ. 1859 ได้มีการก่อตั้งโรงเรียนฝึกอบรมพยาบาลเยี่ยมบ้านที่เมืองลิเวอร์พูล (Liverpool) โดยความช่วยเหลือของมิสฟลอเรนซ์ น丁เกล (Florence Nightingale) เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากจนถึงบ้าน (Clemen - Stone, Eigsti, & McGuire, 1995 cited in Humphrey & Milone - Nuzzo, 1996; Harris, 1997) และได้ขยายบริการถึงผู้เจ็บป่วย ผู้สูงอายุ และประชาชนในชุมชนมาจนถึงปัจจุบัน สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกาได้เริ่มมีการดูแลสุขภาพที่บ้านในราวปลาย ค.ศ. 1800 หรือต้นปี ค.ศ. 1900 โดยพยาบาลในเมืองนิวยอร์กได้ออกให้บริการเยี่ยมบ้านแก่เด็กนักเรียน มารดา และทารกหลังคลอด โดยดำเนินงานตามแผนการรักษาของแพทย์ ต่อมาแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้านได้กระจายไปสู่เมืองต่างๆ เช่น เมืองบัฟฟาโล บอสตัน ฟิลาเดลเฟีย ลอสแอนเจลิส โดยที่เมืองบอสตันได้มีหน่วยงานสมาคมพยาบาลเยี่ยมบ้าน (Visiting Nurse Association, VNAs) เกิดขึ้นเพื่อเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน ในปลายปี ค.ศ. 1940 มหาวิทยาลัยไซราคัส (Syracuse University) ได้ริเริ่มโครงการให้การดูแลทางการแพทย์ที่บ้านสำหรับผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เนื่องจากปัญหาทางสุขภาพเปลี่ยนไป คือ จากโรคติดต่อที่เฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ในปี ค.ศ. 1947 โรงพยาบาลมอนเทไฟเออร์ (The Montefiore Hospital) ในนิวยอร์กได้สร้างรูปแบบการดูแลที่บ้าน โดยเน้นโรงพยาบาลเป็นฐานและออกให้บริการทางการแพทย์ การพยาบาล และทางสังคมแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ยากจนและผู้สูงอายุที่บ้าน ในปี ค.ศ. 1966 ได้มีกฎหมายเกี่ยวกับเมดิแคร์และเมดิเคด (Medicare and Medicate) ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันทั้งประเทศในการให้บริการสุขภาพและการบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนที่บ้าน ในปี ค.ศ. 1983 เมดิแคร์ (Medicare) ได้นำระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาตามการวินิจฉัยโรค (Diagnostic Related Groups หรือ DRGs) มาใช้ ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยต้องถูกจำหน่ายกลับบ้านทั้งที่ยังมีความต้องการการดูแลเฉพาะด้านอยู่ จึงส่งผลให้การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นที่ต้องการและได้รับความนิยมเป็นจำนวนมาก (Keating & Kelman, 1988; Humphrey & Milone - Nuzzo, 1996; Harris, 1997; Townsend, 2006)

สำหรับประเทศไทย ได้เริ่มมีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านเมื่อประมาณ 90 ปีมาแล้วโดยสภาการศึกษา ซึ่งมีหลักฐานจากจุดมุ่งหมายของการจัดตั้งโรงเรียนนางสาวภิบาลในปี พ.ศ. 2457 และเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วจะต้องปฏิบัติงานประจำตำบลตามสถานีกาชาดเพื่อเยี่ยมหญิงมีครรภ์ตามบ้าน การพยาบาลมารดาและทารกหลังคลอด การบริบาลทารก การดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน การเยี่ยมประชาชนตามบ้านเพื่อดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไป รวมทั้งสิ่งแวดล้อม ให้การปฐมพยาบาลเมื่อพบผู้ป่วยเจ็บป่วย ช่วยทำแผล รักษาพยาบาลและแนะนำการไปรักษาที่โรงพยาบาลหากเกินกำลังที่จะดูแลที่บ้าน ต่อมาปี พ.ศ. 2496 ได้มีการตั้งโรงเรียนพยาบาลสาธารณสุขขึ้นเนื่องจากการขยายตัวของระบบสาธารณสุขของประเทศไทยหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 โดยพยาบาลอนามัยชุมชนได้ให้การดูแลสุขภาพที่บ้านที่เรียกกันว่า “ การเยี่ยมบ้าน ” ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องการดูแลสุขภาพมารดาและทารก การทำคลอดที่บ้าน การให้ภูมิคุ้มกันโรค การให้สุขศึกษารวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ในปี พ.ศ. 2515 โรงพยาบาลรามารชิปได้เริ่มมีหน่วยงานด้านการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยเริ่มที่ผู้ป่วยเด็กแล้วขยายไปยังผู้ป่วยกลุ่มอื่น (พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2539; สุนธรา รัตโน, 2543; สุภาณี อ่อนชื่นจิตรและฤทัยพร ตริตรอง, 2544) ต่อมา กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพที่บ้าน จึงได้กำหนดนโยบายที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านไว้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 7 ; พ.ศ. 2535 - 2539 (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2535 : 50 อ้างถึงใน สุนธรา รัตโน, 2543; สุภาณี อ่อนชื่นจิตรและฤทัยพร ตริตรอง, 2544) และดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน โดยได้มีนโยบายให้มีการดำเนินโครงการดูแลสุขภาพที่บ้านครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ (พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2539; สุนธรา รัตโน, 2543; สุภาณี อ่อนชื่นจิตรและฤทัยพร ตริตรอง, 2544)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องนั้น ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีมากกว่า 50 % ของผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องการการดูแลที่บ้านนั้นได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภท (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; Muijen et al., 1992; Tsai et al., 2005; Tyrer et al., 1998) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสังคม โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชนในการพึ่งตนเอง ดูแลตนเองให้สามารถเผชิญปัญหาปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน และเน้นการพัฒนาสุขภาพจิตและการส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าในสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นกระบวนการดูแลที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งกระบวนการดูแลประกอบด้วยความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกัน เพื่อให้การช่วยเหลือและความไว้วางใจเกิดการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการทำงานที่เน้นกระบวนการการช่วยเหลือ โดยคำนึงถึงความคิดเชิงจริยธรรม ซึ่งจะต้องคงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ มีศักดิ์ศรีและมีความสมบูรณ์แห่งตน (Watson; Morse et al., 1996 อ้างถึงในอรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2542)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทุเลาพอที่จะอยู่บ้านและในสังคมเดิมของเขาได้ เนื่องจากแนวคิดที่ว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วย (กรมสุขภาพจิต, 2544; Loukissa, 1995 อ้างถึงในสมณฑา บุญชัย, 2545) ซึ่งครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการร่วมกันสนับสนุนให้การรักษาผู้ป่วยได้ผลดีที่สุด (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) เพราะการที่ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจต่อชีวิต มีความหวัง รู้สึกอบอุ่น รู้สึกมีคุณค่า มีคนต้องการ มีคนห่วงใยและเข้าใจ มีความเชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ญาติยังมีบทบาทสำคัญในการกำหนดว่าเมื่อใดควรนำผู้ป่วยไปรับการรักษาหรือไม่ไปรักษาและตัดสินใจว่าจะไปรับการรักษาที่ใด ดังที่นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว ซึ่งเป็นบิดาแห่งวิชาจิตเวชศาสตร์ได้เสนอแนวคิดไว้ว่า หากญาติของผู้ป่วยจิตเวชได้ร่วมมือใกล้ชิดกับแพทย์แล้วจะทำให้การรักษาได้ผลดี โดยมีบุคลากรทางการแพทย์ไปเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามให้การรักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการกลับเป็นซ้ำอีก รวมทั้งเป็นทรัพยากรหลักที่จะให้ความช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่บ้านของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำงานและดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2549)

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นบริการที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและใช้โรงพยาบาลเป็นฐานในการเชื่อมผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลให้สามารถดูแลสุขภาพต่อที่บ้านได้ รูปแบบการดูแลที่บ้านนี้ให้ผลดีกับผู้ป่วยทั้งทางด้านจิตใจและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อให้พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและตรงกับความต้องการในสภาพแวดล้อมและสังคมที่แท้จริงของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้มีการค้นหาและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยตัวผู้ป่วยหรือครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ร่วมกันได้ดีและมีความสุข เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานยา การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับแผนการรักษา การมีสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวและชุมชน วิธีเผชิญความเครียด การจัดการกับอาการทางจิตและอาการนำที่บ่งบอกถึงอาการกำเริบทางจิตเพื่อลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลจิตเวช นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพจิตดีขึ้นหรือคงสถานะสุขภาพจิตที่ดีอย่างเดิมไว้ รวมทั้งช่วยฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาพเดิมและดูแลให้ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของโรคหรือความพิการหลงเหลืออยู่น้อยที่สุด เพื่อให้พฤติกรรมที่ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนในทางที่ดีขึ้นจากโรงพยาบาลนำไปใช้ที่บ้านและสังคมของตนเอง เพื่อเพิ่มความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความสามารถในการควบคุมตนเองและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตภายในครอบครัวและชุมชนได้ นอกจากนี้วัตถุประสงค์อีกอย่างหนึ่งคือ ประเมินผลความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัวภายใต้แผนการรักษาของทีมรักษาและการดูแลของผู้ติดตามเยี่ยม เพื่อประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล หรือประสานงานและพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ติดตามให้การดูแลสุขภาพที่บ้านกับแหล่งสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือต่างๆ ในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด (จลิ เจริญสรรพ, 2542; นวิวรรณ สัตยธรรม, 2549; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549; Klebanoff, 1997)

ประโยชน์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก เพราะผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการประเมินและได้รับการดูแลช่วยเหลือจากพยาบาลจิตเวชที่ให้การดูแลที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย (Bruce, 2002) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น (Dogan et al., 2004) นอกจากนี้ยังทำให้ภาวะจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น รู้สึกมีความสุขมากขึ้นและมีความต้องการใช้ยาลดลง (Browne, 2004) เนื่องจากได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว ได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ได้ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและสามารถทำหน้าที่ของตนเองในครอบครัวได้ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

การให้ความรู้ในขณะให้การดูแลที่บ้านทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวมากขึ้น สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น โดยจากรายงานของสมาคมพยาบาลเยี่ยมบ้านของเมืองคลีฟแลนด์ (The Visiting Nurses Association of Cleveland) พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นมากกว่า 60 % (Smith & Klebanoff, 1998) รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยก็มีทัศนคติที่ดี และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องมากขึ้นและทำให้ลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้ และจากรายงานของสมาคมพยาบาลเยี่ยมบ้านของเมืองหลุยส์วิลล์ (The Visiting Nurses Association of Louisville) พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสามารถลดอุบัติการณ์การเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคจิตรุนแรง (Serious mental illness) ได้มากถึง 70% (Smith & Klebanoff, 1998) ทำให้ลดปริมาณผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลง จากการศึกษาของมุยเจน มาร์ค คอนอลลีและอดิณี (Muijen, Marks, Connolly, & Audini, 1992) พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ทำให้ลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังได้ถึง 80 % จึงทำให้โรงพยาบาลสามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยที่จำเป็นได้มากขึ้นและสามารถนำค่าใช้จ่ายส่วนนั้นมาใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงกว่าได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้โรงพยาบาลมีเวลาในการดูแลรักษาให้กับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงกว่ามากขึ้นด้วย เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษายาบาลอีกทางหนึ่ง

ในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการรักษาในโรงพยาบาล (Hellwig, 1997; Lin, Yin, Kuo, Chang, & Tsai, 2001; Tsai et al., 2005) ส่วนในด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัวได้ในกรณีที่เจ็บป่วยเล็กน้อยและสามารถดูแลที่บ้านได้ ช่วยลดภาวะความวิตกกังวลของครอบครัว

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพราะมีทีมสุขภาพไปให้การดูแลช่วยเหลือถึงที่บ้าน เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสถานบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเป็นการจัดให้การดูแลที่ครบถ้วน ซึ่งไม่สามารถกระทำได้ในโรงพยาบาล โดยการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้ เพราะมีแหล่งสนับสนุนและความช่วยเหลือในชุมชน (จลิ เจริญสรรพ, 2546; Quinlan & Ohlund, 1995; Townsend, 2006)

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายจากการรักษาในโรงพยาบาลในต่างประเทศ โดยเฉพาะตะวันตก สามารถแบ่งตามประเภทของที่พักอาศัยและกิจกรรมที่จัดให้ ได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้ (Finkelman, 1997 อ้างถึงในอรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549)

1. The Integrated Home and Service Center Model เป็นรูปแบบการดูแลที่เน้นการผสมผสานระหว่างบ้านกับศูนย์บริการ
2. The Congregated Service Model เป็นรูปแบบการดูแลที่อาศัยบริการชุมชนร่วมกันในการดูแลตนเอง
3. The Home Care Model เป็นรูปแบบการดูแลที่บ้านโดยตรง โดยคนในบ้านดูแลตนเอง
4. The Institutional Care Model เป็นรูปแบบการดูแลที่จัดโดยสถาบันใดสถาบันหนึ่งจัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการ

จะเห็นได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านดังกล่าวเป็นรูปแบบที่ใช้กันในประเทศสำหรับประเทศไทยซึ่งมีบริบทแตกต่างจากต่างประเทศ การจะใช้รูปแบบการดูแลแบบใดนั้นจะต้องมีการศึกษาและพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยต่อไป

ทีมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและบทบาทหน้าที่

ผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องที่บ้านอย่างถูกต้อง อาการทางจิตเภทบางครั้งอาจเกิดขึ้นมากเป็นบางเวลา ซึ่งอาจเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติของโรคที่จะมีการแกว่งของอาการหรือกลับเป็นซ้ำขึ้นมาเอง หรือบางครั้งความเครียดหรือปัญหาในชีวิตอาจจะกระตุ้นให้อาการทางจิตเวชกำเริบได้ และจากนโยบายที่มุ่งเน้นให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชน ลดอัตราการครองเตียงเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วกลับสู่ชุมชน จะยังคงมีอาการทางจิตบางอย่างหลงเหลืออยู่ทำให้เกิดปัญหาด้านต่างๆ ดังกล่าวมาแล้ว ดังนั้น ในการที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่าง

ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพนั้น จึงจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัวกับปัญหาในทุกๆ ด้าน สามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ ซึ่งทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้นประกอบด้วย บุคลากรต่อไปนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2549; นวียา ภิรมย์, 2541; พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

1. จิตแพทย์ คือ แพทย์ซึ่งผ่านการศึกษาและฝึกอบรมในสาขาเฉพาะทางจิตเวชศาสตร์ ได้รับอนุมัติบัตรผู้ชำนาญทางจิตเวชศาสตร์จากแพทยสภา ทำหน้าที่ในการวินิจฉัยโรค โดยการศึกษาจากประวัติ การตรวจสภาพจิต การตรวจด้วยวิธีพิเศษ เช่น ตรวจคลื่นสมอง การทดสอบทางจิต และวางแผนให้การดูแลรักษาตามสาเหตุและอาการของโรค นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้รับการดูแลที่บ้าน

2. พยาบาลจิตเวช หรือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในโรงพยาบาลจิตเวชอย่างน้อย 2 ปี มีหน้าที่ประเมินสภาพกายและจิตใจของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนของการรักษาและยา ประเมินสภาพแวดล้อมของบ้านและเครือข่ายในชุมชน ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงทางจิตของผู้ป่วย ให้คำแนะนำเรื่องการรักษาและการป้องกันการเกิดอาการป่วยซ้ำ ให้ความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การระบายความไม่สบายใจในทางสร้างสรรค์ สนทนากับผู้ป่วยเพื่อการบำบัด ให้การรักษาตามแผนการรักษา บันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วย ทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง ครอบครัวบำบัด จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา ประสานงานกับบุคลากรในทีมการรักษา และบริการทางสังคมอื่นๆ ตลอดจนคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน

3. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลจิตเวช เป็นพยาบาลที่จบการศึกษาสูงระดับปริญญาโทหรือเอกทางการพยาบาลจิตเวช และผ่านประสบการณ์ด้านการพยาบาลจิตเวชอย่างน้อย 3 ปี สามารถปฏิบัติงานด้านการรักษาควบคู่ไปกับจิตแพทย์ มีหน้าที่ความรับผิดชอบระดับสูง ซึ่งต้องใช้ความรู้ ประสบการณ์ และทักษะในการประเมิน วินิจฉัย วางแผนการปฏิบัติงาน ควบคุม ตรวจสอบ ประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นที่ปรึกษา รวมทั้งให้ความรู้แก่บุคลากรในระดับรองลงมา

4. นักจิตวิทยา มีหน้าที่ในการตรวจสอบสภาพจิตและเชาว์ปัญญา ให้คำปรึกษาต่างๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งทำกลุ่มจิตบำบัดเพื่อปรับพฤติกรรมผู้ป่วย

5. นักสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในปัญหาต่างๆ โดยประเมินสภาพครอบครัวและความต้องการทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและอารมณ์ของผู้ป่วย เป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ตลอดจนเป็นผู้ประสานงานกับแหล่งช่วยเหลือต่างๆ ในชุมชนให้กับผู้ป่วย

6. ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นผู้ที่ได้รับการฝึกทักษะเพื่อให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยภายใต้ความรับผิดชอบของพยาบาลจิตเวช โดยทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวและมีภาวะเสี่ยงจากความรุนแรงของโรค ดูแลผู้ป่วยไม่ให้ทำร้ายตนเองและทำร้ายผู้อื่น ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ช่วยเหลือคนไข้จะช่วยดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ป่วย ช่วยเหลือในด้านการเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน การซื้อของใช้ การมีกิจกรรมในบ้านและในสังคม

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ควรเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลจิตเวช (Clinical Nurse Specialist, CNS) ซึ่งมีบทบาทที่สำคัญ 3 บทบาท คือ 1) บทบาทผู้ให้การรักษาพยาบาล 2) บทบาทที่ปรึกษา และ 3) บทบาทผู้สอนหรือผู้ให้ข้อมูล (นวิยา ภิรมย์, 2541; พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; มารศรี ปาณิวัตร, 2548; Klebanoff, 1997) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. บทบาทผู้ให้การรักษาพยาบาล (Clinician) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลจิตเวชจะเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก โดยการนำองค์ความรู้ทางด้านทฤษฎี หลักการ หรือโมเดลต่างๆ ทางพยาบาลที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย เนื่องจากมีผู้ป่วยจิตเวชบางส่วนที่มีปัญหาโรคทางกายร่วมด้วย โดยในบทบาทผู้ให้การรักษาพยาบาล พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลจิตเวชควรทำหน้าที่ดังต่อไปนี้คือ ประเมินสถานะด้านจิตสังคมของผู้ป่วย (Psychosocial assessment) การตรวจสภาพจิตและเฝ้าระวังติดตามอาการทางจิต (Mental status monitoring) การทำจิตบำบัดทั้งรายบุคคล รายครอบครัวและรายกลุ่ม (Psychotherapy : individual , family , group) การทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการพยาบาล (Nursing service coordination) มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งบริการสุขภาพอื่นๆ ตามระบบ (Health guidance and referral) การส่งต่อให้ผู้ป่วยได้พบกับผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย (Delivery of expert nursing care) การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง (Medication management) ให้ความช่วยเหลือทีมสุขภาพในระดับรองลงมาในการดูแลผู้ป่วย (Employee assistance) และทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ (Liaison coordinator)

2. บทบาทที่ปรึกษา (Consultant) เป็นบทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลจิตเวช โดยมีรายละเอียดดังนี้คือ ให้คำปรึกษาแก่สมาชิกในทีมสุขภาพ (Staff consultation) ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน (Client / family / community consultant) ให้คำปรึกษาเรื่องการบริหารในด้านต่างๆ (Administrative consultation) มีการนิเทศติดตามสมาชิก

ในทีมพยาบาลในการให้บริการพยาบาลทางจิตสังคมแก่ผู้รับบริการ (Supervising staff delivery of psychosocial nursing care) ประเมินปฏิบัติการพยาบาลในการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (Performance appraisal) ประกันคุณภาพทางการพยาบาลในการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (Quality assurance) เป็นที่ปรึกษาและทำการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล (Nursing research) และทำหน้าที่เป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงและพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (Agent of change)

3. บทบาทผู้สอนหรือผู้ให้ข้อมูล (Teacher) บทบาทหนึ่งของพยาบาลคือ เป็นเสมือนครูผู้สอน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวส่วนใหญ่มักขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว ดังนั้น พยาบาลจึงต้องเป็นผู้ให้ความรู้หรือข้อมูลแก่ผู้รับบริการในเรื่องต่อไปนี้คือ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล (Case issues) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่องยาและผลข้างเคียงของยาทางจิตเวช (Medication teaching) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนหรือแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือในชุมชน (Community resources) ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลรวมทั้งเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพในเรื่องการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Staff / client communication) รวมทั้งให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับบุคคลและองค์กรทางวิชาชีพอื่นที่ผู้ป่วยอาจต้องใช้บริการ (Personal / professional referral) นอกจากนี้ยังต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการด้านจิตสังคมที่อยู่ในโรงพยาบาล (Psychosocial inservices) เช่น คลินิกหลายเครือข่าย บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นต้น มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการแปรผลด้านพฤติกรรม ความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยแก่ทีมสุขภาพ (Interpreting behavior / thoughts / feelings) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Human relations education) ให้ความรู้เรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ต้องมีตลอดไปไม่มีวันหยุดนิ่ง (Relationship dynamics) และการสอนโดยการกระทำตัวให้เป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล (Role modeling) เช่น การควบคุมอารมณ์ การสื่อสาร เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า บทบาทของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลจิตเวชที่ต้องนำไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้น ล้วนเป็นบทบาทที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในครอบครัวหรือชุมชนมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมที่ถูกต้องและเหมาะสม ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งผู้ดูแลสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ตามปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด

การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การที่จะปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลจิตเวสดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องอาศัยการปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ดังนี้ (จลิ เจริญสรรพ, 2544; นวีวรรณ สัตยธรรม, 2549; พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; มารศรี ปาณิวัตร, 2548)

1. การประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว (Assessment) โดยมีการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่บ้านและเครือข่ายชุมชน (Assessing factors in the home) นอกจากนี้ยังมีการประเมินความปลอดภัยของทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Safety issues) ซึ่งการประเมินผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้น สิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องตระหนักอยู่เสมอ ก็คือ การสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว (Developing trust) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Nurse – patient relationship) และการสื่อสารเพื่อการบำบัด (Therapeutic communication)

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) หลังเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมินแล้ว ก็จะเป็นกระบวนการนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อจะวางแผนให้การพยาบาลต่อไป

3. การวางแผนและการปฏิบัติตามแผนการพยาบาล (Planning and Implementation) กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีหลายรูปแบบด้วยกัน การวางแผนการให้การพยาบาลขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยที่รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้นเป็นไปตามบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านดังกล่าวข้างต้น เช่น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่องยาและผลข้างเคียงของยาทางจิตเวช (Medication teaching) (จลิ เจริญสรรพ, 2544; Boomsma, Dassen, Dingemans, & van den Heuvel, 1999; Hellwig, 1997; Mayo, 1997; Smith & Klebanoff, 1998) การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง (Medication management) (Cunningham, 2007; Finkelman, 1997; Freed, 2001; Klebanoff, 1997; Stuart & Greco, 2001) การทำจิตบำบัดทั้งรายบุคคล รายครอบครัวและรายกลุ่ม (Psychotherapy: individual, family, group) (Freed, 2001; Klebanoff, 1997; Strasser, McDonald, & Spangler, 1996; Stuart & Greco, 2001) การพยาบาลในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชและการป้องกัน (Crisis intervention and prevention) (จลิ เจริญสรรพ, 2544; Boomsma et al., 1999; Freed, 2001; Mayo, 1997; Smith & Klebanoff, 1998; Townsend, 2006) การทำครอบครัวบำบัด (Family therapy) (Boomsma et al., 1999; Mohit, 2000; Smith & Klebanoff, 1998) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral modification) (Boomsma et al., 1999; Smith & Klebanoff, 1998) การฝึกทักษะทางสังคม (Social skills training) (Freed, 2001) การสอนและให้คำแนะนำถึงอาการและอาการแสดง

ที่เริ่มเข้าสู่ระยะอาการกำเริบและการแก้ไขเบื้องต้น (Hellwig, 1997; Strasser et al., 1996) การสอนให้ผู้ป่วยและครอบครัวแยกแยะปัญหาและแก้ไขปัญหาลองได้ (Problem solving approach) (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2549; Finkelman, 2000; Freed, 2001; Grainne, 1998) การทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการพยาบาล (Nursing service coordination) (Klebanoff, 1997) การส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งบริการสุขภาพอื่นๆ ตามระบบ (Health guidance and referral) (Boomsma et al., 1999; Klebanoff, 1997) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนหรือแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือในชุมชน (Community resources) (Freed, 2001; Klebanoff, 1997; Smith & Klebanoff, 1998; Stuart & Greco, 2001) การสอนโดยการกระทำตัวให้เป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล (Role modeling) (Klebanoff, 1997) เช่น การควบคุมอารมณ์ การสื่อสาร เป็นต้น

4. การประเมินผลลัพธ์ (Evaluation) การประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการพยาบาลนั้น จะต้องประเมินให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่ได้วางแผนไว้ ซึ่งผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยแต่ละรายก็แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วยและกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน อาจประเมินใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต อาการทางจิต การป่วยซ้ำ 2) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับญาติหรือผู้ดูแล เช่น ความรู้ความเข้าใจของญาติหรือผู้ดูแล ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ทักษะที่มีต่อผู้ป่วย 3) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในชุมชน เช่น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 4) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับบุคลากร เช่น ความรู้ความเข้าใจ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และ 5) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสังคมและประเทศชาติ ได้แก่ การประหยัดงบประมาณรายจ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุด และจากการศึกษาที่ผ่านมา ก็พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ลดอัตราการป่วยซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าและเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า (Tyrer et al., 1998) และทำให้ผู้รับบริการคือผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความพึงพอใจมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การรักษาในโรงพยาบาล (นันทนา ทองด้วง, 2547; Fulford & Farhall, 2001) ดังนั้น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับวิชาชีพพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยเหล่านี้โดยตรง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยใช้การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่แพร่หลายในปัจจุบัน นำมาประเมินคุณภาพหรือความน่าเชื่อถือของหลักฐาน พิจารณาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ เพื่อให้เกิดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีคุณภาพต่อไป โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การสืบค้นหลักฐานงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (Search for information sources) ประกอบด้วย

- 1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data sources)
- 1.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key words)
- 1.3 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria)

2. แนวทางในการทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย ประกอบด้วย

- 2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality)
- 2.2 การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction)

1. การสืบค้นหลักฐานงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (Search for information sources)

1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data sources) ที่ใช้ในการทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าด้วยตนเอง (Manual Search) และสืบค้นข้อมูลสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Search) โดยแหล่งข้อมูลที่ผู้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ได้แก่ วิทยานิพนธ์ ตำรา คู่มือ และวารสารจากห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆ และจากแหล่งข้อมูลของหน่วยงาน สถาบันที่เกี่ยวข้อง หลักฐานอ้างอิงบางส่วนสามารถนำไปสืบค้นงานวิจัยต้นฉบับทั้งในและต่างประเทศได้อีก ส่วนการสืบค้นทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ได้เลือกใช้ฐานข้อมูลดังนี้ CINAHL PUBMED MULINET OVID Sciencedirect lib.cmu กรมสุขภาพจิต สภาการพยาบาล และวิทยานิพนธ์ไทย โดยได้ดำเนินการสืบค้นในระหว่างวันที่ 6 ตุลาคม 2549 ถึงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2551

1.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key words) ได้แก่ psychiatric home care, psychiatric home care AND schizophrenia, home health care AND schizophrenia, home care AND schizophrenia,

home health care AND psychiatric patient, home health care AND mental illness, home health care AND psychosis, home visit AND psychosis, home care service, การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน การดูแลที่บ้านและจิตเภท การเยี่ยมบ้านและจิตเภท

1.3 เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย (Inclusion criteria) ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกรงานวิจัยดังนี้

1) ชนิดหรือประเภทของหลักฐานหรืองานวิจัย พิจารณาทั้งงานวิจัยเชิงคุณภาพ เชิงความสัมพันธ์และเชิงพรรณนา งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบชนิดสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (RCT) หรืองานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง รวมทั้งงานวิจัยที่เป็น Meta-analysis

2) ชนิดของการจัดกระทำ เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

3) ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดหรือในงานวิจัยที่มีผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 50 % ขึ้นไป

4) เป็นงานวิจัยที่สามารถหาฉบับเต็ม (Full text) ได้

จากการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic databases) และค้นคว้าด้วยตนเองจากเอกสารสิ่งพิมพ์ ผลการสืบค้นงานวิจัยแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน การศึกษา ที่ค้นได้	จำนวน การศึกษาที่ เลือกใช้
CINAHL	- psychiatric home care - schizophrenia AND psychiatric home care - schizophrenia AND home health care - psychiatric patient AND home health care - mental illness AND home health care	180 8 11 2 22	1 0 2 0 0
PUBMED	- psychiatric home care - psychosis AND home health care - schizophrenia AND home health care	141 61 1047	1 0 0
OVID	- schizophrenia AND home care - psychiatric home care	90 38	0 0
ScienceDirect	- psychiatric home care - schizophrenia AND psychiatric home care - schizophrenia AND home care - mental illness AND home care - schizophrenia AND home health care - psychiatric patient AND home health care - mental illness AND home health care - mental disorder AND home health care	168 20 6 12 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0
ห้องสมุดมหา- วิทยามหิดล เขตราชวิถี	- จิตเภท , การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน	5	2
Mulinet	- psychiatric patient AND home health care - schizophrenia AND home health care	0 0	0 0

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน การศึกษา ที่ค้นได้	จำนวน การศึกษาที่ เลือกใช้
Mulinet	- home care service - psychosis AND home visit - จิตเวช , การดูแลที่บ้าน - จิตเวช , การเยี่ยมบ้าน - จิตเภท , การดูแลที่บ้าน	47 2 0 0 0	0 0 0 0 0
Lib.cmu.ac.th	- การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน	6	0
วิทยานิพนธ์ไทย	- การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน - จิตเวช , การดูแลที่บ้าน - จิตเวช , การเยี่ยมบ้าน - จิตเภท , การดูแลที่บ้าน	0 0 0 0	0 0 0 0
สภากาชาด	- การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน - จิตเวช , การดูแลที่บ้าน - จิตเวช , การเยี่ยมบ้าน - จิตเภท , การดูแลที่บ้าน	0 0 0 0	0 0 0 0
กรมสุขภาพจิต	- การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน - จิตเวช , การดูแลที่บ้าน - จิตเวช , การเยี่ยมบ้าน - จิตเภท , การดูแลที่บ้าน	24 0 0 0	0 0 0 0
ห้องสมุดกรม สุขภาพจิต	- จิตเวช , การดูแลที่บ้าน	11	4
ห้องสมุด สำนักงาน คณะกรรมการ วิจัยแห่งชาติ	- จิตเวช , การดูแลที่บ้าน - การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน	4 0	0 0

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน การศึกษา ที่ค้นได้	จำนวน การศึกษาที่ เลือกใช้
ห้องสมุดคณะ พยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	- จิตเภท - การดูแลที่บ้าน	13 0	0 0
รวมทั้งสิ้น		1, 918	10

