

ผลของการจัดการรายการณียโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

วัฒนาภรณ์ พิบูลอักษรณ์¹ พย.ม.

จินตนา ยูนิพันธุ์² Ph.D., อพย. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

วิภาวี เผ่ากัณฑ์กร³ พย.ด, อพย. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

วีรพล อุณหะศรี⁴ พ.บ.

บทคัดย่อ: การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลหลังทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายการณียต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช ของสถาบันจิตเวชศาสตร์แห่งหนึ่ง จำนวน 67 คน ถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 32 คน กลุ่มทดลองได้รับการจัดการรายการณียโดยมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงเป็นผู้จัดการรายการณีย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติที่เป็นการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยใน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การจัดการรายการณียตามกระบวนการ 7 ขั้นตอน ใช้เวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้วัดการป่วยซ้ำคือ แบบประเมินระดับอาการทางจิต (อาการความคิดสับสน ประสาทหลอน และความคิดผิดปกติ) วิเคราะห์ข้อมูลการป่วยซ้ำโดยใช้สถิติ Fisher's exact test ผลการศึกษา กลุ่มทดลองไม่มีจำนวนการป่วยซ้ำหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใน 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมมีการป่วยซ้ำ จำนวน 4 คน (Fisher's Exact = 4.65, df = 1, p-value = .04) การศึกษาครั้งนี้ เสนอแนะว่า การจัดการรายการณียโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง เป็นรูปแบบการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิผล

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2561; 5(2): 05-18

คำสำคัญ: การจัดการรายการณีย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง การป้องกันการป่วยซ้ำ
ผู้ป่วยจิตเภท

¹ผู้เข้าฝึกอบรมหลักสูตรพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปัตร์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ผู้เขียนหลัก, Email: yuni_jintana.y@chula.ac.th

³อาจารย์พยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

⁴อาจารย์จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

The Effect of Case Management by Advanced Practice Nurse on Relapse in Persons with Schizophrenia

Wattanaporn Piboonarluk¹ MNS.

Jintana Yunibhand² Ph.D. (Nursing) Dip.PMHN

Wipavee Pouwkantarakorn³ Ph.D. (Nursing) Dip.PMHN

Weerapon Unharasamee⁴ M.D.

Abstract: This quasi-experimental research with the posttest control groups design aimed to evaluate the effectiveness of case management on relapse in persons with schizophrenia. The subjects were 67 in-patients with relapse schizophrenia of a psychiatric institute. Thirty five subjects were randomized to an experimental group and thirty two subjects to a control group. The experimental group received case management by an advanced practice nurse, while the control group received the usual nursing care for inpatients with a discharge plan. Research instruments were a case management process with 7 steps lasted for 4 weeks. The relapse was measured by The Brief Psychiatric Rating Scale (conceptual disorganization, hallucinatory behavior and unusual thought content). Data were analyzed using Fisher's exact test. Results: The findings revealed that there was no relapse in the experimental group at 4 weeks after discharge, whereas there were 4 relapse cases in the control group (Fisher's Exact = 4.65, df = 1, p-value = .04). Results suggested that case management by advance practice nurse could be an effective model to prevent relapse among schizophrenic patients.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2018; 5(2): 05-18

Keywords: case management, advanced practice nursing, relapse prevention, schizophrenic patients.

¹Diploma Candidate, Thai Board of Advanced Practice in Psychiatric and Mental health Nursing (Dip.APN), Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

²Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University; Corresponding author; E-mail: yuni_jintana.y@chula.ac.th

³Nursing preceptor, SomdetChaopraya Institute of Psychiatry

⁴Psychiatric preceptor, SomdetChaopraya Institute of Psychiatry

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการกำเริบของอาการทางจิตอีกครั้ง ซึ่งเป็นลักษณะของอาการแสดงด้านบวก คือ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดสับสน มากกว่าอาการแสดงด้านลบ^{1,2} ซึ่งผู้ป่วยเกิดการป่วยซ้ำขึ้นได้ร้อยละ 81.9 ภายใน 1 ปี และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 86.2 ภายใน 5 ปี³

การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนตามแนวคิด The Vulnerability/Stress Model¹ ที่พบว่า การป่วยซ้ำจากอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทนั้นเกิดได้จากหลาย ๆ สาเหตุ แต่ปัจจัยที่สามารถทำนายการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (non-adherence)⁴ และการแสดงออกทางอารมณ์มากเกินไปของครอบครัว (high expressed emotion)⁵ การยับยั้งปัจจัยทำนายเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญในระบบการดูแล ที่ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช เภสัชกร นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ทางจิตเวช จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาการจากระบบบริการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา มีการศึกษารูปแบบการจัดการรายกรณี (Case Management Model) ในผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับเข้าสู่ชุมชนร่วมกับการบำบัดเชิงรุกในชุมชน⁶⁻⁹ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทย ที่ใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก¹⁰ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย¹¹ โดยมุ่งเน้นการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ การดำเนินตามแผนการดูแลทางคลินิกโดย

เฉพาะเรื่องการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการติดตามแผนการดูแลรักษา พบว่า ระบบการจัดการรายกรณีช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้

การพยาบาลภายใต้รูปแบบการจัดการรายกรณี เป็นการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ที่ใช้การประสานความร่วมมือจากแหล่งทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วย โดยมีผู้จัดการรายกรณี (case manager) ให้การดูแลโดยตรง ที่ครอบคลุมตั้งแต่การประเมินสภาพปัญหาความต้องการ การวางแผน การทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว เครือข่ายในชุมชน การจัดทำกับผู้ป่วยด้วยการบำบัดดูแล ตลอดจนการติดตามกำกับ และจัดการภาวะฉุกเฉิน¹²

สำหรับการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนครอบคลุมตัวผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงการจัดการดูแล ผู้จัดการรายกรณีจึงต้องมีความเชี่ยวชาญทางคลินิก มีความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหา ให้การบำบัดดูแลโดยตรง และสามารถประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพได้ ซึ่งสอดคล้องกับสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice Nursing: APN)¹³ โดยดำเนินการตามขั้นตอนการจัดการรายกรณี 7 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การระบุผู้ป่วย (2) การประเมิน/การระบุปัญหา (3) การประสานความร่วมมือทีมสหวิชาชีพตามแนวการดูแลทางคลินิก (4) การปฏิบัติการดูแลรายกรณี (5) การติดตามผลลัพธ์และความแปรปรวน (6) การกำกับอย่างต่อเนื่อง และ (7) การปิดกรณี¹⁴

การวิจัยครั้งนี้ จึงใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี¹⁴ ที่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทำบทบาทหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีตามกระบวนการจัดการรายกรณี 7 ขั้นตอน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ

ดูแลจากทีมสหวิชาชีพ บูรณาการร่วมกับการดูแลโดยตรงให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและเข้าใจปัญหาการป่วยซ้ำ ด้วยสัมพันธภาพบำบัด¹⁵ ร่วมกับการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้สมรรถนะการพยาบาลจิตเวชแต่ละระดับของหน่วยงานในการจัดการกระทำกับปัจจัยทำนายการป่วยซ้ำ ด้านความไม่ร่วมมือในการใช้ยาด้วยกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วย¹⁶ และการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว¹⁷ ทำให้เกิดการจัดการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งระบบการดูแล และปัจจัยทำนายของการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งคาดว่าจะส่งผลต่อการลดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพได้

วัตถุประสงค์/เป้าหมาย

เพื่อเปรียบเทียบการป่วยซ้ำระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการจัดการรายการณ์โดยการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการจัดการรายการณ์โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงจะมีอัตราน้อยกว่าการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบวัดผลหลังทดลอง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (posttest-only design with nonequivalent groups)¹⁸

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ อายุ 20-60 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาในระหว่าง

เดือน พฤษภาคม-สิงหาคม 2560 มีเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง คือ (1) ประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท 1 ปีขึ้นไป (2) ไม่มีความผิดปกติทางระบบประสาทและประสาทสัมผัสรับรู้ (3) ไม่มีประวัติติดยาหรือเสพยาเสพติดอย่างน้อย 1 ปีหรือไม่มีผลตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ และ (4) มีครอบครัวหรือผู้ดูแลหลังจำหน่าย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตาม Central Limit Theorem กำหนดให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 30 คน¹⁹ ดังนั้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จึงกำหนดขนาดกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน แต่ในการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ พบว่า มีขาดหายไปจากการวิจัย (drop-out rate) ได้ถึงร้อยละ 20²⁰ จึงต้องปรับขนาดตัวอย่างจากที่กำหนดเดิมไว้ตามสูตร²¹ ดังนี้

$$\begin{aligned} n_{\text{new}} &= n / 1 - L \\ &= 60 / 1 - 0.2 = 75 \\ n_{\text{new}} &= \text{ขนาดกลุ่มตัวอย่างใหม่} \\ n &= \text{ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้} \\ L &= \text{อัตราการมีข้อมูลขาดหายไป} \end{aligned}$$

