

## ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวช โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล แผนกผู้ป่วยในจิตเวช โรงพยาบาลอุดรธานี

ชบาไพร สังเกต, พย.ม.\*<sup>๑</sup>, ระพีพรรณ ลาภา, พย.ม.\*\*<sup>๒</sup>, ชรินทร์พร มะชะรา, พย.ม.\*\*<sup>๓</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และเพื่อศึกษาความแตกต่างของการผิคนัดการรักษและการขาดยาในผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลหลักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยรวงผึ้ง โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนธันวาคม 2564 และกันยายน 2565 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มโดยจับฉลากตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล แผนกผู้ป่วยในจิตเวช เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หาค่าความตรงของเนื้อหาได้ค่า CVI=0.91 และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค=0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติทดสอบ t-test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมฯ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) สร้างความตระหนักในการดูแลผู้ป่วย 2) สร้างองค์ความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจ 3) ส่งเสริมความร่วมมือ และ 4) ติดตามดูแลต่อเนื่อง หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งการผิคนัดการรักษาลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) และหลังเข้าโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามครั้งที่ 1, 2 และ 3 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  สรุป: โปรแกรมฯสามารถลดการผิคนัดการรักษาและเพิ่มการรับประทานยาตามแผนการรักษามากขึ้น

**คำสำคัญ :** โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย; ผู้ป่วยจิตเวช; การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล; การผิคนัดการรักษา; การขาดยา

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยรวงผึ้ง กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลอุดรธานี

\*\* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

<sup>๑</sup> Corresponding author : ชบาไพร สังเกต E-mail: chabaprai.kanthong@hotmail.com

รับบทความ: 27 พ.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 7 ธ.ค. 65; ตอรับตีพิมพ์: 8 ธ.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 2 ม.ค. 66

## Effects of Discharge Planning Program with Caregiver Participation among Patients with Psychosis of In-patient Department, Udonthani Hospital

Chabaprai Sungkate, M.N.S.<sup>\*a</sup>, Rapeephan Lapha, M.N.S.<sup>\*\*</sup>,  
Sharinporn Machara, M.N.S.<sup>\*\*</sup>

### Abstract

This quasi-experimental research aimed to developed a discharge planning program with caregivers' participations among patients with psychosis who were admitted to in-patient department and to identify the differences in rate of loss to follow-up and medication adherence among psychiatric patients between before and after participating the program and between control and experimental groups. Samples were caregivers and patients with psychosis who were admitted to Raungphung ward, Udon Thani Hospital during December 2021 and September 2022. Samples were selected based on inclusion criteria using a simple random sampling. The samples were consisted of 40 psychiatric patients and their primary caregivers, divided equally experimental and control groups with 20 subjects each. The research instrument was a psychiatric patient discharge planning program with the caregiver's participations. A questionnaire was used to gather data regarding general information and medication use according to treatment plan. Validity of the instruments (CVI) was at 0.91 with its reliability using Cronbach's alpha coefficient was at 0.85. The data were analyzed using descriptive statistics, t-test, and Mann-Whitney U test.

The results showed that the program was consisted of 4 activities: 1) raising awareness of patient care, 2) building knowledge and confidence, 3) promoting cooperation, and 4) continuing follow-up after completed the program. The results showed that the experimental group had significantly fewer loss to follow-up than those in the control group ( $p < 0.01$ ). After completing the program, the experimental group had significantly higher drug administration scores at the first, second, third follow-ups ( $p < 0.05$ ). Conclusion: the program

---

\* Registered Nurse, Professional Level, Department of Psychiatric Nursing, Udon Thani Hospital

\*\* Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

<sup>a</sup> Corresponding author : Chabaprai Sungkate Email : chabaprai.kanthong@hotmail.com

*Received: Nov. 27, 22; Revised: Dec. 7, 22; Accepted: Dec. 8, 22; Published Online: Jan. 2, 23*

was effective in reducing appointment missing and increase drug intake according to the treatment plan.

**Keywords:** Discharge planning program, Psychiatric patients, Participation of caregiver, Loss follow-up, Medication adherence