จากคำสำคัญที่กำหนด เมื่อคัดเลือกรื่องที่ไม่ซ้ำกันจากฐานข้อมูลอันใดอันหนึ่งทั้งจากในประเทศไทยและต่างประเทศแล้ว มีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์และมีฉบับเต็ม (Full text) ที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้จำนวนทั้งสิ้น 10 เรื่อง ซึ่งตีพิมพ์ในระหว่างปี ค.ศ. 1992 – ค.ศ. 2005 และ พ.ศ. 2543 - 2548

2. แนวทางในการทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality) พิจารณาใช้เกณฑ์ประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยหรือหลักฐานอ้างอิง (Level of Evidence) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการออกเป็น 4 ระดับ (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544) ดังนี้

Level A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trials หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น randomized controlled trials

Level B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็น randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มได้แก่ non-randomized controlled trials, cohort-study, case control study

Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่นๆ

Level D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus) คำรา เอกสารที่ไม่ใช่งานวิจัย

จากผลการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 10 เรื่อง พบว่า เป็นการศึกษาที่เป็น Randomized control trial ซึ่งอยู่ในระดับ A จำนวน 1 เรื่อง เป็น Quasi - experimental research ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 6 เรื่อง เป็น Secondary analysis ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 1 เรื่อง และเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ซึ่งอยู่ในระดับ C จำนวน 2 เรื่อง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 แสดงรายละเอียดของงานวิจัยที่ได้จากการศึกษา

ลำดับ ที่	ชื่อเรื่องงานวิจัย	ปี	ระดับ คุณภาพ งานวิจัย
1	Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomized controlled trial	ค.ศ. 1992	A
2	A comparison of effectiveness and cost between two models of care for individuals with schizophrenia living in Taiwan	ค.ศ. 2001	B
3	A comparison of the cost-effectiveness of hospital-based home care with that of a conventional outpatient follow-up for patients with mental illness	ค.ศ. 2005	B
4	Psychosocial approaches in outpatients with schizophrenia	ค.ศ. 2004	B
5	การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี	พ.ศ. 2548	B
6	การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้าน ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี	พ.ศ. 2548	B
7	บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน	พ.ศ. 2548	B
8	ผลสำเร็จของงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ปีงบประมาณ 2540 - 2546 ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี	พ.ศ. 2547	B
9	พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์	พ.ศ. 2545	C
10	การประเมินผลโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี	พ.ศ. 2543	C

2.2 การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction) เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ พิจารณา สกัดข้อมูลจากงานวิจัยที่คัดเลือกไว้ ดังนี้

- 1) ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Problem / Purpose)
- 2) แบบการวิจัย (Research design)
- 3) กลุ่มตัวอย่าง (Sample)
- 4) สถานที่หรือแหล่งวิจัย (Setting)
- 5) เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (Instrument and data collection)
- 6) ผลลัพธ์ที่จะเกิดกับสุขภาพของผู้ป่วย (Outcome)
- 7) วิธีการวิจัยหรือการแทรกแซง (Method / Intervention)
- 8) ผลการวิจัย (Finding / Result) ในการวิจัย
- 9) ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ (Implication / Implementation)

จากข้อมูลที่สกัดได้จากงานวิจัยทั้ง 10 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ประเด็น ต่างๆ ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์และสังเคราะห์ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผู้ศึกษาจะนำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

4.1 คุณลักษณะงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์

4.2 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

4.3 ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน สามารถแบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้

4.3.1 ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน

4.3.2 คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

4.3.3 เครื่องมือและเอกสารที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

4.3.4 กิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

4.3.5 ระยะเวลา จำนวนครั้งและความถี่ในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

4.3.6 ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

4.1 คุณลักษณะงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์

งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้ง 10 เรื่อง พบว่า เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 4 เรื่อง ตีพิมพ์ในระหว่างปี ค.ศ. 1992 – 2005 โดยเป็น Randomized control trial ซึ่งอยู่ในระดับ A จำนวน 1 เรื่อง เป็น Quasi - experimental research ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 3 เรื่อง ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย จำนวน 6 เรื่อง ตีพิมพ์ในระหว่างปี พ.ศ. 2543 - 2548 เป็น Quasi - experimental research ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 3 เรื่อง เป็น Secondary analysis ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 1 เรื่อง และเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ซึ่งอยู่ในระดับ C จำนวน 2 เรื่อง โดยทั้ง 2 เรื่องนี้ผู้ศึกษาไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านด้วยตนเอง แต่ได้ติดตามประเมินผลของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

4.2 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 10 เรื่องแสดงไว้ในตารางที่ 3 ภาคผนวก ก

4.3 ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน แบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้

4.3.1 ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 10 เรื่อง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้านเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมด จำนวน 7 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; ศิริเนตร สุขดี, 2548; สุมณฑา บุญชัย, 2545; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548; Dogan et al., 2004; Lin et al., 2001) และเป็นผู้ป่วยจิตเภทรวมกับผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ จำนวน 3 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; Muijen et al., 1992; Tsai et al., 2005) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 8 เรื่อง เป็นผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; มารศรี ปาณิวัตร, 2548; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; ศิริเนตร สุขดี, 2548; สุมณฑา บุญชัย, 2545; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548; Dogan et al., 2004; Tsai et al., 2005) มี 1 เรื่อง (Muijen et al., 1992) เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (admit) ครั้งแรกและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (re-admit) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (Lin et al., 2001) ที่ไม่ระบุรายละเอียดใดๆ ของผู้ป่วยเลย

2. ระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีความหลากหลายมาก ตั้งแต่ไม่น้อยกว่า 3 เดือนถึง 25 ปี แต่ส่วนใหญ่พบว่าเจ็บป่วยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป 7 งานวิจัย (มารศรี ปาณิวัตร, 2548; ศิริเนตร สุขดี, 2548; สุมณฑา บุญชัย, 2545; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548; Dogan et al., 2004; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005)

3. อายุของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 10 เรื่อง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีอายุที่แตกต่างกัน คือ อยู่ในช่วงอายุ 19 – 64 ปี โดยที่งานวิจัยต่างๆ มีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของกลุ่มตัวอย่างด้วยอายุ ดังนี้

- การคัดเข้า มี 1 งานวิจัยที่ระบุอายุ 20 ปีขึ้นไป (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) และมีอีก 1 งานวิจัยที่ระบุอายุไม่เกิน 60 ปี (ศิริเนตร สุขดี, 2548) นอกจากนี้ยังมีอีก 1 งานวิจัยที่ระบุอายุระหว่าง 18 - 64 ปี (Muijen et al., 1992)

- การคัดออก มี 1 งานวิจัยที่คัดกลุ่มตัวอย่างออกในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 18 ปี และมากกว่า 65 ปี (Tsai et al., 2005)

- ระบุเป็นผู้ป่วยจิตเวชทุกวัย จำนวน 2 งานวิจัย (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543)

- ไม่ได้ระบุอายุผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 4 งานวิจัย (มารศรี ปาณิวัตร, 2548; สุมณฑา บุญชัย, 2545; Dogan et al., 2004; Lin et al., 2001)

4. อาการทางจิต พบว่ามีงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ที่ระบุการคัดเข้าและการคัดออกของกลุ่มตัวอย่างด้วยอาการและอาการแสดงทางจิต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการสงบสามารถให้ความร่วมมือได้ ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร จำนวน 1 เรื่อง (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) เป็นผู้ป่วยประเภททุเลาปานกลาง (ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบประเมินผู้ป่วยจิตเวช กรมสุขภาพจิตอยู่ระหว่าง 2.5 – 3.4) (ศิริเนตร สุขดี, 2548) และต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (Acute episode) จำนวน 1 เรื่อง (Dogan et al., 2004)

- เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน 1 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548)

- มีการศึกษา 1 เรื่อง ที่เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านนั้น เป็นเกณฑ์ที่ใช้คัดเลือกตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ เป็นโรคจิตชนิดรุนแรง มีพฤติกรรมรุนแรง พฤติกรรมฆ่าตัวตายและจิตแพทย์ลงความเห็นว่าจะต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Muijen et al., 1992)

4.3.2 คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 10 เรื่อง พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในประเทศไทยและในต่างประเทศมีความแตกต่างกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในประเทศไทย

1.1 ทีมที่ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 1 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตที่เคยผ่านการอบรมหรือเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ที่ไม่ได้ระบุจำนวน จำนวน 3 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543, สุมณฑา บุญชัย, 2545)

1.2 ทีมที่ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่กำลังศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตที่เคยผ่านการอบรมหรือเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ที่ไม่ได้ระบุจำนวน และผู้นำชุมชนที่ผ่านการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยไม่ได้ระบุจำนวน มี 1 เรื่อง (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548)

1.3 พยาบาลวิชาชีพที่กำลังศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548; ศิริเนตร สุขดี, 2548)

2. เจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในต่างประเทศ

2.1 ทีมที่ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คนและพยาบาลจิตเวช 1 คน จำนวน 1 เรื่อง (Dogan et al., 2004)

2.2 ทีมที่ประกอบด้วยพยาบาลจิตเวช 7 คน (พยาบาลอาวุโส 1 คน พยาบาลระดับหัวหน้า 3 คนและพยาบาลประจำการ 3 คน) นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน จิตแพทย์ 1 คน เลขานุการที่ทำงานเต็มเวลา 1 คน และนักอาชีวบำบัด 1 คนซึ่งเข้ามาแทนที่พยาบาลจิตเวช 1 คนที่ออกจากทีมเมื่อทำงานครบ 1 ปี มีจำนวน 1 เรื่อง (Muijen et al., 1992)

2.3 พยาบาลจิตเวช ที่ไม่ได้ระบุจำนวน พบว่ามี 1 เรื่อง (Lin et al., 2001)

2.4 พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 5 ปี และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างน้อย 2 ปี ที่ไม่ได้ระบุจำนวนเจ้าหน้าที่ จำนวน 1 เรื่อง (Tsai et al., 2005)

4.3.3 เครื่องมือและเอกสารที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 10 เรื่อง พบว่า มีการใช้เครื่องมือและเอกสารในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเอง มีจำนวน 1 เรื่อง (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) และผู้วิจัยได้ปรับมาจากสุวิมล สมิตละ (2541) มีจำนวน 1 เรื่อง (ศิริเนตร สุขดี, 2548)

2. แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับพยาบาล ซึ่งสร้างโดยคณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีจำนวน 3 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; สุมณฑา บุญชัย, 2545)

3. คู่มือการดูแลตนเองที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยปรับมาจากคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของสุวิมล สมิตละ (2541) มีจำนวน 1 เรื่อง (ศิริเนตร สุขดี, 2548)

4. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติและผู้นำชุมชน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีจำนวน 1 เรื่อง (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548)

5. คู่มือการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากคณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีจำนวน 1 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547)

6. แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2543) มีจำนวน 1 เรื่อง (มารศรี ปาณีวัตร, 2548)

7. แบบประเมินและแบบทดสอบ ซึ่งแบ่งเป็นแบบประเมินและแบบทดสอบสำหรับผู้ป่วย ญาติ ผู้นำชุมชนและบุคคลากร โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

7.1 แบบประเมินและแบบทดสอบสำหรับผู้ป่วย

- แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิต มีจำนวน 3 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; ศิริเนตร สุขดี, 2548) โดยมี งานวิจัย 2 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; ศิริเนตร สุขดี, 2548) ที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทของทานตะวัน เข้มบุญเรือง (2540) ส่วนอีก 1 เรื่อง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543) ผู้วิจัยได้พัฒนาปรับปรุงแบบทดสอบมาจากแบบประเมินความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิต (2541)

- แบบสอบถามความสามารถและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน มีจำนวน 7 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; มารศรี ปาณีวัตร, 2548; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; สุมณฑา บุญชัย, 2545; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005) โดยมีงานวิจัย 1 เรื่อง (สุมณฑา บุญชัย, 2545) ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของพวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิและคณะ (2542) มี 1 เรื่อง (มารศรี ปาณีวัตร, 2548) ที่ผู้วิจัยนำจากการแปล Global Assessment of Functioning Scales (GAF) โดยมานิตย์ ศรีสุวรรณ นนท์และจำลอง คิชวานิชย์ (2542) มี 1 เรื่อง (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) ที่ผู้วิจัยปรับปรุงแบบสัมภาษณ์มาจากการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายของรชนี้ ศรีหิรัญ (2544) มี 1 เรื่อง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543) ที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของสุวิมล สมัตตะ (2541) มี 1 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547) ที่นำแบบสอบถามมาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของจันทรา ชีระสมบุรณ์ (2543) มี 1 เรื่อง (Lin et al., 2001) ที่ผู้วิจัยพัฒนาและปรับปรุงมาจากงานวิจัยอื่น และมีอีก 1 เรื่อง (Tsai et al., 2005) ที่ไม่ได้ระบุแหล่งที่มาของแบบสอบถาม

- แบบประเมินอาการและอาการแสดงทางจิต มีจำนวน 5 เรื่อง (มารศรี ปาณีวัตร, 2548; Muijen et al., 1992; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005; Dogan et al., 2004) โดยมีงานวิจัย 1 เรื่อง (มารศรี ปาณีวัตร, 2548) ที่ผู้วิจัยนำจากการแปล Global Assessment of Functioning Scales (GAF) โดยมานิตย์ ศรีสุวรรณ นนท์และจำลอง คิชวานิชย์ (2542) มี 1 เรื่อง (Tsai et al., 2005) ที่ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินมาจากฮู ชัน ชู และชาง (Hwu, Sun, Chu, & Chang, 1987) มี 1 เรื่อง (Lin et al., 2001) ที่ผู้วิจัยพัฒนาและปรับปรุงมาจากงานวิจัยอื่น มี 1 เรื่อง

(Muijen et al., 1992) ที่ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการทางจิตมาจากวิง คูเปอร์และซาทอเรียส (Wing, Cooper, & Sartorius, 1974) และโอเวอร์อล กอร์แฮม (Overall & Gorham, 1962) ส่วนอีก 1 เรื่อง (Dogan et al., 2004) ผู้วิจัยนำแบบประเมินมาจากคาร์มินและโอว์บาย (Carmin & Ownby, 1994)

- แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากกรมสุขภาพจิต (2541) มีจำนวน 1 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548)

- แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำหน้าที่ทางสังคม รวมทั้งการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวน 6 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548; ศิริเนตร สุขดี, 2548; Dogan et al., 2004; Muijen et al., 1992; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005) โดยมีงานวิจัย 1 เรื่อง (ศิริเนตร สุขดี, 2548) ที่ผู้วิจัยนำแบบประเมินมาจากสุวิมล สมัตตะ (2541) มี 1 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) ที่ผู้วิจัยนำมาจากการแปล Global Assessment of Functioning Scales (GAF) โดยมานิตย์ ศรีสุวรรณนท์และจำลอง ดิษยวานิชย์ (2542) มี 1 เรื่อง (Tsai et al., 2005) ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากฮู ชัน ชู และชาง (Hwu, Sun, Chu, & Chang, 1987) มี 1 เรื่อง (Lin et al., 2001) ที่ผู้วิจัยพัฒนาและปรับปรุงมาจากงานวิจัยอื่น มีอีก 1 เรื่อง (Dogan et al., 2004) ที่ผู้วิจัยนำมาจากชไนเดอร์และสตรูเนนิง (Schneider & Struening, 1983) ส่วนอีก 1 เรื่อง (Muijen et al., 1992) ผู้วิจัยนำแบบประเมินมาจากวิสแมน เคลอร์แมน เพเคล พรูซอฟ และแฮนสัน (Weissman, Klerman, Paykel, Prusoff, & Hanson, 1974)

- แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากฟิดานอร์และคณะ (Fidaner et al., 1999) มีจำนวน 1 เรื่อง (Dogan et al., 2004)

- แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและการยอมรับจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญอื่นๆ ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากเอเคอร์และอาร์คาร์ (Eker & Arkar, 1995) มีจำนวน 1 เรื่อง (Dogan et al., 2004)

- แบบสอบถามความพึงพอใจและประเมินผลในการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ป่วย มีจำนวน 6 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; มารศรี ปาณิวัตร, 2548; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; Muijen et al., 1992; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005) โดยมีงานวิจัย 1 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547) นำแบบสอบถามมาจากคณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มี 1 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) ที่ผู้วิจัยนำแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมาจากพรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ (2547) มีงานวิจัย 1 เรื่อง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543) ไม่ได้ระบุแหล่งที่มาของแบบสอบถามเรื่องความพึงพอใจ มี 1 เรื่อง (Muijen et al., 1992) ที่นำมาจากลาร์เซน แอทคิสัน ฮาร์กรีฟและฮูเยน (Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979) และมีงานวิจัย 1 เรื่องที่สร้าง

แบบสอบถามความพึงพอใจโดยผู้วิจัยเอง (Tsai et al., 2005) ส่วนอีก 1 เรื่อง (Lin et al., 2001) ผู้วิจัยพัฒนาและปรับปรุงมาจากงานวิจัยอื่น

7.2 แบบประเมินและแบบทดสอบสำหรับญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

- แบบทดสอบความรู้ของญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีจำนวน 3 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) โดยมี 1 เรื่อง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543) ที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบประเมินความรู้ เจตคติ และทักษะในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิต (2541) มี 1 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547) ที่ผู้วิจัยนำแบบทดสอบมาจากคณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ส่วนอีก 1 เรื่อง (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) ที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบทดสอบความรู้ของญาติเกี่ยวกับโรคจิตของคณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2545)
- แบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ดูแล มี 2 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543) โดยมี 1 เรื่อง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ส่วนอีก 1 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547) นำมาจากคณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
- แบบวัดทัศนคติของญาติผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีจำนวน 1 เรื่อง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543)
- แบบสอบถามความพึงพอใจและประเมินผลในการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ดูแล มีจำนวน 4 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; มารศรี ปาณิวัตร, 2548; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; Muijen et al., 1992) โดยมีงานวิจัย 1 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547) นำมาจากคณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มี 1 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) ที่ผู้วิจัยนำแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมาจากพรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ (2547) มี 1 เรื่อง (Muijen et al., 1992) ที่ผู้วิจัยนำมาจากลาร์เซน แอทคิสัน ฮาร์กรีฟและฮูเซน (Larsen, Attkison, Hargreaves, & Nguyen, 1979) ส่วนงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543) ไม่ได้ระบุแหล่งที่มาของแบบสอบถามเรื่องความพึงพอใจ

7.3 แบบประเมินและแบบทดสอบสำหรับผู้นำชุมชน

- แบบทดสอบความรู้ของผู้นำชุมชนเกี่ยวกับโรคจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบทดสอบความรู้ของญาติเกี่ยวกับโรคจิตของคณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2545) มีจำนวน 1 เรื่อง (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548)

7.4 แบบประเมินและแบบทดสอบสำหรับบุคลากร

- แบบสอบถามปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของทีมสุขภาพในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากคณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีจำนวน 1 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547)

- แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อประเมินผลโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งไม่ได้ระบุแหล่งที่มาของแบบสัมภาษณ์ มีจำนวน 1 เรื่อง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543)

4.3.4 กิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้น การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวชกับผู้ป่วยและครอบครัวนับว่าเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมการดูแลที่บ้านเป็นอย่างดี ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเกิดประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จตามมา

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 10 เรื่อง พบว่า มีกิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านหลากหลายรูปแบบ ซึ่งพอจะสรุปได้สังเขป ดังนี้

1. การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยาและอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวช การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว การจัดการความเครียดและความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในครอบครัว การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและสมาชิกในชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวน 10 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; สุมณฑา บุญชัย, 2545; ศิริเนตร สุขดี, 2548; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548; มารศรี ปาณีวัตร, 2548; Muijen et al., 1992; Dogan et al., 2004; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005)

2. การให้การปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการค้นหาปัญหา แก้ไขปัญหา และประเมินผล มีจำนวน 9 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; สุมณฑา บุญชัย, 2545; ศิริเนตร สุขดี, 2548; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548; มารศรี ปาณีวัตร, 2548; Dogan et al., 2004; Lin et al., 2001; Muijen et al., 1992)

3. การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช มีจำนวน 6 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; สุมณฑา บุญชัย, 2545; ศิริเนตร สุขดี, 2548; Lin et al., 2001; Dogan et al., 2004)
4. ส่งเสริมและกระตุ้นรวมทั้งฝึกทักษะให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเผชิญกับโรค มีจำนวน 4 เรื่อง (มารศรี ปาณีวัตร, 2548; Muijen et al., 1992; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005)
5. ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม เช่น แหล่งฝึกอาชีพ โรงพยาบาลเฉพาะทาง มีจำนวน 3 เรื่อง (มารศรี ปาณีวัตร, 2548; Muijen et al., 1992; Lin et al., 2001)
6. การทำครอบครัวบำบัด มีจำนวน 1 เรื่อง (Muijen et al., 1992)
7. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการด้านจิตสังคมในโรงพยาบาล เช่น คลินิกคลายเครียด บริการให้คำปรึกษา มีจำนวน 3 เรื่อง (มารศรี ปาณีวัตร, 2548; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005)
8. การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้ประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ รวมทั้งฝึกทักษะการสัมภาษณ์ในการสมัครงาน มีจำนวน 2 เรื่อง (มารศรี ปาณีวัตร, 2548; Muijen et al., 1992)
9. การฝึกทักษะทางสังคม มีจำนวน 1 เรื่อง (Dogan et al., 2004)
10. การให้ความรู้และคำแนะนำ รวมทั้งส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มี 4 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; สุมณฑา บุญชัย, 2545; มารศรี ปาณีวัตร, 2548)
11. การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงให้เกิดการทำงานเป็นทีม รวมทั้งให้คำปรึกษาแนะนำแก่สมาชิกในทีมรักษา การติดตาม กระตุ้น แนะนำโดยใช้โทรศัพท์เป็นเครื่องมือ และการกระทำตัวเป็นแบบอย่างให้แก่ผู้ป่วย ญาติและสมาชิกในชุมชนเพื่อนำไปปฏิบัติ มีจำนวน 4 เรื่อง (มารศรี ปาณีวัตร, 2548; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005)

4.3.5 ระยะเวลา จำนวนครั้งและความถี่ในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 10 เรื่อง พบว่า มีการใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านแตกต่างกันออกไป ดังนี้

1. มีงานวิจัย 3 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; สุมณฑา บุญชัย, 2545) ที่ใช้ระยะเวลาและขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่าแตกต่างกัน ดังรายละเอียดคือ

- ผู้ป่วยใหม่ ในครั้งแรกจะมีการทำ Pre-test หลังจากนั้นทำกิจกรรมที่ 1 - 5 ตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย โดยให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ติดต่อกัน 8 ครั้ง มีการนำข้อมูลการเยี่ยมบ้านมาสรุปประเมินหลังจากเยี่ยมบ้านทุกครั้งเพื่อวางแผนการพยาบาลในการดูแลครั้งต่อไป แต่ถ้าลูกเงินสามารถไปให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านก่อนถึงกำหนดระยะเวลานัดได้ ครั้งสุดท้ายจะมีการทำ Post-test

- ผู้ป่วยเก่า ทำ Pre-test ในการเยี่ยมครั้งที่ 1 แล้วให้การดูแลที่บ้านเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ติดต่อกัน แต่ถ้าลูกเงินสามารถไปให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านก่อนถึงกำหนดระยะเวลานัดได้ และจะทำ Post-test ในการเยี่ยมครั้งสุดท้าย (ได้รับการเยี่ยมอย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี)

2. มีงานวิจัย 1 เรื่อง (ศิริเนตร สุขดี, 2548) ที่ลงเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 3 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยมีการทำ Pre-test ในครั้งแรก หลังจากนั้นจึงดำเนินกิจกรรมการพยาบาล แล้วทำ Post-test ในการเยี่ยมครั้งสุดท้าย

3. มีงานวิจัย 1 เรื่อง (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) ที่มีการเตรียมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนก่อน หลังจากนั้นจึงลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 4 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ซึ่งมีการทำ Pre-test ร่วมด้วย ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 15 นาที สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ในวันที่ 3 หลังจากลงเยี่ยมบ้านสัปดาห์ที่ 1 และ 2 มีการใช้โทรศัพท์ในการติดตามกระตุ้น แนะนำ โดยใช้เวลา 30 นาที แล้วทำ Post-test ในการเยี่ยมครั้งที่ 4

4. มีงานวิจัย 1 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) ที่ไม่ได้กำหนดจำนวนครั้งและไม่ระบุระยะเวลาที่ใช้ในการลงเยี่ยมบ้าน ขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย พบว่ามีการเยี่ยมบ้าน 5-8 ครั้ง โดยมีการทำ Pre-test ในครั้งแรก หลังจากนั้นจึงดำเนินกิจกรรมการพยาบาล แล้วทำ Post-test ในการเยี่ยมครั้งสุดท้าย และมีการติดตามความต่อเนื่องของการเข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละรายทุกเดือน เป็นระยะเวลา 6 เดือน

5. มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Muijen et al., 1992) ที่ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละครั้งประมาณ 40 นาที โดยในเดือนแรกใช้เวลาทั้งหมด 26 ชั่วโมง (ในชุมชน 67 % เยี่ยมผู้ป่วยใน ward 27 % เยี่ยมทางโทรศัพท์ 6 %) ในเดือนที่ 2 ใช้เวลา 17 ชั่วโมง (ในชุมชน 90 % เยี่ยมผู้ป่วยใน ward 5 % เยี่ยมทางโทรศัพท์ 5 %) และในเดือนที่ 3 ใช้เวลา 12 ชั่วโมงในการมาตามนัดของผู้ป่วยในเดือนที่ 3-6 ของการวิจัย มีการเก็บแบบสอบถามโดย

นักจิตวิทยาในครั้งแรก (Pre-test) ภายใน 72 ชม.แรกหลังเข้าร่วมงานวิจัย และครั้งที่ 2 (Post-test) ในการมาตามนัดของผู้ป่วยในเดือนที่ 3 – 6

6. มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Lin et al., 2001) ที่ไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดในการดำเนินการกิจกรรมการพยาบาล

7. มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Tsai et al., 2005) ที่ใช้เวลาในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งอย่างน้อย 1 ชั่วโมง และพบว่าผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลที่บ้านเฉลี่ย 7.5 ครั้ง

8. มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Dogan et al., 2004) ที่ลงเยี่ยมบ้านครั้งละ 60 - 90 นาที ทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง เป็นเวลา 3 เดือน โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำแบบประเมินในครั้งแรกและครั้งสุดท้ายของการดูแลที่บ้าน

4.3.6 ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 10 เรื่อง พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทำให้เกิดผลลัพธ์ ดังต่อไปนี้

1. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตของผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มีงานวิจัย จำนวน 3 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคจิตของผู้ป่วย โดยมี 1 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547) พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตมากขึ้นหลังการติดตามดูแลที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอีก 1 เรื่อง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543) พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตอยู่ในระดับสูง และอีก 1 เรื่อง (ศิริเนตร สุขดี, 2548) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท 95 % ได้คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเกณฑ์ที่กำหนดคือ มากกว่าร้อยละ 75

1.2 ความสามารถและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งพฤติกรรมในด้านการควบคุมโรค จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 7 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความสามารถและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งพฤติกรรมด้านการควบคุมโรค โดยมี 2 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้นหลังการดูแลที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในอีก 2 เรื่อง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; สุมณฑา บุญชัย, 2545) พบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ส่วนอีก 2 เรื่อง (Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีคะแนนพฤติกรรมด้านการควบคุมโรคสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และในอีก 1 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) พบว่า

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลที่บ้านรับประทานยาและมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

1.3 อาการแสดงทางจิต จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 5 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องอาการแสดงทางจิต โดยมี 1 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) พบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิตกำเริบ อีก 2 เรื่อง (Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีอาการแสดงทางจิตน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนอีก 1 เรื่อง (Dogan et al., 2004) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลที่บ้านมีอาการแสดงทางจิตน้อยกว่าก่อนได้รับการดูแลที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .02 และในอีก 1 เรื่อง (Muijen et al., 1992) ก็พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีอาการแสดงทางจิตน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็พบว่า ทั้ง 2 วิธีทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงทางจิตลดลงอย่างชัดเจน

1.4 สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มีงานวิจัย 1 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลที่บ้านมีระดับคะแนนสมรรถภาพสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการดูแลที่บ้าน

1.5 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำหน้าที่ทางสังคม รวมทั้งการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเภท จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มีงานวิจัยจำนวน 6 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำหน้าที่ทางสังคม รวมทั้งการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเภท โดยมี 1 เรื่อง (ศิริเนตร สุขดี, 2548) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการโปรแกรมการดูแลที่บ้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอีก 1 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลที่บ้านสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และมีระดับคะแนนการประเมินอาการทางจิตใจ สังคมและหน้าที่การงาน (GAF) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับการดูแลที่บ้าน มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนมากขึ้น สามารถช่วยเหลืองานครอบครัวและสามารถประกอบอาชีพได้ ในอีก 2 เรื่อง (Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีคะแนนพฤติกรรมด้านการทำหน้าที่ทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนอีก 1 เรื่อง (Dogan et al., 2004) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลที่บ้านมีการทำหน้าที่ด้านต่างๆ สูงกว่าก่อนได้รับการดูแลที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วย 2 รายเริ่มทำงานได้ และในอีก 1 เรื่อง (Muijen et al., 1992) ก็พบว่า

ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีการทำหน้าที่ทางสังคมและการทำหน้าที่ทั่วๆ ไปดีกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็พบว่า ทั้ง 2 วิธีทำให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ทางสังคมและการทำหน้าที่ทั่วๆ ไปดีขึ้นอย่างชัดเจน

1.6 คุณภาพชีวิต จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง (Dogan et al., 2004) ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลที่บ้านมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .02

1.7 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและการยอมรับจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญอื่นๆ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง (Dogan et al., 2004) ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและการยอมรับจากครอบครัว เพื่อนและบุคคลสำคัญอื่นๆ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลที่บ้านมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีกว่าก่อนได้รับการดูแลที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และได้รับการยอมรับจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญอื่นๆ มากกว่าก่อนได้รับการดูแลที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.8 การป่วยซ้ำ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 3 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องการป่วยซ้ำ โดยมี 1 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) พบว่า ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำ อีก 1 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547) พบว่า การกลับมารักษาซ้ำ พบร้อยละ 8.32 และในอีก 1 เรื่อง (Tsai et al., 2005) พบว่า กลุ่มที่มาตรฐานตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียวมีการเข้ารับการรักษาซ้ำ (re-admit) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

1.9 การป้องกันการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (admit) และการลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง (Muijen et al., 1992) ที่ศึกษาถึงผลลัพธ์ในเรื่องการป้องกันการ admit และการลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสามารถป้องกันการ admit ได้ 23 % และสามารถลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลได้ 80 % กล่าวคือ ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน admit เฉลี่ย 6 วัน ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล admit เฉลี่ย 53 วัน

1.10 การได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องการได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลที่บ้านได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากองค์กรท้องถิ่น

1.11 ความพึงพอใจและประเมินผลในการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 6 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความพึงพอใจและประเมินผลในการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยมี 1 เรื่อง (Muijen et al., 1992) ที่พบว่า

