

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล
Discharge planning for patients with schizophrenia who use substances in the continuous
phase with the participation of caregivers.

(Received: January 8,2024 ; Revised: February 22,2024 ; Accepted: February 24,2024)

คณิวรรณ ภูษา¹ ณัชมนพรณ ปลื้มรุ่งโรจน์¹
Kaniwan Phusa¹ Natchamonphan Pleumrunroj¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และเพื่อศึกษาความแตกต่างของการผิดนัดการรักษาและการขาดยาในผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภูมิจิต โรงพยาบาลหนองคาย ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - เดือนธันวาคม 2566 จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หาความตรงของเนื้อหาได้ค่า CVI=0.91 และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค=0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติทดสอบ t-test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) สร้างความตระหนักในการดูแลผู้ป่วย 2) สร้างองค์ความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจ 3) ส่งเสริมความร่วมมือ และ 4) ติดตามดูแลต่อเนื่อง หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งการผิดนัดรักษาลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และหลังเข้าโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามครั้งที่ 1, 2 และ 3 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

คำสำคัญ : รูปแบบการวางแผนจำหน่าย,ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด,การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

Abstract

This research was a quasi-experimental research. To develop a discharge planning model for patients with schizophrenia who use substances on an ongoing basis with the participation of caregivers. and to study the differences in treatment defaults and medication lapses in psychiatric patients before and after using the discharge planning model. between the control group and the experimental group Sample size were 60 patients with schizophrenia and their caregivers admitted to the mental health ward. Nong Khai Hospital Between October 2023 - December 2023 were divided into an experimental group of 30 cases and a control group of 30 cases. The data collection tools included a general information questionnaire. and medication behavior assessment form according to treatment criteria Find content validity with a value of CVI=0.91 and find the confidence value. Cronbach's alpha coefficient was obtained = 0.85. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test and Mann-Whitney U test.

The research results found that The discharge planning model consists of 4 activities: 1) creating awareness of patient care, 2) creating knowledge and building confidence, 3) promoting cooperation, and 4) continuous monitoring of care. After joining the program The experimental group had a significantly lower number of treatment defaults than the control group ($p<0.01$) and after entering the program The experimental group had a significantly higher mean medication adherence score from the 1st, 2nd, and 3rd follow-up than the control group at $p<0.05$.

Keywords: Discharge planning model, schizophrenia patients who use substances, caregiver participation

บทนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมี
จำนวนมากขึ้น จากการศึกษาของ เจนเนอร์ และ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยภูมิจิต กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหนองคาย

คณะ¹ พบความชุกของความผิดปกติการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 47.0 โดยความชุกชั่วชีวิตของความผิดปกติของการใช้แอลกอฮอล์ ร้อยละ 33.7 และความชุกชั่วชีวิตของความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ร้อยละ 27.5 โดยบุหรี่ยาสูบเป็นสารเสพติดที่ใช้มากที่สุด ร้อยละ 73.2 ในเพศชาย และร้อยละ 56.3 ในเพศหญิง² ความชุกของความผิดปกติของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตมีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 1.0- 51.0¹ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดชนิดต่างๆ การใช้สารเสพติดทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภท และอาการของโรคจิตเภทมีผลต่อการใช้สารเสพติด³ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา⁴ เพราะนอกจากต้องให้การดูแลอาการทางจิตตามรายโรคแล้วยังต้องให้การดูแลอาการที่เกิดจากร่างกายขาดสารเสพติดและผลกระทบด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของผู้ป่วย นอกจากนี้แล้วเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมกับผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วย โรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีอายุการเริ่มต้นเกิดโรคจิต เร็วกว่า มีอาการกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้งมากกว่า ให้ความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่า มีการปรับตัวต่อสังคมยากกว่า เสี่ยงต่อโรคติดเชื้อ เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การฆ่าตัวตายและการไม่ตอบสนองต่อการรักษาโรคจิตมากกว่า รวมทั้งค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพื่อรักษาด้านอายุรกรรมและจิตเวชสูงกว่าด้วยเช่นกัน⁵

ยาเสพติดมีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างกันไปแต่ละประเภท เช่น กระตุ้นประสาทหลอนประสาทกดประสาท เป็นต้น ซึ่งลักษณะการออกฤทธิ์มีผลทำให้นำไปสู่ภาวะการติดยาทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีผลให้สุขภาพร่างกายทรุดโทรมและมีปัญหาทางจิตใจ การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมจำเป็นที่จะต้องมีการบำบัดทั้งในด้านการรักษาทางร่างกายด้านจิตสังคม ร่วมกับการบำบัดเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำเพราะมีผลการวิจัยพบว่า การรักษาที่มีการบูรณาการร่วมกันจะได้ผล

ดีกว่าการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะการรักษาทางด้านจิตสังคม ได้แก่ 1) จิตบำบัดรายบุคคล (individual psychotherapy) 2) จิตบำบัดกลุ่ม (group psychotherapy) 3) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) 4) ครอบครัวบำบัด (family therapy) 5) การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (family psycho education) 6) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (milieu therapy) การบำบัดแบบกลุ่ม โดยทั่วไปจะเริ่มหลังจากที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมเข้าสู่ระยะของการมีเสถียรภาพ (stabilization)⁶

จากการทบทวนเวชระเบียนโรงพยาบาลหนองคาย มีผู้ป่วยจำนวน 275 คน และ 654 คน ปี 2565-2566 และยังพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน เพิ่มขึ้นร้อยละ 58 ทั้งนี้ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงของการติดยาเสพติดมากกว่าผู้ป่วยทั่วไปจากความบกพร่องของสมอง การเผชิญกับสิ่งแวดล้อมหรือครอบครัวที่เกี่ยวข้องสารเสพติด รวมถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยโรคจิตเภทซึ่งทำให้ความสามารถต่ำลง ทั้งด้านทางสังคมและการทำงาน นอกจากนี้การใช้สารเสพติดมีผลทำให้อาการแย่ลง เกิดความอยากยาและติดการเสพยาอย่างรุนแรง อย่างไรก็ตาม สาเหตุของการป่วยซ้ำไม่ได้มาจากผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ระบบบริการที่จำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้นขณะที่ผู้ป่วยยังมีความบกพร่องในการดูแลสุขภาพตนเองและการมีสัมพันธภาพกับคนอื่น⁸ ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง อาการของผู้ป่วยอาจกำเริบหรือป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 50-90⁹ การป่วยซ้ำไม่เพียงมีผลต่อผู้ป่วยเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลที่ต้องใช้เวลาในการช่วยเหลือดูแลและทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนานและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้ง ผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยน้อยจะเกิดความเครียด ความกดดันและรับรู้ถึงความ รู้สึกเบื่อหน่ายเป็นภาระ (burden)

แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทระยะให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization phase) เป็นระยะ

ต่อจากระยะควบคุมอาการ (acute phase) ซึ่งช่วงระยะควบคุมอาการ รวมกับระยะให้ยาต่อเนื่อง จะมีช่วงเวลารวมกันประมาณ 6 เดือน เป็นช่วงที่ความรุนแรงของอาการทางจิตลดลงอย่างต่อเนื่องจนสามารถควบคุมอาการได้ เป้าหมายการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทระยะควบคุมอาการเป้าหมายสำหรับผู้ป่วยระยะให้ยาต่อเนื่อง คือ ประคับประคองบรรเทาหรือควบคุมอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีทักษะในการดูแลตนเอง มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ปรับตัวเข้ากับสังคมและชุมชนได้ มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทการบำบัดรักษาเป้าหมายสำหรับญาติผู้ดูแล คือ มีความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรคการบำบัดรักษา การสังเกตอาการผิดปกติ ทักษะการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่สำคัญ คือ ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่มีความชำนาญเฉพาะทางมีทัศนคติที่ดีกับผู้ป่วย และมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดอาการกำเริบเป้าหมายสำหรับชุมชน คือ ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย จิตเภท ประสานเครือข่ายและสถานบริการเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน

จากการทบทวนกระบวนการวางแผนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมระยะต่อเนื่อง โรงพยาบาลหนองคาย พบว่า กระบวนการวางแผนจำหน่ายยังไม่มีรูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมที่ชัดเจน มีการปฏิบัติที่แตกต่างกันไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมไม่ได้รับการวางแผนที่เฉพาะเจาะจงก่อนจำหน่ายทำให้ไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน ส่งผลให้ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม เกิดการติดเชื้อมากลับมา รักษาซ้ำและกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม จึงได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบ

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล คาดหวังว่าการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นนี้จะช่วยพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เคยใช้สารเสพติดและผู้ดูแล ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่กลับมารักษาซ้ำและไม่กลับมาเสพยาและแก้ไขปัญหามิติดนัยของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล โรงพยาบาลหนองคาย เพื่อป้องกันการผิมนัดการรักษา การขาดยา และภาวะแทรกซ้อน ไม่กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาความแตกต่างของการผิมนัดการรักษา การขาดยา และภาวะแทรกซ้อนไม่กลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ช่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- experimental) โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล โรงพยาบาลหนองคาย เพื่อป้องกันการผิมนัดการรักษา การขาดยา และภาวะแทรกซ้อนไม่กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ณ หอผู้ป่วยภูมิจิต โรงพยาบาลหนองคาย ระหว่างเดือนตุลาคม 2566- เดือนธันวาคม 2566 จำนวน 60 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยภูมิจิต โรงพยาบาลหนองคาย ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนธันวาคม 2566 จำนวน 60 คน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* power version 3.1 สำหรับการวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบเท่ากับ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ $\alpha=0.05$ และขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 54 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 27 คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ทำให้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน โดยจะนับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักที่จะเป็นผู้เข้าร่วมโปรแกรมรวมกันเป็น 1 ชุดข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากโดยเลือกวันที่ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษา (วันศุกร์) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

ผู้ดูแลหลัก 1) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยภูมิจิต โรงพยาบาลหนองคาย ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 ธันวาคม 2566 2) มีที่อยู่อาศัยที่ถาวร สามารถเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลได้สะดวกและต้องอาศัยอยู่ที่เดิม ต่อไปอีกอย่างน้อยจนสิ้นสุดโปรแกรม 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดีทั้งการพูด การอ่าน และการเขียน 4) สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ตลอดการทดลอง

สำหรับผู้ป่วย 1) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยภูมิจิตโรงพยาบาลหนองคาย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2566 2) มีประวัติผิมนัดการรักษอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือเข้ารับการรักษาหรือมีคะแนนการรับประทายตามเกณฑ์การรักษาในระดับปานกลาง-ต่ำ หรือทั้งสองอย่าง 3) มีที่อยู่อาศัยถาวร สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้

สะดวกและจะต้องอาศัยอยู่ที่เดิมต่อไปจนกว่าจะสิ้นสุดโปรแกรม 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดีทั้งการพูด การอ่าน และการเขียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ในการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแล โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของแบนดูรา¹⁰ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ

- 1) สร้างความตระหนักให้กับผู้ดูแล
- 2) สร้างองค์ความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ดูแล โดยการสอนด้วยสื่อแผ่นพับการให้ความรู้เรื่อง โรคจิตเภท โรคจิตจากสารเสพติด โรคจิตจากแอลกอฮอล์ โรคซึมเศร้า และโรคไบโพลาร์ (อารมณ์สองขั้ว) ยาจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนอาการกำเริบ
- 3) ส่งเสริมความร่วมมือ โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม
- 4) ติดตามดูแลต่อเนื่องโดยหลังผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจากผู้ดูแลและให้คำแนะนำหากเกิดปัญหา

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1. แบบบันทึกและสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบด้วย 3 ตอน

- 1) แบบบันทึกและสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ย ข้อวินิจฉัยของแพทย์ ประวัติการผิมนัดการรักษา ประวัติการ