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใหม่ ได้เท่ากับ 75 คน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม จึงกำหนดให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เท่ากับ 76 คน จากนั้น ทำการแบ่งหอผู้ป่วย โดยการจับสลากชื่อหอผู้ป่วย 2 แห่ง จากหอผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 4 แห่ง กำหนดการจับสลากครั้งที่ 1 เป็นหอผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และครั้งที่ 2 เป็นหอผู้ป่วยกลุ่มควบคุม เพื่อลดการปนเปื้อนที่กลุ่มตัวอย่างจะเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่ม จากนั้นกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มทดลองทั้งหมด จำนวน 38 คน และกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มควบคุมทั้งหมด จำนวน 38 คน

ทั้งนี้ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการขาดหายไป (dropout) จำนวน 3 คน เนื่องจากถูกส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลอื่นด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคไส้เลื่อน จำนวน 1 คน และคงค้างจำหน่ายก่อนวันสิ้นสุดการทดลอง จำนวน 2 คน และกลุ่มควบคุม มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ขาดหายไปจำนวน 6 คน เนื่องจากถูกส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลอื่นด้วยภาวะไข้สูงไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 1 คน ถูกส่งตัวไปพักฟื้นหลังจำหน่ายสถานดูแลพยาบาลจำนวน 2 คน ไม่มาตามนัดหมายหลังจำหน่ายจำนวน 1 คน และคงค้างจำหน่ายก่อนวันสิ้นสุดการทดลอง ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคงเหลือจำนวน 68 คน เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวช โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการรายกรณี¹⁴ เป็นแนวคิดหลักร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องในการจัดการต่อปัจจัยทำนายการป่วยซ้ำ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ขั้นตอนการจัดการรายกรณี ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกระบวนการจัดการรายกรณี เพื่อจัดระบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช สำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงเป็นผู้จัดการรายกรณี ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ การระบุผู้ป่วย การประเมิน/ การระบุปัญหา การประสานความร่วมมือ ทีมสหวิชาชีพตามแนวการดูแลทางคลินิก การปฏิบัติการดูแลรายกรณี การติดตามผลลัพธ์และความแปรปรวนสำหรับทีมสหวิชาชีพ การกำกับอย่างต่อเนื่อง และการปิดกรณีและสิ้นสุดการจัดการรายกรณี

ส่วนที่ 2 แผนการดูแลทางคลินิกในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ (care map) ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่รับประทานยาตามการรักษา (care map-poor compliance) และแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาซ้ำที่มีปัญหาครอบครัว มีการแสดงออกทางอารมณ์มากเกินไป (care map-High EE) ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อเป็นแนวทางในการทำงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช เภสัชกร นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ทางจิตเวช และเพื่อกำกับติดตามผลลัพธ์ในการดูแล ระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์

ส่วนที่ 3 สัมพันธภาพบำบัดพัฒนาความเข้าใจการป่วยซ้ำของตนเอง ผู้วิจัยได้พัฒนาจากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล¹⁵ สำหรับผู้จัดการรายกรณีที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาการป่วยซ้ำได้ ประกอบด้วยกิจกรรมสัมพันธภาพ จำนวน 6 ครั้ง

ส่วนที่ 4 กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยา ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา¹⁶ สำหรับพยาบาลจิตเวชระดับหลังปริญญา มีวัตถุประสงค์เพื่อยับยั้งปัจจัยทำนายการป่วยซ้ำด้านความไม่ร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 3 ครั้ง

ส่วนที่ 5 กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวพัฒนาการแสดงออกทางอารมณ์ให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว¹⁷ ที่มีผู้บำบัดเป็นพยาบาลจิตเวชระดับปริญญาโท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยับยั้งปัจจัยทำนายการป่วยซ้ำด้านการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวมากเกินไป จำนวน 3 ครั้ง