## บทนำ

ปัญหาการนัดนัดการรักษาในผู้ป่วยจิตเวช เป็นปัญหาที่พบได้ในทุกหน่วยบริการ กรมสุขภาพจิต มีแนวทางการแก้ไขปัญหานี้ โดยกำหนดนโยบายให้มีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชลงไปสู่ชุมชน หลังจากรักษาจากโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชจนอาการทุเลาลงแล้วสามารถไปรับยาและนัดติดตามการรักษาได้ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลาการเดินทาง และลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัวลง อย่างไรก็ตาม แม้จะมีมาตรการช่วยเหลือ ปัญหาดังกล่าวก็ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องในอัตราที่ค่อนข้างสูง มีการศึกษาเกี่ยวกับการขาดนัดนัดการรักษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 5 แห่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทนัดนัดการรักษาเกิน 1 สัปดาห์ขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 37.02 ส่วนใหญ่มีนัดจำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 69.5) นอกจากนี้ ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ<sup>(1)</sup> ได้ศึกษาการขาดนัดพบแพทย์ครั้งแรกของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น รายใหม่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ พบว่า มีอัตราการขาดนัด ร้อยละ 20.5 โดยผู้ป่วยที่ครูเป็นผู้พารับการรักษาโดยผู้ปกครองไม่มาด้วย มีโอกาสขาดนัดเพิ่มขึ้นเป็น 4.4 เท่า การนัดนัดการรักษาในผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลต่อการรักษาของผู้ป่วยโดยตรง เศรษฐกิจและทรัพยากรของชาติ โดยมีการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยที่ขาดนัดนัดการรักษาในครั้งแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีแนวโน้มจะกลับมารักษาซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ขาดนัดครั้งแรก<sup>(2)</sup> ผู้ป่วยจิตเวชที่ขาดนัดส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้การรักษาไม่ได้ผล และอาการกำเริบต้องกลับมา รักษาซ้ำ ซึ่งสาเหตุการกลับเป็นซ้ำผู้ป่วยในจิตเภทเกิดจาก 1) ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค ยาจิตเวชและสถานบริการสุขภาพจิต, 2) ขาดความตระหนักในการรับประทานยา, 3) การใช้สารเสพติด, 4) ความเครียด, 5) ญาติหวาดกลัว เปื่อหน่ายท้อแท้ในการดูแล และ 6) สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ<sup>(3)</sup> นอกจากนี้ พิชญนันท์ นามวงษ์ และวิญญู ชะนะกุล<sup>(4)</sup> ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วันในผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ คือการขาดยา ก่อนนอนโรงพยาบาล การมาตรวจรักษา ก่อนการนัด และการวางแผนการจำหน่ายโดยไม่ยินยอม และขาดความร่วมมือของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำ<sup>(5)</sup> การป้องกันหรือลดปัญหาการกลับมารักษาซ้ำต้องทำอย่างเป็นระบบ เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งแพทย์จำหน่าย และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล จะมีปัญหาเรื่องการนัดนัดติดตามการรักษาน้อยกว่า<sup>(4)</sup> เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพา ค่อนข้างสูง หากผู้ดูแลขาดความเข้าใจและมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา รวมถึงการไม่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วย ก็จะทำให้การดูแลผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพและส่งผลให้ผู้ป่วยขาด

การรักษาและอาการกำเริบได้ในที่สุด การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อน มีส่วนสำคัญในการลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช<sup>(6)</sup> นอกจากนี้ยังพบว่า การให้ความรู้ สาเหตุอาการ วิธีการรักษา ยาและผลข้างเคียง การสังเกตอาการกำเริบ และสถานพยาบาลที่รักษา ควรให้ข้อมูลเป็นรายกรณี และควรสร้างความตระหนักในการรักษาสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำ<sup>(7)</sup>

หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอุดรธานี “รวงผึ้ง” รับผู้ป่วยจิตเวช 10 เตียง ชาย 5 เตียง หญิง 5 เตียง เริ่มเปิดให้บริการตั้งแต่ 13 สิงหาคม 2562 เป็นต้นมา จากสถิติผู้ป่วยที่รักษาตั้งแต่ 14 สิงหาคม 2562 ถึง 31 พฤษภาคม 2563 พบว่า ผิดนัดติดตามการรักษาจำนวน 45 คน จาก 157 คน คิดเป็นร้อยละ 28.66 แบ่งเป็น ไม่มาตามนัดเลย 36 คน คิดเป็นร้อยละ 22.93 และมาตามนัดเพียงครั้งเดียวแล้วไม่มาอีก 9 คน คิดเป็นร้อยละ 5.73 ผู้ป่วยที่ผิดนัดการรักษาทุกคนมีปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอด้วย ซึ่งส่งผลให้มีอาการกำเริบและต้องกลับมารักษาซ้ำในเวลาต่อมา