ขาดยา ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยความเจ็บป่วยทางจิตเภท โรคทางกาย และจำนวนสมาชิกครอบครัว ที่อาศัยอยู่ร่วมกัน

2) แบบบันทึกและสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ย ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย และจำนวนคนที่ช่วยดูแลผู้ป่วย

3) แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้วิจัยปรับปรุงและพัฒนาจาก การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยเกี่ยวกับแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยนอกของ พรทิพย์ วัชรติก และ¹¹ ซึ่งประยุกต์มาจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545)¹² ที่ได้พัฒนามาจาก Farragher¹³ มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ เป็นแบบ Likert scale มี 5 ระดับคะแนน คำตอบแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือข้อความทางลบ 7 ข้อ และข้อความทางบวก 9 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน (4 คะแนน)

บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง) (3 คะแนน)

นานๆ ครั้ง หมายถึง นานๆ ปฏิบัติสักครั้ง (เดือนละ 1 ครั้ง) (2 คะแนน)

ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน)

หากเป็นข้อความทางบวกให้คะแนน 4-3-2-1 ตามลำดับ หากเป็นข้อความทางลบ ให้คะแนน 1-2-3-4 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 64 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่

คะแนน <21 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับต่ำ

คะแนน 21-42 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องปานกลาง

คะแนน > 42 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) พิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเภท 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ เกสัชกร และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเภท ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.91 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ใช้สถิติ Mann-Whitney U test วิเคราะห์หาความแตกต่างของการมาตรวจตามนัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Pair t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับประทานยาของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระหว่างคะแนนก่อนเข้าโปรแกรมกับคะแนนการติดตาม 3 ครั้งหลังเข้าโปรแกรม และใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับประทานยาทั้งก่อนเข้าโปรแกรมและหลังเข้าโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลหนองคาย เลขที่โครงการวิจัย 22/2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ดังนี้

1.1 กลุ่มควบคุมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55 อายุเฉลี่ย 32.75 ปี (SD=11.94) อายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 60 ปี การวินิจฉัยโรค

ส่วนใหญ่ คือ โรคจิตจากสารเสพติด ร้อยละ 55 รองลงมาโรคจิตเภทร้อยละ 40 ขาดนัดเฉลี่ย 1.35 ครั้ง ขาดยาเฉลี่ย 46.75 วัน ข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 เพศชาย 40 อายุเฉลี่ย 56.50 ปี (SD=10.55) อายุต่ำสุด 35 ปี สูงสุด 75 ปี การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60 อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 30 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดา ร้อยการรับประทานยา ร้อยละ 95

1.2 กลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65 อายุเฉลี่ย 28.75 ปี (SD=9.96) อายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 60 ปี การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ คือ โรคจิตจากสารเสพติด ร้อยละ 45 รองลงมาโรคจิตเภท ร้อยละ 35 ขาดนัดเฉลี่ย 1.20 ครั้ง ขาดยาเฉลี่ย 53.80 วัน ข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 อายุเฉลี่ย 54.45 ปี (SD=8.19) อายุต่ำสุด 40 ปี อายุสูงสุด 73 ปี การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85 อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร 35 ความสัมพันธ์กับ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 85 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ การรับประทานยา ร้อยละ 95

2. ผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดย การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล หรือผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลหนองคาย

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของการผิมนัด
การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้รูปแบบ
การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด
ระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในกลุ่ม
ควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้ง
การผิมนัดการรักษาของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่ม
ควบคุมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกัน
อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากเข้าร่วม
โปรแกรมแล้วมีการติดตามการผิมนัดการรักษาของ
กลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งการไม่มา
ตามนัดลดลงมากแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ รายละเอียดดัง
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนครั้งการไม่มาตามนัดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n=60) โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ระยะการทดลอง		Mean Rank	n	Mann Whitney U	p
ก่อนเข้าโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	19.50	30	180.00	0.60
	กลุ่มควบคุม	21.50	30		
หลังเข้าโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	14.75	30	85.00**	0.001
	กลุ่มควบคุม	26.25	30		

