

DEVELOPMENT OF TRANSITIONAL CARE PROGRAM FOR PERSONS WITH FIRST-EPISODE SCHIZOPHRENIA

Duangduean Norrasing, M.N.S., Jarunee Ratsamesuviwat, D.N.S.***

Abstract

Objective: To develop and test effectiveness of the transitional care program (TCP) for Persons with first-episode schizophrenia and to examine the effects of this program on medication adherence, quality of life, psychotic symptoms, and readmission rate among people with first-episode schizophrenia.

Methods: This study's methodology was based on the seven phases of research and development utilized by Phalitnonkiat et al. in 2011. In the step of testing program, this study was used quasi- experimental research design. Forty purposeful samples were collected from psychiatric hospital in-patients diagnosed with schizophrenia in the first episode, 20 were in experimental group and 20 were in control group, collected data from January to August 2023. Research instruments included: 1) medication adherence scales; 2) The Chiang Mai Quality of Life Index for Schizophrenia 3) the clinical global severity of psychosis; and 4) the readmission record. Descriptive statistics, repeated one-way analysis of variance, and the t-test were utilized for data analysis.

Results: 1) The TCP included five sessions of face-to-face counseling. Each session lasted 45 - 60 minutes. The contents of these sessions consisted of improving understanding of schizophrenia, medication adherence, warning signs and management, and how to enhance quality of life. Four sessions of telephone visits have implemented for patients in 1, 2, 3, and 4 weeks after discharge. Each session lasted 45 - 60 minutes. The contents of these sessions consisted of psychotic assessment, medication adherence, warning signs and management, follow-up, and social support. Two sessions of psychoeducation have launched for the caregiver. Conformity to the Item Objective Criteria (IOC) was 0.93. 2) The mean score of medication adherence and quality of life in the experimental group at the end of the program and at the one-month follow-up were statistically significantly higher than before the program at the 0.05 level. 3) The mean score of psychiatric symptoms in experimental group at the end of the program and at the one-month follow-up were statistically significantly lower than before the program at the 0.05 level. 4) The mean score of medication adherence and quality of life in experimental group at the end of the program and at the one-month follow-up were statistically significantly higher than those of the control group at the 0.05 level. 5) The mean score of psychiatric symptoms in experimental group at the end of the program did not statistically differ from the scores of the control group. The mean score of psychiatric symptoms at the one-month follow-up statistically significantly lower than those of the control group at the 0.05 level. 6) The re-mission rate of the experimental group at 28 days lower than the control group.

Conclusion: The TCP can enhance medication adherence and quality of life in first-episode schizophrenia patients, as well as reduce psychotic symptoms and readmission rates. Therefore, professional nurses should utilize the TCP to enhance the health of first-episode schizophrenia patients and prevent relapse.

Keywords: transitional care, persons with first-episode schizophrenia

**Corresponding author: Registered Nurse, Senior Professional Level, Suanprung Psychiatric Hospital, e-mail: ddnor.nor@gmail.com*

***Registered Nurse, Senior Professional Level, Suanprung Psychiatric Hospital*

Received: 23 October 2023, Revised: 7 February 2024, Accepted: 13 February 2024

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็โรจิตเภทครั้งแรก

ดวงเดือน นรสิงห์, พย.ม.*, อารุณี รัศมีสุวิวัฒน์, พย.ค.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต ระดับความรุนแรงอาการทางจิต และการกลับมารักษาซ้ำในผู้ที่เป็โรจิตเภทครั้งแรก

วิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา 7 ขั้นตอนของเขาวานาฏ ผลิตนนท์เกียรติ, และคณะ. (2554) และทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมโดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เป็โรจิตเภทครั้งแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ช่วงเวลาที่ศึกษาตั้งแต่กราคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็โรจิตเภทเชิงใหม่ แบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต และบันทึกการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ และสถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษา : 1) โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านประกอบด้วย การบำบัดแบบเผชิญหน้าผู้ป่วย 5 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที ได้แก่ การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรจิตเภท การดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยา การสังเกตและจัดการปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้มีอาการกำเริบ การปฏิบัติตัวเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย 4 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 ประกอบด้วย การสำรวจอาการทางจิตตนเอง การรับประทานยาต่อเนื่อง การสังเกตและจัดการอาการเตือน การตรวจตามนัด และแหล่งสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมสำหรับญาติหรือผู้ดูแล 2 ครั้ง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรจิตเภท บทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้ที่เป็โรจิตเภทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และการส่งเสริมทักษะคลายเครียดของผู้ดูแล มีค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหากิจกรรมและวัตถุประสงค์เท่ากับ 0.93 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองและติดตาม 1 เดือน มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงอาการทางจิตของกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองและติดตาม 1 เดือน น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองและติดตาม 1 เดือนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 5) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงอาการทางจิตของกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงอาการทางจิตในระยะติดตาม 1 เดือนของกลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 6) อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

สรุป : โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านช่วยเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความรุนแรงอาการทางจิต และลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกได้ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพควรนำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดีและป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค

คำสำคัญ : การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน, ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทครั้งแรก

*ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง, e-mail: ddnnor.nor@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง

วันที่รับ: 23 ตุลาคม 2566, วันที่แก้ไข: 7 กุมภาพันธ์ 2567, วันที่ตอบรับ: 13 กุมภาพันธ์ 2567

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อย ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม แสดงออกโดยมีความคิดหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว พร่องในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน เป็นต้น อาการเหล่านี้เกิดขึ้นติดต่อกันนาน 6 เดือน และอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (มาโนช หล่อตระกูล, 2558) ความชุกของโรคจิตเภทในประชากรทั่วโลกเท่ากับร้อยละ 0.28 (CI 95%: 0.24-0.31) ไม่พบความแตกต่างด้านเพศ อายุ ประเทศหรือภูมิภาคทั่วโลก (Charlson et al., 2018) ขณะที่ความชุกชั่วชีวิต (หรือระยะเรื้อรังหรือหลงเหลือ) ของโรคจิตเภทในประชากรไทยเท่ากับร้อยละ 0.7 ความชุกปัจจุบัน (1 เดือน หรือระยะเฉียบพลัน) เท่ากับร้อยละ 0.6 (ปทานนท์ ขวัญสนธิ และมานิต ศรีสุรภานนท์, 2561) ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) พบว่าความชุกผู้ป่วยโรคจิตเภทรายใหม่เท่ากับร้อยละ 0.65 และคิดอัตราผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ 37.11 ต่อแสนประชากร นอกจากนี้ข้อมูลจาก HDC ปี 2563 - 2566 พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเข้าถึงบริการเทียบกับคาดประมาณการในพื้นที่คิดเป็น ร้อยละ 96.24, 102.3, 107.9 และ 105.9 ตามลำดับ และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 60,916 คน 58,586 คน และ 54,418 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 5,763 คน 5,546 คน และ 5,252 คน ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ, 2566) ซึ่งมีจำนวนผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสูงกว่าเขต

สุขภาพอื่น ๆ ของประเทศ และจากสถิติผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุงในปีงบประมาณ 2564 - 2566 พบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1,085, 1,490 และ 1,928 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2566)

ลักษณะการเจ็บป่วยของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก (first-episode schizophrenia) เป็นผู้ที่เริ่มรักษาโรคจิตเภทครั้งแรกในช่วงระยะเวลา 6 สัปดาห์ - 6 เดือนหลังจากมีอาการแสดงของโรคจิตเภท และอยู่ในช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยอาการของโรคจิตเภทในระยะ 2 ปีแรกและผู้ที่เป็ น ร ะ ค จิต เภ ท ค ร ึ่ง ร ะ อ ง (multiple-episode schizophrenia) จะเป็นผู้ที่มีการกำเริบซ้ำของโรค และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ โดยเป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก คือ การดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค ซึ่งจะช่วยลดแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทครั้ง ร ะ อ ง เนื่องจากการกำเริบซ้ำของโรคบ่งชี้ส่งผลให้ ความรุนแรงของอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้น เกิดอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น การพยากรณ์โรคแย่ลง เกิดความเสื่อมของกระบวนการคิด มีความพร่องในการทำหน้าที่ และส่งผลให้ผู้ที่เป็น โรค จิต เภ ท มี คุณ ภาพ ชีวิต แย่ลง (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2561) และเมื่อเจ็บป่วยซ้ำบ่อย ๆ ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น ทำให้สูญเสียทรัพยากรทางสุขภาพในการดูแลสูงขึ้น ดังข้อมูลที่รายงานค่าใช้จ่ายต่อหัวพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งร ะ อ ง มีค่าใช้จ่ายต่อหัวสูงกว่า

ผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทครั้งแรก เนื่องจากผู้ป่วยครั้งแรก ใช้เวลาอนโร งพยาบาลนานกว่า ใ ช้ยาในขนาดที่ เพิ่มขึ้น และในผู้ป่วยบางรายมีการรักษาด้วยไฟฟ้า ร่วมด้วย (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2557) ดังนั้นการดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำในผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทครั้งแรกจึงมีความสำคัญอย่างมาก

ปัญหาสำคัญในการดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำในผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทครั้งแรก คือ ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดัง รายงานการศึกษาติดตามผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทครั้งแรกที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาภายใน 1 ปี พบกลับป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 41 - 79 (Chen et al., 2010) และพบถึงร้อยละ 40 ในช่วงปีที่ 3 (Chen et al., 2005) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ ไม่ร่วมมือในการรักษา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และใช้สารเสพติด (สินเงิน สุขสมpong และคณะ, 2559) สอดคล้องกับข้อมูลการดูแลผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทครั้งแรกของโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ทำให้มีการกำเริบซ้ำของโรค และกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2566) ระบบการดูแลผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทครั้งแรกของโรงพยาบาลสวนปรุง ประกอบด้วย 1) การประเมินอาการ ปัญหาทางจิตสังคมเพื่อนำข้อมูลมาวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ 2) การบำบัดรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการให้สงบโดยเร็ว ป้องกันอันตรายทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค 3) การบำบัดทางจิตสังคม และ 4) การให้ความรู้ญาติก่อนจำหน่าย จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เป็ นโรคจิตเภท 15 คน และญาติหลังจำหน่าย 15 คน พบว่า

ผู้ป่วยร้อยละ 87.67 และญาติร้อยละ 100 ไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็ นโรคจิตเภท คิดว่าเป็นโรคประสาทหรือโรคซึมเศร้า แต่สามารถบอกอาการหูแว่ว หรือหวาดระแวงของผู้ป่วยได้ แสดงถึงผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับสุขภาพจิตศึกษาไม่เพียงพอด้วยข้อจำกัดเรื่องเวลาและรูปแบบไม่ชัดเจน รวมถึงขาดการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยของญาติ กระบวนการดูแลยังขาดการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นระบบ ขาดการเน้นย้ำความสำคัญของการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา การติดตามต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยและญาติต้องการความช่วยเหลือประคับประคองจากทีมสุขภาพเพื่อก้าวข้ามปัญหา อุปสรรคในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคจิตเภทซึ่งเป็ นโรคจิตเวชเรื้อรังที่ส่งผลกระทบสูงทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว การทำงาน และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชน จะเห็นได้ว่าการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทครั้งแรกจากโรงพยาบาลชุมชนยังไม่เพียงพอ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทครั้งแรก พบมีการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทครั้งแรก (Sarakan, 2010) และการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้เป็ นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในครั้งที่ 2 และมีประวัติรักษาด้วยยาไม่ต่อเนื่อง และพบว่าผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทที่ได้รับ

โปรแกรมฯ มีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น อาการทางจิตลดลง และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (ณัฐพัชร สุนทโรวิทย์ และคณะ, 2563) จากช่องว่างการดูแลผู้ที่เป็โรจิตเภทครั้งแรกข้างต้น ทำให้ดั่งนั้นผู้ศึกษาสนใจศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ที่เป็โรจิตเภทครั้งแรกที่เข้ารับการรักษารในโรงพยาบาลสวนปรุง โดยใช้การวิจัยและพัฒนาที่มีกระบวนการตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การพัฒนาโปรแกรมต้นแบบ และการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม เพื่อให้ได้โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรจิตเภทครั้งแรกที่เหมาะสมกับปัญหาและบริบทของผู้ป่วย และเป็นกิจกรรมการดูแลตั้งแต่เข้ารับการรักษารในโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน โดยนำแนวคิดการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของ Schumacher and Maleis (1994) ที่ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) การประเมินความพร้อม 2) การเตรียมสำหรับการเปลี่ยนผ่าน และ 3) การใช้บทบาททดแทน และแนวคิดการบำบัดทางการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของ Parry et al. (2003) ที่ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการและยา 2) การบันทึกข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล 3) การตรวจตามนัด และ 4) สัญญาณเตือนการกำเริบซ้ำ ซึ่งใช้แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล (personal health record) และการโค้ช (transition coach) ของพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการบำบัด มีระบบการโทรศัพท์ติดตามหลังจำหน่ายเพื่อให้การปรึกษาใกล้ชิด และส่งต่อ

ข้อมูลให้สถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้การรักษาต่อเนื่องต่อไป ซึ่งการพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรจิตเภทครั้งแรกนี้จะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความรุนแรงอาการทางจิต และลดการรักษารซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรจิตเภทครั้งแรก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรจิตเภทครั้งแรก

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรจิตเภทครั้งแรก

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต และความรุนแรงอาการทางจิตในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน

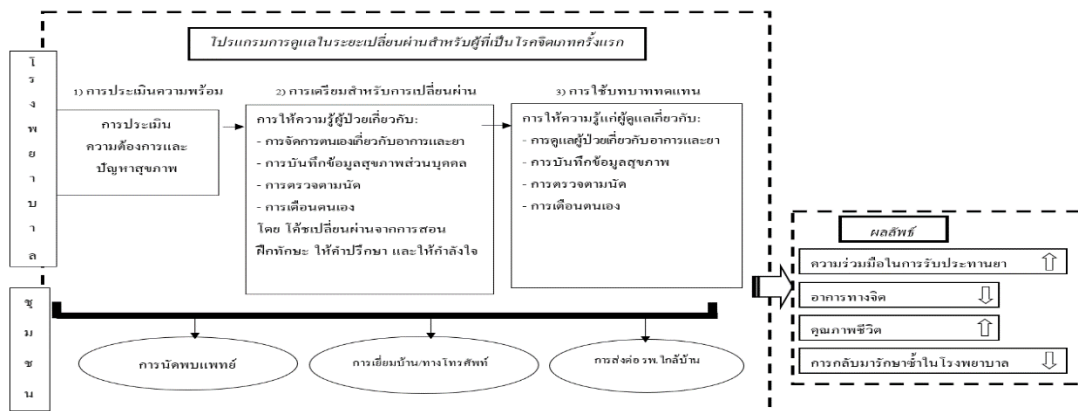
2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต และความรุนแรงอาการทางจิต ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติในระยะหลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน

2.3 เปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษารซ้ำภายใน 28 วันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกนี้ใช้กรอบแนวคิดการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของ Shumacher and Meleis (1994) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การประเมินความพร้อม (assessment of readiness) การเตรียมสำหรับการเปลี่ยนผ่าน (preparation for transition) และการใช้บทบาททดแทน (role supplementation) และการบำบัดทางการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของ Parry et al. (2003) ที่มีองค์ประกอบหลัก 4

องค์ประกอบ คือ 1) การจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการและยา 2) การบันทึกข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล 3) การตรวจตามนัด และ 4) สัญญาณเตือนการกำเริบซ้ำ โดยจะทำให้การบำบัดตั้งแต่วันแรกของการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ประกอบด้วย ระยะที่ 1 ขณะอยู่ในโรงพยาบาล (Hospitalization period) ระยะที่ 2 หลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปบ้าน (Post hospital discharge or at home period) และระยะที่ 3 การประเมินผล (Evaluation period)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

และค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงอาการทางจิตลดลงในระยะหลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิตในระยะหลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงอาการทางจิตในระยะหลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านมีอัตราการกลับมารักษาย้ำภายใน 28 วันน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนของเขาวานาญ ผลิดินนทีเกียรติ และคณะ (2554) ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนา 2) การออกแบบนวัตกรรม 3) การจัดสร้างนวัตกรรมต้นแบบ 4) การทดสอบประสิทธิภาพ 5) การปรับปรุงเบื้องต้น 6) การทดสอบประสิทธิผลในพื้นที่นำร่อง และ 7) การปรับปรุงขั้นสุดท้าย โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก และระยะที่ 2 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ซึ่งมีรายละเอียดแต่ละระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก กลุ่มญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก และ