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ละรายให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม ครอบคลุมองค์รวมตามบทบาทและมาตรฐานวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่บ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้เหมือนบุคคลปกติ รวมทั้งความร่วมมือจากญาติหรือผู้ดูแลในการวางแผนการจำหน่าย<sup>(6)</sup> ปัจจุบันได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หรือการวางแผนการจำหน่ายร่วมกับผู้ดูแลไว้จำนวนหนึ่งแล้ว แต่โรงพยาบาลอุดรธานียังพบผู้ป่วยที่ผิดนัดติดตามการรักษาทุกคนมีปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอด้วยซึ่งส่งผลให้มีอาการกำเริบและต้องกลับมารักษาซ้ำ จากแนวคิดทฤษฎีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของแบนดูรา เชื่อว่า การที่บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นและสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นสามารถทำได้โดย ส่งเสริมให้บุคคลเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของกิจกรรมนั้นๆ รวมถึงการให้ความรู้และสร้างประสบการณ์ให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรม<sup>(8)</sup> ผู้วิจัยซึ่งมีบทบาทเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชประจำหอผู้ป่วยรวงผึ้ง โรงพยาบาลอุดรธานี จึงต้องการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวช โดยให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันปัญหาการผิดนัดและการขาดยาของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดอุดรธานี รวมถึงศึกษาผลของการนำโปรแกรมดังกล่าวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยรวงผึ้ง ทั้งนี้เพื่อให้ได้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เหมาะสมในการนำมาดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการผิดนัดของผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

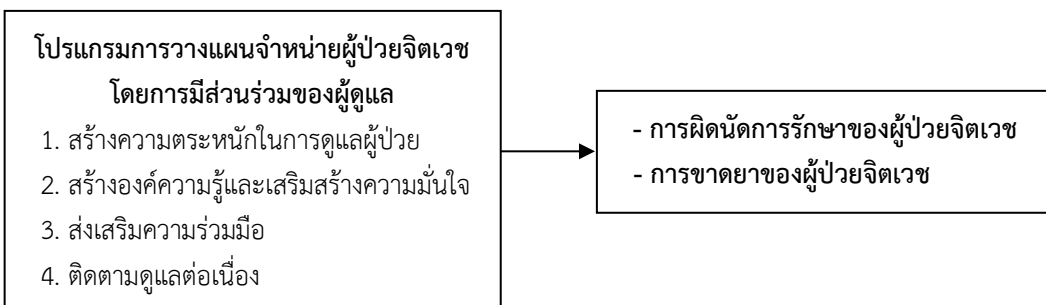
1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล เพื่อป้องกันการผิดนัดการรักษาและการขาดยาของผู้ป่วยจิตเวช
2. เพื่อศึกษาความแตกต่างของการผิดนัดการรักษาและการขาดยาในผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล มีการผิต้นัดการรักษาและการขาดยาตลกลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล มีการผิต้นัดการรักษา และการขาดยาน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยโปรแกรมฯ

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยคือ ทฤษฎีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของแบนดูรา<sup>(6)</sup> ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ในการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแล โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตน ซึ่งแนวคิดทฤษฎีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของแบนดูราเชื่อว่าการที่บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นและสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นสามารถทำได้โดย ส่งเสริมให้บุคคลเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของกิจกรรมนั้น รวมถึงการให้ความรู้และสร้างประสบการณ์ให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรม ซึ่งโปรแกรมประกอบไปด้วยกิจกรรมหลัก 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างความตระหนักในการดูแลผู้ป่วย, 2) สร้างองค์ความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจ, 3) ส่งเสริมความร่วมมือ และ 4) ติดตามดูแลต่อเนื่อง รายละเอียดดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- experimental) โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวช ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยรวงผึ้ง โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี ระหว่างธันวาคม 2564 ถึงกันยายน 2565 จำนวน 208 คน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\* power version 3.1 สำหรับการวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบเท่ากับ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ  $\alpha=0.05$  และขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80<sup>(9)</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 36 คนโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 18 คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ทำให้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมด 40 คน โดยจะนับผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลหลักที่จะเป็นผู้เข้าร่วมโปรแกรมรวมกันเป็น 1 ชุดข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากโดยเลือกวันที่ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษา (วันคู่ วันคี่) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