** $p < 0.001$

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย
ของคะแนนการรับประทานยาของกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของ
การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความ
แปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measurement
Analysis of Variance : ANOVA) การติดตาม จำนวน
3 ระยะ พบว่า มีการละเมิดข้อตกลงเรื่องความเท่ากัน
ของความแปรปรวนในชุดของข้อมูลที่วัดต่างเวลากัน
(Sphericity) เพื่อลดความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1
(type I error) (ระดับความเชื่อมั่นจะเหลือเพียงไม่

เกิน ร้อยละ 85.00 หรือ $\alpha \leq 0.85$ เนื่องจากการ
วิเคราะห์ 3 ครั้ง จะเกิดความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 /
ครั้ง เท่ากับความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นร้อยละ 15.
ดัดแปลงมาจาก เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. 2546 : 145)
ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้การทดสอบของ กรีนเฮาส์-เกร
เซอร์ เอฟซิลอน (Greenhouse-geisser Epsilon)
เนื่องจากวิเคราะห์เพียง 1 ครั้ง ($\alpha = 0.05$) ผลการ
ทดสอบความแปรปรวน ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำเปรียบเทียบของคะแนนเฉลี่ยของการรับประทานยาระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ของผู้ป่วยก่อนครบกำหนดการติดตาม 3 ระยะ (n=60)

แหล่งความแปรปรวน	SS	DF	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	3691.894	1	3691.894	249.317**	0.00
ความคลาดเคลื่อน	858.880	58	14.808		

หมายเหตุ : ** หมายถึง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.01$)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับประทานยาภายในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ของผู้ป่วยก่อนกำหนดการติดตาม 3 ระยะ

แหล่งความแปรปรวน	SS	DF	MS	F	p
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลา	14.065	1.512	9.301	53.432	0.000**
ช่วงเวลา*กลุ่ม	0.176	1.512	0.116	0.668	0.475
ความคลาดเคลื่อน	18.426	105.856	0.174		

หมายเหตุ : ** หมายถึง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < .01$)

จากตารางที่ 2 พบอิทธิพลหลักของการทดลอง โดยมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F_{1,58} = 249.317, p=0.00$) และจากตารางที่ 3 พบอิทธิพลหลักของช่วงเวลาและคะแนนเฉลี่ยของการ

รับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F_{1,512,105.856} = 0.475, p=0.00$) และไม่พบอิทธิพลร่วมระหว่างช่วงเวลาและการทดลอง จึงสามารถการแปลผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำได้

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนการติดตาม 3 ระยะ

ประเภทกลุ่ม	$\bar{X}$ (S.D.)			p-value
	ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3	
กลุ่มทดลอง (n = 30)	41.90 (3.41)	35.30 (3.38)	37.75 (4.50)	1.332
กลุ่มควบคุม (n = 30)	40.20 (7.43)	36.55 (11.22)	38.80 (11.49)	1.352

จากตารางที่ 4 สรุปได้ว่า ผลการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติ

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับประทานยาทั้งก่อนเข้าโปรแกรมและหลังเข้าโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน

แบบวัดซ้ำ (Repeated Measurement Analysis of Variance : ANOVA) การติดตาม จำนวน 3 ระยะ พบว่า มีการละเมิดข้อตกลงเรื่องความเท่ากันของความแปรปรวนในชุดของข้อมูลที่วัดต่างเวลากัน (Sphericity) เพื่อลดความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 (type I error) (ระดับความเชื่อมั่นจะเหลือเพียงไม่เกิน ร้อยละ 85.00 หรือ $\alpha \leq 0.85$) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้การทดสอบของ กรีนเฮาส์-เกิสเซอร์ เอฟซิลอน (Greenhouse-geisser Epsilon) ผลการทดสอบความแปรปรวน ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำเปรียบเทียบของคะแนนเฉลี่ยของการรับประทานยาระหว่าง
กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ของผู้ป่วยเมื่อครบกำหนดการติดตาม 3 ระยะ