กลุ่มบุคลากรพยาบาล จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มจะขึ้นอยู่กับเครื่องมือของข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก

ประชากร ได้แก่ ผู้ที่เป็นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคจิตเภทครั้งแรก

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก มีคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุ 18 - 59 ปี 2) อาการทางจิตทุเลา คะแนน CGI-S ≤ 4 คะแนน (วรวิวัฒน์ ไชยชาญ และคณะ, 2561) 3) ไม่มีภาวะพร่องการรู้คิด คะแนน MoCA ≥ 25 คะแนน (Hemrungronj, 2011) 4) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารเป็นภาษาไทยได้

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างกลุ่มญาติหรือผู้ดูแล

ประชากร ได้แก่ ญาติหรือผู้ดูแล คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง เป็นต้น หรือผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนในเรื่องการรับประทานยา และ การทำหน้าที่ประจำวัน

กลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติดังนี้ 1) มีอายุ 18 - 65 ปี 2) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารเป็นภาษาไทยได้

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างกลุ่มบุคลากรพยาบาล

ประชากร ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติดังนี้ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกอย่างน้อย 5 ปี

เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกกรายบุคคลและแนวคำถามในการสนทนารายกลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก จำนวน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการรับประทายามีข้อคำถามย่อย 8 ข้อ 2) การมาตรวจตามนัดมีข้อคำถามย่อย 4 ข้อ 3) การสังเกตอาการเตือนและการจัดการมีข้อคำถามย่อย 2 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกกรายบุคคล และแนวคำถามในการสนทนารายกลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ได้ผ่านการพิจารณาและแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก 2 คน ญาติหรือผู้ดูแล 2 คน และบุคลากรพยาบาล 2 คน เพื่อปรับแก้ไขเรื่องการใช้ภาษาและความชัดเจนของข้อคำถาม หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล (ขั้นตอนที่ 1 - 5 ของการวิจัยและพัฒนา)

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนา ดำเนินการในเดือนมกราคม 2566 ดังนี้

1) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการ

สัมภาษณ์เชิงลึกกรายบุคคลโดยใช้แนวคำถามในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก 15 คน ญาติหรือผู้ดูแล 15 คน และสนทนารายกลุ่มตามแนวคำถามในพยาบาล 11 คน ประกอบด้วยผู้บริหารทางการพยาบาล 2 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 9 คน

2) ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกรายบุคคลและสนทนารายกลุ่มมาถอดเทปคำต่อคำและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการจัดหมวดหมู่ข้อมูล ได้แก่ การรับรู้ ความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การรับรู้และทักษะด้านการรับประทาย การนัดพบแพทย์/การเยี่ยมบ้าน ประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการเตือนของการป่วยซ้ำ และการจัดการกับอาการรบกวน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ดำเนินการในเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ดังนี้

1) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของ Shumacher and Meleis (1994) และแนวคิดการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของ Parry et al. (2003) มาออกแบบจัดทำร่างโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก โดยโปรแกรม ฯ จะประกอบด้วยการบำบัดผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก 9 ครั้ง และการให้ความรู้ญาติหรือผู้ดูแล 2 ครั้ง ดังนี้

1.1) การบำบัดผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ให้การบำบัดทั้งหมด 5 ครั้งแบ่งเป็นการ

บำบัดขณะผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาล 5 ครั้งแต่ละครั้งใช้เวลา 45 - 60 นาที ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “เตรียมพร้อมรับมือ โรคนี้สำคัญอย่างไร” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ ร่วมมือในการบำบัด สามารถใช้คู่มือการบันทึกสุขภาพส่วนบุคคลได้ มีทักษะในการหายใจที่มีประสิทธิภาพ และมีความพร้อมในการรับรู้เรื่องโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 2 “รู้จักตัวเอง และยาสำคัญอย่างไร” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท ความสำคัญของการรับประทานยา รวมทั้งอาการข้างเคียงของยา และวิธีการจัดการบริหารจัดการยาดด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 3 “อาการเตือนและการจัดการ” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวัง สังเกต และการจัดการอาการเตือนก่อนมีอาการทางจิตกำเริบ การนัดหมายมาพบแพทย์ รวมทั้งการส่งต่อเพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมที่ 4 “การจัดการปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้มีอาการกำเริบ” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม และวิธีหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีสารกระตุ้นประสาทหรือการใช้สารเสพติด และ กิจกรรมที่ 5 “ปฏิบัติตนอย่างไรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี” มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจร่วมกันของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจากจำหน่าย 4 ครั้ง ใช้เวลาแต่ละครั้ง 45 - 60 นาที โดยประเด็นในการติดตาม ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1 “อาการของโรคเปลี่ยนแปลงอย่างไร”

เพื่อให้ผู้ป่วยทบทวน สังเกต และบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองในงานที่ 2.1 การสำรวจอาการทางจิตได้ สัปดาห์ที่ 2 “การรับประทานยาต่อเนื่อง” เพื่อให้การปรึกษาเรื่องการรับประทานยา และให้ผู้ป่วยทบทวนการบันทึกคู่มือการบันทึกสุขภาพ ในใบงานที่ 2.3 ตรวจสอบอาการข้างเคียงของยา สัปดาห์ที่ 3 “อาการเตือนและการจัดการ” เพื่อให้การปรึกษาเรื่องอาการเตือน การจัดการ และให้ผู้ป่วยบันทึกคู่มือการบันทึกสุขภาพ ใบงานที่ 3.1. อาการเตือนที่พบบ่อย และ สัปดาห์ที่ 4 “การตรวจตามนัดและแหล่งสนับสนุนทางสังคม” เพื่อให้คำปรึกษาผู้ป่วยร่วมกับญาติเรื่อง การตรวจตามนัดและแหล่งสนับสนุนทางสังคม สรุปผลการติดตามหลังจำหน่าย และเตือนเรื่องการตรวจตามนัดเมื่อครบ 1 เดือน

1.2) การให้สุขภาพจิตศึกษา สำหรับญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก 2 ครั้ง ในระหว่างผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล แต่ละครั้งใช้เวลา 45 - 60 นาที ได้แก่ ครั้งที่ 1 “เข้าใจโรค เข้าใจตน” เพื่อให้ญาติ/ผู้ดูแลเข้าใจกระบวนการบำบัด มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ และบทบาทผู้ดูแลเมื่อกลับบ้าน เข้าใจและมีทักษะในการคลายความเครียดของตนเอง และครั้งที่ 2 “ปฏิบัติอย่างไรเพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี” เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจร่วมกันของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เกี่ยวกับการจัดการปัญหาที่พบ ความต้องการความช่วยเหลือ ร่วมกันคิดหาแนวทางการแก้ปัญหา ประเมินการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน เมื่อมีปัญหา หรือต้องการความช่วยเหลือ รวมทั้ง

ประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนให้ผู้ที่
เป็นและผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 3 การจัดสร้างนวัตกรรมต้นแบบ
ดำเนินการในเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 ดังนี้

1) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำโครงร่าง
โปรแกรมฯ ที่ถูกออกแบบไว้มาพัฒนาโปรแกรม
เนื้อหาของโปรแกรม และนำโปรแกรมฉบับร่าง
สมุดบันทึกสุขภาพ และบันทึกคู่มือการดูแล
สำหรับผู้ดูแล เสนอผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความ
เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวน 6
ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล
3 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน และเภสัชกร 1 ท่าน
โดยได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหาและ
วัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index:
IOC) เท่ากับ 0.93 รายละเอียดที่ได้ปรับปรุงตาม
ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญได้แก่ เพิ่มประเด็น
ADR จะเกิดในช่วงแรกของการรักษา และปรับเปลี่ยน
ขนาดยาได้ และ ADR แบบรุนแรง เมื่อให้การรักษา
จะหายทันที อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจว่า หาก
รักษา ADR แล้วจะต้องหายโดยไม่หลงเหลืออาการ
แต่ ADR บางชนิดจะคงอยู่หรือตลอดการรักษา เช่น
ปากแห้งคอแห้ง แต่เมื่อเทียบกับผลการรักษา ยังมี
ความจำเป็นต้องกินยาอยู่ และเพิ่มประเด็นที่ผู้ป่วย
จะกังวลหากต้องกินยาเป็นระยะเวลานาน คือ กลัว
ทำให้เป็นโรคซ้ำ/ไต เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4 การทดสอบประสิทธิภาพ
และ**ขั้นตอนที่ 5** การปรับปรุงเบื้องต้น ดำเนินการ
ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 ดังนี้

1) ผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ฉบับแก้ไขจาก
ผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ครั้งแรกจำนวน 3 คน และญาติ/ผู้ดูแลจำนวน 3 คน
เพื่อดูความชัดเจนของภาษาและความเป็นไปได้ใน
การนำไปใช้งานจริง หลังจากนั้นนำโปรแกรมฯ มา
ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
ครั้งแรกและผู้ดูแลเพื่อให้สามารถใช้งานได้
จริงในขั้นตอนที่ 6 โดยเพิ่มเนื้อหาเรื่องสัมพันธภาพ
ในครอบครัว トラบาปจากการเจ็บป่วย และแหล่ง
สนับสนุนทางสังคม

ระยะที่ 2 การทดสอบประสิทธิผลของ
โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับของ
ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก (ขั้นตอนที่ 6 - 7 ของ
การวิจัยและพัฒนา) ดำเนินการในเดือนพฤษภาคม
- สิงหาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจาก
จิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การ
วินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน
(DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association,
2005) และเริ่มรักษาโรคจิตเภทครั้งแรกในช่วง
ระยะเวลา 6 สัปดาห์ - 6 เดือนหลังจากมีอาการ
แสดงของโรคจิตเภท และอยู่ในช่วงระยะเวลาของ
การเจ็บป่วยด้วยอาการของโรคจิตเภทในระยะ 2 ปี
แรกของการรักษา

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม
คุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ 1) อายุ 18 - 59 ปี 2)
อาการทางจิตทุเลา มีคะแนน CGI-S 4 คะแนน
หมายถึง อาการอยู่ในระดับปานกลางจนถึงปกติ
(วรวัฒน์ ไชยชาญ และคณะ, 2561) 3) ไม่มีภาวะ
พร่องการรู้คิด มีคะแนน MoCA $\geq$ 25 คะแนน
(Hemrungronj, 2011) 4) สามารถอ่าน เขียน และ

สื่อสารเป็นภาษาไทยได้ 5) มีสมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยอย่างน้อย 1 คน 6) มีโทรศัพท์สามารถติดต่อคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (Power analysis) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ใช้อำนาจการทดสอบ (power of test) 0.80 (Cohen, 1988) และคำนวณอิทธิพลของขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาของ Sarakan (2010) ได้คำนวณของอิทธิพลเท่ากับ 0.59 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 18 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมด 40 คน เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีอาการทางกายหรือทางจิตรุนแรง และเกณฑ์ขู่ว่าจากการศึกษา ได้แก่ 1) ไม่สามารถติดตามได้ 2) เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามเกณฑ์

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกที่ผ่านการพัฒนาในขั้นตอนที่ 2 - 5 ประกอบด้วยกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยจำนวน 9 ครั้ง เป็นการบำบัดขณะผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาล 5 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “เตรียมพร้อมรับมือ โรคนี้สำคัญอย่างไร” กิจกรรมที่ 2 “รู้จักตัวเอง และยาสำคัญอย่างไร” กิจกรรมที่ 3 “อาการเตือนและการจัดการ” กิจกรรมที่ 4 “การจัดการปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ” และ กิจกรรมที่ 5 “ปฏิบัติตนอย่างไรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี” และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจากจำหน่าย 4 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที โดยประเด็นในการติดตามได้แก่ สัปดาห์ที่ 1

“อาการของโรคเปลี่ยนแปลงอย่างไร” สัปดาห์ที่ 2 “การรับประทานยาต่อเนื่อง” สัปดาห์ที่ 3 “อาการเตือนและการจัดการ” และ สัปดาห์ที่ 4 “การตรวจตามนัดและแหล่งสนับสนุนทางสังคม” และมีการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับญาติ/ผู้ดูแลจำนวน 2 ครั้ง ในระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ใช้เวลา 45 - 60 นาที ได้แก่ ครั้งที่ 1 “เข้าใจโรค เข้าใจตน” และครั้งที่ 2 “ปฏิบัติอย่างไรเพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี” และในช่วงของการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ญาติ/ผู้ดูแลมีส่วนร่วมรับการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจร่วมกันของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเปรียบเทียบการทดลอง ได้แก่ การดูแลตามปกติที่พัฒนาโดยคณะกรรมการการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท แบ่งการดูแล 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะอาการทางจิตกำเริบ โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตฉุกเฉิน เพื่าระวังความเสี่ยงพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ก้าวร้าว อุบัติเหตุ และการหลบหนี ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต จำแนกประเภทผู้ป่วย และวางแผนการพยาบาลตามปัญหาที่พบ และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม 2) ระยะอาการทางจิตทุเลา โดยให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม วางแผนการจำหน่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และส่งต่อข้อมูล เพื่อให้ไปรับการรักษาต่อโรงพยาบาลต้นสังกัดหรือโรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วน

บุคคลสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแลหลัก และระยะเวลาการเจ็บป่วย

3.2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่พัฒนาโดยสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) มีคำถาม 18 ข้อ ข้อที่ 1 - 9 เป็นด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และข้อที่ 10 - 18 เป็นด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการฤทธิ์ข้างเคียงของยา แบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนเต็ม 90 คะแนน แปลผลคะแนน 3 ระดับ คือ < 24 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับต่ำ 24 - 48 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับปานกลาง และ > 48 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับสูง

3.3 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเชียงใหม่ (The Chiang Mai Schizophrenia Quality of Life Scale: CM-SQOLS) ที่พัฒนาโดยขวัญพนมพร ธรรมไทย และคณะ (2551) มีคำถาม 58 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เป็นคำถามที่มีความหมายทางลบ 35 ข้อ (คะแนน 5 - 1) ความหมายทางบวก 23 ข้อ (คะแนน 1 - 5) แบ่งเป็น 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดำรงชีวิตประจำวัน 15 ข้อ 2) ด้านอาการทางจิตและอาการหลงเหลือ 11 ข้อ 3) ด้านอาการข้างเคียงของยาและทัศนคติต่อการรักษา 8 ข้อ 4) ด้านบทบาทและหน้าที่ 5 ข้อ 5) ด้านครอบครัว 4 ข้อ 6) ด้านสังคมและชุมชน 8 ข้อ และ 7) ด้านสิทธิมนุษยชน 7 ข้อ คะแนนเต็ม 290 คะแนน การแปลผลคะแนน

แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ < 116 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ 116 - 156 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับปกติ และ > 156 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง

3.4 แบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต (Clinical Global Impression-Severity: CGI-S) ที่พัฒนาโดย National Institute of Mental Health (Psychopharmacology Research Branch) นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย วรวัฒน์ ไชยชาญ และคณะ (2561) เป็นเครื่องมือการประเมินจากมุมมองของผู้รักษาต่ออาการทางจิตเวชโดยรวมของผู้ป่วย โดยอาศัยลักษณะหลักที่เป็นข้อพิจารณาประกอบการให้คะแนนได้แก่ 1) ความถี่ของอาการทางจิต 2) ความรุนแรงของอาการทางจิต 3) ความรู้สึกไม่สบายใจ/ทุกข์ใจ และ 4) ผลกระทบของอาการทางจิตต่อ 4 เรื่องคือ การทำงาน/การประกอบอาชีพ การทำงานบ้าน การเรียน และสัมพันธภาพ สรุปการแปลผลให้คะแนน 1 - 7 คะแนน ดังต่อไปนี้ 1 คะแนนหมายถึง ปกติ 2 คะแนนหมายถึง กำลังจะป่วยทางจิต 3 คะแนนหมายถึง ป่วยเล็กน้อย 4 คะแนนหมายถึง ป่วยปานกลาง 5 คะแนนหมายถึง ป่วยมาก 6 คะแนนหมายถึง ป่วยรุนแรง และ 7 คะแนนหมายถึง ป่วยรุนแรงที่สุดขีด

3.5 แบบประเมินภาวะพร่องการรู้คิด (Montreal Cognitive Assessment-Thai Version: MoCA - Thai) สร้างโดย Ziad Nasreddine แปลเป็นภาษาไทยโดย โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ (Hemrungron, 2011) เป็นเครื่องมือคัดกรองสำหรับภาวะสมองเสื่อมระยะแรกเริ่ม ประกอบด้วยงาน