**ผู้ดูแลหลัก** 1) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยรวงผึ้งใน ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2564–30 กันยายน 2565, 2) มีที่อยู่อาศัยที่ถาวร สามารถเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมได้สะดวกและต้องอาศัยอยู่ที่เดิม ต่อไปอีกอย่างน้อยจนสิ้นสุดโปรแกรม, 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดีทั้งการพูด การอ่าน และการเขียน และ 4) สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ตลอดการทดลอง สำหรับ**ผู้ป่วย** 1) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยรวงผึ้ง ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2564–30 กันยายน 2565, 2) มีประวัติผิदनัดการรักษาอย่างน้อย 1 ครั้งหรือเข้ารับการรักษาซ้ำ หรือมีคะแนนการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับปานกลาง-ต่ำ หรือทั้งสองอย่าง, 3) มีที่อยู่อาศัยถาวร สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้สะดวกและจะต้องอาศัยอยู่ที่เดิมต่อไปจนกว่าจะสิ้นสุดโปรแกรม และ 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดีทั้งการพูด การอ่าน และการเขียน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล แผนกผู้ป่วยในจิตเวช ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ในการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแล โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของแบนดูรา<sup>(8)</sup> ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) สร้างความตระหนักให้กับผู้ดูแลหลัก, 2) สร้างองค์ความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ดูแลหลัก โดยการสอนด้วยสื่อแผ่นพับการให้ความรู้เรื่อง โรคจิตเภท โรคจิตจากสารเสพติด โรคจิตจากแอลกอฮอล์ โรคซึมเศร้า และโรคไบโพลาร์ (อารมณ์สองขั้ว) ยาจิตเวช การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนอาการกำเริบ, 3) ส่งเสริมความร่วมมือ โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลหลักทบทวนความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม และ 4) ติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยหลังผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจากผู้ดูแลหลัก และให้คำแนะนำหากเกิดปัญหา รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงรายละเอียดของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วม  
ของผู้ดูแล แผนกผู้ป่วยในจิตเวช

กิจกรรมที่	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	รายละเอียดของกิจกรรม	ระยะเวลา
1. สร้างความตระหนัก	ผู้ดูแลหลัก	<ol style="list-style-type: none"> <li>เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้พูดคุยถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา</li> <li>อธิบายแนวทางและขั้นตอนการรักษาของแพทย์พอสังเขป</li> <li>อธิบายให้เห็นความสำคัญของการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและการดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย</li> <li>นัดหมายวันและเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป</li> </ol>	30 นาที
2. สร้างองค์ความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจ	ผู้ดูแลหลัก	<ol style="list-style-type: none"> <li>ให้ความรู้เรื่องโรค อาการ การรักษา การดูแลสังเกตติดตามอาการของผู้ป่วยโดยใช้สื่อการสอนเฉพาะโรคที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งได้แก่โรคจิตเภท โรคจิตจากสารเสพติด โรคจิตจากแอลกอฮอล์ โรคซึมเศร้า และโรคไบโโปลา(อารมณ์สองขั้ว)และการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนอาการกำเริบ</li> <li>ให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย ผลข้างเคียงของยา และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักลงจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานด้วยตนเอง</li> <li>ให้ความรู้และแนวทางที่ถูกต้องเกี่ยวกับการการดูแลเรื่องชีวิตประจำวันของผู้ป่วย</li> <li>เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้พูดถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา โดยพยาบาลกล่าวชมเชย และชี้ให้ผู้ดูแลมองเห็นถึงศักยภาพของตนเอง</li> <li>ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉินเกี่ยวกับผู้ป่วย</li> <li>นัดหมายวันและเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป</li> </ol>	40-60 นาที
3. ส่งเสริมความร่วมมือ	ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วย	<ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลหลักทบทวนความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม</li> <li>ผู้วิจัยร่วมสนทนากับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเพื่อทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการดูแลและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านเพื่อให้เกิดความร่วมมือและปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน ก่อนรับผู้ป่วยกลับบ้าน</li> <li>แจ้งให้ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยให้รับทราบว่าจะมีการโทรศัพท์สอบถามเพื่อเป็นการติดตามต่อเนื่อง</li> </ol>	45 นาที

**ตารางที่ 1 (ต่อ) ตารางแสดงรายละเอียดของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล แผนกผู้ป่วยในจิตเวช**

กิจกรรมที่	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	รายละเอียดของกิจกรรม	ระยะเวลา
4.ติดตามดูแลต่อเนื่อง	ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วย	1. หลังผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจากผู้ดูแลหลัก และให้คำแนะนำหากเกิดปัญหา 2. ก่อนถึงวันนัดตรวจติดตามการรักษา 1 วัน ผู้วิจัยโทรศัพท์แจ้งเตือนให้ผู้ดูแลทราบและเตรียมตัวพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด 3. ติดตามข้อมูลการมาตรวจตามนัดและการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาจำนวน 3 ครั้ง หลังจำหน่ายผู้ป่วย โดยผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลการมาตรวจตามนัดในบันทึกเวชระเบียนนัดมาที่หอรวงผึ้งในวันนัด หรือ, โทรศัพท์สัมภาษณ์ข้อมูลการมาตามนัดและข้อมูลการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาจากผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือชุดเดิมกับการสัมภาษณ์ข้อมูลก่อนการวิจัย	5-10 นาที