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญ แต่พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ส่วนอีก 2 เรื่อง (Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้มีอีก 1 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีความพึงพอใจต่อการติดตามดูแลที่บ้านระดับมาก (92.24 %) และมี 1 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ส่วนอีก 1 เรื่อง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543) ก็พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกพึงพอใจต่อการมาดูแลผู้ป่วยที่บ้านของทีมสุขภาพ

2. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับญาติหรือผู้ดูแล

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 3 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล โดยมี 1 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547) พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้นหลังการติดตามดูแลที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอีก 1 เรื่อง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543) พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตและการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงและในอีก 1 เรื่อง (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) พบว่าญาติของผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านผ่านเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 18 คน ส่วนอีก 2 คนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ได้รับการทบทวนความรู้แล้วประเมินซ้ำในสัปดาห์ที่ 3 พบว่าผ่านเกณฑ์

2.2 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแล จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 2 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแล โดยมี 1 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547) พบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมากขึ้นหลังการดูแลที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอีก 1 เรื่อง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543) พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในระดับสูง

2.3 ทักษะของญาติผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543) ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องทักษะของญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยมีทักษะในทางบวกต่อผู้ป่วยจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 80.8

2.4 ความพึงพอใจและประเมินผลในการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ดูแล จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 4 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความพึงพอใจและประเมินผลในการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ดูแล โดยมี 2 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; มารศรี ปาณิวัตร, 2548) พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการดูแลที่บ้าน

ระดับดีถึงดีมาก อีก 1 เรื่อง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543) พบว่า ญาติผู้ป่วยรู้สึกว่าการมาดูแลผู้ป่วยที่บ้านของทีมสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์มาก และในอีก 1 เรื่อง (Muijen et al., 1992) พบว่า ญาติผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีความพึงพอใจมากกว่าญาติผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในชุมชน

3.1 ความรู้ของผู้นำชุมชนเกี่ยวกับโรคจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) พบว่า ผู้นำชุมชนทุกคน มีความรู้ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนอีก 1 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547) พบว่า ในปีงบประมาณ 2540 – 2546 มีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยประชาชนมีส่วนร่วมจำนวน 94 ชุมชน จำนวนอาสาสมัครจิตเวช 2,820 คนได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านคิดเป็น 100 % โดยประชาชนจำนวน 2,820 คนคิดเป็น 100 % ได้จัดโครงการสำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

4. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับบุคลากร

4.1 การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของทีมสุขภาพในชุมชน จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547) ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่อง การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของทีมสุขภาพในชุมชน พบว่า ในปีงบประมาณ 2540 – 2546 ผู้ให้บริการสุขภาพในเครือข่ายส่วนมาก (96.53 %) มีคะแนนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอยู่ในระดับสูง

4.2 การประเมินผลโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543) ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องการประเมินผลโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติที่ดีและเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

5. ผลลัพธ์ในด้านค่าใช้จ่าย

5.1 การวิเคราะห์ค่าใช้จ่าย ความคุ้มทุน และนำความคุ้มทุนมาวิเคราะห์ความไว (Sensitive Analysis) จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 2 เรื่อง (Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005) ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องการวิเคราะห์ค่าใช้จ่าย ความคุ้มทุนและนำอัตราความคุ้มทุนมาวิเคราะห์ความไว พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมีราคาถูกกว่าการดูแลตามปกติและการที่มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียว และมีอัตราความคุ้มทุนมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับรวมทั้งเมื่อนำอัตราความคุ้มทุนมาวิเคราะห์ความไว ก็พบว่า การดูแลที่บ้านมีอัตราความคุ้มทุนมากกว่าการดูแลตามปกติและการที่มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียวเช่นเดียวกัน

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย รวมทั้งหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน สำหรับการอภิปรายผลการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้แบ่งการอภิปรายไว้ดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ
2. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
3. กิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
4. ระยะเวลา จำนวนครั้งและความถี่ในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
5. ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน

คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ

สำหรับการศึกษานี้ มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้งหมด 10 เรื่อง จากทั้งหมด 1,918 เรื่อง จะเห็นได้ว่า ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในจำนวนที่ค่อนข้างน้อย แต่งานวิจัยทั้ง 10 เรื่องนี้นับได้ว่าเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพ ซึ่งเมื่อนำผลงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพโดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่า งานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 4 เรื่อง เป็น Randomized control trial ซึ่งอยู่ในระดับ A จำนวน 1 เรื่อง เป็น Quasi - experimental research ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 3 เรื่อง ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย จำนวน 6 เรื่อง เป็น Quasi - experimental research ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 3 เรื่อง เป็น Secondary analysis ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 1 เรื่อง และเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ซึ่งอยู่ในระดับ C จำนวน 2 เรื่อง โดยทั้ง 2 เรื่องนี้ผู้ศึกษาไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านด้วยตนเอง แต่ได้ติดตามประเมินผลของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จากงานวิจัยทั้งหมด 10 เรื่องนี้ เป็นการศึกษาที่มีกระบวนการศึกษาที่น่าเชื่อถือ มีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่ม แบบประเมินส่วนใหญ่มีการทดสอบความเที่ยงก่อนนำไปใช้ซึ่งผลอยู่ในระดับน่าเชื่อถือ และมีการกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้

การบำบัด ดังนั้น องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านครั้งนี้ นับได้ว่าเป็นองค์ความรู้ที่มีคุณภาพ

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 10 เรื่อง พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล สมาชิกในชุมชน บุคลากรทางสาธารณสุข รวมทั้งสังคมและประเทศชาติ โดยสำหรับผู้ป่วยพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสามารถลดระยะเวลาวันนอนและลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admit) ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแม็คแนป และคณะ (McNab et al., 2006) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและสมองเสื่อม) สามารถลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (admit) ของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุได้ถึง 40.7 % และสอดคล้องกับการศึกษาของโมฮิต (Mohit, 1996) ที่พบว่ามารดาที่ป่วยเป็นโรคจิตเวชชนิดรุนแรง (ไม่ได้ระบุการวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่าง) ที่ต้องเลี้ยงดูลูกที่ยังเป็นเด็กเล็ก ภายหลังได้รับการดูแลที่บ้านพบผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admit) ลดลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา เภราธารุทธิ์ (2540) ที่ได้ดำเนินโครงการเยี่ยมบ้านและติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุหญิง (ไม่ได้ระบุการวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่าง) จำนวน 32 รายที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ป่วยซ้ำร้อยละ 62.6

นอกจากนี้ยังพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น สามารถดูแลตนเองได้ทั้งในด้านการควบคุมโรคโดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การไปพบแพทย์ตามนัดและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การเฝ้าระวังและติดตามอาการเริ่มแรก รวมทั้งการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำหน้าที่ด้านสังคมรวมไปถึงการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้นและได้รับการยอมรับมากขึ้น มีการป่วยซ้ำน้อยลง รวมทั้งได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล สมัตตะ (2541) ที่ได้ศึกษาถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (ไม่ได้ระบุการวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่าง) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ป่วยจิตเวชหลังการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสูงกว่าก่อนในข้ออย่างน้อยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของโมริส (Morris, 1996) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวช (กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท 33.33 %) ที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ (2547) ที่ได้ศึกษาถึงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน (กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 20) พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จำนวน 8 รายมีคะแนนการทำหน้าที่ทั่วไป (Global Assessment of Functioning Scale: GAF) สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่เกิดกับผู้ป่วยอีกประการหนึ่ง คือ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิลี เจริญสรรพ (2544) ที่ได้ศึกษาถึงลักษณะอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่จำนวน 29 ราย (ไม่ได้ระบุการวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่าง) ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนลักษณะอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชหลังได้รับการดูแลที่บ้านลดลงกว่าก่อนได้รับการดูแลที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ (2547) พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 20) ผู้ป่วยทุกคน (ร้อยละ 100) มีคะแนนสมรรถภาพทางจิตดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญประภา เกษมสุวรรณและคนอื่นๆ (2533) ที่ได้ศึกษาเรื่องการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยในชุมชน (ไม่ได้ระบุการวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่าง) ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัดนนทบุรี กรุงเทพมหานครและปทุมธานี จำนวน 80 คนที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน พบว่า ระดับอาการทางจิตเมื่อติดตามผลครั้งแรกกับครั้งสุดท้ายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับในด้านญาติหรือผู้ดูแล พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทำให้ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้ยังทำให้ญาติมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคารณี คงชาติและคณะ (2544) ที่ได้ประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (ไม่ได้ระบุการวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่าง) ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) บ้านนาเดิม จ. สุราษฎร์ธานี พบว่า ญาติส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับดี ร้อยละ 64 และมีทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับดี ร้อยละ 64 เช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของจิลี เจริญสรรพ (2544) ที่ได้ศึกษาถึงทัศนคติของญาติผู้ป่วยจิตเวช (ไม่ได้ระบุการวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่าง) ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 32 ราย พบว่า ญาติมีทัศนคติดีในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านถึงร้อยละ 78.1

สำหรับผลลัพธ์ในด้านสมาชิกในชุมชน พบว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านช่วยให้สมาชิกในชุมชนมีโอกาสดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น และเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของไพรวลัย รมชัยและคณะ (2544) ที่ได้ประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนแบบครบวงจร อ. วาริชภูมิ จ. สกลนคร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าของร้านค้า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และญาติผู้ป่วยโรคจิต พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับการอบรมและเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านถึง 57 คน

ผลลัพธ์ทางด้านบุคลากรสาธารณสุข การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจนผู้ป่วยกลับเข้าสู่ชุมชน การนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไปใช้จึงมีส่วนทำให้บุคลากรสาธารณสุขมีโอกาสได้รับการอบรมและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งช่วยให้บุคลากรเหล่านั้นมีความรู้และทักษะในการทำงานมากขึ้นอันจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยตามมา ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของไพรวลัย รมช้ายและคณะ (2544) ที่ได้ประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนแบบครบวงจร อ. วาริชภูมิ จ. สกลนคร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และญาติผู้ป่วยโรคจิต พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับการอบรมจำนวน 22 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหลังได้รับการอบรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนแบบครบวงจรสูงกว่าก่อนได้รับการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านยังทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่สังคมและประเทศชาติ กล่าวคือ ทำให้ภาครัฐเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าและมีความคุ้มค่ามากกว่าการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไทเลอร์ และคณะ (Tyler et al., 1998) ที่พบว่าราคาของการดูแลโดยทีมของโรงพยาบาลมีราคาสูงกว่าราคาของการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพที่บ้านและบริการอย่างอื่นที่อยู่ในชุมชนถึง 14 %

กิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 10 เรื่อง พบว่า กิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีความหลากหลาย แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ทุกกิจกรรมล้วนส่งผลให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนทั้งสิ้น โดยกิจกรรมที่ใช้มากที่สุดโดยใช้ในทุกงานวิจัย (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; มารศรี ปาณิวัตร, 2548; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; ศิริเนตร สุขดี, 2548; สุมณฑา บุญชัย, 2545; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548; Dogan et al., 2004; Lin et al., 2001; Muijen et al., 1992; Tsai et al., 2005) ได้แก่ การให้ความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับโรคจิตเภท ยาและอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวช การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว การจัดการความเครียดและความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในครอบครัว การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและสมาชิกในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยกิจกรรมการให้ความรู้ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของเคลบานอฟ (Klebanoff, 1997) ที่ได้กำหนดบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลจิตเวช (Clinical Nurse Specialist, CNS) ที่สำคัญบทบาทหนึ่ง คือ บทบาทผู้สอนหรือผู้ให้ข้อมูล (Teacher) ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้

เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวรวมถึงเรื่องยาและผลข้างเคียงของยาทางจิตเวชแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลรวมทั้งเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับบุคคลและองค์กรทางวิชาชีพอื่นที่ผู้ป่วยอาจต้องใช้บริการ รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการด้านจิตสังคมในโรงพยาบาล เช่น คลินิกคลายเครียด บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการสอนโดยการกระทำตัวให้เป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล และยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล สมัตตะ (2541) ที่ได้ศึกษาถึงผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ซึ่งมีกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและการให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในเขตจังหวัดนนทบุรี พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและสูงกว่าก่อนได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของพชนา ชันลา (2548) ที่ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่บ้านต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สถานีอนามัยบ้านอุยา จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า คะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนกิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่ใช้กันมากรองลงมา ซึ่งมีจำนวน 9 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; สุมณฑา บุญชัย, 2545; ศิริเนตร สุขดี, 2548; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548; มารศรี ปาณิวัตร, 2548; Dogan et al., 2004; Lin et al., 2001; Muijen et al., 1992) ได้แก่ การให้การปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการค้นหาปัญหา แก้ไขปัญหา และประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทหนึ่งของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลจิตเวช (CNS) คือ บทบาทที่ปรึกษา (Consultant) ตามแนวคิดของเคลบบานอฟ (Klebanoff, 1997) ซึ่งประกอบด้วย การให้คำปรึกษาแก่สมาชิกในทีมสุขภาพ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน การให้คำปรึกษาเรื่องการบริหารในด้านต่างๆ มีการนิเทศติดตามสมาชิกในทีมพยาบาลในการให้บริการพยาบาลทางจิตสังคมแก่ผู้รับบริการ การประเมินปฏิบัติการพยาบาลในการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน การประกันคุณภาพทางการพยาบาลในการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน การเป็นที่ปรึกษาและทำการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล และทำหน้าที่เป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงและพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสาริณี โต๊ะทองและอรพรรณ ลือบุญวัชรชัย (2549) ที่ได้

ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดชลบุรี พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวมีคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณและด้านครอบครัวสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวและสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช เป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่ใช้กันมากในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีจำนวนถึง 6 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; สุมณฑา บุญชัย, 2545; ศิริเนตร สุขดี, 2548; Lin et al., 2001; Dogan et al., 2004) กิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถเฝ้าระวังอาการและป้องกันการเกิดภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวชได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล สมัตตะ (2541) ที่ได้ศึกษาถึงผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านซึ่งหนึ่งในกิจกรรมคือการป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวชต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในเขตจังหวัดนนทบุรี พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและสูงกว่าก่อนได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ ยังพบว่ามีกิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอื่นๆ อีก ได้แก่ การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม เช่น แหล่งฝึกอาชีพ โรงพยาบาลเฉพาะทาง เป็นต้น กิจกรรมการทำการรอบครัวบำบัด การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง การให้ความร่วมมือและเชื่อมโยงให้เกิดการทำงานเป็นทีม รวมทั้งให้คำปรึกษาแนะนำแก่สมาชิกในทีมรักษา ซึ่งบทบาทเหล่านี้สอดคล้องกับแนวคิดของเคลบานอฟ (Klebanoff, 1997) ที่ได้กำหนดบทบาทที่สำคัญของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลจิตเวช (Clinical Nurse Specialist, CNS) คือ บทบาทผู้ให้การรักษาพยาบาล (Clinician) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสถานะด้านจิตสังคมของผู้ป่วย การตรวจสภาพจิตและเฝ้าระวังติดตามอาการทางจิต การทำจิตบำบัดทั้งรายบุคคล รายครอบครัวและรายกลุ่ม การทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการพยาบาล มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งบริการสุขภาพอื่นๆ ตามระบบ การส่งต่อให้ผู้ป่วยได้พบกับผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง การให้ความช่วยเหลือทีมสุขภาพในระดับรองลงมาในการดูแลผู้ป่วย และการทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

ส่วนกิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในเรื่องของการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้ การให้

ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการด้านจิตสังคมในโรงพยาบาล เช่น คลินิกคลายเครียด บริการให้คำปรึกษา รวมทั้งการกระทำตัวเป็นแบบอย่างให้แก่ผู้ป่วย ญาติและชุมชนเพื่อนำไปปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ล้วนสอดคล้องกับแนวคิดของเคลบบานอฟ (Klebanoff, 1997) ในบทบาทผู้สอนหรือผู้ให้ข้อมูล (Teacher) ทั้งสิ้น

กิจกรรมการให้ความรู้และคำแนะนำ รวมทั้งส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ชุมชนมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของไพรวลัย รั่มซ้ายและคณะ (2544) ที่ได้ประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนแบบครบวงจร อ.วาริชภูมิ จ. สกลนคร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และญาติผู้ป่วยโรคจิต พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 57 คน ญาติผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 44 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 22 คนที่เข้ารับการอบรมโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนแบบครบวงจรสามารถค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ได้ 6 ราย เชื่อมบ้านผู้ป่วยรายเก่าได้ 62 ราย และผู้ป่วยรายเก่าไม่มีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยที่ถูกล่ามขังจำนวน 10 รายได้รับการบำบัดรักษาจำนวน 4 ราย ส่วนอีก 6 รายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

สำหรับกิจกรรมอื่นๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้แก่ ส่งเสริมและกระตุ้นรวมทั้งฝึกทักษะให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเผชิญกับโรค การฝึกทักษะทางสังคม การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้ประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ การฝึกทักษะการสัมพันธภาพในการสมัครงาน รวมทั้งการติดตาม กระตุ้น แนะนำโดยใช้โทรศัพท์เป็นเครื่องมือ กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้เช่นเดียวกัน

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าจุดเริ่มต้นของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีทั้งในส่วนของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทีมที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านก็จะมีส่วนร่วมให้การดูแลผู้ป่วยด้วยและเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและแพทย์ลงความเห็นให้กลับบ้านได้จะมีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวและส่งข้อมูลไปยังเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่เพื่อให้ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อไป ในส่วนของผู้ป่วยนอก เมื่อแพทย์ลงความเห็นผู้ป่วยรายใดสมควรได้รับการดูแลโดยทีมเยี่ยมบ้านก็จะมีการส่งข้อมูลของผู้ป่วยไปยังเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่เพื่อให้ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อไปเช่นเดียวกัน

ระยะเวลา จำนวนครั้งและความถี่ในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 10 เรื่อง พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านแต่ละครั้งมีความหลากหลาย ตั้งแต่ 40 นาที-1 ชั่วโมง 30 นาที และความถี่ในการลงดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีตั้งแต่ ทุก 1 สัปดาห์ ทุก 2 สัปดาห์ ทุก 1 เดือน และไม่ระบุ โดยจำนวนครั้งในการดูแลก็แตกต่างกัน ตั้งแต่ 2, 3, 4, 5-8, 6, 7.5 และ 8 ครั้ง มีบางงานวิจัยที่ไม่ได้ระบุรายละเอียดของระยะเวลาโดยขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และมีบางงานวิจัยที่ระบุจำนวนครั้งในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสำหรับผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่าแตกต่างกัน โดยที่ผู้ป่วยใหม่ได้รับการดูแลที่บ้าน 8 ครั้งทุกเดือน และผู้ป่วยเก่าได้รับการดูแลอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี ส่วนการประเมินผลหลังจากที่ได้ดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (post-test) ก็พบว่าแตกต่างกัน กล่าวคือ มีการทำ post-test ทั้งในสัปดาห์ที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 เดือนที่ 3 เดือนที่ 3-6 เดือนที่ 8 และไม่ระบุ นอกจากนี้ยังมีการติดตามผลทุก 1 เดือนเป็นระยะเวลา 6 เดือน

จะเห็นได้ว่า แต่ละงานวิจัยมีความแตกต่างกันของระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ความถี่ และจำนวนครั้งที่ใช้ในการบำบัดจนครบโปรแกรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วย แต่ก็พบว่า มีผลลัพธ์ที่ดีไปในแนวทางเดียวกัน นั่นคือ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น กลับเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลน้อยลง มีอาการทางจิตน้อยลง ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น บุคลากรสาธารณสุขได้รับการอบรมและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมากขึ้น และภาครัฐเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่าการดูแลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล สมิตตะ (2541) ที่ได้ศึกษาถึงผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในเขตจังหวัดนนทบุรี โดยใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ติดต่อกัน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและสูงกว่าก่อนได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2547) ที่ได้ศึกษาถึงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน (เป็นผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 20) พบว่า พยาบาลได้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งหรือมากกว่าแล้วแต่ความรุนแรงของปัญหาผู้ป่วย หลังการดูแลที่บ้านพบผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 80 มีคะแนนการทำหน้าที่ทั่วไป (GAF) สูงขึ้นและร้อยละ 100 มีคะแนนสมรรถภาพทางจิตดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

ดังนั้นจึงอาจจะกล่าวได้ว่า ระยะเวลาที่เหมาะสมในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านแต่ละครั้ง รวมทั้งจำนวนครั้งและความถี่ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่สามารถระบุแบบเฉพาะเจาะจงได้ เนื่องจากต้องขึ้นอยู่กับอาการและปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นหลัก นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับนโยบายและระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนของแต่ละหน่วยงานนั้นๆ ด้วย

ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน

ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน จากการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเก่าที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (8 เรื่อง) และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป (7 เรื่อง) เป็นผู้ป่วยที่มีอาการสงบสามารถให้ความร่วมมือได้ เป็นผู้ป่วยประเภททุเลาปานกลาง ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร หรือไม่เป็นผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (Acute Episode) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีโอกาสป่วยซ้ำสูง เจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลที่บ้านจึงจำเป็นต้องดูแลเป็นอันดับแรก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิตรีฐธรรมและคณะ (2548) ที่ได้ศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่ผสมผสานกับแนวทางการจัดการรายกรณี (case management) ได้ระบุกลุ่มเป้าหมายว่า เป็นผู้ป่วยจิตเวชซับซ้อนซึ่งมีคุณสมบัติ 2 ใน 5 ดังนี้ เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน มีการใช้สารเสพติดภายใน 3 เดือนก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยา เลี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น และไม่มีผู้ดูแล นอกจากนี้ยังมีอีก 1 งานวิจัยที่ระบุว่าผู้ป่วยต้องเป็นโรคจิตชนิดรุนแรง มีพฤติกรรมรุนแรง พฤติกรรมฆ่าตัวตายและจิตแพทย์ลงความเห็นว่าจะต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น จึงจำเป็นต้องดูแลโดยทีมดูแลที่บ้านอย่างเร่งด่วนตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยรวมทั้งหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเพื่อที่จะได้องค์ความรู้ที่จะนำไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้คุณภาพและมีประสิทธิภาพ ซึ่งงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่นำมาศึกษาในครั้งนี้มีจำนวนทั้งหมด 10 เรื่อง พบว่า เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 4 เรื่อง โดยเป็น Randomized control trial ซึ่งอยู่ในระดับ A จำนวน 1 เรื่อง เป็น Quasi - experimental research ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 3 เรื่อง และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย จำนวน 6 เรื่อง โดยเป็น Quasi - experimental research ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 3 เรื่อง เป็น Secondary analysis ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 1 เรื่อง และเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ซึ่งอยู่ในระดับ C จำนวน 2 เรื่อง โดยทั้ง 2 เรื่องนี้ผู้ศึกษาไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านด้วยตนเอง แต่ได้ติดตามประเมินผลของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ผลจากการศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด สามารถสรุปสาระสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านคือ 1) ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 2) กิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 3) ระยะเวลา จำนวนครั้งและความถี่ในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และ 4) ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

1.1 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น สามารถดูแลตนเองในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคม รวมทั้งมีความสามารถและมีพฤติกรรมที่ดีในการดูแลตนเองในด้านการควบคุมโรคโดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีการไปพบแพทย์ตามนัดและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ มีการเฝ้าระวังและติดตามอาการเริ่มแรกเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้ยังพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีอาการทางจิตลดลง มีสัมพันธภาพกับครอบครัวและชุมชนดีขึ้นจนสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนและได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น

ผู้ป่วยเกิดการป่วยซ้ำน้อยลง ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและลดระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ และทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น

1.2 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับญาติหรือผู้ดูแล พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทำให้ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างถูกต้องจนสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านยังทำให้ญาติมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยมากขึ้นและมีความพึงพอใจมากขึ้น

1.3 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในชุมชน พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทำให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นและเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

1.4 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นบุคลากรทางด้านสาธารณสุข พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทำให้บุคลากรสาธารณสุขได้รับการอบรมและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ส่งผลให้เกิดความรู้และเกิดทักษะในการทำงานมากขึ้นและเกิดผลดีต่อผู้ป่วยตามมา

1.5 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสังคมและประเทศชาติ พบว่า ภาครัฐเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าและมีความคุ้มค่ามากกว่าการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล

2. กิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ได้แก่

การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยาและอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวช การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว การจัดการความเครียดและความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและสมาชิกในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การให้การปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการค้นหาปัญหา แก้ไขปัญหาและประเมินผล การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช การส่งเสริมและกระตุ้นรวมทั้งฝึกทักษะให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเผชิญกับโรค การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม เช่น แหล่งฝึกอาชีพ โรงพยาบาลเฉพาะทาง เป็นต้น การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการด้านจิตสังคมในโรงพยาบาล เช่น คลินิกคลายเครียด บริการให้คำปรึกษา เป็นต้น การให้ความรู้และคำแนะนำ รวมทั้งส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้ประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ รวมทั้งฝึกทักษะการสัมภาษณ์ในการสมัครงาน การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง การให้ความร่วมมือและเชื่อมโยงให้เกิดการทำงานเป็นทีม รวมทั้งให้คำปรึกษาแนะนำแก่สมาชิกในทีมรักษา การติดตาม กระตุ้น แนะนำโดยใช้โทรศัพท์เป็นเครื่องมือ การทำครอบครัวบำบัด การฝึกทักษะทาง

สังคม และการกระทำตัวเป็นแบบอย่างให้แก่ผู้ป่วย ญาติและชุมชนเพื่อนำไปปฏิบัติ เช่น การควบคุมอารมณ์ การสื่อสาร เป็นต้น

3. ระยะเวลา จำนวนครั้งและความถี่ในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านแต่ละครั้งมีตั้งแต่ 40 นาที – 1 ชั่วโมง 30 นาที และความถี่ในการลงดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีตั้งแต่ทุก 1 สัปดาห์ ทุก 2 สัปดาห์ และทุก 1 เดือน โดยมีจำนวนครั้งในการดูแลที่บ้านตั้งแต่ 2, 3, 4, 5-8, 6, 7.5 และ 8 ครั้ง แต่มีบางงานวิจัยที่ไม่ได้ระบุรายละเอียดของระยะเวลา โดยขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และมีบางงานวิจัยที่ระบุจำนวนครั้งในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสำหรับผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่าแตกต่างกัน โดยที่ผู้ป่วยใหม่ได้รับการดูแลที่บ้าน 8 ครั้งทุกเดือน และผู้ป่วยเก่าได้รับการดูแลอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี มีการประเมินผลหลังจากที่ได้ดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (post-test) ในสัปดาห์ที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 เดือนที่ 3 เดือนที่ 3-6 และเดือนที่ 8 นอกจากนี้ยังมีการติดตามทุก 1 เดือนเป็นระยะเวลา 6 เดือน แต่อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาที่เหมาะสมในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านแต่ละครั้ง รวมทั้งจำนวนครั้งและความถี่ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่สามารถระบุแบบเฉพาะเจาะจงได้ เนื่องจากต้องขึ้นอยู่กับอาการและปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นหลัก นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับนโยบายและระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนของแต่ละหน่วยงานนั้นๆ ด้วย

4. ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน

เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 19 - 64 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเก่าที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยที่มีอาการสงบ สามารถให้ความร่วมมือได้ เป็นผู้ป่วยประเภททุเลาปานกลาง ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร หรือไม่เป็นผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (Acute Episode) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีโอกาสป่วยซ้ำสูง

ข้อจำกัดในการศึกษา

เมื่อเปรียบเทียบงานวิจัยของในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า งานวิจัยต่างประเทศทั้ง 4 เรื่องเป็นงานวิจัยที่เป็น RCT และกึ่งทดลองซึ่งมีความน่าเชื่อถือแต่มีข้อจำกัดคือ บางเรื่องไม่ได้อธิบายในส่วนของคุณลักษณะผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน รายละเอียดของกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งแบบทดสอบที่ใช้ในการทำงานวิจัยอย่างชัดเจน จึงทำให้ผู้ศึกษาไม่สามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเหล่านี้ได้อย่างละเอียดได้

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการพยาบาล

ผลลัพธ์: ผลการสังเคราะห์ผลการศึกษาคณะผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทำให้เกิดผลลัพธ์ในทางที่ดีขึ้น ทั้งในแง่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับญาติหรือผู้ดูแล ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในชุมชน ผลลัพธ์ทางด้านบุคลากรสาธารณสุข และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสังคมและประเทศชาติ เช่น ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น มีการป่วยซ้ำน้อยลง มีอาการทางจิตลดลง ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและลดระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาลได้ สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น มีการปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน และการทำหน้าที่ด้านสังคมรวมไปถึงการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้นและผู้ป่วยได้รับการยอมรับมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนและได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น ช่วยให้ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น มีทักษะและสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยมากขึ้น ช่วยให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยและเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขได้รับการอบรมและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าและมีความคุ้มค่ามากกว่าการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ส่งผลให้ภาครัฐเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านก็เป็นทางเลือกหนึ่งของพยาบาลจิตเวช ซึ่งปฏิบัติงานในชุมชนที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรง แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลจำเป็นต้องมีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่ควรได้รับการดูแลที่บ้าน: ผลการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่า เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 19 -64 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเก่าที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยที่มีอาการสงบสามารถให้ความร่วมมือได้ ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร เป็นผู้ป่วยประเภททุเลาปานกลาง หรือไม่เป็นผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (Acute Episode) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีโอกาสป่วยซ้ำสูง

กิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน: ผลการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่า กิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่สำคัญ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพเชิงการบำบัด การประเมิน การค้นหาปัญหา การทำครอบครัวบำบัด การฝึกทักษะทางสังคม การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในชุมชนเกี่ยวกับโรคจิตเภท ยาและอาการข้างเคียง การจัดการความเครียดและความขัดแย้ง

ที่เกิดขึ้นในครอบครัว การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช ส่งเสริมและกระตุ้น การฝึกทักษะให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเผชิญกับโรค การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลเหล่านี้พยาบาลจิตเวชที่อยู่ในชุมชนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วยและความพร้อมของหน่วยงานและบุคลากรที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเหล่านี้โดยตรง ส่วนระยะเวลา จำนวนครั้งและความถี่ในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า ระยะเวลาที่เหมาะสมในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านแต่ละครั้ง รวมทั้งจำนวนครั้งและความถี่ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่สามารถระบุแบบเฉพาะเจาะจงได้ เนื่องจากต้องขึ้นอยู่กับอาการและปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นหลัก นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับนโยบายและระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนของแต่ละหน่วยงานนั้นๆ ด้วย

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศอยู่เป็นจำนวนที่ค่อนข้างน้อย ดังนั้นควรทำการศึกษาให้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาในเชิงระบบเพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

2.2 ญาติหรือผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญที่จะดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน ดังนั้นควรมีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมให้มากขึ้น อันจะทำให้ได้องค์ความรู้หรือแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับเทคนิคหรือวิธีการที่จะทำให้ญาติหรือผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.3 ปัจจุบันผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชน ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับการให้สมาชิกในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้มากยิ่งขึ้น