เครื่องมือชุดนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 3 คน และหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชระดับปริญญาโท 1 คน มีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index เท่ากับ 0.83 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คนก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินระดับอาการทางจิต (The Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)²² เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการป่วยซ้ำ ลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ใช้บันทึกความรุนแรงของพยาธิสภาพทางจิต จำนวน 18 อาการ ด้วยมาตราส่วนประมาณค่าแบบตัวเลข 7 ระดับ แต่สำหรับเกณฑ์การป่วยซ้ำใช้การวัดตามแนวคิด The Vulnerability/Stress Model¹ และในการศึกษาอาการเตือนของการป่วยซ้ำในผู้ป่วยทางจิตที่ป่วยครั้งแรก²³ ที่ทำการประเมินเฉพาะ 3 ข้อ คือ ข้อความคิดสับสน (conceptual disorganization) ข้อประสาทหลอน (hallucinatory behavior) และข้อเนื้อหาความคิดผิดปกติ (unusual thought content) หากมีอย่างน้อยหนึ่งในสามข้อ มีคะแนนระดับรุนแรงมาก (6 คะแนน) ขึ้นไป¹ แปลว่าเกิดการป่วยซ้ำ การทดสอบค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินที่เป็นผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัย (Inter-Rater Reliability: IRR) ครั้งที่ 1 เท่ากับ 0.66 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 เท่ากับ 1.00

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลองประกอบด้วย 2 เครื่องมือ ดังนี้

(1) แบบวัดระดับความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Adherence Rating Scale: MARS)²⁴

ที่แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Translation ในการศึกษาผลของโปรแกรม Islamic-Based Insight Enhancement Program (IBIEP) ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระนารายณ์มาแปลเป็นภาษาไทยเพื่อใช้วัดการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท²⁵ ได้นำไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ เป็นการเลือกตอบว่าใช่หรือไม่ การแปลคะแนน คือ คะแนนรวมทั้งหมด หากน้อยกว่า 6 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา และถ้า คะแนนรวมมากกว่า หรือเท่ากับ 6 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยา การหาค่าความเที่ยงโดยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ .71

(2) แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว (The Level of Expressed Emotion, LEE scale)²¹ เป็นการวัดการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทถึงการแสดงออกของครอบครัวที่มีการวิพากษ์วิจารณ์ และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป ที่แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Translation ในการศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน²⁶ จำนวน 60 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่” กำหนดเกณฑ์การแปลคะแนน เมื่อมีคะแนน 0-8 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์ปกติ และคะแนน 9-60 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์มากเกินไป มีค่าความเที่ยงโดยวิธี KR-20 เท่ากับ .93

การดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลด้วยการจัดการรายการณิ ประกอบด้วย 7 ชั้น ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 กิจกรรมการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

กิจกรรม/ ผู้ดำเนินการ	สัปดาห์
ขั้นที่ 1 การระบุผู้ป่วย โดยผู้จัดการรายกรณีที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง	1
ขั้นที่ 2 การประเมิน/ การระบุปัญหา โดยผู้จัดการรายกรณีที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง	1
ขั้นที่ 3 การประสานความร่วมมือทีมสหวิชาชีพตามแผนการดูแลทางคลินิก โดยผู้จัดการรายกรณีที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง	1-4
ขั้นที่ 4 การปฏิบัติการดูแลรายกรณี	1-3
• สัมพันธ์ภาพบำบัดพัฒนาความเข้าใจการป่วยซ้ำของตนเอง โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง - ครั้งที่ 1: การสร้างสัมพันธ์ภาพในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ - ครั้งที่ 2: ทบทวนกระบวนการทางจิตต่อการป่วยซ้ำ - ครั้งที่ 3: การรับรู้และเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ - ครั้งที่ 4: การใคร่ครวญปัญหาการป่วยซ้ำอย่างมีวิจารณญาณ - ครั้งที่ 5: ทางเลือกจัดการปัญหาการป่วยซ้ำ - ครั้งที่ 6: การคงไว้ซึ่งการจัดการการป่วยซ้ำด้วยตนเอง • กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยา โดยพยาบาลจิตเวชระดับหลังปริญญา - ครั้งที่ 1: โรคจิตเภทและอาการเตือน - ครั้งที่ 2: การพัฒนาทัศนคติในการใช้ยาต้านอาการทางจิต - ครั้งที่ 3: การสร้างเสริมความร่วมมือในการใช้ยา • สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวพัฒนาการแสดงออกทางอารมณ์ให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลจิตเวชระดับปริญญาโท - ครั้งที่ 1: การพัฒนาความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท - ครั้งที่ 2: การพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ในการดูแลผู้ป่วย - ครั้งที่ 3: แนวทางและทักษะการจัดการแสดงออกทางอารมณ์ที่มากเกินไป	
ขั้นที่ 5 การติดตามผลลัพธ์และความแปรปรวน โดยผู้จัดการรายกรณี	4
ขั้นที่ 6 การกำกับอย่างต่อเนื่อง โดยผู้จัดการรายกรณี	4
ขั้นที่ 7 การปิดกรณีและสิ้นสุดการจัดการกรณี โดยผู้จัดการรายกรณี	4

สำหรับกลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่าย ตามกระบวนการวางแผนจำหน่าย ร่วมกับการประชุมทีมพยาบาลก่อนเริ่มปฏิบัติงาน ด้วยการยกกรณีผู้ป่วยมาเป็นประเด็นวางแผนการดูแลสัปดาห์ละ 1 กรณี และส่งต่อจิตเวชชุมชนกรณีจำเป็นเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

การรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามกระบวนการดำเนินการ และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครบ 4 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 10 กรกฎาคม – วันที่ 31 สิงหาคม 2560 ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามการป่วยซ้ำ โดยการนัดหมายผู้ป่วยและครอบครัว ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุญาตดำเนินการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตามการอนุมัติเลขที่ 025/2560 โดยกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ดูแลในครอบครัว จะได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงชื่อยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา กรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถลงชื่อยินยอมการวิจัยได้ จะดำเนินการให้ผู้ป่วยลงชื่ออีกครั้งเมื่อมีผู้ป่วยพร้อม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการหาค่าความถี่ และร้อยละ ส่วนการเปรียบเทียบจำนวนการป่วยซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's Exact Test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชายจำนวน 67 คน เป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 32 คน โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 40 สถานภาพสมรสเป็นโสด ร้อยละ 82.86 ว่างาน ร้อยละ 57.15 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 34.29 มีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.54 ครั้ง มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 8.46 มีจำนวนในโรงพยาบาลครั้งนี้เฉลี่ย 29.83 วัน และส่วนใหญ่มีมารดาเป็นผู้ดูแลในครอบครัว ร้อยละ 51.43 สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 37.50 สถานภาพสมรสเป็นโสด ร้อยละ 87.50 ว่างาน ร้อยละ 65.62 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 43.76 มีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.22 ครั้ง มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 7.81 และมีจำนวนในโรงพยาบาลครั้งนี้เฉลี่ย 30.59 วัน และส่วนใหญ่มีมารดาเป็นผู้ดูแลในครอบครัว ร้อยละ 50.00 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=35)	กลุ่มควบคุม (n=32)
เพศ		
ชาย	35 (100%)	32 (100%)
อายุ		
≤ 20 ปี	2 (5.71%)	1 (3.12%)
21-30 ปี	9 (25.72%)	8 (25.00%)
31-40 ปี	14 (40.00%)	10 (31.26%)
41-50 ปี	8 (22.86%)	12 (37.50%)
51-60 ปี	2 (5.71%)	1 (3.12%)
สถานภาพสมรส		
โสด	29 (82.86%)	28 (87.50%)
คู่	3 (8.58%)	3 (9.38%)
หย่าร้าง	2 (5.71%)	1 (3.12%)
หม้าย	1 (2.85%)	0 (0.00%)
อาชีพ		
ว่างงาน	20 (57.15%)	21 (65.62%)
รับจ้าง	11 (31.43%)	9 (28.12%)
ค้าขาย/ ธุรกิจ	4 (11.42%)	2 (6.26%)
การศึกษา		
ปริญญาโทขึ้นไป	1 (2.85%)	0 (0.00%)
ปริญญาตรี	2 (5.71%)	1 (3.12%)
อนุปริญญา / ปวส.	2 (5.71%)	1 (3.12%)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	9 (25.72%)	7 (21.88%)
มัธยมศึกษาตอนต้น	12 (34.29%)	14 (43.76%)
ประถมศึกษา	9 (25.72%)	9 (28.12%)
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้ป่วย		
บิดา	2 (5.71%)	1 (3.12%)
มารดา	18 (51.43%)	16 (50.00%)
ภรรยา	3 (8.58%)	3 (9.38%)
บุตร	2 (5.71%)	1 (3.12%)
พี่น้อง	8 (22.86%)	10 (31.26%)
เครือญาติ	2 (5.71%)	1 (3.12%)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (N=67)