## 2. เครื่องมือที่ใช้ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

### 2.1. แบบบันทึกและสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย 3 ตอน

1) แบบบันทึกและสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ย ข้อวินิจฉัยของแพทย์ ประวัติการผิคนัดการรักษา ประวัติการขาดยา ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยความเจ็บป่วยทางจิตเวช โรคทางกาย และจำนวนสมาชิกครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกัน

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

3) แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้วิจัยปรับปรุงและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยเกี่ยวกับแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยนอกของ พรทิพย์ วัชรดิกล และคณะ<sup>(10)</sup> ซึ่งประยุกต์มาจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร<sup>(11)</sup> ที่ได้พัฒนามาจาก Farragher<sup>(12)</sup> มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ เป็นแบบ Likert scale มี 4 ระดับคะแนน คำตอบแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือข้อความทางลบ 8 ข้อ และข้อความทางบวก 9 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน (4 คะแนน) บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกวัน(สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง) บางครั้ง หมายถึง นานๆ ปฏิบัติสักครั้ง (เดือนละ 1 ครั้ง) , นานๆ ครั้ง หมายถึง นานๆ ปฏิบัติสักครั้ง (เดือนละ 1 ครั้ง) และ ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย หากเป็นข้อความ

ทางบวกให้คะแนน 4-3-2-1 ตามลำดับ หากเป็นข้อความทางลบ ให้คะแนน 1-2-3-4 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 42 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วงได้แก่ คะแนน <21 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ คะแนน 21-42 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องปานกลาง และคะแนน >42 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องสูง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) พิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ เกษัชกร และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวช ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.91 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85

### การเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

ภายหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยรพชิ่ง ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มโดยการจับฉลาก ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลา และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และหลังจากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติและประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในวันถัดมาตรวจตามนัด 3 ครั้ง

1. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยละเอียดอีกครั้ง และให้ผู้ดูแลหลัก ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างวิจัยจำนวน 2 ชุด โดยเก็บไว้ที่ผู้วิจัย 1 ชุด และกลุ่มตัวอย่างเก็บไว้ 1 ชุด

2. ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มวิจัยและกลุ่มควบคุมโดยการจับฉลาก จากนั้นสัมภาษณ์ข้อมูลเบื้องต้น ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ข้อมูลการขาดนัด และขาดยา อีกทั้งทำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กลุ่มตัวอย่างที่จับฉลากได้กลุ่มทดลองจะได้รับการนัดหมายเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบตัวต่อตัวกับผู้วิจัย ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่จับฉลากได้เป็นกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติของหอผู้ป่วย

3. เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านและได้รับการนัดติดตามการรักษา หลังกลับบ้าน 1 สัปดาห์ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามอาการของผู้ป่วย และปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจากผู้ดูแลหลัก และโทรศัพท์เตือนก่อนถึงวันนัด 1 วันให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

4. หลังวันนัดติดตามการรักษาผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลการมาตรวจตามนัดในบันทึกเวชระเบียน และโทรศัพท์สัมภาษณ์ข้อมูลการมาตามนัดและประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักโดยใช้เครื่องมือชุดเดิมกับการสัมภาษณ์ข้อมูลก่อนการวิจัย

5. ติดตามข้อมูลการมาตรวจตามนัดและการรับประทานยาจำนวน 3 ครั้ง หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ดูแลหลักที่อยู่ในกลุ่มทดลองจะได้รับโทรศัพท์สอบถามปัญหา และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย พร้อมให้คำแนะนำจากผู้วิจัยจำนวน 1 ครั้ง (5-10 นาที) และโทรศัพท์แจ้งเตือนก่อนถึงวันนัดจำนวน 3 ครั้ง (1-3 นาที)

6. ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการติดตามการมาตรวจตามนัดจำนวน 3 ครั้ง (โดยการตรวจสอบข้อมูลในเวชระเบียน และประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา 4 ครั้ง โดยครั้งแรกประเมินก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ครั้งที่ 2-4 ประเมินหลังจากกลับบ้าน ประเมินพร้อมกับวันที่นัดมาตรวจติดตามอาการ โดยการสอบถามโดยตรงเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดตามปกติ หรือโทรศัพท์สัมภาษณ์หากผู้ป่วยไม่ได้มาตรวจตามนัด

### การวิเคราะห์ข้อมูล

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

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่รับรอง (UDH REC No.20/2565) 20/2565 ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงเพื่อบอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา และประโยชน์ของการศึกษา การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการศึกษา ในลักษณะภาพรวม ตลอดจนสิทธิของผู้เข้าร่วมศึกษาให้ทราบถึงการมีอิสระในการที่เข้าร่วมศึกษา และสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ดังนี้