2.4 โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ย่างยากซับซ้อน ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการกำเริบได้ และมักแสดงออกโดยการมีพฤติกรรมก้าวร้าว เอะอะอาละวาด มีการทำลายข้าวของ ทำร้ายร่างกายตนเองหรือผู้อื่น ทำให้ครอบครัวและชุมชนมีทัศนคติด้านลบต่อผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยในด้านการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของครอบครัวและชุมชนต่อผู้ป่วยให้ครอบคลุมวัฒนธรรมแต่ละภาคในสังคมไทย

2.5 จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ประเทศไทยมีการศึกษาเรื่องค่ารักษาพยาบาลและความคุ้มค่าของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลรักษาในโรงพยาบาลนั้นมีอยู่ค่อนข้างน้อย ดังนั้น ควรมีการศึกษาให้มากขึ้นอันจะเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ทั้งระดับนโยบายและระดับผู้ปฏิบัติงาน

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

A LITERATURE ANALYSIS OF HOME CARE FOR SCHIZOPHRENIA PATIENTS

วารุณี มากำเนิด 4836263 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาการนิพนธ์ : พัทรินทร์ นันทจันทร์, Ph.D. (Nursing), ไสภิน แสงอ่อน,
Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ การติดต่อสื่อสาร พฤติกรรมและการเคลื่อนไหว เช่น หวาดระแวง หลงผิด ไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวัน บางรายมีอาการรุนแรง ทบทำลายข้าวของ ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548; สุเมธชา บุญชัย, 2545) โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่พบมากที่สุด คือ พบถึงร้อยละ 51.53 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมดในปีงบประมาณ 2550 (ศูนย์สารสนเทศ, 2551) ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสป่วยซ้ำ (Relapse) ได้สูงถึงร้อยละ 70 โดยที่มีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่ได้รับการรักษาได้ ผลดีอีกร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ ร้อยละ 15 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังรักษาไม่หาย และอีกร้อยละ 10 พบมีความเสื่อมและความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ มาก (เพชรี คันธสายบัว, 2548; Wing, 1992 cited in Gillam, 2006) โรคนี้ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานและเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นจำนวนมาก ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างสูง (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548; พิเชฐ อุดมรัตน์, 2547) ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับมาอยู่ที่บ้านหรือในชุมชนมักยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ บางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าว เอะอะอาละวาด ทำลายข้าวของ ทำร้ายตนเอง และผู้อื่น ใช้จ่ายฟุ้งซ่าน ญาติไม่ยอมรับ ถูกกลั่นแกล้ง มีความขัดแย้งในครอบครัว มีปัญหาด้านการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การเผชิญปัญหาและการตัดสินใจไม่เหมาะสม ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ไม่มาพบแพทย์ตามนัด มีปัญหาในการทำงาน มีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีอาการกำเริบและอาจกลับมารักษาย้ำในระยะเวลาอันสั้น (สุเมธชา บุญชัย,

2545; วาสนา ปานดอก, 2545; มารศรี ปาณิวัตร, 2548; McIntosh & Worley, 1994 cited in Finkelman, 1997; Lelliott, Wing & Clifford, 1994 cited in Kampman, Illi, Poutanen, & Leinonen, 2003)

การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดูแลตนเองได้ สามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม ทั้งในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การควบคุมโรค การทำกิจกรรมทางสังคม รวมทั้งการส่งเสริมญาติหรือผู้ดูแลและชุมชนให้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภทและสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้องจนสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ อันจะส่งผลให้ประเทศชาติเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงนั้น วิธีการที่สำคัญวิธีหนึ่งก็คือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองได้ สามารถอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ และลดการป่วยซ้ำได้ ดังเช่น การศึกษาของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2543) จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ได้ประเมินผลโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูงถึงร้อยละ 73.10 และจากการศึกษาของสมณฑา บุญชัย (2545) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 89.80 และจากการศึกษาของซัย, เซน และหยิน (Tsai et al., 2005) ประเทศไต้หวัน ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอกตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมควบคุมโรคและการทำหน้าที่ทางสังคมดีกว่าอาการแสดงทางด้านจิตเวชน้อยกว่าและเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอกตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวชซึ่งปฏิบัติงานที่กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ที่ต้องรับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยตรง จึงมีความสนใจในการที่จะศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์และสังเคราะห์วรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านอันจะทำให้ผู้ศึกษามีความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่า เป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคโดยยึดหลัก ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems , 10th revision) หรือ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , 4th edition) โดยที่ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีความผิดปกติทางด้านการคิด การรับรู้ มีการแสดงอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น มีความคิดหลงผิด (delusion) มีประสาทหลอน (hallucination) อารมณ์เฉยเมยหรืออารมณ์ทื่อ (Blunted) พูดหรือสนทนาไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน หรือไม่สมเหตุสมผล หรือไม่สอดคล้องกับสภาพภายนอก (Disorganized speech) ไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวัน เก็บตัว พูดน้อย เฉื่อยชาลง หวาดระแวง เอะอะอาละวาด ทุบทำลายข้าวของ ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน หมายถึง การบริการด้านสุขภาพที่ผสมผสานทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในสถานที่อยู่ของผู้ป่วยเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพจิตดีขึ้น หรือคงภาวะสุขภาพจิตที่ดีอย่างเดิมไว้ หรือป้องกันความบกพร่องให้หลงเหลือน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต อาการทางจิต การกลับป่วยซ้ำ 2) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับญาติหรือผู้ดูแล เช่น ความรู้ความเข้าใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ทักษะติดต่อผู้ป่วย 3) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในชุมชน เช่น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 4) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับบุคลากร เช่น ความรู้ความเข้าใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และ 5) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสังคมและประเทศชาติ ได้แก่ การประหยัดงบประมาณรายจ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของภาครัฐและความคุ้มค่าในการดูแลจิตเภทที่บ้าน

วิธีดำเนินการศึกษา (Methodology)

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยมีวิธีการดำเนินการ ดังนี้

การสืบค้นหลักฐานงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ

1. แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data sources) ที่ใช้ในการทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าด้วยตนเอง (Manual Search) และสืบค้นข้อมูลสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Search) ดังนี้

1.1 แหล่งข้อมูลที่ผู้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ได้แก่ วิทยานิพนธ์ ตำรา คู่มือ วารสารจากห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆ และจากแหล่งข้อมูลของหน่วยงานหรือสถาบันที่เกี่ยวข้อง

1.2 การสืบค้นทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ผู้ศึกษาได้เลือกใช้ฐานข้อมูลดังนี้ CINAHL PUBMED MULINET OVID Sciencedirect lib.cmu กรมสุขภาพจิต สภาการพยาบาล และวิทยานิพนธ์ไทย ซึ่งฐานข้อมูลดังกล่าวเป็นฐานข้อมูลทางด้านสุขภาพและทางด้านการพยาบาล โดยมีการสืบค้นผ่านทาง Website ของห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล <http://www.lib.mahidol.ac.th> และได้สืบค้นในระหว่างวันที่ 6 ตุลาคม 2549 ถึงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2551

2. คำสำคัญในการสืบค้น (Key words) ได้แก่ psychiatric home care, psychiatric home care AND schizophrenia, home health care AND schizophrenia, home care AND schizophrenia, home health care AND psychiatric patient, home health care AND mental illness, home health care AND psychosis, home visit AND psychosis, home care service, การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน, การดูแลที่บ้านและจิตเภท, การเยี่ยมบ้านและจิตเภท

3. เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย (Inclusion criteria) ใช้เกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

3.1 ชนิดหรือประเภทของหลักฐานหรืองานวิจัย พิจารณาทั้งงานวิจัยเชิงคุณภาพ เชิงพรรณนา งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบชนิดสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (RCT) หรืองานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง รวมทั้งงานวิจัยที่เป็น meta-analysis

3.2 ชนิดของการจัดกระทำ เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

3.3 ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดหรือในงานวิจัยที่มีผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 50 % ขึ้นไป

3.4 เป็นงานวิจัยที่สามารถหาฉบับเต็ม (Full text) ได้

สำหรับจำนวนการศึกษาวิจัยที่สืบค้นได้ คือ 1,918 เรื่อง แต่เมื่อพิจารณาจากหลักเกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัยเข้าและคัดเรื่องที่ไม่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลแล้ว พบว่ามีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์และมีฉบับเต็ม (Full text) ที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้จำนวน 10 เรื่อง

แนวทางในการทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

1. การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality) มีดังนี้

1.1 การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัย (Level of Evidence) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการออกเป็น 4 ระดับ (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544) ได้แก่

Level A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trials หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น randomized controlled trials

Level B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็น randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ได้แก่ non-randomized controlled trials, cohort-study, case control study

Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่นๆ

Level D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus) ดำรง เอกสารที่ไม่ใช่งานวิจัย

2. การวิเคราะห์ผลงานวิจัยจะดึงข้อมูลออกมาจากงานวิจัย ดังนี้

- 2.1 ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Problem / Purpose)
- 2.2 แบบการวิจัย (Research design)
- 2.3 กลุ่มตัวอย่าง (Sample)
- 2.4 สถานที่หรือแหล่งวิจัย (Setting)
- 2.5 เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (Instrument and data collection)
- 2.6 ผลลัพธ์ที่จะเกิดกับสุขภาพของผู้ป่วย (Outcome)
- 2.7 วิธีการวิจัยหรือการ จัดกระทำ (Method / Intervention)
- 2.8 ผลการวิจัย (Finding / Result) ในการวิจัย
- 2.9 ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ (Implication / Implementation)

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน สามารถแบ่งออกได้เป็น 7 กลุ่ม ดังนี้

1. คุณภาพและความพอเพียงของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ
2. ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน

3. คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
4. เครื่องมือและเอกสารที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
5. กิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
6. ระยะเวลา ความถี่และจำนวนครั้งในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
7. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ

จากการศึกษางานวิจัยทั้ง 10 เรื่อง พบว่าเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยจำนวน 6 เรื่อง ตีพิมพ์ในระหว่างปี พ.ศ. 2543 - 2548 และเป็นงานวิจัยต่างประเทศ จำนวน 4 เรื่อง ตีพิมพ์ในระหว่างปี ค.ศ. 1992 - 2005 เป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized control trial ซึ่งอยู่ในระดับ A จำนวน 1 เรื่อง (Muijen et al., 1992) เป็น Quasi - experimental research ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 6 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548; ศิริเนตร สุขดี, 2548; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548; Dogan, et al., 2004; Lin et al., Tsai, 2001; Tsai et al., 2005) เป็น Secondary analysis ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 1 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547) และเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ซึ่งอยู่ในระดับ C จำนวน 2 เรื่อง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; สุมณฑา บุญชัย, 2545) โดยทั้ง 2 เรื่องนี้ผู้ศึกษาไม่ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านด้วยตนเอง แต่เป็นการติดตามประเมินผลของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 10 เรื่อง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้านเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมด จำนวน 7 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; ศิริเนตร สุขดี, 2548; สุมณฑา บุญชัย, 2545; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548; Dogan et al., 2004; Lin et al., 2001) และเป็นผู้ป่วยจิตเภทรวมกับผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ จำนวน 3 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; Muijen et al., 1992; Tsai et al., 2005) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 8 เรื่องเป็นผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; มารศรี ปาณิวัตร, 2548; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; ศิริเนตร สุขดี, 2548;

สุมนหา บุญชัย, 2545; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548; Dogan et al., 2004; Tsai et al., 2005) มี 1 งานวิจัย (Muijen et al., 1992) เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาล (admit) ครั้งแรก และเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลซ้ำ (re-admit) นอกจากนี้ยังมีอีก 1 งานวิจัย (Lin et al., 2001) ที่ไม่ระบุรายละเอียดใดๆของผู้ป่วยเลย

2. ระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีความหลากหลายมาก ตั้งแต่ไม่น้อยกว่า 3 เดือนถึง 25 ปี แต่ส่วนใหญ่พบว่าเจ็บป่วยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป 7 งานวิจัย (มารศรี ปาณิวัตร, 2548; ศิริเนตร สุขดี, 2548; สุมนหา บุญชัย, 2545; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548; Dogan et al., 2004; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005)

3. อายุของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน จากการวิเคราะห์ผลศึกษาทั้ง 10 เรื่อง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีอายุที่แตกต่างกัน คือ อยู่ในช่วงอายุ 19 – 64 ปี โดยที่งานวิจัยต่างๆ มีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของกลุ่มตัวอย่างด้วยอายุ ดังนี้

- การคัดเข้า มี 1 งานวิจัยที่ระบุอายุ 20 ปีขึ้นไป (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) และมีอีก 1 งานวิจัยที่ระบุอายุไม่เกิน 60 ปี (ศิริเนตร สุขดี, 2548) นอกจากนี้ยังมีอีก 1 งานวิจัยที่ระบุอายุระหว่าง 18 - 64 ปี (Muijen et al., 1992)
- การคัดออก มี 1 งานวิจัยที่คัดกลุ่มตัวอย่างออกในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 18 ปี และมากกว่า 65 ปี (Tsai et al., 2005)
- ระบุเป็นผู้ป่วยจิตเวชทุกวัย จำนวน 2 งานวิจัย (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543)
- ไม่ได้ระบุอายุผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 4 งานวิจัย (มารศรี ปาณิวัตร, 2548; สุมนหา บุญชัย, 2545; Dogan et al., 2004; Lin et al., 2001)

4. อาการทางจิต พบว่ามีงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ที่ระบุการคัดเข้าและการคัดออกของกลุ่มตัวอย่างด้วยอาการและอาการแสดงทางจิต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการสงบสามารถให้ความร่วมมือได้ ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร จำนวน 1 เรื่อง (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) เป็นผู้ป่วยประเภททุเลาปานกลาง (ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบประเมินผู้ป่วยจิตเวช กรมสุขภาพจิตอยู่ระหว่าง 2.5 – 3.4) จำนวน 1 เรื่อง (ศิริเนตร สุขดี, 2548) และต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (Acute episode) จำนวน 1 เรื่อง (Dogan et al., 2004)
- เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน 1 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548)
- มีการศึกษา 1 เรื่อง ที่เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านนั้น เป็นเกณฑ์ที่ใช้คัดเลือกตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล คือ เป็น

โรคจิตชนิดรุนแรง มีพฤติกรรมรุนแรง พฤติกรรมฆ่าตัวตายและจิตแพทย์ลงความเห็นว่าเป็นต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Muijen et al., 1992)

คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 10 เรื่อง พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในประเทศไทยและในต่างประเทศมีความแตกต่างกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในประเทศไทย

1.1 ทีมที่ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 1 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตที่เคยผ่านการอบรมหรือเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ที่ไม่ได้ระบุจำนวน จำนวน 3 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุพรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543, สุมณฑา บุญชัย, 2545)

1.2 ทีมที่ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่กำลังศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตที่เคยผ่านการอบรมหรือเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ที่ไม่ได้ระบุจำนวน และผู้นำชุมชนที่ผ่านการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยไม่ได้ระบุจำนวน มี 1 เรื่อง (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548)

1.3 พยาบาลวิชาชีพที่กำลังศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548; ศิริเนตร สุขดี, 2548)

2. เจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในต่างประเทศ

2.1 ทีมที่ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คนและพยาบาลจิตเวช 1 คน จำนวน 1 เรื่อง (Dogan et al., 2004)

2.2 ทีมที่ประกอบด้วยพยาบาลจิตเวช 7 คน (พยาบาลอาวุโส 1 คน พยาบาลระดับหัวหน้า 3 คนและพยาบาลประจำการ 3 คน) จิตแพทย์ 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน เลขานุการที่ทำงานเต็มเวลา 1 คน และนักอาชีวบำบัดซึ่งเข้ามาแทนพยาบาลจิตเวชที่ทำงานครบ 1 ปี มีจำนวน 1 เรื่อง (Muijen et al., 1992)

2.3 พยาบาลจิตเวช ที่ไม่ได้ระบุจำนวน พบว่ามี 1 เรื่อง (Lin et al., 2001)

2.4 พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 5 ปี และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านอย่างน้อย 2 ปี ที่ไม่ได้ระบุจำนวนเจ้าหน้าที่ จำนวน 1 เรื่อง (Tsai et al., 2005)

เครื่องมือและเอกสารที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 10 เรื่อง พบว่า มีการใช้เครื่องมือและเอกสารในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเอง มีจำนวน 2 เรื่อง (ศิริเนตร สุขดี, 2548; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548)
2. แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับพยาบาล ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีจำนวน 3 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; สุมณฑา บุญชัย, 2545)
3. คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มี 1 เรื่อง (ศิริเนตร สุขดี, 2548)
4. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติและผู้นำชุมชน มีจำนวน 1 เรื่อง (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548)
5. คู่มือการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนสำหรับบุคลากรสาธารณสุข มีจำนวน 1 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547)
6. แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มี 1 เรื่อง (มารศรี ปาณีวัตร, 2548)
7. แบบประเมินและแบบทดสอบ ซึ่งแบ่งเป็นแบบประเมินและแบบทดสอบสำหรับผู้ป่วย ญาติ ผู้นำชุมชนและบุคลากร โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้
 - 7.1 แบบประเมินและแบบทดสอบสำหรับผู้ป่วย
 - แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิต มีจำนวน 3 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; ศิริเนตร สุขดี, 2548)
 - แบบสอบถามความสามารถและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน มีจำนวน 7 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; มารศรี ปาณีวัตร, 2548; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; สุมณฑา บุญชัย, 2545; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005)
 - แบบประเมินอาการและอาการแสดงทางจิต มีจำนวน 5 เรื่อง (มารศรี ปาณีวัตร, 2548; Muijen et al., 1992; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005; Dogan et al., 2004)
 - แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช มี 1 เรื่อง (มารศรี ปาณีวัตร, 2548)
 - แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำหน้าที่ทางสังคมรวมทั้งการทำหน้าที่ด้านต่างๆของผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวน 6 เรื่อง (มารศรี ปาณีวัตร, 2548; ศิริเนตร สุขดี, 2548; Dogan et al., 2004; Muijen et al., 1992; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005)

- แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก มีจำนวน 1 เรื่อง (Dogan et al., 2004)
- แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและการยอมรับจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญอื่นๆ มีจำนวน 1 เรื่อง (Dogan et al., 2004)
- แบบสอบถามความพึงพอใจและประเมินผลในการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ป่วย มี 6 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; มารศรี ปาณิวัตร, 2548; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; Muijen et al., 1992; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005)

7.2 แบบประเมินและแบบทดสอบสำหรับญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

- แบบทดสอบความรู้ของญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มี 3 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548)
- แบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ดูแล มี 2 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543)
- แบบวัดทัศนคติของญาติผู้ป่วย มี 1 เรื่อง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543)
- แบบสอบถามความพึงพอใจและประเมินผลในการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ดูแล มี 4 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; มารศรี ปาณิวัตร, 2548; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; Muijen et al., 1992)

7.3 แบบประเมินและแบบทดสอบสำหรับผู้นำชุมชน

- แบบทดสอบความรู้ของผู้นำชุมชนเกี่ยวกับโรคจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีจำนวน 1 เรื่อง (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548)

7.4 แบบประเมินและแบบทดสอบสำหรับบุคลากร

- แบบสอบถามปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของทีมสุขภาพในชุมชน มีจำนวน 1 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547)
- แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อประเมินผลโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน มีจำนวน 1 เรื่อง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543)

กิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้นการสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวชกับผู้ป่วยและครอบครัวนับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมการดูแลที่บ้านเป็นอย่างดี ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสำเร็จตามมา

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 10 เรื่อง พบว่า มีกิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านหลากหลายรูปแบบ ซึ่งพอจะสรุปได้สังเขป ดังนี้

1. การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยาและอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวช การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว การจัดการความเครียดและความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในครอบครัว การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและสมาชิกในชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวน 10 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; สุมณฑา บุญชัย, 2545; ศิริเนตร สุขดี, 2548; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548; มารศรี ปาณิวัตร, 2548; Muijen et al., 1992; Dogan et al., 2004; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005)
2. การให้การปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการค้นหาปัญหา แก้ไขปัญหาและประเมินผล มี 9 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; สุมณฑา บุญชัย, 2545; ศิริเนตร สุขดี, 2548; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548; มารศรี ปาณิวัตร, 2548; Dogan et al., 2004; Lin et al., 2001; Muijen et al., 1992)
3. การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช มี 6 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; สุมณฑา บุญชัย, 2545; ศิริเนตร สุขดี, 2548; Lin et al., 2001; Dogan et al., 2004)
4. ส่งเสริมและกระตุ้นรวมทั้งฝึกทักษะให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเผชิญกับโรค มีจำนวน 4 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548; Muijen et al., 1992; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005)
5. ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องรวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม เช่น แหล่งฝึกอาชีพ โรงพยาบาลเฉพาะทาง มี 3 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548; Muijen et al., 1992; Lin et al., 2001)
6. การทำครอบครัวบำบัด มี 1 เรื่อง (Muijen et al., 1992)
7. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการด้านจิตสังคมใน

โรงพยาบาล เช่น คลินิกคลายเครียด บริการให้คำปรึกษา มีจำนวน 3 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005)

8. การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้ประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ รวมทั้งฝึกทักษะการสัมภาษณ์ในการสมัครงาน มีจำนวน 2 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548; Muijen et al., 1992)

9. การฝึกทักษะทางสังคม มีจำนวน 1 เรื่อง (Dogan et al., 2004)

10. การให้ความรู้และคำแนะนำ รวมทั้งส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มี 4 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; สุมณฑา บุญชัย, 2545; มารศรี ปาณิวัตร, 2548)

11. การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงให้เกิดการทำงานเป็นทีม รวมทั้งให้คำปรึกษาแนะนำแก่สมาชิกในทีมรักษา การติดตาม กระตุ้น แนะนำ โดยใช้โทรศัพท์เป็นเครื่องมือ และการกระทำตัวเป็นแบบอย่างให้แก่ผู้ป่วย ญาติและชุมชนเพื่อนำไปปฏิบัติ มีจำนวน 4 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005)

ระยะเวลา ความถี่และจำนวนครั้งในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 10 เรื่อง พบว่า มีการใช้ระยะเวลา ความถี่และจำนวนครั้งในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านแตกต่างกันออกไป ดังนี้

1. มีงานวิจัย 3 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; สุมณฑา บุญชัย, 2545) ที่ใช้ระยะเวลาและขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่าแตกต่างกัน ดังรายละเอียดคือ

- ผู้ป่วยใหม่ ในครั้งแรกจะมีการทำ Pre-test หลังจากนั้นทำกิจกรรมที่ 1 - 5 ตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย โดยให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ติดต่อกัน 8 ครั้ง มีการนำข้อมูลการเยี่ยมบ้านมาสรุปประเมินหลังจากเยี่ยมบ้านทุกครั้งเพื่อวางแผน การพยาบาลในการดูแลครั้งต่อไป แต่ถ้าฉุกเฉินสามารถไปให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านก่อนถึงกำหนดระยะเวลานัดได้ ครั้งสุดท้ายจะมีการทำ Post-test

- ผู้ป่วยเก่า ทำ Pre-test ในการเยี่ยมครั้งที่ 1 แล้วให้การดูแลที่บ้านเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมงติดต่อกัน แต่ถ้าฉุกเฉินสามารถไปให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านก่อนถึงกำหนดระยะเวลานัดได้ และจะทำ Post-test ในครั้งสุดท้ายของการเยี่ยมในปีงบประมาณนั้นๆ (ได้รับการเยี่ยมอย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี)

2. มีงานวิจัย 1 เรื่อง (ศิริเนตร สุขดี, 2548) ที่ลงเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 3 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยมีการทำ Pre-test ในครั้งแรก หลังจากนั้นจึงดำเนินการกิจกรรมการพยาบาล แล้วทำ Post-test ในการเยี่ยมครั้งสุดท้าย

3. มีงานวิจัย 1 เรื่อง (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) ที่มีการเตรียมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนก่อน หลังจากนั้นจึงลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 4 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ซึ่งมีการทำ Pre-test ร่วมด้วย ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 15 นาที สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ในวันที่ 3 หลังจากลงเยี่ยมบ้านสัปดาห์ที่ 1 และ 2 มีการใช้โทรศัพท์ในการติดตามกระตุ้น แนะนำ โดยใช้เวลา 30 นาที แล้วทำ Post-test ในการเยี่ยมครั้งที่ 4

4. มีงานวิจัย 1 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) ที่ไม่ได้กำหนดจำนวนครั้งและไม่ระบุระยะเวลาที่ใช้ในการลงเยี่ยมบ้าน ขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย พบว่ามีการเยี่ยมบ้าน 5 – 8 ครั้ง โดยมีการทำ Pre-test ในครั้งแรก หลังจากนั้นจึงดำเนินการกิจกรรมการพยาบาล แล้วทำ Post-test ในการเยี่ยมครั้งสุดท้าย และมีการติดตามความต่อเนื่องของการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละรายทุกเดือน เป็นระยะเวลา 6 เดือน

5. มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Muijen et al., 1992) ที่ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละครั้งประมาณ 40 นาที โดยในเดือนแรกใช้เวลาทั้งหมด 26 ชั่วโมง (ในชุมชน 67 %, เยี่ยมผู้ป่วยใน ward 27 %, เยี่ยมทางโทรศัพท์ 6%) ในเดือนที่ 2 ใช้เวลา 17 ชั่วโมง (ในชุมชน 90 %, เยี่ยมผู้ป่วยใน ward 5 %, เยี่ยมทางโทรศัพท์ 5 %) และในเดือนที่ 3 ใช้เวลา 12 ชั่วโมงในการมาตามนัดของผู้ป่วยในเดือนที่ 3 – 6 ของการวิจัย มีการเก็บแบบสอบถามโดยนักจิตวิทยาในครั้งแรก (Pre-test) ภายใน 72 ชม.แรกหลังเข้าร่วมงานวิจัย และครั้งที่ 2 (Post-test) ในการมาตามนัดของผู้ป่วยในเดือนที่ 3 – 6

6. มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Lin et al., 2001) ที่ไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดในการดำเนินการกิจกรรมการพยาบาล

7. มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Tsai et al., 2005) ที่ใช้เวลาในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งอย่างน้อย 1 ชั่วโมง และพบว่าผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลที่บ้านเฉลี่ย 7.5 ครั้ง

8. มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Dogan et al., 2004) ที่ลงเยี่ยมบ้านครั้งละ 60 - 90 นาที ทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง เป็นเวลา 3 เดือน โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำแบบประเมินในครั้งแรกและครั้งสุดท้ายของการดูแลที่บ้าน

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 10 เรื่อง พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทำให้เกิดผลลัพธ์ ดังต่อไปนี้

1. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตของผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มีงานวิจัยจำนวน 3 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคจิตของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตมากขึ้นหลังการติดตามดูแลที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณ และคณะ, 2547) ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตอยู่ในระดับสูง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543) และผู้ป่วยจิตเภทได้คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเกณฑ์ที่กำหนด (ศิริเนตร สุขดี, 2548)

1.2 ความสามารถและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งพฤติกรรมในด้านการควบคุมโรค จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 7 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความสามารถและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งพฤติกรรมด้านการควบคุมโรค โดยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้นหลังการดูแลที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543; สุมณฑา บุญชัย, 2545) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีคะแนนพฤติกรรมด้านการควบคุมโรคสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005) และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลที่บ้านรับประทานยาและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (มารศรี ปาณิวัตร, 2548)

1.3 อาการแสดงทางจิต จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 5 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องอาการแสดงทางจิต พบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิตกำเริบ (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) ผู้ป่วยมีอาการแสดงทางจิตน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005) ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลที่บ้านมีอาการแสดงทางจิตน้อยกว่าก่อนได้รับการดูแลที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Dogan et al., 2004) และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีอาการแสดงทางจิตน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทั้งสองวิธีทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงทางจิตลดลงอย่างชัดเจน (Muijen et al., 1992)

1.4 สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลที่บ้านมีระดับคะแนนสมรรถภาพสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการดูแลที่บ้าน (มารศรี ปาณิวัตร, 2548)

1.5 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำหน้าที่ทางสังคม รวมทั้งการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเภท จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มีงานวิจัยจำนวน 6 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำหน้าที่ทางสังคม รวมทั้งการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของ

ผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการดูแลที่บ้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศิริเนตร สุขดี, 2548) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและมีระดับคะแนนการประเมินอาการทางจิตใจ สังคมและหน้าที่การงาน (GAF) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับการดูแลที่บ้าน มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนมากขึ้น ช่วยเหลืองานครอบครัวและประกอบอาชีพได้ (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมด้านการทำหน้าที่ทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005) ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลที่บ้านมีการทำหน้าที่ด้านต่างๆ สูงกว่าก่อนได้รับการดูแลที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ป่วย 2 คนเริ่มทำงานได้ (Dogan et al., 2004) ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีการทำหน้าที่ทางสังคมและการทำหน้าที่ต่างๆ ไปดีกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็พบว่า ทั้ง 2 วิธีทำให้ ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ทางสังคมและการทำหน้าที่ต่างๆ ไปดีขึ้นอย่างชัดเจน (Muijen et al., 1992)

1.6 คุณภาพชีวิต จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลที่บ้านมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Dogan et al., 2004)

1.7 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและการยอมรับจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญอื่นๆ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลที่บ้านมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีกว่าก่อนได้รับการดูแลที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญและได้รับการยอมรับจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญอื่นๆ มากกว่าก่อนได้รับการดูแลที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Dogan et al., 2004)

1.8 การป่วยซ้ำ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 3 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องการป่วยซ้ำ โดยพบว่า ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำ (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำร้อยละ 8.32 (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547) และผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียวมีการเข้ารับการรักษารักษาซ้ำ (re-admit) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญ (Tsai et al., 2005)

1.9 การป้องกันการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล (admit) และการลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสามารถป้องกันการ admit ได้ 23 % และสามารถลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลได้ 80 % กล่าวคือผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน admit เฉลี่ย 6 วัน ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล admit เฉลี่ย 53 วัน (Muijen et al., 1992)

1.10 การได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลที่บ้านได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากองค์กรท้องถิ่น (มารศรี ปาณิวัตร, 2548)

ความพึงพอใจและประเมินผลในการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 6 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความพึงพอใจและประเมินผลในการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยมี 1 เรื่อง (Muijen et al., 1992) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญ แต่พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ มี 2 เรื่อง (Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มี 1 เรื่อง (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีความพึงพอใจต่อการติดตามดูแลที่บ้านระดับมาก (92.24 %) มี 1 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ส่วนอีก 1 เรื่อง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543) ก็พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกพึงพอใจต่อการมาดูแลผู้ป่วยที่บ้านของทีมสุขภาพ

2. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับญาติหรือผู้ดูแล

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 3 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล โดยพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้นหลังการติดตามดูแลที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและ คณะ, 2547) ญาติผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตและการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543) ญาติของผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านผ่านเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 18 คน ส่วนอีก 2 คนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ได้รับการทบทวนความรู้แล้วประเมินซ้ำในสัปดาห์ที่ 3 พบว่าผ่านเกณฑ์ (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548)

2.2 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามีพบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมากขึ้นหลังการดูแลที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547) ญาติผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในระดับสูง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543)

2.3 ทักษะของญาติผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา พบว่า ญาติผู้ป่วยมีทัศนคติในทางบวกต่อผู้ป่วยจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 80.8 (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543)