แหล่งความแปรปรวน	SS	DF	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	3844.519	1	3844.519	258.056	0.000**
ความคลาดเคลื่อน	864.130	58	14.898		

หมายเหตุ : ** หมายถึง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < .01$)

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับประทานยาภายในกลุ่ม
ทดลองกับกลุ่มควบคุม ของผู้ป่วยเมื่อครบกำหนดการติดตาม 3 ระยะ

แหล่งความแปรปรวน	SS	DF	MS	F	p
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลา	7.176	1.394	5.148	39.029	0.000**
ช่วงเวลา*กลุ่ม	1.954	1.394	1.402	10.626	0.000**
ความคลาดเคลื่อน	12.870	97.569	0.132		

หมายเหตุ : ** หมายถึง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < .01$)

จากตารางที่ 5 พบอิทธิพลหลักของการทดลอง โดยมีความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยในการรับประทานยาของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($F_{1,58} = 258.056$, $p = 0.000$) และจากตารางที่ 6 พบอิทธิพลหลักของช่วงระยะเวลาการรับประทานยา และพบอิทธิพลร่วมระหว่างช่วงเวลาและการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($F_{1,1.394} = 10.626$, $p = 0.000$)

เนื่องจากผลการวิเคราะห์แหล่งความแปรปรวนข้างต้น พบอิทธิพลร่วมระหว่างช่วงเวลาและการทดลอง จึงไม่สามารถสรุปผลการทดลองได้ ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ต่อโดยการทดสอบค่าที (t-

test) ระหว่างกลุ่ม ณ ช่วงเวลาการติดตามครั้งที่ 1 การติดตามครั้งที่ 2 และการติดตามครั้งที่ 3 หลังการรับประทานยา และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (One Way Repeated Measurement Analysis of Variance) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการทดสอบค่า t พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยในการรับประทานยาของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่คะแนนเฉลี่ยของการรับประทานยาของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.01$) ทั้งสามครั้ง

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับประทานยาทั้งก่อนเข้าโปรแกรมและหลังเข้า
โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ($n = 60$)

คะแนนการรับประทานยา	กลุ่มทดลอง ($n=30$)			กลุ่มควบคุม ($n=30$)			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	df	$\bar{X}$	SD	df		
ติดตามครั้งที่ 1	51.90	3.41	38	46.40	7.43	22.67	3.00**	0.000
ติดตามครั้งที่ 2	54.30	3.38	38	37.55	11.22	22.43	6.39**	0.000
ติดตามครั้งที่ 3	54.75	4.50	38	38.80	11.49	24.70	5.77**	0.000

หมายเหตุ : แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < .01$)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า คะแนนการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้เข้าโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ที่ได้รับการพยาบาลตามฐานปกติ รายละเอียดผลการวิเคราะห์ปรากฏตามตารางที่ 7

อภิปรายผล

ผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล หรือผู้ป่วยญาติ โรงพยาบาลหนองคาย พบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมแล้วมีการติดตามการผิวนัดการรักษากลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งการไม่มาตามนัดลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 38.75 (SD=6.67) และคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามครั้งที่ 1, 2 และ 3 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 51.90 (SD=3.41), 54.30 (SD=3.38) และ 54.75 (SD=4.50) ตามลำดับ เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามหลังเข้าโปรแกรมทั้งสามครั้งมาเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาก่อนเข้าโปรแกรมพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังเข้าโปรแกรมมากกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ทั้งสามครั้ง คะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามทั้ง 3 ครั้งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการติดตามครั้งที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ การติดตามครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 พบว่า กลุ่ม

ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ทั้งสองครั้ง ทั้งนี้เนื่องจาก รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล^{14,15} ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ในการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแล โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของแบนดูรา¹⁰

ข้อเสนอแนะ

ควรนำโปรแกรมวางแผนฯ ไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภททุกโรคและทุกคนที่มีผู้ดูแลในหอผู้ป่วยในจิตเวช โรงพยาบาลหนองคาย ที่ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ

- 1) สร้างความตระหนักให้กับผู้ดูแล
- 2) สร้างองค์ความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ดูแล โดยการสอนด้วยสื่อแผ่นพับการให้ความรู้เรื่อง โรคจิตเภท โรคจิตจากสารเสพติด โรคจิตจากแอลกอฮอล์ โรคซึมเศร้า และโรคไบโพลาร์ (อารมณ์สองขั้ว) ยาจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนอาการกำเริบ
- 3) ส่งเสริมความร่วมมือ โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม
- 4) ติดตามดูแลต่อเนื่องโดยหลังผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจากผู้ดูแลและให้คำแนะนำหากเกิดปัญหา

เอกสารอ้างอิง

1. Jenner, L., Kanavanagh, D. J., Greenway, L., & Saunders, J. B. (1998). Dual diagnosis Consortium 1998 report. Brisbane: Dual Diagnosis Consortium.
2. Jabensky, A., McGrath, J., & Herman, H. (1999). People living with psychotic illness; An Australian study 1997-98. National Mental Health Strategy, Commonwealth Department of Health and Aged Care.

3. ธวัชชัย สีนพนาจ. ระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, โรคจิตเวชที่เกิดร่วมกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ ความผิดปกติที่เกิดจากการใช้สารเสพติด. ในพิชัย แสง ขาญชัย, พงศธร เนตราคม และนพพร หิรัญวิวัฒน์กุล, 4. กรมสุขภาพจิต. (2557). เอกสารประกอบการประชุมปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพจิตและจิตเวชระยะที่ 2. วันที่ 15- 16 กันยายน 2557. นนทบุรี: โรงพิมพ์สมมติ.
5. ฐานันดร ปิยศิริศิลป์. (2557). โรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม. เอกสารประกอบการบรรยาย การประชุมวิชาการนานาชาติครั้งที่ 13. 2557. เชียงใหม่: กรมสุขภาพจิต.
- บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน ป.ป.ส; 2549. หน้า 3-115.
6. สมภาพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรค ทางจิตเวช.(พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.2553.
7. พิชัย แสงขาญชัย. (2549). หลักการประเมินและการเข้าถึงผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ. ในพิชัย แสงขาญชัย, พงศธร เนตราคม และนพพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ), ตำราจิตเวชศาสตร์ การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (หน้า77-163). กรุงเทพมหานคร:สำนักงาน ป.ป.ส.
8. ปัทมา ศิริเวช. (2552). การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ใน พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสินานนท์.ตำราโรคจิตเภท (หน้า 305- 316). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
9. Suzuki, Y. (2003). Associated factors of rehospitalization among schizophrenic patients. Psychiatric Clinical Neurosis, 57, 555-561.14-1158(046-060)4.indd 6010/30/141:41:11 AM
10. Bandura A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman.
- Cheng KD, Huang CJ, Tsang HY, Lin CH. (2014). Factors related to missed first appointments after discharge among patients with schizophrenia in Taiwan. J Formos Med Assoc;113(7) :436-441.doi:10.1016/j.jfma.2012.09.016
11. พรทิพย์ วัชรดิกล, อีระ ศิริสมุด, สนิษฐ ชัยสิทธิ์, อนุชา เศรษฐเสถียร. (2559). การคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในประเทศไทย; วารสารสภาการพยาบาล;31(2):96-108.
12. สรินทร์ เชี่ยวโสธร. (2545). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
13. ยาวภา ไตรพฤษชาติ. (2554). การเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. [การศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช].ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
14. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติ เรื่อง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จิตเภท (ฉบับปรับปรุง 2551) [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ก.ค. 24] เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/download/DMHKM/styAWBOOK.pdf>
15. อติญา โพธิ์ศรี. (2562). การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษาที่ชุมชนบ้านท่าม่วง จังหวัดร้อยเอ็ด, ศรีนครินทร์เวชสาร;34(1):83-9