สั้น ๆ จำนวน 11 ข้อ ประเมินความสามารถหน้าที่ต่าง ๆ ดังนี้ ความตั้งใจ สมาธิ การบริหารจัดการ ความจำ ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ ความคิดรวบยอด การคิดคำนวณ และการรับรู้สถานะรอบตัว ใช้เวลาประเมินประมาณ 10 นาที มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน มีจุดตัดในการตรวจคัดกรองโรคที่ค่าคะแนน < 25 คะแนน มีค่าความไวร้อยละ 90 และค่าจำเพาะร้อยละ 87 มีค่าคะแนนระหว่าง 0-30 คะแนน และหากผู้ถูกประเมินได้รับการศึกษาดำรงตำแหน่งศึกษาปีที่ 6 ให้บวกเพิ่มอีก 1 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับดังต่อไปนี้ 25 - 30 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะพร่องการรู้คิด 17 - 24 คะแนน หมายถึง มีภาวะพร่องการรู้คิดเล็กน้อย 9 - 16 คะแนน หมายถึง มีภาวะพร่องการรู้คิดปานกลาง 0 - 8 คะแนน หมายถึง มีภาวะพร่องการรู้คิดระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเชียงใหม่ และแบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิตมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงใด ๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ ส่วนโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน และเภสัชกร 1 ท่าน โดยได้ค่าความสอดคล้อง (Item-Objective

Congruence Index: IOC) เท่ากับ 0.93

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดคุณภาพชีวิต และแบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต ไปทดลองใช้ในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษา ณ บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ และไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 10 คน และนำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.76, 0.83 และ 0.88 ตามลำดับ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล (ขั้นตอนที่ 6 - 7 ของการวิจัยและพัฒนา)

ขั้นตอนที่ 6 การทดสอบประสิทธิภาพในพื้นที่นำร่อง ดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดอบรมการใช้เครื่องมือการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 5 คน

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ แล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายให้เข้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก 20 คน และการดูแลตามปกติ 20 คน โดยก่อนเข้ารับการบำบัดกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาคุณภาพชีวิต และความรุนแรงอาการทางจิต

3. ผู้วิจัยให้การบำบัดกลุ่มทดลอง 20 คน ด้วยโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน

สำหรับผู้ที่เป็โรคจิตเภทครั้งแรก 5 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที โทรศัพท์ติดตามหลังจำหน่ายสัปดาห์ละ 1 ครั้งจำนวน 4 ครั้ง และให้ความรู้ญาติ/ผู้ดูแล 2 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที ส่วนกลุ่มควบคุม 20 คนได้รับการดูแลตามปกติ โดยพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่ได้ยู่หอผู้ป่วยผู้ป่วยเดียวกัน

4. เมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านฯ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติเสร็จสิ้น จะทำการประเมินผลทันทีและประเมินผลระยะติดตาม 1 เดือน ซึ่งจะได้รับผลการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต ความรุนแรงอาการทางจิต และบันทึกการกลับมารักษาลำบากภายใน 28 วัน โดยผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสวนปรุง หนังสือรับรองเลขที่ 2/2566 ลงวันที่ 10 มกราคม 2566 ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัย ชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อกลุ่มตัวอย่าง และการบำบัดตามโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็โรคจิตเภทครั้งแรกหรือกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานปัจจุบัน โดยการเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมข้างต้นอาจทำ

ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความลำบากใจ ไม่สบายใจ คณะผู้วิจัยได้วางแผนป้องกันและจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นโดยในการนัดหมายการบำบัดแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะให้อิสระกลุ่มตัวอย่างในการนัดหมายวันเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก และกรณีที่มีความจำเป็นไม่สามารถรับการบำบัดตามวันเวลาที่ตกลงกัน กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งให้ผู้วิจัยทราบโดยไม่ มีผลกระทบใดต่อสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับจากแผนการรักษา ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อจริง และนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น โดยนำเสนอข้อมูลที่ได้ในภาพรวม และเก็บเอกสารข้อมูลไว้ในตู้เอกสารใส่กุญแจไว้ และจะทำลายเอกสารข้อมูลหลังเสร็จการเผยแพร่แล้ว 1 ปี

ขั้นตอนการลงนามยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ช่วยนักวิจัยจะมีการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีดำเนินการ และประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา ซึ่งการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรับบริการ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจะเก็บเป็นความลับ และนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น โดยนำเสนอข้อมูลที่ได้ในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษา จึงให้ลงนามยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลต่อผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล และอัตราการกลับมา

รักษาซ้ำของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต และความรุนแรงอาการทางจิตของกลุ่มทดลองในแต่ละระยะการทดลองวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one way repeated ANOVA) และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต และความรุนแรงอาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกผู้วิจัยใช้การวิจัยและพัฒนาของกรมสุขภาพจิต (2563) ในขั้นตอนที่ 1 - 5 เริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนา การออกแบบนวัตกรรม การจัดสร้างนวัตกรรมต้นแบบ การทดสอบประสิทธิภาพ และการปรับปรุงเบื้องต้น ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และ 2) ผลการพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ดังนี้

1.1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนามีทั้งหมด 41 คน แบ่งเป็นผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก 15 คน ญาติ/ผู้ดูแล 15

คนและพยาบาลวิชาชีพ 11 คน โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 12 คน (ร้อยละ 80.00) อายุเฉลี่ย 29 ปี (range 22 - 42 ปี) ญาติ/ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 11 คน (ร้อยละ 73.33) อายุเฉลี่ย 46 ปี (range 26 - 58 ปี) พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 9 คน (ร้อยละ 81.82) อายุเฉลี่ย 48 ปี (range 34 - 59 ปี)

1.2) ผลการพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลและการสนทนากลุ่มในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก 15 คน ญาติ/ผู้ดูแล 15 คนและพยาบาลวิชาชีพ 11 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกและญาติ/ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท (ผู้ป่วยร้อยละ 87.67 ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคจิตเภท คิดว่ามารักษาการใช้สุรา/ยาเสพติด คิดว่าไม่ได้เป็นอะไร, ญาติ/ผู้ดูแลร้อยละ 100 ไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท คิดว่าเป็นโรคประสาท โรคซึมเศร้า) รู้สึกเสียใจ น้อยใจต่อการเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้น (ผู้ป่วยร้อยละ 33.33, ญาติ/ผู้ดูแลร้อยละ 100) ไม่อยากกินยากลัวติดยาและคิดว่ากินยาจะมีผลต่อตับและไต (ผู้ป่วยร้อยละ 100, ญาติ/ผู้ดูแลร้อยละ 75) ไม่สุขสบายจากการกินยา (ผู้ป่วยร้อยละ 53.33) ไม่คิดว่ายาจะช่วยรักษาอาการเจ็บป่วยได้ (ผู้ป่วยร้อยละ 86.67) กังวลใจเครียดที่ผู้ป่วยไม่กินยา (ญาติ/ผู้ดูแลร้อยละ 86.67, พยาบาล ร้อยละ 81.82) ไม่สะดวกในการรับยาต่อเนื่อง (ผู้ป่วยร้อยละ 86.67 เดินทางไกล มีค่าใช้จ่ายในการ

เดินทาง ต้องรบกวนญาติที่มีรถ ใช้รถโดยสารประจำทางลำบาก) ไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมหลังการจำหน่าย (ผู้ป่วยร้อยละ 100) ไม่ทราบอาการเตือนและการจัดการอาการเตือน (ผู้ป่วยร้อยละ 73.33, ญาติ/ผู้ดูแลร้อยละ 100) ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภทครั้งแรกนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Sapra และคณะ (2014) ที่พบว่าผู้ที่เป็โรคจิตเภทครั้งแรกไม่ร่วมมือในการรับประทานยาเนื่องจากไม่สบายจากอาการข้างเคียง ปฏิเสธอาการเจ็บป่วยของตนเอง คิดว่าไม่มีความจำเป็นในการกินยา และการศึกษาของสินเงิน สุขสมปอง, คุษณิ อุดมอิทธิพงศ์ และพลภัทร์ โล่เสถียรกิจ (2559) ที่กล่าวว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกไม่ร่วมมือในการรักษา กินยาไม่ครบ ไม่กินยา กินยาไม่สม่ำเสมอ กลัวการติดยา ได้รับผลข้างเคียงจากยา ไม่มาตามนัด ปัญหาการสื่อสารให้เข้าใจถึงการกินยาหรือการปฏิบัติตัวระหว่างบุคลากรทางการแพทยกับผู้ป่วยและญาติ รวมถึงมีปัญหาคาเดินทางมาโรงพยาบาลลำบาก ไม่มีคนพามา คารักษาแพง จากข้อมูลระยะวิเคราะห์สถานการณ์นี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาใช้ในการออกแบบโปรแกรมตามกรอบแนวคิดการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของ Shumacher and Meleis (1994) และแนวคิดการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของ Parry et al. (2003) จนได้โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ประกอบด้วย การบำบัดแบบเผชิญหน้าผู้ป่วย 5 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที ได้แก่ การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยา การสังเกตและ

จัดการปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ การปฏิบัติตัวเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย 4 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 ประกอบด้วย การสำรวจอาการทางจิตตนเอง การรับประทานยาต่อเนื่อง การสังเกตและจัดการอาการเตือน การตรวจตามนัด และแหล่งสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมสำหรับญาติหรือผู้ดูแล 2 ครั้ง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท บทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และการส่งเสริมทักษะคลายเครียดของผู้ดูแล โดยนำโปรแกรมมาหาค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา กิจกรรมและวัตถุประสงค์ได้เท่ากับ 0.93

2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก

ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกแบ่งออกเป็น 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 2) ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต และความรุนแรงอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกในระยะก่อน หลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต และความรุนแรงอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ในระยะก่อน หลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 4) เปรียบเทียบความแตกต่างการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแลหลัก และระยะเวลาการเจ็บป่วย (n = 40)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p-value
	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ	
เพศ					1.000*
ชาย	14	70.00	14	70.00	
หญิง	6	30.00	6	30.00	
ช่วงอายุ (ปี)	Mean = 32.90 ปี (SD = 7.42)		Mean = 33.45 ปี (SD = 8.73)		1.000*
20 - 30 ปี	9	45.00	9	45.00	
31 - 40 ปี	10	50.00	10	50.00	
41 - 50 ปี	0	0.00	0	0.00	
51 - 60 ปี	1	5.00	1	5.00	
	Min = 21 ปี Max = 51 ปี		Min = 21 ปี Max = 54 ปี		
สถานภาพสมรส					0.197*
คู่	3	15.00	3	15.00	
โสด	15	75.00	16	80.00	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	2	10.00	1	5.00	
ระดับการศึกษา					0.995*
ประถมศึกษา	4	20.00	5	25.00	
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	60.00	11	55.00	
อนุปริญญา/ปวช/ปวส	2	10.00	2	10.00	
ปริญญาตรี	2	10.00	2	10.00	
อาชีพ					0.747*
เกษตรกร	4	20.00	4	20.00	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4	20.00	4	20.00	
รับจ้าง	6	30.00	7	35.00	
ว่างงาน	6	30.00	5	25.00	
รายได้					0.592*
เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย	9	45.00	9	45.00	
ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย	11	55.00	10	50.00	
เหลือเก็บ	0	0.00	1	5.00	

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแลหลัก และระยะเวลาการเจ็บป่วย (n = 40) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p-value
	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ	
ผู้ดูแลหลัก					0.468*
คู่สมรส	3	15.00	3	15.00	
ญาติ (น้องชาย/พี่สาว)	6	25.00	2	10.00	
บิดา มารดา	11	55.00	15	75.00	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (เดือน)					0.157*
1 - 6 เดือน	4	20.00	0	0.00	
7 - 12 เดือน	6	30.00	7	35.00	
13 - 18 เดือน	3	15.00	7	35.00	
19 - 24 เดือน	7	35.00	6	30.00	
	Mean = 16.20 เดือน (SD = 4.56)		Mean = 14.95 เดือน (SD = 7.58)		
	Min = 10 เดือน Max = 24 เดือน		Min = 2 เดือน Max = 24 เดือน		

* $p < .05$, Chi-Square test

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ส่วนใหญ่ ทั้งสองกลุ่มเป็นเพศชายร้อยละ 70 เท่ากัน และมี อายุระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 50 เท่ากัน (กลุ่ม ทดลอง Mean = 32.90 SD = 7.42 Min = 21 Max = 51 กลุ่มควบคุม Mean = 33.45 SD = 8.73 Min = 21 Max = 54) สถานภาพ โสดร้อยละ 75 และ 80 จบ การศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 60 และ 55 อาชีพ รับจ้างและว่างงาน ร้อยละ 30, 30 และ 35, 25 ตามลำดับ มีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายร้อยละ

55 และ 50 ผู้ดูแลหลักเป็นบิดา/มารดาร้อยละ 50 และ 75 ระยะเวลาการเจ็บป่วยในกลุ่มทดลองอยู่ ระหว่าง 19 - 24 เดือนร้อยละ 35 และกลุ่มควบคุม อยู่ระหว่าง 7 - 12 เดือน และ 13 - 18 เดือน ร้อยละ 35 เท่ากัน (กลุ่มทดลอง Mean = 16.20 SD = 4.56 Min = 10 Max = 24 กลุ่มควบคุม Mean = 14.95 SD = 7.58 Min = 2 Max = 24) และข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความ แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ/ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานะของผู้ดูแลหลัก (n = 40)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p-value
	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ	
เพศ					0.605*
ชาย	1	5.00	3	15.00	
หญิง	19	95.00	17	85.00	
ช่วงอายุ (ปี)	Mean = 52.35 ปี (SD = 8.99)		Mean = 49.20 ปี (SD = 10.46)		0.793*
30 - 40 ปี	5	25.00	3	15.00	
41 - 50 ปี	5	25.00	4	20.00	
51 - 65 ปี	10	50.00	13	65.00	
	Min = 32 ปี Max = 61 ปี		Min = 31 ปี Max = 61 ปี		
สถานภาพสมรส					0.198*
คู่	17	85.00	20	100.00	
หม้าย	3	15.00	0	0.00	
ระดับการศึกษา					0.796*
ประถมศึกษา	4	20.00	6	30.00	
มัธยมศึกษา	15	75.00	13	65.00	
อนุปริญญา/ปวช/ปวส	1	5.00	1	5.00	
อาชีพ					0.913*
เกษตรกร	4	20.00	4	20.00	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4	20.00	3	15.00	
รับจ้าง	12	60.00	13	65.00	
รายได้					1.000*
เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย	9	45.00	10	50.00	
ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย	11	55.00	10	50.00	
สถานะของผู้ดูแลหลัก					0.098*
สามี/ภรรยา	3	15.00	3	15.00	
ญาติ (น้องชาย/พี่สาว)	6	30.00	2	10.00	
มารดา/บิดา	11	55.00	15	75.00	

* $p < .05$, Chi-Square test

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิงร้อยละ 95 และ 85 มีอายุอยู่ในช่วง 51 - 65 ปี ร้อยละ 50 และ 65 (กลุ่มทดลอง Mean = 52.35 SD = 8.99 Min = 32 Max = 61 กลุ่มควบคุม Mean = 49.20 SD = 10.46 Min = 31 Max = 61) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 85 และ 100 จบการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 75 และ 65 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 60 และ 65 มีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ร้อยละ 55 และ 50 ตามลำดับสถานะของผู้ดูแลหลักเป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 55 และ 75 โดยข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน (ดังตารางที่ 2)

2.1) ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต และความรุนแรงอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ในระยะก่อน หลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน

เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต และความรุนแรงอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ในระยะก่อน หลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน ภายในกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต และความรุนแรงอาการทางจิตในระยะก่อน หลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 (ตารางที่ 3) และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนด้วยวิธีการทดสอบแบบ Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระยะหลังทดลอง

และติดตาม 1 เดือน มีค่ามากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และในระยะติดตาม 1 เดือนมีค่ามากกว่าหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในระยะหลังทดลองและติดตาม 1 เดือน มีค่ามากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และในระยะติดตาม 1 เดือนมีค่ามากกว่าหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความรุนแรงอาการทางจิตในระยะหลังทดลอง และติดตาม 1 เดือนมีค่าน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และในระยะติดตาม 1 เดือนมีค่าน้อยกว่าหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2.2) เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต และความรุนแรงอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ในระยะก่อน หลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต และความรุนแรงอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ในระยะก่อน หลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนการทดลองน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่ระยะหลังทดลอง และติดตาม 1 เดือนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ระยะหลังทดลองและ