2.4 ความพึงพอใจและประเมินผลในการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ดูแล จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 4 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความพึงพอใจและประเมินผลในการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ดูแล โดยมี 2 เรื่อง (พริทพิย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; มารศรี ปาณิวัตร, 2548) พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการดูแลที่บ้านระดับดีถึงดีมาก อีก 1 เรื่อง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543) พบว่า ญาติผู้ป่วยรู้สึกว่าการมาดูแลผู้ป่วยที่บ้านของ ทีมสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความเหมาะสมมาก และในอีก 1 เรื่อง (Muijen et al., 1992) พบว่า ญาติผู้ป่วยรายใหม่ ที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีความพึงพอใจมากกว่าญาติผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของ โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในชุมชน

3.1 ความรู้ของผู้นำชุมชนเกี่ยวกับโรคจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) พบว่า ผู้นำชุมชนทุกคนมีความรู้ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนอีก 1 เรื่อง (พริทพิย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547) พบว่า ในปีงบประมาณ 2540 – 2546 มีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยประชาชนมีส่วนร่วมจำนวน 94 ชุมชน จำนวนอาสาสมัครจิตเวช 2, 820 คนได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านคิดเป็น 100 % โดยประชาชนจำนวน 2, 820 คนคิดเป็น 100 % ได้จัดโครงการสำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

4. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับบุคลากร

4.1 การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของทีมสุขภาพในชุมชน จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา พบว่า ในปีงบประมาณ 2540 – 2546 ผู้ให้บริการสุขภาพในเครือข่ายส่วนมาก (96.53 %) มีคะแนนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอยู่ในระดับสูง (พริทพิย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547)

4.2 การประเมินผลโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติที่ดีและเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543)

5. ผลลัพธ์ในด้านค่าใช้จ่าย

5.1 การวิเคราะห์ค่าใช้จ่าย ความคุ้มค่า และนำความคุ้มค่ามาวิเคราะห์ความไว (Sensitive Analysis) จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา พบว่า การดูแลที่บ้านมีราคาถูกกว่าการดูแลตามปกติและการที่มาตรฐานนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียว และมีอัตราความคุ้มค่ามากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกัน รวมทั้งเมื่อนำอัตราความคุ้มค่ามาวิเคราะห์ความไวก็พบว่า การดูแลที่บ้านมีอัตราความคุ้มค่ามากกว่าการดูแลตามปกติและการที่มาตรฐานนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียวเช่นเดียวกัน (Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005)

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการพยาบาล

ผลลัพธ์: ผลการสังเคราะห์ผลการศึกษาคาดการณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทำให้เกิดผลลัพธ์ในทางที่ดีขึ้น ทั้งในแง่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับญาติหรือผู้ดูแล ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในชุมชน ผลลัพธ์ทางด้านบุคลากรสาธารณสุข และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสังคมและประเทศชาติ เช่น ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น มีการป่วยซ้ำน้อยลง มีอาการทางจิตลดลง ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและลดระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาลได้ สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการทำหน้าที่ด้านสังคมรวมไปถึงการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้นและผู้ป่วยได้รับการยอมรับมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนและได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น ช่วยให้ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น มีทักษะและสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยมากขึ้น ช่วยให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยและเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขได้รับการอบรมและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าและมีความคุ้มค่ามากกว่าการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ส่งผลให้ภาครัฐเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านก็เป็นทางเลือกหนึ่งของพยาบาลจิตเวชซึ่งปฏิบัติงานในชุมชนที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรง แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลจำเป็นต้องมีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่ควรได้รับการดูแลที่บ้าน: ผลการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 19 -64 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเก่าที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยที่มีอาการสงบสามารถให้ความร่วมมือได้ ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร เป็นผู้ป่วยประเภททุเลาปานกลาง หรือไม่เป็นผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (Acute Episode) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีโอกาสป่วยซ้ำสูง

กิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน: ผลการสังเคราะห์งานวิจัยพบ่า กิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่สำคัญ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพเชิงการบำบัด การประเมินการค้นหาปัญหา การทำครอบครัวบำบัด การฝึกทักษะทางสังคม การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในชุมชนเกี่ยวกับโรคจิตเภท ยาและอาการข้างเคียง การจัดการความเครียดและความ

ขัดแย้งที่เกิดขึ้นในครอบครัว การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช ส่งเสริมและกระตุ้น การฝึกทักษะให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเผชิญกับโรค การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลเหล่านี้พยาบาลจิตเวชที่อยู่ในชุมชนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วยและความพร้อมของ หน่วยงานและบุคลากรที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเหล่านี้โดยตรง ส่วนระยะเวลา จำนวนครั้งและ ความถี่ในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า ระยะเวลาที่ เหมาะสมในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านแต่ละครั้ง รวมทั้งจำนวนครั้งและความถี่ใน การดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่สามารถระบุแบบเฉพาะเจาะจงได้ เนื่องจากต้องขึ้นอยู่กับอาการและปัญหา ของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นหลัก นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับนโยบายและระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนของ แต่ละหน่วยงานนั้นๆ ด้วย

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทั้งในประเทศไทยและ ในต่างประเทศอยู่เป็นจำนวนที่ค่อนข้างน้อย ดังนั้นควรทำการศึกษาให้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การศึกษาในเชิงระบบเพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

2.2 ญาติหรือผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญที่จะดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ ที่บ้าน ดังนั้นควรมีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมให้มากขึ้น อันจะทำให้ได้องค์ความรู้หรือแนวทาง ปฏิบัติเกี่ยวกับเทคนิคหรือวิธีการที่จะทำให้ญาติหรือผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมี ประสิทธิภาพมากขึ้น

2.3 ปัจจุบันผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชน ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัย และพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับการให้สมาชิกในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่บ้านให้มากยิ่งขึ้น

2.4 โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ย่างยากซับซ้อน ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการกำเริบได้ และมักแสดงออกโดยการมีพฤติกรรมก้าวร้าว เอะอะอาละวาด มีการทำลายข้าวของ ทำร้ายร่างกาย ตนเองหรือผู้อื่น ทำให้ครอบครัวและชุมชนมีทัศนคติด้านลบต่อผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัย ในด้านการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของครอบครัวและชุมชนต่อผู้ป่วยให้ครอบคลุมวัฒนธรรมแต่ละ ภาคในสังคมไทย

2.5 จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ประเทศไทยมีการศึกษาเรื่องค่า รักษาพยาบาลและความคุ้มค่าของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลรักษาใน โรงพยาบาลนั้นมีอยู่ค่อนข้างน้อย ดังนั้น ควรมีการศึกษาให้มากขึ้นอันจะเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ ในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ทั้งระดับนโยบายและระดับผู้ปฏิบัติงาน

A LITERATURE ANALYSIS OF HOME CARE FOR SCHIZOPHRENIA PATIENTS

WARUNEE MAKUMNERD 4836263 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D. (NURSING), SOPIN SANGON, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Schizophrenia is a syndrome which is characterized by abnormality in cognition, perception, emotion, communication, behavior, and movement including paranoia, delusion, and ignorance of daily living activities. Some patients with aggressive symptoms may become violent and destructive, hence affecting well-being of family and society (Somphob Ruangtrakul, B.E. 2548; Sumontha Boonchai, B.E. 2545). Schizophrenia is the most commonly found psychiatric illness, accounting for 51.53% of all psychiatric patients in the fiscal year B.E. 2550 (Information Center, B.E. 2551). The rate of relapses of schizophrenia patients is as high as 70%, and only 25% of the patients experience favorable treatment outcomes, 50% have relapses from time to time, 15% do not respond to the treatment and the condition becomes chronic, and the remaining 10% have considerable deterioration and defects in their functioning (Petcharee Kanthasaibua, B.E. 2548; Wing, 1992 cited in Gillian, 2006). The disease takes time to treat, and the cost of treatment can be very high, hence considerable socioeconomic losses (Nantika Tawichachart, B.E. 2548; Pichet Udomrat, B.E. 2547). After the schizophrenia patients have been discharged from the hospital and returned to their home, they may still have some psychiatric symptoms. Some have aggressive and destructive behaviors, harming both themselves and others, while others may have problems with substance abuse. Thus, they may not be accepted by their families or relatives, some of whom may lock the patients up in a room or tie them to a pole, and

family conflicts follow. In addition, some schizophrenia patients may not have appropriate or correct self-care, including lack of medication adherence, lack of compliance to the treatment plan, disregard for the doctor's appointments, inappropriate problem solving and decision making, and having relationship problems at home and in the workplace. Some schizophrenia patients may suffer from relapses and have to be re-hospitalized within a short period of time after hospital discharge (Sumontha Boonchai, B.E. 2545; Wasana Pandok, B.E. 2545; Marasri Paneewat, B.E. 2548; McIntosh & Worley, 1994 cited in Finkelman, 1997; Lelliott, Wing, & Clifford, 1994 cited in Kampman, Illi, Poutanen, & Leinonen, 2003).

Therefore, schizophrenia patients need assistance which enables them to perform self-care and live with their family and society appropriately, including carrying out daily living activities, controlling the disease, and conducting social activities. Families, caregivers, and community members should also be encouraged to develop positive attitudes toward schizophrenia patients and provide care to them effectively and appropriately to prevent relapses, hence a reduction in the national healthcare budgets. One way of doing so is to offer home care to schizophrenia patients. Previous studies have shown that home care for schizophrenia patients enables them to take care of themselves and live with their family and society, as well as prevents relapses. For instance, a study conducted by Suan Sranrom Hospital (B.E. 2543) in Surat Thani Province to assess the effectiveness of a program to promote home care of psychiatric patients at home has revealed that as high as 73.10% of psychiatric patients were able to take care of themselves. A similar finding has been reported by Sumontha Boonchai (B.E. 2545) who found that 89.80% of the patients entering a home care program of Suan Sranrom Hospital were able to perform overall self-care. In Taiwan, Tsai et al., (2005) compared the effectiveness and cost-benefit ratio of home care and outpatient care of psychiatric patients and discovered that home care of psychiatric patients enabled them to have better social functioning and disease control. Also, they had less psychiatric symptoms and spent less expenses for cost of care with statistical significance when compared to those who received normal outpatient care. As a result, the researcher, who is a psychiatric nurse working in family and community nursing care who is directly responsible for providing home care to psychiatric patients, is interested in compiling, analyzing, and synthesizing

research literature related to home care for schizophrenia patients. It is anticipated that the findings of the study can be utilized to make home care for schizophrenia patients more effective to ensure their and their families' quality of life.

Research Objective

To analyze and synthesize research literature related to home care for schizophrenia patients

Expected Outcomes and Benefits

The findings of the study could be used to develop a clinical nursing practice guideline to effectively provide home care for schizophrenia patients.

Definition of Terms

Schizophrenia patients refer to patients who have been diagnosed by a psychiatrist with schizophrenia based on the diagnosis criteria ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th version) or DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edition). These patients have abnormality in cognition and perception, and they have inappropriate emotional and behavioral expressions including delusion, hallucination, bluntness, and disorganized speech. Also, they do not pay attention to daily living activities, tend to isolate themselves from others, and do not like to talk much. They may be characterized by lethargy, paranoia, aggression, violence, and being harmful to themselves or others as well.

Care for schizophrenia patients at home refer to healthcare services which combine treatment, health promotion, disease prevention, and rehabilitation for schizophrenia patients and their family at their residence. The aim is to improve the patients' mental health or maintain their good health, or to prevent or minimize the disability they have so as to ensure continuity of care, to promote schizophrenia patients' self-care efficacy, and to equip caregivers with knowledge and skills to provide care to patients correctly and appropriately.

Nursing outcomes refer to the results of care provided to schizophrenia patients at home in five aspects including 1) outcomes on patients including knowledge about

schizophrenia, self-care efficacy, quality of life, mental symptoms, and relapses; 2) outcomes on caregivers including knowledge, understanding, and ability to provide care to schizophrenia patients at home and attitudes toward patients; 3) outcomes on community including knowledge and understanding about schizophrenia and participation in care for schizophrenia patients; 4) outcomes on healthcare personnel including knowledge, understanding, and ability to perform care to schizophrenia patients at home; and 5) outcomes on society and the country including reduced public budgets on care for schizophrenia patients and cost-benefit ratio in provision of care to schizophrenia patients at home.

Research Methodology

The present study aimed at compiling, analyzing, and synthesizing research literature related to home care for schizophrenia patients. The research procedure was carried out as follows:

Search of research evidence and academic references

1. Data sources used in analyzing and synthesizing research literature related to home care for schizophrenia patients included both manual search and electronic search as follows:

1.1 Manual search involved theses, dissertations, textbooks, manuals, and academic journals from various university libraries or databases of related agencies or institutes.

1.2 Electronic search had been conducted (during October 6, 2006 to February 2, 2008) using the following databases: CINAHL, PUBMED, MULINET, OVID, Sciencedirect, lib.cmu, Department of Mental Health, Nursing Council, and Thai Dissertations, all of which are databases related to health and nursing information, through the website of the library of Mahidol University, <http://www.li.mahidol.ac.th>.

2. The keywords used in the search included psychiatric home care, psychiatric home care AND schizophrenia, home health care AND schizophrenia, home care AND schizophrenia, home health care AND psychiatric patient, home health care AND mental illness, home health care AND psychosis, home visit AND psychosis, home care service

3. The inclusion criteria were as follows:

3.1 As regards type of research evidence, qualitative research, descriptive research, randomized controlled trials (RCT), quasi-experimental research, and meta-analysis of research were used in the search.

3.2 The treatment had to be related to home care for schizophrenia patients.

3.3 With regard to the sample of the research, the sample consisted of all schizophrenia patients, or at least 50% of the study sample had to be schizophrenia patients.

3.4 The full text of the research was available.

Initially, the keywords resulted in a total of 1,918 studies. However, after the selection criteria were implemented, and the same studies that appeared in several databases were counted as one study, the final number of research studies that were used in this study was ten.

Methods in Reviewing, Analyzing, and Synthesizing Research Literature

1. Evaluation of research quality

1.1 The criteria proposed by the Royal College of Thai Physicians (B.E. 2544) were used to divide research evidence into the following four levels:

Level A refers to evidence which is a meta-analysis of randomized controlled trials or a randomized controlled trial.

Level B refers to evidence which is a meta-analysis of at least one randomized controlled trial or carefully designed quasi-experimental research, non-randomized controlled trial, cohort study, and case-control study.

Level C refers to evidence derived from correlational research, causal-comparative research, or descriptive research.

Level D refers to evidence from expert consensus, textbooks, or non-research documents.

2. The data extracted from the selected research covered the following topics:

2.1 Problems or objective of the study

2.2 Research design

2.3 Sample

2.4 Setting

2.5 Instruments and data collection

2.6 Outcomes on patients' health

2.7 Method/intervention

2.8 Findings/results

2.9 Implications/implementations

Findings

According to an analysis of research literature related to home care for schizophrenia patients, the findings could be divided into seven categories as follows:

1. Quality and sufficiency of research evidence
2. Characteristics of patients receiving home care
3. Characteristics of healthcare staff providing home care to schizophrenia patients
4. Instruments and documents used to provide home care to schizophrenia patients
5. Activities carried out to provide home care to schizophrenia patients
6. Duration, frequency, and number of times of home care provided to schizophrenia patients
7. Outcomes of home care provided to schizophrenia patients

Quality and sufficiency of research evidence

Of the selected ten studies, six studies were conducted in Thailand and were published between 2000 and 2005, while four were carried out abroad and were published between 1992 and 2005. There was one randomized control trial categorized under Level A (Muijen et al., 1992), six quasi-experimental studies categorized under Level B (Marasri Paneewat, B.E. 2548; Sirinate Sukdee, B.E. 2548; Sumitra Ritthisunthorn, B.E. 2548; Dogan et al., 2004; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005), one was a secondary analysis categorized under Level B (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547), and two descriptive studies categorized under Level C (Suansranrom Hospital, B.E. 2543; Sumontha Boonchai, B.E. 2545). In the last two studies, the researchers did not provide care to schizophrenia patients at home by themselves, but they followed up on the evaluation of care provided at home to schizophrenia patients under the home care project of Suansranrom Hospital.

Characteristics of patients receiving home care

An analysis of the ten selected studies has shown that the patients who received home care were all schizophrenia patients in seven studies (Marasri Paneewat, B.E. 2548; Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543; Sirinate Sukdee, B.E. 2548; Sumontha Boobchai, B.E. 2545; Sumitra Rittisoonthorn, B.E. 2548; Dogan et al., 2004; Lin et al., 2001). In the other three studies, the sample consisted of both schizophrenia patients and patients with other psychiatric disorders (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547; Muijen et al., 1992; Tsai et al., 2005). The patients who received home care could be characterized as follows:

1. The samples used to be treated at a psychiatric hospital. There were eight studies in which the sample was psychiatric patients who had history of hospitalization at a psychiatric hospital (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547; Marasri Paneewat, B.E. 2548; Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543; Sirinate Sukdee, B.E. 2548; Sumontha Boobchai, B.E. 2545; Sumitra Rittisoonthorn, B.E. 2548; Dogan et al., 2004; Tsai et al., 2005), one study in which the sample consisted of schizophrenia patients who were first admitted and then re-admitted into the hospital (Muijen et al., 1992). There was one study which did not specify the characteristics of the study sample (Lin et al., 2001).

2. As for duration of illness, the duration of illness of patients who received home care ranged from less than three months to 25 years. However, in seven studies, most of the subjects had been stricken with schizophrenia for more than five years (Marasri Paneewat, B.E. 2548; Sirinate Sukdee, B.E. 2548; Sumontha Boobchai, B.E. 2545; Sumitra Rittisoonthorn, B.E. 2548; Dogan et al., 2004; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005).

3. As regards age of schizophrenia patients who received care at home, in this study, the subjects ranged in age from 19 to 64 years old. The following inclusion and exclusion criteria based on age were used as follows:

- Inclusion criterion: One study recruited the subjects who were 20 years old and older (Sumitra Rittisoonthorn, B.E. 2548), one study selected only those who were not older than 60 years old (Sirinate Sukdee, B.E. 2548), and one study specified the age of the subjects between 18 and 64 years (Muijen et al., 1992).

- Exclusion criterion: One study excluded psychiatric patients who were younger than 18 years old or older than 65 years old (Tsai et al., 2005).
- Two studies included schizophrenia patients of all ages (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547; Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543).
- Four studies did not specify the age of psychiatric patients (Marasri Paneewat, B.E. 2548; Sumontha Boobchai, B.E. 2545; Dogan et al., 2004; Lin et al., 2001).

4. Regarding psychiatric symptoms, there were five studies which specified that the inclusion and exclusion of the study sample were conducted based on psychiatric signs and symptoms as follows:

- One study involved schizophrenia patients who did not have relapses, were cooperative, and did not have communication problems (Sumitra Rittisoonthorn, B.E. 2548), one study included schizophrenia patients with moderate recovery (mean scores of psychiatric patients assessment scale of the Department of Mental Health ranging from 2.5 to 3.4 points) (Sirinate Sukdee, B.E. 2548), and one study specified that the subjects did not have acute episode (Dogan et al., 2004).
- One study used schizophrenia patients with complex problems (Marasri Paneewat, B.E. 2548).
- There was one study in which the inclusion criteria of the subjects to receive a care program at home were the criteria used to admit the patients into the hospital; that is, they had severe schizophrenia with aggressive and suicidal behaviors, and psychiatrists deemed hospitalization necessary (Muijen et al., 1992).

Characteristics of healthcare staff providing home care to schizophrenia patients

An analysis of all ten studies revealed that there are differences when it comes to healthcare staff members who provide home care to schizophrenia patients in Thailand and abroad, which can be further explained below.

1. Healthcare staff members who provide home care to schizophrenia patients in Thailand

1.1 There were three studies in which the healthcare teams included one professional nurse, one technical nurse, one patient aid, and an unspecified number of public health officials or staff members responsible for mental healthcare who had

been trained or taught about provision of home care to schizophrenia patients (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547; Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543; Sumontha Boobchai, B.E. 2545).

1.2 There was one study which included a professional nurse who was furthering her studies for a master's degree in mental health and psychiatric nursing, an unspecified number of public health officials or staff members responsible for mental healthcare who had been trained or taught about provision of home care to schizophrenia patients, and an unspecified number of community leaders who had been equipped with knowledge on schizophrenia and provision of home care to schizophrenia patients (Sumitra Rittisoonthorn, B.E. 2548).

1.3 Two studies involved a professional nurse who was furthering her studies for a master's degree in mental health and psychiatric nursing (Marasri Paneewat, B.E. 2548; Sirinate Sukdee, B.E. 2548).

2. Healthcare staff members who provide home care to schizophrenia patients abroad

2.1 One study consisted of one psychiatrist and one psychiatric nurse (Dogan et al., 2004).

2.2 One study involved a healthcare team that was composed of seven psychiatric nurses (one senior nurse, three head nurses, and three staff nurses), one senior registrar in psychiatry, one social worker, one full-time secretary, and one professional therapist replacing a psychiatric nurse who had completed one year of work (Muijen et al., 1992).

2.3 A home care for schizophrenia patients was provided by an unspecified number of psychiatric nurses in one study (Lin et al., 2001).

2.4 One study involved an unspecified number of psychiatric nurses with at least five years of experience providing care to patients and at least two years of experience providing home care to schizophrenia patients (Tsai et al., 2005).

Instruments and documents used to provide home care to schizophrenia patients

An analysis of all ten studies indicated that the instruments and documents differences used to provide home care to schizophrenia patients varied as follows:

1. Two studies were conducted using a researcher-developed program on home care for schizophrenia patients (Sirinate Sukdee, B.E. 2548; Sumitra Rittisoonthorn, B.E. 2548).

2. There were three studies which implemented a home care model for schizophrenia patients developed by the nursing group of Suan Sranrom Hospital (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547; Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543; Sumontha Boobchai, B.E. 2545).

3. One study implemented a self-care manual on home care for schizophrenia patients (Sirinate Sukdee, B.E. 2548).

4. One study utilized a manual for families and community leaders on home care for schizophrenia patients (Sumitra Rittisoonthorn, B.E. 2548).

5. One study experimented with a manual for public health personnel on activities implementing participation of community members on provision of home care to psychiatric patients (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547).

6. One study involved the use of a home care for schizophrenia patient record form (Marasri Paneewat, B.E. 2548).

7. In some studies, an assessment scale and a test were used, which can be divided as follows:

7.1 Assessment scales and tests for patients

- A knowledge about psychiatric disorders scale was used in three studies (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547; Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543; Sumontha Boobchai, B.E. 2545).

- A self-care efficacy and behavior of self-care at home of schizophrenia patient questionnaire was used in seven studies (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547; Marasri Paneewat, B.E. 2548; Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543; Sumontha Boobchai, B.E. 2545; Sumitra Rittisoonthorn, B.E. 2548; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005; Dogan et al., 2004).

- A psychiatric sign and symptom assessment scale was used in five studies (Marasri Paneewat, B.E. 2548; Muijen et al., 1992; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005; Dogan et al., 2004).

- A psychiatric patients' efficacy scale was used in one study (Marasri Paneewat, B.E. 2548).

- A daily living activities and social functioning of schizophrenic patient questionnaire was employed in six studies (Marasri Paneewat, B.E. 2548; Sirinate Sukdee, B.E. 2548; Dogan et al., 2004; Muijen et al., 1992; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005).

- A quality of life scale of the World Health Organization was utilized in one study (Dogan et al., 2004).

- A family relationship and acceptance from families, friends, and other significant others assessment scale was used in one study (Dogan et al., 2004).

- A questionnaire on satisfaction with and evaluation of home care for schizophrenia patients was employed in six studies (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547; Marasri Paneewat, B.E. 2548; Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543; Muijen et al., 1992; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005).

7.2 Assessment scales and tests for families or caregivers

- A questionnaire on knowledge about psychiatric disorders and care for psychiatric patients was used in three studies (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547; Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543; Sumitra Rittisoonthorn, B.E. 2548).

- A questionnaire on caregivers' efficacy to perform home care for schizophrenia patients was utilized in two studies (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547; Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543).

- A caregivers' attitudes scale was used in one study (Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543).

- A questionnaire on satisfaction with and evaluation of home care for schizophrenia patients was employed in four studies (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547; Marasri Paneewat, B.E. 2548; Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543; Muijen et al., 1992).

7.3 Assessment scales and tests for community leaders

- One study used the questionnaire on knowledge about psychiatric disorders and care for psychiatric patients (Sumitra Rittisoonthorn, B.E. 2548).

7.4 Assessment scales and tests for personnel

- A questionnaire on home care practice for schizophrenia patients of community healthcare team members was utilized in one study (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547).

- An in-depth interview protocol on evaluation of the effectiveness of the program on home care for schizophrenia patients was employed in one study (Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543).

Activities carried out to provide home care to schizophrenia patients

In providing home care to schizophrenia patients, the relationship between schizophrenia patients and their families and psychiatric nurses is deemed crucial so as to establish trust and cooperation among patients and families, which enhances the efficiency and effectiveness of home care provided to schizophrenia patients.

An analysis of the selected studies has indicated that various activities utilized in providing home care to schizophrenia patients can be summarized as follows:

1. All ten studies involved dissemination of knowledge on schizophrenia, psychiatric medications and side effects, environmental management to promote mental health in the family, management of stress and conflicts in the family, self-care of schizophrenia patients, and dissemination of knowledge to caregivers and community leaders providing home care to schizophrenia patients (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547; Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543; Sumontha Boobchai, B.E. 2545; Sirinate Sukdee, B.E. 2548; Sumitra Rittisoonthorn, B.E. 2548; Marasri Paneewat, B.E. 2548; Dogan et al., 2004; Muijen et al., 1992; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005).

2. Nine studies covered provision of counseling and advice to patients and families as well as solution to problems and assessment (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547; Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543; Sumontha Boobchai, B.E. 2545; Sirinate Sukdee, B.E. 2548; Sumitra Rittisoonthorn, B.E. 2548; Marasri Paneewat, B.E. 2548; Dogan et al., 2004; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005).

3. Six studies dealt with prevention of psychiatric crises and emergencies (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547; Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543; Sumontha Boobchai, B.E. 2545; Sirinate Sukdee, B.E. 2548; Dogan et al., 2004; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005).

4. Four studies involved stimulating and practicing skills of schizophrenia patients in self-care of daily living activities and coping with the disease (Marasri Paneewat, B.E. 2548; Muijen et al., 1992; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005).

5. Three studies covered coordination with related agencies and organizations and referrals of patients to appropriate resources such as occupational training centers or specialized hospitals (Marasri Paneewat, B.E. 2548; Muijen et al., 1992; Lin et al., 2001).

6. One study was concerned with family therapy (Muijen et al., 1992).

7. Three studies were concerned with provision of information regarding available sources of social support for patients and families including provision of psychosocial services in hospital such as relaxation clinic and counseling (Marasri Paneewat, B.E. 2548; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005).

8. Two studies were about management to enable patients to work to earn an income as well as training on job interviews (Marasri Paneewat, B.E. 2548; Muijen et al., 1992).

9. One study involved social skill practice (Dogan et al., 2004).

10. Four studies were concerned with provision of knowledge and advice as well as promotion of community participation in caring for schizophrenic patients (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547; Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543; Sumontha Boobchai, B.E. 2545; Marasri Paneewat, B.E. 2548).

11. Four studies covered management to ensure patients' medication adherence, team working, provision of counseling to members of the treatment team, follow-ups and stimulation with telephone calls, and modeling for patients, families, and community (Sumitra Rittisoonthorn, B.E. 2548; Marasri Paneewat, B.E. 2548; Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005).

Duration, frequency, and number of times of home care provided to schizophrenia patients

In the ten selected studies, the home care for schizophrenia patients varied in terms of duration, frequency, and number of times the nursing care activities were organized as follows:

1. In three studies (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547; Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543; Sumontha Boobchai, B.E. 2545), the duration and steps in the nursing care activities of new and old patients were different as explained below.

- New patients: Pre-test was administered during the first home visit, and then activities one to five were carried out as suitable for individual patients. Home care was provided to patients once a month, each lasting one hour, for eight times. The data from home visits were summarized to assess each home visit and to plan for the next nursing care activities. In case of emergency, home care could be provided to patients before the appointed date and time. Post-test was administered during the last visit.

- Old patients: Pre-test was administered during the first home visit, and then home care was provided to patients once a month, each lasting one hour. In case of emergency, home care could be provided to patients before the appointed date and time. Post-test was administered during the last visit of each fiscal year, with home visits conducted at least twice a year.

2. One study (Sirinate Sukdee, B.E. 2548) which involved home visits to schizophrenia patients once a week for three weeks, with each visit lasting one hour and 30 minutes. The pre-test was administered during the first visit, nursing care activities were conducted, and the post-test was administered during the last visit.

3. In one study (Sumittra Rittisoonthorn, B.E. 2548), public health officials and community leaders were initially prepared. Then, home visits were carried out for four weeks, with the pre-test administered during the first week, totaling one hour and 15 minutes. The visits paid during the second and third weeks lasted one hour. On the third day after the visits during the first and second weeks, telephone calls were made to stimulate patients and give further advice, lasting 30 minutes. The post-test was administered during the fourth visit.

4. There was one study (Marasri Paneewat, B.E. 2548) which did not specify the number and duration of visits, depending on problems of individual patients. It was found that there were five to eight home visits, with the pre-test administered during the first visit. After that, nursing care activities were carried out, and the post-test was administered during the last visit. The continuity of patients' treatment at the hospital was monitored every month for a period of six months.

5. In one study (Muijen et al., 1992), each nursing care activity lasted approximately 40 minutes, totaling 26 hours in the first month (67% spent in the community, 27% visiting patients at the hospital ward, 6% spent on telephone calls). In the second month, the nursing care activities totaled 17 hours (90% spent in the community, 5% visiting patients at the hospital ward, 5% spent on telephone calls). In the third to sixth months, 12 hours were spent on following up on patients who came to the hospital for their appointment. A questionnaire was administered to collect data by a psychologist (pre-test) within the first 72 hours after participation in the study, and it was administered one more time (post-test) when the patients came to the follow-up at the hospital (third to sixth months).

6. One study (Lin et al., 2001) did not offer details of the nursing care activities.

7. One study (Tsai et al., 2005) involved at least one hour of each home visit, and the psychiatric patients received home visits 7.5 times on average.

8. In one study (Dogan et al., 2004), a 60-to-90-minute home visit was paid every two weeks, totaling six times, for a period of three months. The patients and families were required to fill out the assessment form during the first and last visits.

Outcomes of home care provided to schizophrenia patients

According to the study findings, home care for schizophrenia patients had led to the following outcomes:

1. Outcomes on patients

1.1 Knowledge about schizophrenia of patients: The findings showed that there were three studies which investigated the effects on knowledge about psychiatric disorder of patients and reported that patients had more knowledge about mental disorders after home care was provided to them with statistical significance (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547). Also, patients had a high level of knowledge about mental disorders (Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543), and schizophrenia patients had the scores of knowledge about schizophrenia higher than the cut-off point (Sirinate Sukdee, B.E. 2548).

1.2 There were seven studies which examined self-care efficacy and behaviors of schizophrenia patients, including behavior to control the disease. The findings of these studies suggested that schizophrenia patients had increased self-care

efficacy after provision of home care with statistical significance (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547; Sumitra Rittisoonthorn, B.E. 2548). In other studies, patients had a high level of self-care efficacy as well (Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543; Sumontha Boobchai, B.E. 2545), and schizophrenia patients who received home care had higher scores of disease control behavior than those who received only routine nursing care and those who only came to the follow-up at the outpatient department with statistical significance (Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005). Finally, schizophrenia patients who received home care had more medication and hospital treatment compliance (Marasri Paneewat, B.E. 2548).