1.1 กลุ่มควบคุมพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55 อายุเฉลี่ย 32.75 ปี (SD=11.94) อายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 60 ปี การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ คือ โรคจิตจากสารเสพติด ร้อยละ 55 รองลงมาโรคจิตเภทร้อยละ 40 ขาดนัดเฉลี่ย 1.35 ครั้ง ขาดยาเฉลี่ย 46.75 วัน ข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่า 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 ร้อยละ 65 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ

การรับประทานยา ร้อยละ 95

1.2 กลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 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 ข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 อายุเฉลี่ย 54.45 ปี (SD=8.19) อายุต่ำสุด 40 ปี อายุสูงสุด 73 ปี การศึกษาส่วนใหญ่ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85 อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร 35 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 85 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ การรับประทานยา ร้อยละ 95

**2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวช โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลัก แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลอุดรธานี**

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของการผิदनัการรักษาก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งการผิदनัการรักษากลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว มีการติดตามการผิदनัการรักษากลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งการไม่มาตามนัดลดลงมาก แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.001$  รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนครั้งการไม่มาตามนัดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n=40) โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ระยะเวลาทดลอง		Mean Rank	n	Mann Whitney U	p
ก่อนเข้าโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	19.50	20	180.00	0.60
	กลุ่มควบคุม	21.50	20		
หลังเข้าโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	14.75	20	85.00**	0.001
	กลุ่มควบคุม	26.25	20		

\*\* $p < 0.001$

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับประทานยาของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระหว่างคะแนนก่อนเข้าโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 38.75 (SD=6.67) และคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามครั้งที่ 1, 2 และ 3 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 51.90 (SD=3.41), 53.30 (SD=3.38) และ 54.75 (SD=4.50) ตามลำดับ เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามหลังเข้าโปรแกรมทั้งสามครั้งมาเปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ยการรับประทานยา ก่อนเข้าโปรแกรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าโปรแกรมมากกว่าคะแนนเฉลี่ย ก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.001$  ทั้งสามครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ย การรับประทานยา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 39.20 (SD=6.95) และคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยา

จากการติดตามครั้งที่ 1, 2 และ 3 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.20 (SD=7.43), 37.55 (SD=11.22) และ 38.80 (SD=11.49) ตามลำดับ เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามหลังเข้าโปรแกรมทั้งสามครั้ง มาเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาก่อนเข้าโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามครั้งที่ 1 สูงกว่าคะแนนก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p<0.001$  ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาก่อนเข้าโปรแกรมแล้วไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p<0.001$  ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับประทานยาของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระหว่างคะแนนก่อนเข้าโปรแกรมกับคะแนนการติดตาม 3 ครั้งหลังเข้าโปรแกรม โดยใช้สถิติ pair t-test

ระยะเวลาทดลอง		M	SD	df	t
กลุ่มทดลอง n=20	ก่อนเข้าโปรแกรม	38.75	6.67		
	ติดตามครั้งที่ 1	51.90	3.41	19	-8.14***
	ติดตามครั้งที่ 2	53.30	3.38	19	-9.93***
	ติดตามครั้งที่ 3	54.75	4.50	19	-10.22***
กลุ่มควบคุม n=20	ก่อนเข้าโปรแกรม	39.20	6.95		
	ติดตามครั้งที่ 1	46.20	7.43	19	-4.36***
	ติดตามครั้งที่ 2	37.55	11.22	19	.56
	ติดตามครั้งที่ 3	38.80	11.49	19	.13

\*\*\* $p<0.001$

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับประทานยาทั้งก่อนเข้าโปรแกรม และหลังเข้าโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าโปรแกรมไม่แตกต่างกัน หลังเข้าโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามทั้ง 3 ครั้งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการติดตามครั้งที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p<0.05$  การติดตามครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p<0.001$  ทั้งสองครั้ง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับประทานยาทั้งก่อนเข้าโปรแกรมและหลังเข้าโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40) โดยใช้สถิติ Independent t-test

คะแนนการรับประทานยา	กลุ่มทดลอง (n=20)			กลุ่มควบคุม (n=20)			t
	M	SD	df	M	SD	df	
ก่อนเข้าโปรแกรม	38.75	6.67	38	39.20	6.95	37.93	-.20
ติดตามครั้งที่ 1	51.90	3.41	38	46.40	7.43	22.67	3.00*
ติดตามครั้งที่ 2	54.30	3.38	38	37.55	11.22	22.43	6.39***
ติดตามครั้งที่ 3	54.75	4.50	38	38.80	11.49	24.70	5.77***