ติดตาม 1 เดือนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงอาการทางจิตก่อนการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่ในระยะติดตาม 1 เดือนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 (ตารางที่ 4)

2.3) เปรียบเทียบความแตกต่างการกลับมา

รักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบความแตกต่างการกลับมา รักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองไม่มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ขณะที่กลุ่มควบคุมมีการกลับมา รักษาซ้ำจำนวน 2 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 10 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต ความรุนแรงอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ในระยะก่อน หลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน ภายในกลุ่มทดลอง (n = 20)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง $\bar{X}$ (SD)	หลัง ทดลอง $\bar{X}$ (SD)	ติดตาม 1 เดือน $\bar{X}$ (SD)	SS	df	MS	F	P- value
พฤติกรรมการใช้ ยาตามเกณฑ์การ รักษา	44.00 (4.47)	70.45 (4.79)	81.90 (3.55)	15114.10	1.38	10994.54	287.77	0.000**
คุณภาพชีวิต	154.90 (17.46)	218.35 (16.87)	245.70 (16.37)	86790.43	1.16	742809.15	258.51	0.000**
ความรุนแรง อาการทางจิต	6.40 (0.50)	4.00 (0.00)	3.60 (0.50)	91.73	2.00	45.87	311.24	0.000**

** $p < .01$

การอภิปรายผล

1. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกนี้พัฒนาขึ้นโดยใช้การวิจัยและพัฒนา 7 ขั้นตอนของ

กรมสุขภาพจิต (2563) โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนาโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกรายบุคคล และสนทนารายกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต ความรุนแรงอาการทางจิต ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n = 40)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา						
ก่อนทดลอง	44.00	4.472	49.35	4.84	3.63	0.001**
หลังทดลอง	70.45	7.80	64.75	7.80	2.29	0.028*
ติดตาม 1 เดือน	81.90	3.55	68.05	7.63	7.36	0.000**
คุณภาพชีวิต						
ก่อนทดลอง	154.90	17.46	165.45	26.70	1.48	0.147
หลังทดลอง	218.35	16.87	190.25	27.09	3.94	0.000**
ติดตาม 1 เดือน	245.70	16.37	206.05	27.43	5.55	0.000**
ความรุนแรงอาการทางจิต						
ก่อนทดลอง	6.40	0.50	6.00	0.00	3.56	0.001**
หลังทดลอง	4.00	0.00	4.00	0.00	-	1.000
ติดตาม 1 เดือน	3.60	0.50	4.00	0.32	-2.99	0.005**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40)

กลุ่มตัวอย่าง	การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย 1 เดือน			
	กลับมารักษาซ้ำ		ไม่กลับมารักษาซ้ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มทดลอง (n = 20 คน)	0	0.00	20	100.00
กลุ่มควบคุม (n = 20 คน)	2	10.00	18	90.00

ญาติและผู้ดูแล รวมถึงพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และสอดคล้องกับบริบทการดูแลผู้ที่เป็นของโรงพยาบาลสวนปรุง และนำข้อมูลดังกล่าวผสมผสานกับกรอบแนวคิด

การบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของ Shumacher and Meleis (1994) ประกอบด้วย 1) การประเมินความพร้อม (assessment of readiness) 2) การเตรียมสำหรับการเปลี่ยนผ่าน (preparation for transition) และ 3) การใช้บทบาททดแทน (role

supplementation) และแนวทางการบำบัดทางการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของ Parry et al. (2003) ที่ประกอบด้วย 1) การจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการและยา 2) การบันทึกข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล 3) การตรวจตามนัด และ 4) สัญญาณเตือนการกำเริบซ้ำ โดยจะให้การบำบัดตั้งแต่วันแรกของการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มาออกแบบและพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก โดยการบำบัดตามโปรแกรมมีทั้งหมด 9 ครั้งแบ่งเป็นการบำบัดขณะ ผู้ที่เป็นพักรักษาในโรงพยาบาล 5 ครั้งแต่ละครั้งใช้เวลา 45 - 60 นาที เนื้อหาสำคัญของการบำบัด คือ การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานยา การสังเกตและจัดการปัจจัย กระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ การปฏิบัติตัวเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ หลังจากจำหน่าย 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที มีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับประทานยา ต่อเนื่อง การสังเกตและการจัดการอาการเตือน การตรวจตามนัด และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ส่วนการให้ความรู้ญาติหรือผู้ดูแล 2 ครั้งในระยะที่ผู้ป่วย รักษาตัวในโรงพยาบาล โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้ที่เป็นให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อกลับบ้าน และส่งเสริมทักษะการคลายความเครียด ซึ่งเมื่อนำโปรแกรมไปทดสอบในผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกพบว่า ผู้ป่วย เข้าใจและเห็นว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมด้านเนื้อหา เข้าใจง่าย ญาติบอกว่าโปรแกรมช่วยให้สามารถดูแลผู้ที่เป็นได้ และภาษาที่ใช้ชัดเจน เข้าใจ

ง่าย ส่วนมุมมองพยาบาลที่ใช้โปรแกรมเห็นว่า โปรแกรมมีขั้นตอนที่ชัดเจนและสะดวกต่อการนำไปใช้ มีความเหมาะสมในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปสู่ชุมชน

2. จากการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกพบว่า ภายหลังเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมฯ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และคุณภาพชีวิตดีขึ้นทั้งในระยะหลังทดลอง และติดตาม 1 เดือน และมีความรุนแรงอาการทางจิตลดลงในระยะหลังทดลอง และติดตาม 1 เดือนตามลำดับ (ตารางที่ 3) อธิบายได้ว่า โปรแกรมฯ นี้ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อาจเนื่องด้วยโปรแกรมฯ พัฒนาขึ้นตามประเด็นปัญหาที่พบในระยะวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกที่พบว่า ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภท โรคจิตเภทคืออะไร รักษาอย่างไร อาการผิดปกติหรืออาการเตือนก่อนมีอาการกำเริบของโรคมีอะไรบ้าง และทุกรายไม่ทราบความสำคัญของการรับประทานยา มีพฤติกรรมรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง คิดว่าอาการหายแล้ว บางรายหยุดยาเองเพราะไม่สบายจากอาการข้างเคียงของยา ไม่ทราบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทครั้งแรกหากเข้าใจ และปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างถูกวิธีจะช่วยป้องกันการกำเริบซ้ำของโรคได้ ซึ่งจะช่วยลดโอกาสการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเรื้อรังต่อไป โดยในกระบวนการบำบัด

สำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกจะได้รับการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ในขณะอยู่โรงพยาบาล โดยพยาบาลผู้ทำหน้าที่ Coach จะให้คำแนะนำและปรึกษาเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษาเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ และการดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานยา ผู้ป่วยจะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ปัญหา อุปสรรคต่อการดูแลตนเอง รวมถึงผู้ดูแลจะได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน และเมื่อกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยจะได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 4 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยและญาติยังคงได้รับการช่วยเหลือ แนะนำ จากพยาบาลอย่างใกล้ชิด สามารถปรึกษาปัญหา และปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้นทั้งในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 1 เดือน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการสอน ชี้นำ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ และการรักษา ผลที่เกิดจากรักษา อาการข้างเคียงจากยา และวิธีการแก้ไขปัญหาที่พบจะส่งผลให้มีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงขึ้น (สุมิสา กุมลา และคณะ, 2563; ฉัญฐพัชร สุนทโรวิทย์ และ คณะ, 2563; อินทกานต์ สุวรรณ และ สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2563) และเมื่อผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง ทำให้อาการทางจิตสงบ ซึ่งจะเห็นได้จากค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงอาการทางจิตที่ลดลงทั้งในระยะหลังทดลองและติดตาม 1 เดือน (ตารางที่ 3) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกมีคุณภาพชีวิตในระยะหลังทดลอง