1.3 With regard to psychiatric symptoms, there were five studies which explored psychiatric symptoms of the study samples. It was found that the patients did not have relapses (Marasri Paneewat, B.E. 2548), and schizophrenia patients who received home care had fewer psychiatric symptoms than those who received only routine nursing care and those who only came to the follow-up at the outpatient department with statistical significance (Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005). Furthermore, schizophrenia patients who received home care had fewer psychiatric symptoms than before receiving home care with statistical significance (Dogan et al., 2004). In another study, although schizophrenia patients who received home care had fewer psychiatric symptoms than those who receive standard care from the hospital with no statistical significance, it was still found that both methods clearly reduced patients' psychiatric symptoms (Muijen et al., 1992).

1.4 In terms of capability of psychiatric patients, the findings indicated that the scores of capability of the patients obtained after the implementation of home care were higher than those obtained before provision of home care (Marasri Paneewat, B.E. 2548).

1.5 There were six studies which investigated daily living activities and functioning, including social functioning, of schizophrenia patients. It was found that the scores of daily living activities and social functioning of schizophrenia patients who received home care obtained after the program implementation were higher than those obtained before they received the program with statistical significance (Sirinate Sukdee, B.E. 2548). Patients were able to carry out daily living activities by themselves, and their scores of mental symptoms, social functioning, and work (GAF)

were higher than those obtained before provision of home care. Also, they participated in activities in the community more often, and they were able to help their family earn an income (Marasri Paneewat, B.E. 2548). In addition, the scores of social functioning behavior of schizophrenia patients who received home care were higher than those of patients who received only routine nursing care and those of patients of only came to the follow-up at the outpatient department with statistical significance (Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005). Besides, the functioning scores of schizophrenia patients who received home care were higher than before receiving home care with statistical significance, and two patients were able to resume work (Dogan et al., 2004). Finally, schizophrenia patients who received home care had better functioning scores and social functioning scores than those who received standard nursing care from the hospital with no statistical significance. However, such findings still indicated that both methods enabled patients to clearly develop social functioning and general functioning (Muijen et al., 1992).

1.6 When considering quality of life, the finding revealed that schizophrenia patients who received home care had higher quality of life than before receiving home care with statistical significance (Dogan et al., 2004).

1.7 With regard to family relationship and acceptance from family, friends, and other significant others, the findings showed that schizophrenia patients who received home care had better family relationship and received more acceptance from family, friends, and significant others than before receiving home care with statistical significance (Dogan et al., 2004).

1.8 There were three studies which explored relapses and their effects. In one study, the patients did not return for treatment (Marasri Paneewat, B.E. 2548), while in another study, 8.32% needed to be treated again (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547). Also, schizophrenia patients who adhered only to the treatment at the outpatient department had a higher rate of readmission than those who received only home care with statistical significance (Tsai et al., 2005).

1.9 One study (Muijen et al., 1992) explored prevention of hospital readmissions and reduction in length of hospital stay. A home care program could prevent readmission by 23% and could reduce length of hospital stay by 80%. That is, the average number of days being admitted into the hospital of schizophrenia patients

who received home care was six, while that of patients who received standard care of the hospital was 53.

1.10 Schizophrenia patients who received home care had social support from local organizations (Marasri Paneewat, B.E. 2548).

1.11 There were six studies which examined satisfaction with and evaluation of home care for schizophrenia patients. It was found that schizophrenia patients who received home care had more satisfaction than those who received standard care of the hospital with no statistical significance. However, both groups were satisfied with the services they received (Muijen et al., 1992). Moreover, schizophrenia patients who received home care had satisfaction scores higher than those of patients who received normal care and who only came to the appointment at the outpatient department with statistical significance (Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005). Also, during the fiscal year B.E. 2540 – B.E. 2546, psychiatric patients and caregivers were more satisfied with home care in a high level (92.24%) (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547). Patients and primary caregivers had a good to very good level of satisfaction with home care (Marasri Paneewat, B.E. 2548), and most patients were satisfied with home visits of the healthcare team (Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543).

2. Outcomes on families or caregivers

2.1 There were three studies which explored effects on caregivers' knowledge about care for psychiatric patients. The findings revealed that caregivers had a higher level of knowledge after home care with statistical significance (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547), families had a high level of knowledge about mental disorders and care (Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543), and 18 out of 20 families of schizophrenia patients had knowledge of care for schizophrenia patients higher than the cut-off point, while the remaining two had to undergo a review session and a re-assessment in the third week before passing the test (Sumittra Rittisoonthorn, B.E. 2548).

2.2 As for caregivers' ability to give home care, caregivers were better able to offer home care to patients with statistical significance (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547), and caregivers had the ability to care for patients at a high level (Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543).

2.3 The findings also showed that 80.8% of caregivers had positive attitudes toward psychiatric patients (Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543).

2.4 There were four studies which examined satisfaction with and evaluation of home care for schizophrenia patients. It was found that schizophrenia patients and caregivers' satisfaction with home care was at a good to very good level (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547; Marasri Paneewat, B.E. 2548), families perceived that home care was very beneficial (Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543), and families of new patients who received home care were more satisfied with care than families of new patients who received standard care from the hospital with statistical significance (Muijen et al., 1992).

3. Outcomes on community leaders

3.1 With regard to community leaders' knowledge about psychiatric disorders and care for psychiatric patients, the findings indicated that all community leaders had knowledge about home care for schizophrenia patients higher than the cut-off point (Sumittra Rittisoonthorn, B.E. 2548). In another study, the findings showed that in the fiscal years B.E. 2540 – B.E. 2546, there was home care with participation from community members in a total of 94 communities, with 2,820 psychiatric volunteers. All, or 100%, received knowledge about home care for schizophrenia patients, and all, or 100%, carried out a program to provide home care to psychiatric patients (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547).

4. Outcomes on healthcare personnel

4.1 As regards practice of home care of the healthcare teams in the community, in the fiscal years B.E. 2540 – B.E. 2546, most of the healthcare service providers in the network, or 96.53%, had high scores of home care for psychiatric patients (Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547).

4.2 Implementers of the home care program were found to have positive attitudes toward home care and had awareness of the significance of home care for psychiatric patients (Suan Sranrom Hospital, B.E. 2543).

5. Outcomes on medical care expenses

5.1 When analyzing expenses, cost-benefit ratio, and sensitivity of cost-benefit ratio, the results showed that home care was cheaper than normal care and outpatient treatment at the hospital. The cost-benefit ratio of home care was also higher, and the sensitivity analysis also confirmed that home care was more beneficial than normal care and outpatient treatment at the hospital (Lin et al., 2001; Tsai et al., 2005).

Recommendations

1. Recommendations for nursing practice

Outcomes: The results of the synthesis of research on care of schizophrenia patients at home revealed that the care provided to schizophrenia patients at home resulted in positive outcomes on patients, caregivers, community members, healthcare team members, and society at large. For instance, the patients had more knowledge and understanding of schizophrenia, the rate of relapses was reduced, the patients' mental symptoms decreased, the rate of hospital readmission and duration of hospital stay were lowered, patients were better able to take care of themselves, they had improved activities of daily living and social functioning, they had better quality of life, the family relationships improved, and the patients were more accepted by others. In addition, patients received more support and assistance from society, their caregivers had more knowledge and understanding of schizophrenia, caregivers had more skills and were better able to take care of schizophrenia patients at home, and they had more positive attitudes toward patients. Other outcomes included community members' more knowledge and understanding of schizophrenia patients as well as more participation in care, more training on care for schizophrenia patients at home for healthcare personnel, less medical expenses and more cost-benefit ratio when compared to hospital care, and reduced governmental budgets.

Therefore, care for schizophrenia patients at home is one alternative for psychiatric nurses who work in the community and have direct responsibility to provide care to this group of patients. However, nurses have to be equipped with knowledge and skills in care for schizophrenia patients at home so as to more effectively offer care to schizophrenia patients at home to suit individual patients' and caregivers' problems.

Characteristics of schizophrenia patients who need care at home: The results of the synthesis have shown that they are schizophrenia patients aged 19 to 64 years old. These patients have history being hospitalized and have been diagnosed with schizophrenia for more than five years. They have controlled symptoms and do not have communication problems. Furthermore, their condition is considered moderately relieved, and they do not have an acute episode of schizophrenia. These patients are those who have a high chance of relapses.

Activities in providing care to schizophrenia patients at home: The results of the synthesis have shown that major activities used to provide care to schizophrenia patients at home include establishment of therapeutic relationships; assessment; search for problems; family therapy; social skill training; dissemination of knowledge about schizophrenia among patients, caregivers, and community members; medications and their side effects; management of stress and conflicts in the family; prevention of psychiatric crises and emergencies; promotion and stimulation; skill training on activities of daily living and coping with the disease; coordination with related agencies; referrals of patients to appropriate sources of social support; provision of information on available sources of social support to patients and their family; and promotion of community participation in care. These activities can be applied and implemented by psychiatric nurses in the community to suit individual patients, depending on their problems and readiness of agencies and personnel directly responsible for schizophrenia patients. As for duration, number of sessions, and frequency of nursing activities in providing care to schizophrenia patients at home, it has been found that appropriate duration for activities provided to schizophrenia patients at home, number of sessions, and frequency in care for schizophrenia patients at home cannot be specifically determined as they depend on problems and symptoms of individual patients. Moreover, they also depend on the policies on care and care systems for schizophrenia patients in each community.

2. Recommendations for further research

2.1 At present, the number of research studies on care for schizophrenia patients at home conducted both in Thailand and overseas is rather small. Therefore, more studies should be conducted, especially systematic studies, to ensure continuity of care for schizophrenia patients when they return to community after hospital discharge.

2.2 Caregivers are important persons who take care of and assist schizophrenia patients when they are at home. Thus, more literature reviews should be carried out so as to derive at a new body of knowledge or practice guidelines related to techniques or methods to enable caregivers to more effectively care for schizophrenia patients at home.

2.3 At present, most schizophrenia patients live in the community. As a result, studies should be done to research and develop programs that involve more community members in providing care to schizophrenia patients at home.

2.4 Schizophrenia is a complex chronic illness, and schizophrenia patients are likely to experience relapses which are expressed in the forms of aggressive behaviors, destructive behaviors, or harm of self and others. Consequently, family and community develop negative attitudes toward schizophrenia patients. Therefore, studies should be conducted to investigate changes in attitudes of family and community toward patients to cover cultural backgrounds in each of the regions in Thailand.

2.5 A review of literature has indicated that the number of studies conducted in Thailand on medical expenses and cost-benefit ratio of care for schizophrenia patients at home is rather limited. For this reason, more studies should be carried out to shed light on useful information that benefits care plans for these patients, both in the administrative level and in the operational level.

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2544). แผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549). นนทบุรี: สยามอินเลิฟท์มาเก็ตติ้ง.
- กรมสุขภาพจิต. (2549). ความเป็นมาของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. เข้าถึงเมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2549 จาก http://www.dmhweb.dmh.go.th/sranrom/community_psy
- กาญจนา เถาราชภูริ. (2540). การติดตามผลการเยี่ยมบ้านและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ (หญิง) หลังจำหน่ายโดยการให้บริการแนะนำและบริการครอบครัวบำบัด. บทความ. เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2550 จาก <http://www.somdet.go.th/research/index.php>
- เกษม ต้นติผลาชีวะ (บรรณาธิการ). (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จลิ เจริญสรรพ. (2542). การดำเนินงานโครงการพยาบาลจิตเวชกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Psychiatric home care) จังหวัดสุราษฎร์ธานี.
- จลิ เจริญสรรพ. (2544). การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ปีงบประมาณ 2540 – 2544. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จลิ เจริญสรรพ. (2546). ความพึงพอใจในงานของผู้ให้บริการสุขภาพในเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จลิ เจริญสรรพ พรทิพย์ วงศ์สุบรรณ นพรัตน์ ไชยธานี นิรมล โกสิยพันธ์ พรประไพ แยกเต้า และพรทิพย์ โพธิ์ครูประเสริฐ. (2548). การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- จิรารัตน์ พิมพ์ดีด. (2541). กระบวนการการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2549). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. (พิมพ์ครั้งที่ 8). นนทบุรี : ยูทธรินทร์การพิมพ์.
- คารณี คงชาติ ภิญญา หมั่นศรี สุวาทิน มิตรพัฒน์ บำเพ็ญ สุขสีเสน ผกาพรรณ โพชากร ทวีธา เครือแพ และคณะ. (2544). รายงานการวิจัยเรื่อง การประเมินผลการดำเนินงาน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน กรณีศึกษา: คปสอ.บ้านนาเค็ม จังหวัดสุราษฎร์ธานี. ศูนย์สุขภาพจิตเขต 11 สุราษฎร์ธานี.
- คารา ศัตรูถิ์ ดวงตา กุลรัตนญาณ และสมสกุล สุภัทรพันธุ์. (2539). รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชขณะอยู่บ้าน. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.
- ทานตะวัน แยมบุญเรือง. (2540). ผลของการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นวิยา ภิรมย์. (2541). บทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านตามการรับรู้ของ พยาบาลวิชาชีพ สังกัดกรมสุขภาพจิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2548). ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทนา ทองด้วง. (2547). ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อบริการการดูแลที่บ้าน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรทิพย์ เกตุรานนท์. (2539). รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลในสังกัด กองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ภายในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2539-2549). วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรทิพย์ วงศ์สุบรรณ จลี เจริญสรรพ นพรัตน์ ไชยธานี นิรมล โกสิยพันธ์ พรประไพ แจกเต้า และพรทิพย์ โพธิ์ครูประเสริฐ. (2547). ผลสำเร็จของงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ปีงบประมาณ 2540-2546 ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- พวงเพ็ญ เจริญปัญญาธิราช นภวัลย์ กัมพลาศิริ ยาใจ สิทธิมงคล และถวิล นภาพงศ์สุริยา. (2542). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 13, 45-54.
- พัชรา ขันลา. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และประทับประคองที่บ้าน ต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สถานีอนามัยบ้านอุยา จังหวัด สุพรรณบุรี. *โครงการศึกษาอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. (2547). โรคจิตเภท (Schizophrenia). ในพิเชฐ อุดมรัตน์ (บรรณาธิการ) *การทบทวน องค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช*. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เพชร คันธสายบัว. (2548). การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 20(1), 1-9.
- เพ็ญประภา เกษมสุวรรณ และคนอื่นๆ. (2533). *การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยในชุมชน*. บทคัดย่อ. เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2550 จาก <http://www.somdet.go.th/research/index.php>
- ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. (2534). *จิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2) (เล่มที่ 3). เชียงใหม่: หน่วยวารสารวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไพรวลัย ร่มซ้าย วัชนี หัตถพนม สุวดี ศรีวิเศษ เอกอุมา วิเชียรทอง และคณะ. (2544). *รายงานการวิจัยเรื่องการประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนแบบครบวงจร อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร*. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
- มัลลิกา สิงหสุริยะ. (2547). *การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแล: กรณีศึกษา วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
- มานิช หล่อตระกูล. (2547). *คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2548). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มารศรี ปาณิวัตร. (2548). *บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). สุขภาพจิตและพฤติกรรมและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2542). ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช: แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 13, 1-9.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คุณภาพงานวิจัย. เอกสารประกอบการสอนวิชาระเบียบวิธีวิจัยและการใช้ผลการวิจัย. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราตรี อินทรีย์. (2541). การไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสวนปรง, 14(3), 40-49.
- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2543). การประเมินผลโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วาสนา ปานดอก. (2545). กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล. การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริเนตร สุขดี. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี. โครงการศึกษาอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศูนย์สารสนเทศ. (2551). แบบรายงานผู้ป่วยใน (รับไว้รักษา) จำแนกตามโรค เพศ อายุ (รวมทุกหน่วยงาน). กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
- ศูนย์สารสนเทศ. (2551). แบบรายงานผู้ป่วยนอกทางจิตเวช จำแนกตามโรค เพศ อายุ (รวมทุกหน่วยงาน). กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
- สถิต วงศ์สุรประกิต. (2542). ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2546). แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบสุขภาพ ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เชียงใหม่: โรงพิมพ์คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ กฤติยา แสงวงเจริญ ปรานีพร บุญเรือง สมจิต แคนสีแก้ว และนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. (2547). รายงานการวิจัยเรื่องรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). จิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สาริณี ไช้ทอง และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2549). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 20(1), 47-59.
- สุคนธา รัตโน. (2543). การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรง. (2544). การบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care Service). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สุนทนา บุญชัย. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุมิตรา ฤทธิสุนทร. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้าน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. โครงการศึกษาอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิมล สมัตตะ. (2541). ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2542, กรกฎาคม). กิจกรรมการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Psychiatric home care) จังหวัดสุราษฎร์ธานี.

อรพรรณ ลีอนุวัชชัย. (2549). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพมหานคร: ด้านสุขภาพการพิมพ์.

เอนก สุภรณ์รัตน์ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และบุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ. (2550). ต้นทุนบริการสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต ปี 2547. บทคัดย่อ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 15(1) 1.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวทางปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ. พรินติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Boomsma, J., Dassen, T., Dingemans, C., & van den Heuvel, W. (1999). Nursing interventions in crisis-oriented and long-term psychiatric home care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13(1), 41-48.

Browne, G. (2004). Home life helps in schizophrenia. *Australian Nursing Journal*, 2(3), 33.

Bruce, M.L. (2002). Mental health services in home care: opportunities and challenges. *Spring*, 78-82.

Buckwalter, K.C. (1991). Community mental health and home care. In G.K. Mcfarland & M.D. Thomas (Eds.), *Psychiatric Mental Health Nursing: Application of the Nursing Process*. Philadelphia: J. B. Lippincott.

Caverly, S., & Mejo, S. (1998). Psychiatric mental health nursing in community settings. In E.M. Varcarolis (Ed.), *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing* (3rd ed.) (pp.221-242). Philadelphia: W.B. Saunders.

Cunningham, P.A. (2007). The role of the psychiatric nurse in home care. *Home Healthcare Nurse*, 25(10), 645-652.

Dogan, S., Dogan, O., Tel, H., Coker, F., Polatoz, O., & Dogan, F.B. (2004). Psychosocial approaches in outpatients with schizophrenia. *Winter*, 27(3), 279-282.

Finkelman, A.W. (1997). *Psychiatric Home Care*. Gaithersburg, MD: Aspen.

- Finkelman, A.W. (2000). Psychiatric rehabilitation: a framework for psychiatric home care. *Home Care Provid*, 5(2), 68-73.
- Freed, P. E. (2001). The mental health patient. In R. Rice (Ed.), *Home Care Nursing Practice Concepts & Application* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Fulford, M., & Farhall, J. (2001). Hospital versus home care for the acutely mentally ill ? Preferences of caregivers who have experienced both forms of service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 619-625.
- Gillam, T. (2006). Positive approaches to schizophrenia. *Mental Health Practice*, 10(4), 30-33.
- Grainne, F. (1998). Family intervention in psychosis. *Journal of Mental Health*, 7(2), 115-118.
- Harris, M.D. (1997). *Handbook of Home Health Care Administration* (2nd ed.). Gaithersburg, MD: Aspen.
- Hellwig, K. (1997). Home care. In N.K. Worley (Ed.), *Mental Health Nursing in the Community*. St. Louis: Mosby.
- Humphrey, C. J., & Milone-Nuzzo, P. (1996). *Orientation to Home Care Nursing*. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Joy, C.B., Adams, C.E., and Rice, K. (2006). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD001087. DOI: 10.1002/14651858.CD001087.pub3.
- Kampman, O., Illi, A., Poutanen, P., & Leinonen, E. (2003). Four-year outcome in non-compliant schizophrenia patients treated with or without home-based ambulatory outpatient care. *European Psychiatry*, 18, 1-5.
- Keating, S.B., & Kelman, G.B. (1988). *Home Health Care Nursing: Concepts and Practice*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Klebanoff, N.A. (1997). Psychosocial home care. In B.S. Johnson (Ed.), *Psychiatric-Mental Health Nursing Adaptation and Growth* (4th ed.) (pp.891-909). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Lin, C.L., Yin, J.C., Kuo, I.T., Chang, W.Y., & Tsai, S.L. (2001). A comparison of effectiveness and cost between two models of care for individuals with schizophrenia living in Taiwan. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(6), 272-278.

- Mayo, T.L. (1997). Mental health services in the home: a balance of sophistication and caring. *Home Healthcare Nurse*, 15(4), 271-274.
- McNab, L., Smith, B., & Minardi, H.A. (2006). A new service in the intermediate care of older adults with mental health problems. *Nursing Older People*, 18(3), 22-26.
- Mohit, D.L. (1996). Management and care of mental ill mothers of young children: an innovative program. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(1), 49-54.
- Mohit, D. (2000). Psychiatric home care and family therapy: a window of opportunity for the psychiatric clinical nurse specialist. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(3), 127-133.
- Morris, M. (1996). Patients' perceptions of psychiatric home care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(3), 176-183.
- Muijen, M., Marks, I., Connolly, J., & Audini, B. (1992). Home based care and standard care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. *BMJ*, 304, 749-754.
- Quinlan, J., & Ohlund, G. (1995). Psychiatric home care: an introduction. *Home Healthcare Nurse*, 13(4), 20-24.
- Sadock, B. J., & Sadock, V.A. (2003). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Smith, N.M., & Klebanoff, N. (1998). In-home behavioral health care model. In F. Boruch (Ed.). *Behavioral Health Services and Delivery: Models and Methods* (pp.275-284). Tampa, Florida: Hillsboro Printing.
- Strasser, J.A., McDonald, M., & Spangler, B.N. (1996). Community Mental Health and home care. In K.M. Fortinash & P.A. Holoday-Worret (Eds.). *Psychiatric-Mental Health Nursing* (pp.711-726). St. Louis: Mosby.
- Stuart, G.W., & Greco, B.G. (2001). Home psychiatric nursing care. In G. W. Stuart, & M. T.Laraia (Eds.). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (7th ed.) (pp.744-753). St. Louis: Mosby.
- Townsend, M.C. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of care in evidence based practice* (5th ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

- Tsai, S.L., Chen, M.B., & Yin, J.C. (2005). A comparison of the cost-effectiveness of hospital-based home care with that of a conventional outpatient follow-up for patients with mental illness. *Journal of Nursing Research*, 13(3), 165-172.
- Tyrer, P., Evans, K., Gandhi, N., Alwyn, L., Harrison-Read, P., & Johnson, T. (1998). Randomized controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. *BMJ*, 316, 106-109.
- Wikipedia. (2009). *Schizophrenia*. Retrieved March 7, 2009 from <http://en.wikipedia.org/wiki/Schizophrenia>
- World Health Organization. (2006). *ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10th revision) (volume 1A). Geneva.
- World Health Organization. (2008). *Schizophrenia*. Retrieved January 25, 2008, from <http://www.WHO.int/topics/schizophrenia/en>



ภาคผนวก ก

แสดงผลการวิเคราะห์ผลการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 1

ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลสำเร็จของงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ปีงบประมาณ 2540 - 2546 ของ
ผู้แต่ง	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พรทิพย์ วงศ์สุบรรณ จลี เจริญสรรพ นพรัตน์ ไชยธานี นิรมล โกสียพันธ์ พรประไพ แยกเต้า และพรทิพย์ โพธิ์ครูประเสริฐ
ปี	2547
หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	1. เพื่อศึกษาผลสำเร็จของงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2540 - 2546 ในด้านปริมาณงานและด้านคุณภาพงาน 2. เพื่อกำหนดกลยุทธ์ที่สนับสนุนการกิจการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านให้สอดคล้องกับการจัดการแบบมุ่งผลงานของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (การศึกษารุ่นนี้ไม่ได้นำเสนอผลลัพธ์ของวัตถุประสงค์ข้อนี้ในตาราง เนื่องจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ สนใจศึกษาเฉพาะผลลัพธ์ที่ได้จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน)
Research Design	Secondary analysis
Level	B
Sample	ข้อมูลในระดับทุติยภูมิจากแบบทดสอบ แบบสอบถามและสถิติที่ได้รวบรวมไว้แล้วในแต่ละปีงบประมาณ (2540 -2546) ดังนี้ - ผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 601 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท 89.18 % ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (61.56 %) อายุน้อยกว่า 41 ปี (50.42 %) สถานภาพสมรสคู่ (51.91%) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (56.24 %) อาชีพงานบ้าน (36.77 %) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยต่ำกว่า 6 เดือน

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	(35.27 %) 6 เดือนถึง 2 ปี (39.10 %) และมากกว่า 2 ปี (25.62 %) - ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 601 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (67.72 %) อายุ 41- 60 ปี (41.10 %) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดาหรือมารดา (43.93 %) สถานภาพสมรสคู่ (57.90 %) การศึกษาระดับประถมศึกษา (62.90 %) ประกอบอาชีพเกษตรกร (34.78 %) มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย (45.09 %) ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 6-10 ปี (41.10 %) และจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยส่วนใหญ่ 1-5 ครั้ง (53.58 %) และรองลงมาคือ 6 -10 ครั้ง (34.78 %) - ผู้ให้บริการสุขภาพโรงพยาบาลสวนสราญรมย์เขตอำเภอเมืองและอำเภอพุนพิน จำนวน 338 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 57.40 % พยาบาลเทคนิค 21.30 % และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 21.30 % - ผู้ให้บริการสุขภาพในเครือข่าย 144 คน
Setting	อำเภอเมืองและอำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี
Outcomes	1. ความรู้ของผู้ป่วยจิตเวชเกี่ยวกับโรคจิต 2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล 3. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน 4. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ดูแล 5. ความพึงพอใจในการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล 6. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ให้บริการสุขภาพในเครือข่าย 7. การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชภายในระยะเวลา 1 ปี 8. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
Research Instruments	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พัฒนาโดยคณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีดังนี้ 1. แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับพยาบาล

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments (ต่อ)	2. คู่มือการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนสำหรับบุคลากรสาธารณสุข 3. แบบประเมินที่ใช้ในการประเมินกลุ่มตัวอย่าง 3.1 แบบประเมินสำหรับผู้ป่วย - แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิต - แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน 3.2 แบบประเมินสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช - แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช - แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช - แบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ดูแล - แบบสอบถามความพึงพอใจในการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล 3.3 แบบประเมินสำหรับทีมสุขภาพ - แบบสอบถามปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของทีมสุขภาพในชุมชน
Intervention	โครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยทีมซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 1 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน โดยทุกคนเคยผ่านการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมาแล้วและได้ใช้ “แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับพยาบาล” ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1. การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช 2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	3. การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว 4. การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 5. การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช 6. การส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งในกิจกรรมนี้ เป็นกิจกรรมที่คณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีเป็นผู้ดำเนินการจัดอบรมประชาชนเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยในการเยี่ยมชมครั้งแรกจะมีการทำ Pre-test ด้วยแบบทดสอบ 4 ชุด คือ 1) แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยจิตเวชเกี่ยวกับโรคจิต 2) แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช 3) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 4) แบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ดูแล หลังจากนั้นจึงดำเนินการตามกิจกรรมที่ 1 - 5 ตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้เวลาในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งประมาณ 1 ชั่วโมง กรณีผู้ป่วยใหม่ที่ไม่เคยได้รับการดูแลจะได้รับการดูแลที่บ้านเดือนละ 1 ครั้งติดต่อกัน 8 ครั้ง สำหรับผู้ป่วยเก่า (เคยได้รับการดูแลครบ 8 ครั้ง) จะได้รับการดูแลที่บ้านอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง โดยทีมพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมีการนำข้อมูลการเยี่ยมบ้านมาสรุปประเมินหลังจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้านทุกครั้งเพื่อวางแผนการพยาบาลในการดูแลครั้งต่อไป ในครั้งสุดท้ายของการให้การดูแลที่บ้านจะมีการทำ Post-test ด้วยแบบทดสอบ 5 ชุดคือ 1) แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยจิตเวชเกี่ยวกับโรคจิต 2) แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	จิตเวช 3) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสำหรับ ผู้ดูแล 4) แบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สำหรับผู้ดูแล 5) แบบสอบถามความพึงพอใจในการให้บริการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล
Research Findings	1. ผู้ป่วยจิตเวชในปีงบประมาณ 2540 – 2546 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชก่อนและหลังการติดตามดูแลที่บ้านแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชตั้งแต่ปีงบประมาณ 2540 – 2546 มีคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยก่อนการติดตามดูแลที่บ้านและหลัง ติดตามดูแลที่บ้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3. ผู้ป่วยจิตเวชตั้งแต่ปีงบประมาณ 2540 – 2546 มีคะแนนเฉลี่ยความ สามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังการติดตามดูแลที่บ้านแตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชตั้งแต่ปีงบประมาณ 2540 – 2546 มีคะแนนเฉลี่ย ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านก่อนและหลังการติดตาม ดูแลผู้ป่วยที่บ้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 5. ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลในปีงบประมาณ 2540 – 2546 มีความพึงพอ ใจต่อการติดตามดูแลที่บ้านระดับมาก (96.67 %) 6. ปีงบประมาณ 2540 – 2546 ผู้ให้บริการสุขภาพในเครือข่าย ส่วนมาก (96.53 %) มีคะแนนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในระดับสูง 7. การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชภายในระยะเวลา 1 ปี ในปี งบประมาณ 2540 – 2546 พบ 8.32 % 8. ปีงบประมาณ 2540 – 2546 มีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยประชาชนมี ส่วนร่วมจำนวน 94 ชุมชน จำนวนอาสาสมัครจิตเวช 2,820 คน ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน คิดเป็น 100 % โดย ประชาชน จำนวน 2,820 คน คิดเป็น 100 % ได้จัดโครงการสำหรับ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implementation (ต่อ)	จากผลการศึกษา จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยใช้ “แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับพยาบาล” ซึ่งใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและมีคุณภาพ โดยเฉพาะด้านผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองและอยู่ในสังคมได้ เกิดอัตราการป่วยซ้ำน้อยและผู้ป่วยบริการมีความพึงพอใจ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนั้น การศึกษานี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถจะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไปได้

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 2

ชื่อเรื่องงานวิจัย	พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
ผู้แต่ง	สุมนชา บุญชัย
ปี	2545
หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
Research Design	เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study)
Level	C
Sample	ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2545 - เมษายน 2545 และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมืองและอำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 49 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (75.51 %) มีอายุระหว่าง 20 - 35 ปี (57.14 %) สถานภาพสมรสโสด (75.51 %) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (51.03 %) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (56.25 %) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 4,000 บาท (67.35 %) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1-3 ครั้ง (57.14 %) ระยะเวลาที่รับการรักษาในโรงพยาบาล 1-5 ปี (30.61 %) 6-10 ปี (38.78 %) และมากกว่า 10 ปี (30.61 %) ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการดูแลที่บ้านโดยทีมที่ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 1 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน โดยทุกคนเคยผ่านการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมาแล้วและได้ใช้ “แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับพยาบาล” ซึ่งพัฒนาโดยคณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1.การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว 3. การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว 4. การให้คำปรึกษาและคำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว 5. การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช 6. การส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งในกิจกรรมนี้ เป็นกิจกรรมที่คณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีเป็นผู้ดำเนินการจัดอบรมประชาชนเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ระยะเวลาที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งประมาณ 1 ชั่วโมง โดยที่ในกรณีผู้ป่วยใหม่ที่ไม่เคยรับการดูแล จะให้การดูแลผู้ป่วยและญาติที่บ้านเดือนละ 1 ครั้งติดต่อกัน 8 ครั้ง แต่ถ้าฉุกเฉินสามารถไปให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านก่อนถึงกำหนดระยะเวลานัดได้ ส่วนในกรณีผู้ป่วยเก่า (เคยได้รับการดูแลครบ 8 ครั้ง) จะให้การดูแลผู้ป่วยและญาติที่บ้านอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
Setting	อำเภอเมืองและอำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี
Outcomes	พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้ 1. ด้านอากาศ / อาหาร / น้ำ 2. ด้านการขับถ่าย 3. ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย 4. ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ 5. ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 6. ด้านการรับประทาณาและการจัดการกับอาการต่างๆ