\*p<0.05, \*\*\* p<0.001

### การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักเพื่อป้องกันการผัดตบการรักษาและการขาดยาของผู้ป่วยจิตเวชนั้น เป็นโปรแกรมที่มีความเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างมากเนื่องจาก ครอบครัวถือว่าเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ และการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลดีขึ้นในระยะยาว<sup>(13)</sup> โดยเฉพาะการมาติดตามการรักษาและการรับประทานยาที่สม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเวชนั้นจะทำให้อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายนี้ จึงนำครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการส่งเสริมการรับมาติดตามการรักษาตามนัด และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยโปรแกรมประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) สร้างความตระหนักในการดูแลผู้ป่วย 2) สร้างองค์ความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจ 3) ส่งเสริมความร่วมมือ และ 4) ติดตามดูแลต่อเนื่อง ซึ่งโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ นี้ มีรูปแบบที่ชัดเจนแตกต่างจากการวางแผนการจำหน่ายแบบเดิมทำให้เกิดรูปแบบการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้โปรแกรมนี้อย่างมีแผนการสอน และสื่อการสอนให้ความรู้ที่เป็นแผ่นพับที่สวยงามและมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหลัก การดูแลและผลข้างเคียงของยา ซึ่งเนื้อหาเข้าใจง่าย และครอบคลุมโรคที่มีผู้ป่วยมารับบริการ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอลกอฮอล์ การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว เป็นวิธีการส่งเสริมความรู้ให้กับผู้เรียนที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีความสนใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช<sup>(14)</sup> ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสอนและให้ความรู้จะพัฒนาความรู้ทักษะและความสามารถในการแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่ตนกำลังประสบปัญหาอยู่ และสื่อแผ่นพับยังสามารถนำกลับมาอ่านทบทวนความรู้ได้ตามความต้องการ เป็นวิธีการส่งเสริมความรู้ให้กับผู้ดูแลที่ช่วยให้ผู้เรียนมีความสนใจมากขึ้น จากสื่อที่ใช้อยู่สภาพประกอบชัดเจน

ทำให้เข้าใจง่ายส่งผลให้ผู้ดูแลเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น<sup>(15)</sup> ช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจ และสร้างความตระหนักในการรักษาอย่างต่อเนื่องให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่วนกิจกรรมติดตามดูแลต่อเนื่อง เป็นอีกกิจกรรมหนึ่งในโปรแกรมที่มีความสำคัญในการป้องกันการผื่นคันและการคันตามการรักษา และการขาดยาของผู้ป่วยจิตเวช โดยจะมีการโทรศัพท์สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจากผู้ดูแลหลัก และให้คำแนะนำ หากเกิดปัญหา หลังผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์ ก่อนถึงวันนัดตรวจติดตามการรักษา 1 วัน จะมีการโทรศัพท์ แจ้งเตือนให้ผู้ดูแลทราบและเตรียมตัวพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ซึ่งเป็นการแสดงถึงความเอาใจอาทรของพยาบาล และให้ความสำคัญต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นเรื่องมีค่าสำคัญ ในการสื่อสารกับผู้ป่วยช่วยให้ผู้ดูแลได้ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา และตระหนักถึง ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามการรักษาของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษา ผลของโปรแกรมติดตามอาการทางโทรศัพท์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต<sup>(16)</sup> ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมติดตามอาการทางโทรศัพท์ กลุ่มตัวอย่าง มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ภายหลังจากนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ มาให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีการผื่นคัน การรักษาและรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในแผนกผู้ป่วยในจิตเวชนั้น พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีการผื่นคันการรักษาลดลง และการรับประทานยาตามแผนการรักษา มากขึ้น เพราะการรักษาด้วยยาทางจิตเป็นการรักษาที่มีความสำคัญทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบและป้องกัน ไม่ให้มีอาการกำเริบซ้ำ โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์<sup>(17)</sup> และเราพบว่าปัจจัยของการขาดนัดการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชคือความรู้เรื่องโรค ความร่วมมือรักษา ความเข้าใจระบบนัด ประโยชน์ของการมาตรวจตามนัด และการสนับสนุนทางสังคม<sup>(18)</sup> ดังนั้นการที่ผู้ป่วย มีครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลและมีปัญหาเรื่องการผื่นคันติดตามการรักษาน้อยกว่า<sup>(1)</sup> การให้ความรู้เรื่อง การรับประทานยา การปรับทัศนคติเกี่ยวกับโรคและการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ จะช่วยให้การรับประทานยา มีความต่อเนื่อง<sup>(19)</sup> นอกจากนี้การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว มีส่วนสำคัญในการลด การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช<sup>(7)</sup> และการให้ความรู้ถึง สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ยาและผลข้างเคียง การสังเกตอาการกำเริบ สถานพยาบาลที่รักษาและควรให้ข้อมูลเป็นรายกรณี สร้างความตระหนักในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ยังป้องกันการกลับเป็นซ้ำ<sup>(7)</sup> สอดคล้องกับ บรรจงจิตต์ พันธุ์ทอง และนิภา กิมสูงเนิน<sup>(20)</sup> ได้วิจัยผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังแห่งตนร่วมกับการสนับสนุน ครอบครัวต่อพฤติกรรมที่ไม่เสพยาซ้ำในผู้ป่วยเสพติดยาบำบัดบำบัดในศูนย์บำบัด ผลพบว่า พฤติกรรม การไม่เสพยาซ้ำของผู้ป่วยเสพติดยาบำบัดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังแห่งตนร่วมกับการสนับสนุน ครอบครัวต่อพฤติกรรมที่ไม่เสพยาซ้ำหลังจำหน่าย 1, 2 และ 3 เดือน มีสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำ เกิดจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและการผื่นคันตามการรักษา