	ป่วยซ้ำ	ไม่ป่วยซ้ำ	รวม	Fisher's Exact	df	p-value
กลุ่มทดลอง	0 (0.00%)	35 (100.00%)	35 (100.00%)	4.65	1	.04*
กลุ่มควบคุม	4 (12.50%)	28 (87.50%)	32 (100.00%)			
รวม	4 (5.98%)	63 (94.02%)	67 (100.00%)			

*p < .05

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 0.00 และมีผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ส่วนกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 12.50 และมีผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 87.50 ทั้งนี้พบว่า จำนวนการป่วยซ้ำในกลุ่มทดลองกับจำนวนการป่วยซ้ำในกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปผลได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการจัดการรายการณมีจำนวนการป่วยซ้ำน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ตารางที่ 3) การจัดการรายการณต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท มีองค์ประกอบสำคัญในการจัดการกระทำกับปัจจัยการป่วยซ้ำ ได้แก่ ผู้จัดการรายการณการประสานความร่วมมือในการดูแล และแนวทางการดูแลทางคลินิก ในการขับเคลื่อนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่า ประสิทธิภาพของการจัดการรายการณเกิดขึ้นได้ เนื่องจากองค์ประกอบหลักที่สำคัญ คือ กระบวนการการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เอกสารกำกับ

ดำเนินการ ทักษะของผู้จัดการรายการณในการบริหารการปฏิบัติ การสนับสนุนการทำหน้าที่ร่วมกัน²⁷ ซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบที่ส่งผลต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้จัดการรายการณในการจัดการรายการณครั้งนี้เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (APN) สาขาจิตเวช และสุขภาพจิต มีบทบาทเป็นผู้การประสานความร่วมมือในการดูแลระหว่างทีมสหวิชาชีพ ที่ช่วยผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำได้รับการตอบสนองปัญหาที่พบอย่างเหมาะสมในแต่ละรายบุคคล ด้วยการเป็นกระบอกเสียงแทนผู้ป่วย กำกับติดตามกระบวนการปฏิบัติตามแผนการดูแล การประเมินผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละสัปดาห์ รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยสู่ชุมชน สอดคล้องกับการศึกษา สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงที่พบว่า เป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลอย่างครอบคลุม เนื่องจากมีมุมมองแบบองค์รวมต่อภาวะสุขภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสหวิชาชีพ รวมไปถึงนโยบาย นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงยังมีบทบาทในการเป็นผู้นำบัตทางการพยาบาลโดยตรง ด้วยรูปแบบสัมพันธภาพบำบัด ที่เน้นความเป็นองค์รวมของบุคคลในการแก้ปัญหาทางจิต ลดปัญหาจากอาการของโรคลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคล ตามปัญหา

ของผู้ป่วยที่เผชิญอยู่ ก่อให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาตัวเองสู่การมีสุขภาพที่ดี²⁸ และยังพบว่าสัมพันธ์ภาพบำบัด ก่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจความต้องการ และความรู้สึกของตนเอง เมื่อผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกต่อผู้บำบัด ก็ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการบำบัดอื่น ๆ ที่จะพัฒนาตนเอง²⁴ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่อระดับอาการทางจิต²⁹