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments	แบบสอบถามเรื่องพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในด้านอากาศ / อาหาร / น้ำ การขับถ่าย การดูแลความสะอาดของร่างกาย การพักผ่อนและนันทนาการ การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การรับประทานยา และการจัดการกับอาการต่างๆ
Intervention	-
Research Findings	กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (89.80 %) มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ได้ผลดังนี้ 1. กลุ่มตัวอย่าง 87.76 % มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านอากาศ / อาหาร / น้ำ อยู่ในระดับสูง 2. กลุ่มตัวอย่าง 81.63 % มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านการขับถ่าย อยู่ในระดับสูง 3. กลุ่มตัวอย่าง 95.92 % มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านการดูแลความสะอาดของร่างกายอยู่ในระดับสูง 4. กลุ่มตัวอย่าง 75.52 % มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านการพักผ่อนและนันทนาการอยู่ในระดับสูง 5. กลุ่มตัวอย่าง 67.35 % มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับสูง 6. กลุ่มตัวอย่าง 73.47 % มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆอยู่ในระดับสูง
Implementation	จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ดังนั้น การศึกษานี้จึงสามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่บ้านสามารถดูแลตนเองได้

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 3

ชื่อเรื่องงานวิจัย ผู้แต่ง ปี	การประเมินผลโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของโรงพยาบาล สวณสรณมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลสวณสรณมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2543
หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	1. ประเมินความสอดคล้องระหว่าง - วัตถุประสงค์ของโครงการกับนโยบายของโรงพยาบาล - แผนปฏิบัติงานกับงานที่ปฏิบัติจริง 2. ประเมินความพร้อมของปัจจัยเบื้องต้นที่ใช้ในการดำเนินโครงการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน 3. ประเมินกระบวนการในการดำเนินโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน 4. ประเมินผลผลิตที่ได้จากโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
Research Design	เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study)
Level	C
Sample	- ผู้ป่วยจิตเวช ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสวณสรณมย์ ในปี พ.ศ. 2541 ซึ่งอยู่ในเขตอำเภอพุนพิน อำเภอเมือง และอำเภอ กาญจนดิษฐ์ที่อยู่ในโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จำนวน 52 คน โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภททั้งหมด ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย (65.4 %) อายุต่ำกว่า 40 ปี (63.5 %) สถานภาพสมรส โสด (67.3 %) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (57.5 %) ประกอบ อาชีพอื่นๆ ธุรกิจส่วนตัว (34.6 %) ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ ในช่วงต่ำกว่า 6 เดือน (46.2 %) ช่วง 6 เดือนถึง 2 ปี (46.2 %) และ มากกว่า 2 ปี (7.6 %) ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการดูแลที่บ้านโดยทีมที่ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 1 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน และผู้ ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน โดยทุกคนเคยผ่านการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วย จิตเวชที่บ้านมาแล้วและได้ใช้ “แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สำหรับพยาบาล” ซึ่งพัฒนาโดยคณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1. การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช 2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว 3. การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว 4. การให้คำปรึกษาและคำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว 5. การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช 6. การส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งในกิจกรรมนี้ เป็นกิจกรรมที่คณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีเป็นผู้ดำเนินการจัดอบรมประชาชนเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ระยะเวลาที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งประมาณ 1 ชั่วโมง โดยที่ในกรณีผู้ป่วยใหม่ที่ไม่เคยรับการดูแล จะให้การดูแลผู้ป่วยและญาติที่บ้านเดือนละ 1 ครั้งติดต่อกัน 8 ครั้ง แต่ถ้าฉุกเฉินสามารถไปให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านก่อนถึงกำหนดระยะเวลานัดได้ ส่วนในกรณีผู้ป่วยเก่า(เคยได้รับการดูแลครบ 8 ครั้ง) จะให้การดูแลผู้ป่วยและญาติที่บ้านอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง - ญาติผู้ป่วย ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในปี พ.ศ. 2541 ซึ่งอยู่ในเขตอำเภอพุนพิน อำเภอเมือง และอำเภอกาญจนดิษฐ์ที่อยู่ในโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จำนวน 52 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (63.5 %) อายุมากกว่า 61 ปี (44.2 %) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดาหรือมารดา (50.0 %) สถานภาพคู่ (71.2 %) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (65.4 %) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (32.7 %) มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเพียงพอกับรายจ่าย (55.8 %) มีรายจ่ายที่ต้องใช้กับผู้ป่วยจิตเวช 1,000 - 3,000 บาท

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	ต่อเนื่อง (48.1 %) ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1-5 ปี (38.5 %) และมีสมาชิกในครอบครัว 1-3 คน (42.3 %) - ผู้ปฏิบัติงานในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 26 คน โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่เป็นผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
Setting	อำเภอพุนพิน อำเภอเมือง และอำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
Outcomes	การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) ตาม CIPP Model ซึ่งได้แก่ 1. ความรู้ของผู้ป่วยและญาติ 2. ความสามารถและทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล 3. ทักษะของญาติผู้ป่วย
Research Instruments	ลักษณะของเครื่องมือ ในการศึกษาครั้งนี้ มี 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ 1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวช 2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยจิตเวช ชุดที่ 2 ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบทดสอบและแบบสอบถาม รวมทั้งหมด 6 ส่วน ดังนี้ 1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก หัวข้อในการสนทนามีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด เปิดโอกาสให้ผู้ตอบคำถามตอบได้อย่างเสรี โดยแนวคำถามมีเนื้อหาครอบคลุมด้านความรู้ ทักษะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แนวคำถามสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ส่วนที่ 2 แนวคำถามสำหรับญาติผู้ป่วยจิตเวช

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments (ต่อ)	ส่วนที่ 3 แนวคำถามสำหรับผู้ปฏิบัติงาน 2. แบบวัดทัศนคติของญาติผู้ป่วย 3. แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิต 4. แบบทดสอบความรู้ของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 5. แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน 6. แบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (สถานการณ์)
Research Findings	ผลการวิเคราะห์การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) 1. ผู้ป่วยร้อยละ 90.4 มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตอยู่ในระดับสูง 2. ผู้ป่วยร้อยละ 73.1 มีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง 3. ญาติผู้ป่วยร้อยละ 98.1 มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตและการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง 4. ญาติผู้ป่วยร้อยละ 76.9 มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง 5. ญาติผู้ป่วยร้อยละ 80.8 มีทัศนคติในทางบวกต่อผู้ป่วยจิตเวช
Implementation	จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์มีความรู้และมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ญาติผู้ป่วยมีความรู้และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง และญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีทัศนคติในทางบวกต่อผู้ป่วยจิตเวชจึงส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 4

ชื่อเรื่องงานวิจัย	การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี
ผู้แต่ง	ศิริเนตร สุขดี
ปี	2548
หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	1. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี 2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี
Research Design	เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) ชนิด One group pretest – posttest design
Level	B
Sample	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท เคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช ได้รับการดูแลตามปกติที่บ้านอย่างต่อเนื่องเป็นผู้ป่วยประเภททุเลาปานกลาง (ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางจิตอยู่ระหว่าง 2.5 – 3.4 โดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยจิตเวช ในคู่มือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของกรมสุขภาพจิต) มีอายุไม่เกิน 60 ปี ไม่จำกัดระดับการศึกษา อาชีพและฐานะเศรษฐกิจ มีครอบครัว / มีผู้ดูแลหลักหรือผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 6 เดือน มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 20 คน
Setting	อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี
Outcomes	1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Outcomes (ต่อ)	การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว การเดินทางด้วยตนเองและการปฏิบัติตามแผนการรักษา 2. การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมการแสดงออกทางท่าทาง การเข้าสังคมและความสนใจสิ่งแวดล้อม 3. ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท
Research Instruments	1. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 2. คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 3. แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท 4. แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท
Intervention	โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้ 1. การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว 2. การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 3. การให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท 4. การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว 5. การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยดำเนินการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 3 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยมีรายละเอียดดังนี้ <u>สัปดาห์ที่ 1</u> พยาบาลเยี่ยมบ้านสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว หลังจากนั้นพยาบาลและครอบครัวร่วมกันประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท แล้วให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยในกิจกรรมที่ 2 คือ การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	และครอบครัว และปฏิบัติการที่ 3 คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทพร้อมกับแจกคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของผู้ป่วยโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ ลักษณะเฉพาะตัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท การดำเนินของโรค สิ่งกระตุ้นให้อาการกำเริบ การรักษา ผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต การดูแล และการจัดการกับพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย หลังจากนั้นมีการนัดหมายผู้ป่วยในครั้งต่อไป <u>สัปดาห์ที่ 2</u> พยาบาลเยี่ยมบ้านสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว หลังจากนั้นมีการนัดหมายผู้ป่วยในครั้งต่อไป <u>สัปดาห์ที่ 3</u> พยาบาลเยี่ยมบ้านสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเภท หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ถ้าพบว่าผู้ป่วยรายใดได้คะแนนต่ำกว่า 15 ข้อ (< 75 %) พยาบาลจะทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทในข้อที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและประเมินอีกครั้งโดยใช้แบบทดสอบชุดเดิม หลังจากนั้นพยาบาลและครอบครัวร่วมกันประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านด้วยแบบประเมินชุดเดิม (Post -test) แล้วยุติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หลังเสร็จกิจกรรมทุกครั้ง พยาบาลเยี่ยมบ้านต้องมีการจดบันทึกสิ่งที่ได้พูดคุยกับผู้ป่วย ปัญหาที่เกิดขึ้น สิ่งแวดล้อมและการแสดงออกของผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลครั้งต่อไป

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	นอกจากนี้พยาบาลเยี่ยมบ้านต้องให้ผู้ป่วยลองฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกและประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน รวมทั้งเสนอรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ
Research Findings	1. คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2. ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท พบว่า ผู้ป่วย 19 ราย (95%) ได้คะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือ มากกว่าร้อยละ 75
Implementation	จากผลการศึกษา จะเห็นได้ว่า หลังจากที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลที่บ้านจากพยาบาลโดยใช้ “โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน” ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมได้ดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์อีกอย่างหนึ่งที่จะนำไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตัวเองได้ดีขึ้น

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 5

ชื่อเรื่องงานวิจัย	การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้าน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
ผู้แต่ง	สุมิตรา ฤทธิสุนทร
ปี	2548
หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลที่บ้าน
Research Design	เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) ชนิด One group pretest – posttest design
Level	B
Sample	ผู้ป่วยจิตเภทที่เคยได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญาและแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เป็นผู้ป่วยที่มีอาการสงบสามารถให้ความร่วมมือได้ ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร เช่น การได้ยิน การพูด ยินดีเข้าร่วมโครงการ มีโทรศัพท์ใช้ในบ้านของตนเอง หรือมีโทรศัพท์มือถือเป็นของตนเอง อายุระหว่าง 20 ปีขึ้นไป และมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จำนวน 20 คน ญาติผู้ป่วยจิตเภท 20 คน และทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนจำนวน 6 คน
Setting	อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
Outcomes	- พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท 4 ด้าน ได้แก่ - การดูแลตนเองด้านการใช้ยาและสารเสพติด - การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต - การดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน - การดูแลตนเองด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ - ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติและผู้นำชุมชน

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments	1. โปรแกรมการดูแลที่บ้าน 2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติและผู้นำชุมชน 3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 4. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติและผู้นำชุมชน
Intervention	โปรแกรมการดูแลที่บ้าน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1. การสร้างสัมพันธภาพ 2. การให้คำปรึกษาและคำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว 3. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองในด้านการใช้ยาและสารเสพติด การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 4. การติดตาม กระตุ้น แนะนำโดยใช้โทรศัพท์เป็นเครื่องมือ 5. การยุติสัมพันธภาพ ทบทวน และสรุปผลการดำเนินงาน โดยมีขั้นตอนดังนี้คือ มีการเตรียมทีมสุขภาพระดับชุมชน ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชน โดยมีการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มเรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นเวลา 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ในกรณีที่บุคลากรในทีมมีความรู้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือน้อยกว่า 75 % พยาบาลจะให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ขาดจนกว่าจะมีความรู้ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ส่วนในด้านการเตรียมผู้ป่วย พยาบาลลงพบผู้ป่วยที่บ้านเพื่อประเมินพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองก่อนการศึกษา (Pre-test) นัดหมายวันเวลาที่ลงเยี่ยมบ้าน หลังจากนั้นจึงดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่บ้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้ <u>สัปดาห์ที่ 1</u> พยาบาลเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนลงพบผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านเพื่อสร้างสัมพันธภาพ

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	(กิจกรรมที่ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับและเกิดความไว้วางใจ หลังจากนั้นจึงดำเนินกิจกรรมที่ 2 คือการให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อร่วมกันค้นหาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นขั้นเป็นตอน พร้อมกับลงบันทึกในแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน หลังจากนั้นจึงทำกิจกรรมที่ 3 คือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลตนเองในด้านการใช้ยาและสารเสพติด การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พร้อมกับมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติ และผู้นำชุมชนไว้ให้ญาติศึกษา และบอกให้ญาติทราบว่าสัปดาห์หน้าจะทดสอบความรู้ตามคู่มือที่ให้ไว้ และมีการนัดหมายในครั้งต่อไปใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง 15 นาที หลังจากนั้น 3 วันต่อมาพยาบาลเยี่ยมบ้านใช้โทรศัพท์ในการติดตาม กระตุ้น และแนะนำการดูแลตนเอง (กิจกรรมที่ 4) โดยใช้เวลา 30 นาที <u>สัปดาห์ที่ 2</u> พยาบาลเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนลงพบผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านเพื่อสร้างสัมพันธภาพ (กิจกรรมที่ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับและเกิดความไว้วางใจ หลังจากนั้นจึงดำเนินกิจกรรมที่ 2 คือการให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อร่วมกันค้นหาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นขั้นเป็นตอน พร้อมกับลงบันทึกในแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน หลังจากนั้นจึงทำกิจกรรมที่ 3 คือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลตนเองในด้านการใช้ยาและสารเสพติด การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	แต่ในสัปดาห์นี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมด้วยตนเอง โดยมีพยาบาลเยี่ยมบ้านเป็นผู้นิเทศ มีเพียงบางกิจกรรมเท่านั้นที่พยาบาลเยี่ยมบ้านเป็นผู้ทำกิจกรรมได้แก่ กิจกรรมที่ 2 ในเรื่องเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีแนวทางและวิธีการแก้ปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และพยาบาลเยี่ยมบ้านทำการประเมินความรู้ของญาติโดยใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติและผู้นำชุมชน ถ้าพบว่าคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ คือ น้อยกว่า 75 % พยาบาลเยี่ยมบ้านจะทบทวนความรู้ในส่วนที่ขาด พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถาม และนัดทำการประเมินใหม่อีกครั้งในสัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง หลังจากนั้น 3 วันต่อมาพยาบาลเยี่ยมบ้านใช้โทรศัพท์ในการติดตาม กระตุ้นและแนะนำการดูแลตนเอง (กิจกรรมที่ 4) โดยใช้เวลา 30 นาที <u>สัปดาห์ที่ 3</u> พยาบาลเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนลงพบผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านเพื่อดำเนินกิจกรรมที่ 5 คือ การยุติสัมพันธภาพ ทบทวนและสรุปผลการดำเนินงาน โดยมีการประเมินปฏิกิริยาของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าความรู้สึกต่างๆ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสรุปสิ่งที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานที่ผ่านมา รวมทั้งแนะนำแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหา นอกจากนี้ยังให้ญาติทำแบบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านซ้ำในกรณีที่พบว่าคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ในสัปดาห์ที่ 2 โดยใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง <u>สัปดาห์ที่ 4</u> พยาบาลเยี่ยมบ้านให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลตนเองด้วยแบบประเมินชุดเดิม (Post-test)
Research Findings	1. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนทุกคน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 3. ญาติของผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านผ่านเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 18 คน ส่วนอีก 2 คนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ได้รับการทบทวนความรู้แล้วประเมินซ้ำในสัปดาห์ที่ 3 พบว่า คะแนนผ่านเกณฑ์
Implementation	จากผลการศึกษา จะเห็นได้ว่า หลังจากที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลที่บ้านจากพยาบาลและทีมสุขภาพระดับชุมชนซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชน โดยใช้ “โปรแกรมการดูแลที่บ้าน” ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองสูงขึ้นในทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการใช้ยาและสารเสพติด ด้านสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์อีกอย่างหนึ่งที่จะนำไปใช้ในการส่งเสริมให้ทีมสุขภาพในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 6

ชื่อเรื่องงานวิจัย บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน	
ผู้แต่ง มารศรี ปาณิวัตร	
ปี 2548	
หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	1. เพื่อศึกษาบทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อนที่บ้าน 2. เพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อนที่บ้าน
Research Design	เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) ชนิด One group pre-test – post-test design
Level	B
Sample	1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลย อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จำนวน 7 คนที่มีปัญหาซับซ้อน ดังนี้ - ผู้ป่วยที่กลับมารักษาย้ำในโรงพยาบาลภายใน 2 เดือนหลังจำหน่าย - ญาติไม่ให้การดูแล ไม่ยอมรับและไม่ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่กับครอบครัว หรือญาติเบื้องต้น - ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ - ผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ - ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ - ผู้ป่วยที่ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม - ผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน แยกตัว ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม 2. ผู้ดูแลหลัก จำนวน 11 คน
Setting	อำเภอเมือง จังหวัดเลย

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Outcomes	1. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 2. ระดับคะแนนสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช 3. ระดับคะแนนการประเมินอาการทางจิตใจ สังคมและหน้าที่การงานของผู้ป่วยจิตเวช 4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก 5. บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
Research Instruments	1. แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิต (2541) 2. แบบประเมินอาการทางจิตใจ สังคมและหน้าที่การงานของผู้ป่วยจิตเวช (Global Assessment of Functioning Scale, GAF) 3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ที่ผู้วิจัยนำมาจากพรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ (2547) 4. แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2543) ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลครอบครัว รวมทั้งบันทึกกิจกรรมและการให้ความช่วยเหลือทางการพยาบาลในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง
Intervention	เป็นการให้การพยาบาลเป็นรายบุคคล รายละประมาณ 5 - 8 ครั้ง โดยใช้ “กระบวนการพยาบาล” เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยในการเยี่ยมบ้านครั้งแรกจะให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทและแบบประเมินอาการทางจิตใจ สังคมและหน้าที่การงานของผู้ป่วย (Pre - test) หลังจากนั้นจึงปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลพร้อมกับการบันทึกในแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่บ้านทุกครั้ง ในครั้งสุดท้ายของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีการประเมินด้วยแบบประเมินชุดเดิม (Post - test) พร้อมกับประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ และมีการติดตามเพื่อประเมินความต่อเนื่องของการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยในแต่ละเดือนเป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยในขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้านแต่ละครั้ง ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติตามกิจกรรม

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	การ พยาบาลตาม กระบวนการพยาบาล ดังนี้ 1. การประเมินปัญหา โดยมีกิจกรรมที่ปฏิบัติ คือ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อความเชื่อถือไว้วางใจระหว่าง ผู้ศึกษาและผู้รับบริการ โดยกล่าวทักทาย พูดคุย แนะนำตัว บอก วัตถุประสงค์ในการมาที่บ้านผู้รับบริการ 1.2 กระตุ้นให้ผู้พูดคุยถึงความรู้สึก และผลกระทบที่ได้รับจากการ เจ็บป่วยโดยใช้คำถามปลายเปิด 1.3 ร่วมรับรู้ปัญหา โดยรับฟังปัญหาอย่างตั้งใจ ใส่ใจ แสดง ความรู้สึกเห็นใจในปัญหาที่เกิดขึ้น แสดงความห่วงใย 1.4 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดปัญหา โดยสรุปจากการ บอกเล่าของผู้ป่วยและญาติ และสะท้อนคิดพิจารณาจากเหตุการณ์ที่ เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พร้อมทั้งให้บอกความคาดหวังในการเจ็บป่วย 1.5 เสนอตัวให้ความช่วยเหลือ โดยแสดงความห่วงใยและต้องการ ช่วยเหลือในปัญหาที่เกิดขึ้น 1.6 สร้างข้อตกลงร่วมกันในการแก้ไขปัญหาระหว่างผู้รับบริการ และผู้ศึกษา 2. การวางแผนและปฏิบัติ โดยมีกิจกรรมที่ปฏิบัติ คือ 2.1 พิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาของผู้รับบริการ เช่น สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว สังคม วัฒนธรรม ความคิดความเชื่อ ทศนคติ การปฏิบัติตัว สิ่งแวดล้อมและแบบแผน การดำเนินชีวิต 2.2 ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการแก้ไขปัญหาระหว่างผู้รับบริการ และผู้ศึกษา 2.3 หาวิธีการแก้ไขปัญหา โดยกระตุ้นให้ผู้รับบริการเป็นผู้คิดหา แนวทางแก้ไข เพื่อปรับความหวังให้เป็นแผนการดูแล 2.4 ปฏิบัติตามแผนโดยผู้ศึกษาให้การสนับสนุน แนะนำ

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ให้กำลังใจ ให้ข้อมูล สร้างความมั่นใจ ให้แรงเสริม กล่าวชื่นชมให้กำลังใจเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น 2.5 สรุปประเด็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และสรุปให้เห็นศักยภาพของผู้ป่วยและญาติในความสามารถของการแก้ไขปัญหา 2.6 จากการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี มีการเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมในการดูแล 2.7 สร้างความตระหนักและให้ความสำคัญของบุคคลในชุมชน ค้นหาศักยภาพของชุมชนและนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย 2.8 หาแหล่งสนับสนุนให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย 3. การประเมินผล มีกิจกรรมที่ปฏิบัติดังนี้ 3.1 ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งในผู้ป่วยและครอบครัว 3.2 นำมาปรับปรุงแก้ไขในกิจกรรมต่างๆหรือปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ 3.3 เชื่อมโยงแหล่งสนับสนุนในพื้นที่เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง 3.4 สรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 3.5 ประเมินความพึงพอใจ 3.6 ยุติบริการ โดยในการปฏิบัติการตามกระบวนการพยาบาลดังกล่าว ผู้ศึกษาปฏิบัติภายใต้บทบาทพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของเคลบานอฟ (Klebanoff) ดังนี้ 1. บทบาทของการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติมีดังนี้

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	1.1 การประเมินสถานะด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย 1.2 การตรวจสภาพจิต การให้คำปรึกษารายบุคคล 1.3 การประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น แหล่งฝึกอาชีพ 1.4 การส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งบริการสุขภาพอื่นๆที่เหมาะสม 1.5 จัดการเรื่องการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยพบพยาบาลผู้เชี่ยวชาญตามปัญหาของผู้ป่วยและญาติ 1.6 บริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง 1.7 ให้ความร่วมมือกับทีมการรักษาในการดูแลผู้ป่วย 1.8 ประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางทางพยาบาลจิตเวช เพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม 1.9 ประเมินผลการให้บริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน 2. บทบาทที่ปรึกษา กิจกรรมการพยาบาล มีดังนี้ 2.1 ให้การปรึกษาแก่สมาชิกในทีมการรักษา 2.2 ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว/ชุมชน 2.3 ให้การปรึกษาด้านการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน 2.4 เป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาการให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน 3. บทบาทผู้ให้ความรู้หรือข้อมูล กิจกรรมการพยาบาล มีดังนี้ 3.1 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง และให้ความรู้แก่ญาติในการดูแลผู้ป่วย 3.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการและการรักษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน 3.3 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องยา ผลข้างเคียงของยาและวิธีการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวช

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	3.4 ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน 3.5 ให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพทั้งกับพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ 3.6 ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุน และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว เช่น แหล่งสนับสนุนจากองค์กรบริหารส่วนตำบล 3.7 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการด้านจิตใจและสังคมในโรงพยาบาล เช่น คลินิกคลายเครียด บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นต้น 3.8 ให้ข้อมูลแก่ญาติและชุมชนเกี่ยวกับการแปลผลพฤติกรรมอาการของผู้ป่วยที่แสดงออก 3.9 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องของการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลภายในครอบครัวให้มีการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดความขัดแย้งภายในครอบครัว 3.10 บันทึกการดูแลในแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมทุกครั้งที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว
Research Findings	1. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ไม่กลับมารักษาซ้ำ ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ สามารถดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยาและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ช่วยเหลืองานครอบครัว สามารถประกอบอาชีพและได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากองค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆในชุมชนมากขึ้น มีผู้ดูแลหลักเรื่องการรับประทานยา และเมื่อติดตามผลความต่อเนื่องเมื่อยุติการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยติดตามผลจากการบันทึกการมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่องในแต่ละเดือน ร่วมกับการประเมินโดยการพูดคุยซักถามผู้ป่วยและญาติ พบว่า ในระยะเวลา 6 เดือนผู้ป่วยมารับการรักษา

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง รับประทานยาได้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ มีทักษะทางสังคมและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระภายใต้บรรยากาศที่เป็นที่อาศัยของผู้ป่วยเอง 2. ระดับคะแนนสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลที่บ้านมีระดับคะแนนสมรรถภาพสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการดูแลที่บ้าน ดังนี้ - ผู้ป่วยจิตเภท 6 ราย ก่อนได้รับการดูแลที่บ้านมีคะแนนความสามารถอยู่ที่ระดับ 1 (ระดับคะแนน ≤ 2.40 หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รบกวนความสงบของผู้อื่น หรือเป็นผู้ที่อยู่ตามลำพัง ไม่ยุ่งกับใคร) หลังได้รับการดูแลที่บ้านมีคะแนนความสามารถอยู่ที่ระดับ 3 (ระดับคะแนน ≥ 3.41 หมายถึง ผู้ป่วยอาการทุเลามาก ผู้ป่วยพึ่งตนเองได้หรือประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นได้) - ผู้ป่วยจิตเภท 1 ราย ก่อนได้รับการดูแลที่บ้านมีคะแนนความสามารถอยู่ที่ระดับ 1 หลังได้รับการดูแลที่บ้านมีคะแนนความสามารถอยู่ที่ระดับ 2 (ระดับคะแนน 2.41 – 3.40 หมายถึง ผู้ป่วยอาการทุเลาปานกลาง เป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้างแต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่) 3. ระดับคะแนนการประเมินอาการทางจิตใจ สังคมและหน้าที่การงานของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลที่บ้านมีระดับคะแนนการประเมินอาการทางจิตใจ สังคมและหน้าที่การงานเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับการดูแลที่บ้าน ดังนี้ - ผู้ป่วยจิตเภททั้ง 7 ราย ก่อนได้รับการดูแลที่บ้านมีคะแนนการประเมินอาการทางจิตใจ สังคมและหน้าที่การงานอยู่ในระหว่าง 60 - 70 คะแนน หลังจากได้รับการดูแลที่บ้านมี 1 รายคะแนนเพิ่มเป็น 78 คะแนน ผู้ป่วย 5 รายคะแนนเพิ่มอยู่ในช่วง 80 - 90 คะแนน

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	และอีก 1 รายคะแนนเพิ่มเป็นมากกว่า 90 คะแนน 4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านพบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอยู่ในระดับดีถึงดีมาก 5. สรุปบทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในการศึกษารุ่นนี้ ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีความสอดคล้องกับบทบาทพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของเคลบานอฟ (Klebanoff) ซึ่งสามารถแยกกิจกรรมในแต่ละบทบาทที่ได้ปฏิบัติที่มีความสอดคล้องและความแตกต่างจากบทบาทของเคลบานอฟ ดังต่อไปนี้ 5.1 บทบาทผู้ให้การพยาบาลโดยตรง (Clinician) กิจกรรมที่ปฏิบัติภายใต้บทบาทการให้การพยาบาลโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยที่มีความสอดคล้องกับของเคลบานอฟ มีดังนี้ - การประเมินร่างกาย จิตใจสังคมของผู้ป่วย - การตรวจสุขภาพจิต - การประสานงานกับหน่วยต่างๆที่เกี่ยวข้อง - ประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช - บริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง - บริหารจัดการนำตัวผู้ป่วยไปยังแหล่งบริการสุขภาพอื่นๆ กิจกรรมที่ปฏิบัติเพิ่มเติมจากกรอบของเคลบานอฟ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ไม่สอดคล้องกับที่เคลบานอฟกล่าวถึง มีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้ - ประเมินความรู้และทัศนคติของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเวช ความเชื่อทางวัฒนธรรมและวิถีชุมชนของผู้ป่วยแต่ละราย - ประเมินผลกระทบหรือความคับข้องใจของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	- ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสมรรถภาพและความต้องการ - บริหารจัดการให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อแก้ไข ปัญหา - ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละครั้ง - ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แสดงความสามารถและดูแลตนเองในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน - บริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้ประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ - สร้างการยอมรับจากญาติและชุมชนโดยให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแล กิจกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติในบทบาทของการให้การพยาบาลตามที่เคลบบานอฟ กล่าวไว้ มี 1 กิจกรรม คือ การทำจิตบำบัตรายครอบครัวและรายบุคคล 5.2 บทบาทการเป็นที่ปรึกษา (Consultant) กิจกรรมที่ปฏิบัติและมีความสอดคล้องกับบทบาทพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของเคลบบานอฟ มีดังนี้ - การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในเรื่องความไม่สบายใจและความคับข้องใจจากการดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัว - การให้คำปรึกษาแก่ญาติ รับฟังปัญหาความคับข้องใจที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วย - การให้คำปรึกษาแก่ผู้นำและแกนนำชุมชน รับฟังปัญหาหรือผลกระทบที่ได้รับจากการมีผู้ป่วยทางจิตอยู่ในชุมชน - ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดการตำหนิตีเยียนผู้ป่วยและลดความขัดแย้งภายในครอบครัว - การเป็นที่ปรึกษาด้านการจัดการในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านกับญาติและชุมชน