และติดตาม 1 เดือน ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ในด้านการดำรงชีวิตประจำวัน ด้านอาการทางจิต ด้านอาการข้างเคียงของยา และทัศนคติต่อการรักษา ด้านบทบาทและหน้าที่ ด้านครอบครัว ด้านสังคมและชุมชน และด้านสิทธิมนุษยชน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sarakan (2010) ที่ทำการศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งรอง (multiple episode) แล้วพบว่าผู้ที่ได้รับโปรแกรมมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่าผู้ที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของดวงกมล สระบุรี (2558) ที่ศึกษาผลของรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากการเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองไม่มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ขณะที่กลุ่มควบคุมมีการกลับมารักษาซ้ำจำนวน 2 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 10 (ตารางที่ 5) อธิบายได้ว่า โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกนี้ มีการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายสัปดาห์ละ 1 ครั้งจำนวน 4 สัปดาห์ โดยให้ความรู้ แนะนำ ให้คำปรึกษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในเรื่องการดูแลตนเองด้านยา การมาตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพ

ตนเองผ่านการบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพ การสังเกตและจัดการอาการเตือนก่อนการกำเริบซ้ำของโรค ส่งผลให้ผู้ที่เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ได้รับการส่งต่อสถานพยาบาลใกล้เคียงบ้านไม่มีพยาบาลที่ให้คำปรึกษาในช่วงหลังการจำหน่ายสัปดาห์ที่ 1 - 4 ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกต้องเผชิญกับการปรับตัวหลายอย่างในชีวิต มีความเครียดและหากจัดการไม่ได้ หรือดูแลตัวเองไม่ถูกต้องอาจส่งผลให้เกิดการกำเริบซ้ำของโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อาริยา ตัมมโนกุล และ สุรศักดิ์ ไชยสงค์ (2564) ที่พบว่า การติดตามเยี่ยมผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหลังการจำหน่ายจะช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักในการมาพบแพทย์ตามนัด และให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแพทย์เพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 7 การปรับปรุงขั้นสุดท้าย

หลังการทดสอบประสิทธิภาพในพื้นที่นำร่อง ประเมินผลจากพยาบาลที่นำคู่มือโปรแกรมฯ ไปใช้พบว่า สามารถใช้เป็นแนวทางในการบำบัดผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกได้เป็นขั้นตอนชัดเจน แต่มีข้อเสนอแนะเรื่องการใช้ระยะเวลาในกิจกรรมครั้งที่ 2 นี้อาจมากเกินไป เสนอแนะให้ย้ายเรื่องโรคจิตเภทมารวมในกิจกรรมที่ 1 เพื่อกิจกรรมครั้งที่ 2 จะได้ให้เวลาที่เน้นความสำคัญของยาได้มากขึ้น และความคิดเห็นของผู้ป่วยก็สอดคล้องกัน สำหรับญาติไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงขั้นสุดท้ายดังนี้ กิจกรรมที่ 1 “เตรียมพร้อมรับมือ โรคนี้สำคัญอย่างไร และรู้จักโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 2 “ความสำคัญของการรักษาด้วยยาและ

การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา” กิจกรรมที่ 3 “อาการเตือนและการจัดการ” กิจกรรมที่ 4 “การจัดการปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ” และกิจกรรมที่ 5 “ปฏิบัติตนอย่างไรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี”

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการนำโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกไปใช้ในโรงพยาบาลจิตเวช โดยบุคลากรพยาบาลจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะก่อนใช้โปรแกรมดังกล่าว เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในโปรแกรมอย่างแท้จริง

2. ด้านการวิจัย ควรมีการติดตามในระยะยาวเพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแลนำทักษะความรู้ที่ได้รับไปใช้อย่างต่อเนื่อง ให้มีความหลากหลาย เพื่อให้เหมาะสมกับปัญหาและสิ่งแวดล้อม และติดตามผลลัพธ์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น หรือทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในบริบทของภาคอื่น ๆ เพื่อพิสูจน์ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญพนมพร ธรรมไทย, ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ, ซาลินี สุวรรณยศ, สุวิทย์ อินทอง, ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, และ สรัญญา วรรณชัยกุล. (2551). การสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัฐพัชร สุนทโรวิทย์, อัญชลี วิจิตรปัญญา, และ ปาณิสรา อินทร์กันทุม. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 34(2), 153-168.

- ดวงกมล สระบุรี. (2558). ผลของรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับจิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาทานนท์ ขวัญสนิท และ มานิต ศรีสุรณานนท์. (2561). ตัววัดทางระบาดวิทยาเพื่อคำนวณภาระโรคจิตเภทในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 26(1), 50-62.
- พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, อธิป ต้นอารีย์, และ นพพร ดันติรังสี. (2561). การศึกษาตัววัดทางระบาดวิทยาในการคำนวณภาระโรคจิตเวชในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 26(1), 26-33.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2558). โรคจิตเภทและโรคจิตเวชอื่น ๆ. ใน มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์รวมฉบับ*. (พิมพ์ครั้งที่ 4, 29-34). ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เขาวานฏ ผลิตนันทเกียรติ, พชริน คุณคำซู่, สตรีรัตน์ รุจิระชาคร, และศจี แซ่ตั้ง (บรรณาธิการ.). (2554). คู่มือการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต. นนทบุรี: บริษัทเบสท์สเค็บแอ็คเคอร์ไพซิ่ง.
- ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center). (2566). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง service Plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช. <https://hdcservice.moph.go.th/>
- โรงพยาบาลสวนปรุง. (2566). รายงานผลการทบทวนเวชระเบียนผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- โรงพยาบาลสวนปรุง. (2557). ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- โรงพยาบาลสวนปรุง. (2566). สถิติผู้มารับบริการ โรงพยาบาลสวนปรุงประจำปี 2563-2565. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- วรวัฒน์ ไชยชาญ, มันทนา กิตติพิรัช, เสาวลักษณ์ สุวรรณโมตรี, ชิดชนก โอภาสวัฒนา, อุษา ล้มชีว, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, และคณะ. (2561). แนวทางการใช้ *Clinical Global Impression (CGI)*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอวัน ปริ้นติ้ง.
- สรินทร เชี่ยวโสธร. (2545). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับจิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สินเงิน สุขสมปอง, ฤทธิ อุดมอิทธิพงศ์, และ พลภัทร์ โลเสถียรกิจ. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(4), 331-340.
- สุมิศา กุมลา, โสภณ แสงอ่อน, และ พชรินทร์ นินทจันทร์. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(2), 132-152.
- อารียา ตั้งมโนกุล และ สุรศักดิ์ ไชยสงค์. (2564). ผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเครือข่ายบริการสุขภาพ อ.คอนมดแดง จ.อุบลราชธานี. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 15(4), 436-455.
- อินทกานต์ สุวรรณ และ สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2563). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(1), 152-162.
- American Psychiatric Association. (2005) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition (Text Revision)*. (4th ed). American Psychiatric Publishing.
- Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J. G., et al. (2018). Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings from the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1195-1203.
- Chen, E. Y.H., Hui, C. L.M., Dunn, E. L. W, Miao, M. Y. K., Yeung, W. S., Wong, C. K., Chan, W. F., & Tang, W.N. (2005). A prospective 3 - year longitudinal study of cognitive predictors of relapse in first-episode schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, 77, 99-104.
- Chen, E. Y. H., Hui, C. L. M., Lam, M. M. L., Chiu, C. P. Y., Law, C. W., Chung, D. W. S., et al. (2010). Maintenance treatment with quetiapine versus discontinuation after one year of treatment in patients with remitted first episode psychosis: randomized controlled trial. *BMJ*, 341, c4024.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Hemrungronj, S. (2011). *Montreal cognitive assessment (MoCA) thai version* 01 Update August 31, 2011. [Internet]. 2011 [cited Jan 19, 2023] Available from: http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCATest-Thai.pdf.

- Parry, C., Coleman, E., Smith, J., Frank, J., and Kramer, A. (2003). The care transition: A patient-centered approach to ensuring effective transfers between sites of geriatric care. *Home Health Services Quarterly*, 22(3), 1-17.
- Sarakan, K. (2010). *Effectiveness of a Transitional Care Program for Persons with Schizophrenia*. [Doctor of Philosophy], Chiang Mai University.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept nursing. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Sapra, M., Weiden, J.P., Schooler, R. N., Sunakawa-McMillan, A., Uzenoff, S., & Burkholder, P. (2014). Reasons for Adherence and Nonadherence: A Pilot Study Comparing First and Multi Episode Schizophrenia Patients. *Clinical Schizophrenia & related psychoses*, 7(4), 199-206.