## สรุป

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล แผนกผู้ป่วยในจิตเวชสามารถลดการผัดนัดการรักษาและเพิ่มการรับประทานยาตามแผนการรักษามากขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

ควรมีโปรแกรมวางแผนฯ ไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชทุกโรคและทุกคนที่มีผู้ดูแลหลักในแผนกผู้ป่วยในจิตเวช โรงพยาบาลอุดรธานี

## เอกสารอ้างอิง

1. ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, ปรียา ประณีตพลกรัง, ชัชฎา ประสาทไทย, กัญญภา มีผลพวง. การขาดนัดพบแพทย์ในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นรายใหม่. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2555;20(3):133-43.
2. Cheng KD, Huang CJ, Tsang HY, Lin CH. Factors related to missed first appointments after discharge among patients with schizophrenia in Taiwan. J Formos Med Assoc. 2014;113(7):436-441. doi:10.1016/j.jfma.2012.09.016
3. อติญา โพธิ์ศรี. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษาที่ชุมชนบ้านท่าม่วงจังหวัดร้อยเอ็ด. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2562;34(1):83-9.
4. พิชญนันท์ นามวงษ์, วิญญู ชะนะกุล. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ในผู้ป่วยโรคจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 2561;12(2):1-11.
5. Adnanes M, Cresswell-Smith J, Melby L, et al. Discharge planning, self-management, and community support: Strategies to avoid psychiatric rehospitalisation from a service user perspective. Patient Educ Couns. 2020;103(5):1033-1040. doi:10.1016/j.pec.2019.12.002
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติ เรื่อง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท (ฉบับปรับปรุง 2551) [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ก.ย. 24] เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/download/DMHKM/styAWBOOK.pdf>
7. ณัฐติกา ชูรัตน์. การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหล็กที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2559;3(1):24-36.
8. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997
9. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 4.กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.

10. พรทิพย์ วัชรดิกล, อีระ ศิริสมุด, สีนินุช ชัยสิทธิ์, อนุชา เศรษฐเสถียร. การคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในประเทศไทย; วารสารสภาการพยาบาล. 2559;31(2):96-108.
11. สรินทร เขียวโสธร. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
12. ยาวภา ไตรพฤษชาติ. การเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. [การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช].ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
13. สุมิศา กุมลา, โสภิน แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2562;34(2):132-52.
14. วราภรณ์ สินธุโสภา, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;19 ฉบับพิเศษ(3):203-12.
15. กันทิมา ชาวเหลือง, ปรียกมล รัชกุล, เรณู พุกบุญมี. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดที่ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลปทุมธานี; วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2555;6(1):27-39.
16. พิมพ์มาดา พชรปกรณ์ศิลป์, อาภรณ์ ศรีชัย, วัลภา วิจิตร, ดลลญา สิงห์แก้ว. ผลของโปรแกรมติดตามอาการทางโทรศัพท์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564;29(2):96-104.
17. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข คู่มือวิทยากรหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 2564 ก.ย. 24] เข้าถึงได้จาก: [https://www.thaidepression.com/www/58/vt\\_58.pdf](https://www.thaidepression.com/www/58/vt_58.pdf)
18. น้ำทิพย์ สงวนบุญพงษ์, สายใจ พัวพันธ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560;18(1):229-36.
19. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข) [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 2564 ก.ย.24] เข้าถึงได้จาก: <http://mhtech.dmh.moph.go.th/fileupload/202002061595902378.pdf>
20. บรรจงจิตต์ พันธุ์ทอง, นิภา กิมสูงเนิน. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนครอบครัวต่อพฤติกรรมการไม่เสพยาซ้ำในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า สถาบันธัญญารักษ์; วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2557;23(1):61-8.