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	กิจกรรมที่ปฏิบัติเพิ่มเติม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ไม่สอดคล้องกับที่เคลบบานอฟได้กล่าวไว้ในบทบาทที่ปรึกษามี 1 กิจกรรม คือ การเป็นที่ปรึกษาแก่ญาติในการประเมินความก้าวหน้าหรือพฤติกรรมอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย กิจกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติตามที่เคลบบานอฟ กล่าวไว้ในบทบาทการเป็นที่ปรึกษาในการศึกษาค้างนี้ คือ - เป็นที่ปรึกษาเรื่องการวิจัยทางการแพทย์ - ตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน - นิเทศการให้การพยาบาลทางจิตสังคมแก่สมาชิกในทีมการรักษา - เป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 5.3 บทบาทผู้ให้ความรู้หรือข้อมูล (Teacher) กิจกรรมที่ปฏิบัติและมีความสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามของเคลบบานอฟ มีดังนี้ - การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง - ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ญาติในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน - ให้ความรู้หรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ - ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการให้บริการของหน่วยงาน - กระทำตัวเป็นแบบอย่างให้แก่ผู้ป่วย ญาติและชุมชนเพื่อนำไปปฏิบัติ กิจกรรมที่ปฏิบัติเพิ่มเติมหรือเป็นกิจกรรมที่ไม่สอดคล้องกับที่เคลบบานอฟ กล่าวถึง มีรายละเอียดดังนี้ - การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ชุมชนในเรื่องโรคจิตเภท และความสำคัญของชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	- ให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องสิทธิการรักษาและขั้นตอนของการไปขอรับบริการจากโรงพยาบาลเฉพาะทาง - ให้ความรู้และคำแนะนำเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแก่ญาติและชุมชน - ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ชุมชนในการดูแลผู้ป่วย - ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ส่วนราชการในท้องถิ่นที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องโรคจิตเภท กิจกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติตามที่เตรียมไว้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ การให้ข้อมูลแก่ทีมการรักษาเกี่ยวกับการแปลผลพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย 5.4 กิจกรรมที่ปฏิบัตินอกเหนือจากบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของเคลบบานอฟ มีดังนี้ - เชื่อมโยงให้เกิดการทำงานเป็นทีม - ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง - ใช้ศักยภาพของชุมชนที่มีอยู่มาใช้ให้เป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัวและชุมชน - สนับสนุนให้ชุมชนรวมกลุ่มช่วยเหลือกันเองเพื่อหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วย
Implementation	จากผลการศึกษา พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาลและบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของเคลบบานอฟ รวมทั้งกิจกรรมการพยาบาลที่เพิ่มเติมจากของเคลบบานอฟ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อนสามารถดูแลตนเองเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถจะนำกิจกรรมการพยาบาลไปประยุกต์ใช้ต่อไป

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 7

ชื่อเรื่องงานวิจัย	Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomized controlled trial
ผู้แต่ง	Muijen, M., Marks, I., Connolly, J., & Audini, B.
แหล่งตีพิมพ์ / ปี	BMJ, 1992
หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดูแลระหว่างการดูแลที่บ้านกับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลในผู้ป่วยจิตเวชชนิดรุนแรง
Research Design	Randomized controlled trial (RCT)
Level	A
Sample	เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) - เป็นโรคจิตชนิดรุนแรงและจิตแพทย์ลงความเห็นว่าจะต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล - อายุระหว่าง 18 - 64 ปี - ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง มาตัวตายและเคยพักรักษาตัวใน Mental Health Act - ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติด - อาศัยหรืออยู่ในเขตติดต่อกับ South Southwark - ผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวชครั้งแรกและ 20 % ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) - ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดอย่างเฉียบ - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าสมองถูกทำลายจากโรคทางกาย ได้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวช 189 คน (เป็นผู้ป่วยจิตเภท 93 คน) ที่ได้รับการสุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มโดยใช้ของจดหมายที่ระบุเป็น “daily living programme” หรือ “hospital” ดังนี้ - กลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (Home based care) หรือ Daily living programme จำนวน 92 คน แต่มาตามนัดเพื่อรับการประเมิน

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	ซ้ำในเดือนที่ 3 จำนวน 68 คน - กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล (Standard hospital based care) จำนวน 97 คน ที่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล Bethlem หรือ โรงพยาบาล Maudsley และนัดตรวจซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยมาตามนัดเพื่อรับการประเมินซ้ำในเดือนที่ 3 จำนวน 61 คน
Setting	South Southwark, London
Outcomes	1. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล 2. อาการแสดงทางจิต 3. การทำหน้าที่ทางสังคมและการทำหน้าที่ทั่วไป 4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ 5. กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ในทีมการดูแลที่บ้าน (Home based care) หรือ Daily living programme
Research Instruments	1. Present state examination โดยผู้วิจัยนำมาจากวิง กูเปอร์และซาทอเรียส (Wing, Cooper, & Sartorius, 1974) 2. Brief psychiatric rating scale โดยผู้วิจัยนำมาจากโอเวอร์อล และกอร์แฮม (Overall & Gorham, 1962) 3. Social adjustment scale โดยผู้วิจัยนำมาจากวิสแมน เคลอร์แมน เพเคล พรูซอฟ และแฮนสัน (Weissman, Klerman, Paykel, Prusoff, & Hanson, 1974) 4. Global adjustment scale โดยผู้วิจัยนำมาจากเอนดิคอต สปีทเซอร์ ฟลีส และโคเฮน (Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976) 5. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยนำมาจากลาร์เซน แอทคิสัน ฮาร์กรีฟและฮูเยน (Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments (ต่อ)	6. แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติ โดยผู้วิจัยนำมาจากการ์เซน แอทคีสัน ฮาร์กรีฟและฮูเยน (Larsen, Attkison, Hargreaves, & Nguyen, 1979)
Intervention	๑. กลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (Home based care) หรือ Daily living programme ทีมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านประกอบด้วยพยาบาลจิตเวช 7 คน (พยาบาลอาวุโส 1 คน พยาบาลระดับหัวหน้า 3 คน และพยาบาลประจำการ 3 คน) นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน จิตแพทย์ 1 คน เลขานุการ 1 คน และจะมีนักอาสาสมัครเข้ามาแทนพยาบาล 1 คนที่ออกจากทีมหลังทำงานครบ 1 ปี โดยมีจิตแพทย์ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้กับทีมซึ่งจะรับผิดชอบดูแลที่คลินิกฉุกเฉินด้วย หัวหน้าทีมมีหน้าที่ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาลเพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วย รวมทั้งคลินิกฉุกเฉินของโรงพยาบาล Maudsley เพื่อให้บริการฉุกเฉินในเวลากลางคืน และติดต่อประสานงานกับแผนกอาสาสมัครเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะขั้นพื้นฐาน นอกจากนี้ยังติดต่อประสานงานกับศูนย์ดูแลกลางวันเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมในเวลากลางวัน <u>การ approach กลุ่มตัวอย่าง</u> ผู้ป่วยและญาติได้รับการประเมินที่คลินิกฉุกเฉินในครั้งแรกโดยจิตแพทย์และเจ้าหน้าที่อื่น โดยมีการประเมินปัญหาของผู้ป่วย ตรวจร่างกายและอธิบายถึงรายละเอียดของการดูแลที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยและญาติยอมรับการเข้าโปรแกรมจะมีการซักถามเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม ในกรณีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีเจ้าหน้าที่ในทีมการดูแลที่บ้าน (Daily living programme, DLP) ได้แก่ จิตแพทย์ แกนนำในทีมและเจ้าหน้าที่คนอื่นๆเป็นผู้ดูแลต่อเนื่องขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	การดูแลในโรงพยาบาลจะเน้นการดูแลในระยะวิกฤติ เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจะจำหน่ายให้กลับบ้านโดยเร็ว ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง เช่น ฆ่าตัวตาย มีอาการทางจิต จะยังคงอยู่ในโรงพยาบาลต่อไปและได้รับการดูแลโดยเจ้าหน้าที่ในทีมการดูแลที่บ้าน (Daily living programme, DLP) โดยกิจกรรมการพยาบาลจะเน้นที่การดูแลกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน (daily basis) แกนนำในทีมจะเป็นผู้กำหนดให้สมาชิกในทีมหมุนเวียนกันรอบละ 48 ชั่วโมง โดยนำข้อมูลของผู้ป่วยมาวิเคราะห์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหามาวิเคราะห์และให้ความช่วยเหลือต่อไป นักจิตวิทยาเป็นผู้สัมภาษณ์แบบสอบถามโดยครั้งแรกจะเก็บภายใน 72 ชั่วโมงแรกภายหลังเข้าร่วมการวิจัย และครั้งที่ 2 จะเก็บในการมาตามนัดของผู้ป่วยในเดือนที่ 3 – 6 ของการวิจัย ๑ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล (Standard hospital based care) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาล Bethlem หรือ โรงพยาบาล Maudsley ที่ได้รับการดูแลตามปกติ ไม่มีการดูแลพิเศษใดๆ และนัดตรวจซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอก
Research Findings	1. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล พบว่า การดูแลผู้ป่วยที่บ้านสามารถลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลได้ 80 % โดยผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (DLP) รักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 6 วัน ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 53 วัน นอกจากนี้ยังพบว่าการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสามารถป้องกันการ admit ในโรงพยาบาลได้ 23 % 2. อาการแสดงทางจิต พบว่า การดูแลในทั้ง 2 วิธีทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงทางจิตลดลงอย่างเห็นได้ชัด และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (DLP) มีอาการแสดงทางจิตน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	3. การทำหน้าที่ทางสังคมและการทำหน้าที่ทั่วไป พบว่าการดูแลในทั้ง 2 วิธีทำให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ทางสังคมและการทำหน้าที่ทั่วไปดีขึ้นอย่างชัดเจน และพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (DLP) มีการทำหน้าที่ทางสังคมและการทำหน้าที่ทั่วไปดีกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 4. ความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (DLP) มีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ 5. ความพึงพอใจของญาติ พบว่า ญาติผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีความพึงพอใจมากกว่าญาติผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 6. กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ในทีมการดูแลที่บ้าน (Home based care) หรือ Daily living programme พบว่า - ในเดือนแรก ใช้เวลาทั้งหมด 26 ชั่วโมง โดยใช้เวลาในชุมชน 67 % เยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วย 27 % และเยี่ยมโดยทางโทรศัพท์ 6 % - ในเดือนที่ 2 ใช้เวลาทั้งหมด 17 ชั่วโมง โดยใช้เวลาในชุมชน 90 % เยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วย 5 % และเยี่ยมโดยทางโทรศัพท์ 5 % - ในเดือนที่ 3 ใช้เวลาทั้งหมด 12 ชั่วโมง โดยใช้เวลาในการเยี่ยมแต่ละครั้งประมาณ 40 นาที กิจกรรมการดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยจะได้รับความช่วยเหลือด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนี้ 1. ด้านผู้ป่วย มีการให้ความช่วยเหลือและสอนเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือเรื่องงานให้ทำโดยฝึกการให้สัมภาษณ์ในการสมัครเข้าทำงาน รวมทั้งการแก้ปัญหาในด้านต่างๆ เช่น การดูแล

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	สุขอนามัยส่วนบุคคล การซื้อของและการทำอาหาร 2. ด้านญาติและเพื่อนของผู้ป่วย มีการให้ข้อมูล การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา ครอบครัวบำบัด และการฝึกการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย
Implementation	จากผลการศึกษา พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชชนิดรุนแรงโดยทีมการดูแลที่บ้าน (Home based care) หรือ Daily living programme, DLP สามารถลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลได้ถึง 80 % เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล และสามารถป้องกันการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลได้ถึง 23 % ส่วนในด้านอาการแสดงทางจิตและการทำหน้าที่ทางสังคมและการทำหน้าที่ต่างๆไป พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (DLP) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่ก็พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (DLP) มีอาการแสดงทางจิตน้อยกว่าและมีการทำหน้าที่ทางสังคมและการทำหน้าที่ต่างๆไปดีกว่า รวมทั้งผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการดูแลที่บ้านมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ก็มีข้อจำกัดในเรื่องการให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดของกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 8

ชื่อเรื่องงานวิจัย	A comparison of effectiveness and cost between two models of care for individuals with schizophrenia living in Taiwan
ผู้แต่ง	Lin, C.L., Yin, J.C., Kuo, I.T., Chang, W.Y., & Tsai, S.L.
แหล่งตีพิมพ์ / ปี	Archives of Psychiatric Nursing, 2001
หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายและประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (HHC: Hospital-based home care model) กับการดูแลตามปกติ (TCC: Traditional community care model)
Research Design	เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – experimental research)
Level	B
Sample	1. ผู้ป่วยจิตเภท 60 คน ที่อาศัยในเขตเมืองของประเทศไต้หวัน มีการแบ่งแบบเฉพาะเจาะจงเป็น 2 กลุ่มๆละ 30 คน ดังนี้ - กลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (Hospital-based home care group) จำนวน 30 คน ที่ได้รับการดูแลที่บ้านอย่างน้อย 2 ครั้งและมารับการตรวจรักษาตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก หลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระหว่างปี ค.ศ. 1999 - กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (Traditional community care group) จำนวน 30 คน ที่มารับการตรวจรักษาตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียว โดยไม่ได้รับการดูแลที่บ้านหลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะเวลาเดียวกัน 2. เวชระเบียนผู้ป่วย
Setting	โรงพยาบาล Taipei Veterans General Hospital ประเทศไต้หวัน
Outcomes	1. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย 2. ด้านประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด คือ - พฤติกรรมด้านการควบคุมโรค - อาการและอาการแสดงทางจิต - การทำหน้าที่ทางสังคม

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Outcomes (ต่อ)	- ความพึงพอใจในการให้บริการ 3. ประเมินการค่าใช้จ่ายใน 4 หน่วยงาน (แผนกผู้ป่วยนอก แผนกฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน และแผนกดูแลผู้ป่วยที่บ้าน) 4. อัตราความคุ้มทุนของการให้บริการดูแลที่บ้านกับการดูแลตามปกติที่โรงพยาบาล 5. การวิเคราะห์ความไวของความคุ้มทุนของการให้บริการดูแลที่บ้านกับการดูแลตามปกติที่โรงพยาบาล
Research Instruments	1. ด้านประสิทธิภาพ (Effectiveness) ใช้แบบสอบถาม ซึ่งครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ - พฤติกรรมด้านการควบคุมโรค ประกอบด้วย ความถี่ในการไปพบจิตแพทย์ตามนัด ความร่วมมือในการใช้ยา และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล - อาการทางจิต ประกอบด้วย อาการด้านบวก (positive symptoms) อาการด้านลบ (negative symptoms) อาการทางประสาท (neurotic symptoms) และอาการด้านพฤติกรรมอื่นๆ (other behavior symptoms) - การทำหน้าที่ทางสังคม ประกอบด้วย การทำงานให้สำเร็จ สัมพันธภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน การใช้เวลาว่าง การทำกิจกรรมประจำวัน และนิสัยที่ไม่ดีต่างๆ - ความพึงพอใจในการให้บริการ ประกอบด้วย ความสะดวกสบาย ระยะเวลาที่ใช้ ความรู้และความสามารถของพยาบาล (สอนเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา เทคนิคการพยาบาล ทักษะในการสื่อสารและการสัมภาษณ์ และการสนับสนุนให้มี Empathy) การบริการประกอบด้วยทัศนคติของผู้ให้บริการ ค่าใช้จ่าย ภาระของผู้ดูแล และความพึงพอใจในภาพรวม

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments (ต่อ)	2. ประเมินการค่าใช้จ่าย (Cost Estimation) คำนวณจากหน่วยบริการ 4 หน่วย (แผนกผู้ป่วยนอก แผนกฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน และแผนกดูแลผู้ป่วยที่บ้าน) โดยดูจากความรู้ในการให้บริการ และค่าใช้จ่ายจริง แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยในแต่ละหน่วยบริการ 3. อัตราความคุ้มค่า (Cost – Effectiveness Ratios) 4. การวิเคราะห์ความไวของความคุ้มค่า (Sensitivity Analysis)
Intervention	๑ กลุ่มควบคุม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ (Traditional community care group) ที่มารับการตรวจรักษาตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียว และไม่ได้รับการดูแลที่บ้าน ๑ กลุ่มทดลอง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (HHC; Hospital-based home care model) ซึ่งให้บริการโดยพยาบาลจิตเวชจากโรงพยาบาล โดยกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย 1. การดูแลด้านร่างกาย (Physical care) โดยจะมีการประเมินสภาพร่างกายและความเจ็บป่วยทางกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับยาและฤทธิ์ข้างเคียงของยา การดูแลให้รับประทานยา รวมถึงการติดตาม การประเมินสถานะอาการทางจิต และการดูแลเมื่อเกิดภาวะวิกฤติฉุกเฉิน 2. การดูแลด้านจิตใจ (Psychological care) โดยให้ความรู้เรื่องการจัดการความเครียด รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 3. การดูแลด้านสังคม (Social care) โดยให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ช่วยจัดการความขัดแย้งภายในครอบครัว เพิ่มศักยภาพและเสริมสร้างพลังอำนาจของระบบแหล่งสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ที่จะใช้ในการส่งต่อ
Research Findings	1. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทมานาน 6 - 15 ปี ส่วนใหญ่เป็นโสด ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีอายุระหว่าง 20 - 39 ปีและ 40 - 59 ปี อาศัยอยู่กับบิดามารดาที่อายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นชนชั้นกลาง

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	2. ตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพทั้ง 4 ด้าน พบว่า - ด้านการควบคุมโรค พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (HHC) มีคะแนนพฤติกรรมด้านการควบคุมโรคสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 - ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (HHC) มีคะแนนพฤติกรรมด้านการทำหน้าที่ทางสังคมสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 - อาการทางจิต พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (HHC) มีอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 - ด้านความพึงพอใจในการให้บริการ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (HHC) มีคะแนนความพึงพอใจในการให้บริการสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 3. ด้านค่าใช้จ่ายใน 4 หน่วยงาน ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน และแผนกดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า ค่าใช้จ่ายในทั้ง 4 หน่วยงานของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีราคาถูกกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กล่าวคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลที่บ้านเสียค่าใช้จ่ายคนละ 1,476.90 \$ และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติเสียค่าใช้จ่ายคนละ 2,918.12 \$ 4. อัตราความคุ้มค่า (Cost - Effectiveness Ratios) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีอัตราความคุ้มค่ามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลที่บ้าน ค่า C/E Ratio = 4.5 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ ค่า C/E Ratio = 12.3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	5. นำอัตราความคุ้มทุนมาวิเคราะห์ความไว (Sensitive Analysis) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีอัตราความคุ้มทุนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
Implementation	จากผลการศึกษา พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ ไม่มีอาการกำเริบ ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาและการรักษาเป็นอย่างดี มีอาการทางจิตน้อยลง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมได้ มีความพึงพอใจในบริการดูแลที่บ้าน รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าและมีความคุ้มทุนมากกว่าเพื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์อีกอย่างหนึ่งที่จะนำไปใช้ประกอบเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อไป

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษางานวิจัยที่ 9

ชื่อเรื่องงานวิจัย ผู้แต่ง แหล่งตีพิมพ์ / ปี	A comparison of the cost-effectiveness of hospital-based home care with that of a conventional outpatient follow-up for patients with mental illness Tsai, S.L., Chen, M.B., & Yin, J.C. Journal of Nursing Research, 2005
หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อเปรียบเทียบความคุ้มค่าของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านกับการไปรับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลตามนัด
Research Design	เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – experimental research)
Level	B
Sample	ผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว หวาดระแวงและโรคจิตจากการใช้ยาและสารเสพติดที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองได้หวั่น จำนวน 80 คน (เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 60 คน) โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ - กลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (Hospital-based home care group, HHC) จำนวน 40 คนที่ได้รับการดูแลจากทีมเจ้าหน้าที่ที่บ้านอย่างน้อย 2 ครั้งและไปรับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลตามนัด ในปี ค.ศ. 1999 - กลุ่มที่ได้รับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลตามนัดเพียงอย่างเดียว (Conventional outpatient follow-up group, COF) จำนวน 40 คน โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วงเวลาและโรงพยาบาลเดียวกันกับผู้ป่วยกลุ่ม HHC และจับคู่เข้าได้กับกลุ่ม HHC ทั้งการวินิจฉัยโรค เพศ อายุและถิ่นที่อยู่อาศัย Inclusion ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มเป็นผู้ป่วยที่เคย admit ในโรงพยาบาลเดิมในปี ค.ศ. 1999 Exclusion - ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 18 ปีและอายุมากกว่า 65 ปี

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 9 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Setting	เขตเมืองของประเทศไต้หวัน
Outcomes	1. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย 2. ด้านประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด คือ - พฤติกรรมด้านการควบคุมโรค - อาการและอาการแสดงทางจิต - การทำหน้าที่ทางสังคม - ความพึงพอใจในการให้บริการ 2. ประเมินการและเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายใน 4 หน่วยงาน 3. อัตราความคุ้มค่าของการให้บริการทั้ง 2 แบบ 4. การวิเคราะห์ความไวของต้นทุน
Research Instruments	1. แบบสอบถามพฤติกรรมด้านการควบคุมโรค ประกอบด้วย การไปพบจิตแพทย์ตามนัด ระดับของความร่วมมือในการใช้ยา และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล 2. แบบประเมินอาการและอาการแสดงทางจิต ประกอบด้วย อาการทางประสาท อาการด้านบวก อาการด้านลบ และอาการด้านพฤติกรรมอื่นๆ 3. แบบสอบถามการทำหน้าที่ทางสังคม ประกอบด้วย การทำหน้าที่ให้สำเร็จ สัมพันธภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน การใช้เวลาว่าง และนิสัยที่ไม่ดีต่างๆ 4. ความพึงพอใจในการให้บริการ ประกอบด้วย ความสะดวกสบาย ระยะเวลาที่ใช้ ความสามารถของพยาบาล (สอนเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา เทคนิคการพยาบาล ทักษะในการสื่อสารและการสัมภาษณ์ และการสนับสนุนให้มี Empathy) เนื้อหาของการบริการ ทักษะของผู้ให้บริการ ค่าใช้จ่าย และภาระของผู้ดูแล

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 9 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention	การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (HHC: Hospital-based home care) จะให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 5 ปี และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างน้อย 2 ปี ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย 3 กิจกรรม และในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านแต่ละครั้งจะใช้เวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมง ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลที่บ้านเฉลี่ย 7.5 ครั้ง โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้ 1. การดูแลด้านร่างกาย (Physical care) โดยจะมีการประเมินด้านร่างกายและการดูแลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยา 2. การดูแลด้านจิตใจ (Psychological care) มีการประเมินและติดตามอาการทางจิต ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะที่สูงขึ้นในการเผชิญกับโรค และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับตัวในการใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัว 3. การดูแลด้านสังคม (Social care) มีการจัดการเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งเสริมให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดีขึ้น และหาเครือข่ายของแหล่งสนับสนุนทางสังคม
Research Findings	1. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย พบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท 75% ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 21 - 39 ปี สถานะโสด เป็นครอบครัวเดี่ยว อาศัยอยู่กับบิดามารดาที่สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) ไม่ได้ประกอบอาชีพ เริ่มป่วยอายุ 21 - 29 ปี ป่วยนานตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับชนชั้นกลาง 2. ตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพทั้ง 4 ด้าน พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (HHC) มีคะแนนพฤติกรรมด้านการควบคุมโรค การทำหน้าที่ทางสังคม และความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลตามนัดเพียงอย่างเดียว (COF) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนในด้านอาการและอาการ

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 9 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	แสดงทางจิต พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (HHC) มีอาการแสดงทางจิตน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลตามนัดเพียงอย่างเดียว (COF) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกัน เมื่อรวมคะแนนด้านประสิทธิภาพเป็น 1 ตัวชี้วัดสำหรับผู้ป่วยจิตเวชแต่ละคน พบว่า HHC ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการดีกว่า COF อย่างชัดเจน 3. ด้านค่าใช้จ่ายใน 4 หน่วยงาน ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน และแผนกดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า ค่าใช้จ่ายในทั้ง 4 หน่วยงานของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (HHC) มีราคาถูกกว่ากลุ่มที่ได้รับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลตามนัดเพียงอย่างเดียว (COF) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลที่บ้านเสียค่าใช้จ่ายคนละ 1,420.60 US\$ และผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลตามนัดเพียงอย่างเดียวเสียค่าใช้จ่ายคนละ 3,208.20 US\$ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่ม COF มีการ re-admit มากกว่ากลุ่ม HHC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4. อัตราความคุ้มค่า (Cost - Effectiveness Ratios) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (HHC) มีอัตราความคุ้มค่ามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลตามนัดเพียงอย่างเดียว (COF) กล่าวคือ กลุ่ม HHC ค่า C/E Ratio = 4.3 ส่วนกลุ่ม COF ค่า C/E Ratio = 13.5 5. การวิเคราะห์ความไวของความคุ้มค่า (Sensitive Analysis) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (HHC) มีความคุ้มค่ามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลตามนัดเพียงอย่างเดียว (COF)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 9 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implementation	จากผลการศึกษา พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านร่วมกับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลตามนัดทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถควบคุมโรคได้ มีอาการทางจิตน้อยลง ไม่มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาและการรักษาเป็นอย่างดี สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมได้ สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ มีความพึงพอใจในบริการดูแลที่บ้าน รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าและมีความคุ้มทุนมากกว่าเมื่อเทียบกับการดูแลโดยได้รับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลตามนัดเพียงอย่างเดียว ดังนั้น จึงสามารถนำงานวิจัยเรื่องนี้ไปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดระบบบริการผู้ป่วยที่บ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อไป

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 10

ชื่อเรื่องงานวิจัย	Psychosocial approaches in outpatients with schizophrenia
ผู้แต่ง	Dogan, S., Dogan, O., Tel, H., Coker, F., Polatoz, O., & Dogan, F.B
แหล่งตีพิมพ์ / ปี	Psychiatric Rehabilitation Journal, 2004
หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาว่าการให้การดูแลด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการให้ยาทางจิตเวชมีผลต่อความเจ็บป่วยและความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของผู้ป่วยอย่างไร
Research Design	เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) ชนิด One group pre-test – post-test design
Level	B
Sample	ผู้ป่วยจิตเภทที่เคยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่แผนกจิตเวชของโรงพยาบาล Cumhuriyet University Hospital อย่างน้อย 1 ครั้ง จำนวน 23 คน
Setting	ประเทศตุรกี
Outcomes	1. อาการและอาการแสดงทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท 2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท 3. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท 4. การทำหน้าที่ด้านต่างๆของผู้ป่วยจิตเภท 5. การยอมรับของครอบครัวและบุคคลอื่นที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท
Research Instruments	1. แบบประเมินอาการทางจิตชนิดย่อ (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) 2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO Quality of Life - BREF < TR >: WHO-QOL-BREF-TR) 3. แบบประเมินครอบครัว (Family Assessment Device: FAD) 4. แบบประเมินระดับความสามารถในการทำหน้าที่ (Specific Level of Functioning Scale: SLFS)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments (ต่อ)	5. แบบประเมินการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม (Multidimensional Scale of Perceived Social Support : MSPSS)
Intervention	การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยใช้การดูแลทางด้านจิตสังคม (Psychosocial approaches) กระทำโดยเจ้าหน้าที่ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ทีม ในแต่ละทีมประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คนและพยาบาลจิตเวช 1 คน ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านทุก 2 สัปดาห์ จำนวนทั้งหมด 6 ครั้ง โดยใช้เวลาในแต่ละครั้งนาน 60-90 นาที ใช้เวลาในการทำกิจกรรมทั้งหมด 3 เดือน ดังมีรายละเอียด คือ ครั้งแรก มีการสังเกตสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพภายในบ้าน ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและข้อมูลด้านต่างๆรวมทั้งรายได้ของครอบครัว นอกจากนี้ได้มีการทำแบบประเมินโดยใช้เครื่องมือทั้ง 5 อย่าง (Pre-test) ได้แก่ 1) แบบประเมินอาการทางจิตชนิดย่อย 2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 3) แบบประเมินครอบครัว 4) แบบประเมินระดับความสามารถในการทำหน้าที่ และ 5) แบบประเมินการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม ครั้งหลัง มีการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวในเรื่องโรคจิตเภท อาการระยะเริ่มแรกและอาการแสดงของการต่อต้าน ยารักษาอาการทางจิต การติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว การฝึกทักษะทางสังคม การแก้ไขปัญหาและการดูแลผู้ป่วยขณะเกิดอาการวิกฤติ โดยมีการทำ Post-test ด้วยแบบประเมินชุดเดิมในการดูแลครั้งสุดท้าย
Research Findings	1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 21 - 58 ปี เฉลี่ย 35 ปี ส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว มีการศึกษาระดับชั้นพื้นฐาน เริ่มป่วยเมื่ออายุ 13-48 ปีเฉลี่ย 26 ปี ระยะเวลาป่วยนาน 1-23 ปีเฉลี่ย 9 ปี และจำนวนครั้งของการเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล 1-4 ครั้งเฉลี่ย 2.6 ครั้ง

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	2. BPRS พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลที่บ้านโดยใช้การดูแลทางด้านจิตสังคมมีอาการแสดงทางจิตน้อยกว่าก่อนได้รับการดูแลที่บ้านโดยใช้การดูแลทางด้านจิตสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .02 3. WHO-QOL-BREF-TR พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลที่บ้านโดยใช้การดูแลทางด้านจิตสังคมมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลที่บ้านโดยใช้การดูแลทางด้านจิตสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .02 4. FAD พบว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลที่บ้านโดยใช้การดูแลทางด้านจิตสังคมดีกว่าก่อนได้รับการดูแลที่บ้านโดยใช้การดูแลทางด้านจิตสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 5. SLFS ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลที่บ้านโดยใช้การดูแลทางด้านจิตสังคมมีการทำหน้าที่ด้านต่างๆสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลที่บ้านโดยใช้การดูแลทางด้านจิตสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001 6. MSPSS ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลที่บ้านโดยใช้การดูแลทางด้านจิตสังคมได้รับการยอมรับจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญอื่นๆ มากกว่าก่อนได้รับการดูแลที่บ้านโดยใช้การดูแลทางด้านจิตสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ ในการประเมินครั้งสุดท้ายยังพบว่า - ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเคยได้รับข้อมูลที่ผิดๆ มาก่อนเกี่ยวกับโรคจิตเภท เช่น โรคจิตเภทเป็นโรคติดต่อ หรือผู้ป่วยสามารถหยุดยาเองได้ เป็นต้น - ผู้ป่วยจิตเภท 2 คนเริ่มทำงานได้ - ความสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยาดีขึ้น โดยเริ่มมีการพูดคุยกันมากขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทชาย 2 คนซื้อของขวัญให้ภรรยา ส่วนอีก 1 คนให้ดอกกุหลาบแก่ภรรยา - ผู้ป่วยอยากให้งานกิจกรรมนี้ต่อไป

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา
งานวิจัยที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implementation	จากผลการศึกษา พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้การดูแลทางจิตสังคม ซึ่งดำเนินการโดยจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการแสดงทางจิตน้อยลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สัมพันธภาพภายในครอบครัวดีขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทสามารถทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น และครอบครัวรวมทั้งเพื่อนและบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ ดังนั้น การศึกษานี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์อีกอย่างหนึ่งที่จะนำไปใช้ประกอบเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อไปได้

ประวัติผู้ศึกษา

ชอ - นามสกุล

นางวารุณี มากำเนิด

วัน เดือน ปีเกิด

วันที่ 13 ตุลาคม 2508

สถานที่เกิด

จังหวัดลพบุรี

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง

นครราชสีมา

W.P. 2534 - 2538

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พ.ศ. 2538 - ปัจจุบัน

โรงพยาบาลท่าหลวง

กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน

โทรศัทพ์ 036-497105 ต่อ 113

E-mail: makumnerd@yahoo.com

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่อยู่

บ้านเลขที่ 98 หมู่ 2 ต.ม่วงค่อม อ. ชัยบาดาล จ. ลพบุรี