ในการจัดการรายกรณีต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทครั้งนี้ ประกอบด้วย กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผู้ป่วยพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยาที่มีผู้บำบัดเป็นพยาบาลจิตเวชระดับหลังปริญญา เป็นการบูรณาการระหว่างการเรียนเชิงวิชาการที่เป็นแบบชั้นเรียน ร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ที่มีผู้เข้าร่วมหลายคน มีโครงสร้างอย่างมีหลักการ ร่วมกับการใช้อุปกรณ์เครื่องมือสำหรับการเรียนรู้ และมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในหัวข้อที่เรียนเป็นผู้นำกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจในภาวะโรคจิตเภท การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตมีทัศนคติเชิงบวกต่อการรักษาด้วยยา และมีความเข้าใจถึงการนัดติดตามปฏิบัติตนในการรักษาด้วยยา นำไปสู่การเกิดความร่วมมือในการใช้ยา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้การการพยาบาลตามปกติมีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสุขภาพจิตศึกษา³⁰ และลดการป่วยซ้ำจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา³¹ สำหรับการจัดกระทำกับการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวมากเกินไป ด้วยรูปแบบสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวพัฒนาการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ที่มีพยาบาลจิตเวชระดับปริญญาโทเป็นผู้บำบัด เป็นการสอนเชิงบำบัดทางจิต ด้วยการให้ข้อมูลความรู้แบบรายครอบครัว และผู้ป่วยแต่ละรายร่วมกันเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ที่จะช่วยให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจและรับผิดชอบในการจัดการต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

จิตเภท และสามารถแสดงออกทางอารมณ์ต่อการช่วยประคับประคองการเผชิญต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ครอบครัวที่ได้รับการดูแลด้วยสุขภาพจิตศึกษามีการแสดงออกทางอารมณ์ ด้านการวิพากษ์วิจารณ์น้อยกว่าครอบครัวที่ได้รับการดูแลตามปกติ²⁸ และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ส่งผลต่อการลดการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ³²

สำหรับการประสานความร่วมมือทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างวิชาชีพ เกิดความเชื่อมโยงกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านชีววิทยา ด้านจิตวิทยา และด้านสังคมวิทยา สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การประสานความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ก่อให้ทีมสหวิชาชีพได้แลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยระหว่างกันและกัน ทำให้พบปัญหาการป่วยซ้ำ มีการบันทึกเป็นเอกสารที่ชัดเจน และมีการติดตามความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ร่วมกันเพื่อนำมาแก้ไขซ้ำ จนเป็นไปตามเป้าหมาย โดยมีแนวทางการดูแลทางคลินิกในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางจากทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ ไม่เกิดการดูแลซ้ำซ้อน และลดช่องว่างในการดูแลผู้ป่วย³³ เช่นเดียวกับการศึกษา ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางการดูแลทางคลินิกในผู้ป่วยจิตเภทนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลรักษาได้หลายมิติ ทั้งพยาธิสภาพทางคลินิก ความสามารถในการประเมินตนเองของผู้ป่วย และประสิทธิผลการบำบัดรักษา³⁴

ดังนั้น จากการอภิปรายข้างต้น เห็นได้ว่าการจัดการรายกรณีโดยการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ที่ประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพในการจัดระบบการดูแล ร่วมกับการให้การดูแลโดยตรงที่เป็นการพยาบาลตามสมรรถนะของพยาบาลจิตเวช แต่ละระดับในการจัดกระทำกับปัจจัยสาเหตุการป่วยซ้ำ ส่งผลผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำไม่เกิดอาการทางจิตรุนแรงภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ด้านการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำได้รับการดูแลด้วยการจัดการรายกรณีโดยการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง

2. ด้านการนำไปใช้ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรประเมินผลการจัดการรายกรณีต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทหลังผู้ป่วยจำหน่ายในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Nuechterlein KH, Dawson ME, Ventura J, Gitlin M, Subotnik K, Snyder K, et al. The vulnerability / stress model of schizophrenia relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;89(382):58-64.
2. Ayuso-Gutiérrez J, del Río Vega J. Factors influencing relapse in the long-term course of schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1997;28(2-3):199-206.
3. Robinson D, Woerner M, Alvir J, Bilder R, Goldman R, Geisler S, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry* 1999;53(6):241-7.
4. Sendt KV, Tracy DK, Bhattacharyya S. A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Research* 2015;225(1-2):14-30.
5. Kavanagh D. Recent development in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1992;160:601-20.
6. Smith L, Newton R. Systematic review of case management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2007;41(1):2-9.
7. Malakouti SK, Nojomi M, Panaghi L, Chimeh N, Mottaghipour Y, Joghatai MT, et al. Case-management for patients with schizophrenia in Iran: a comparative study of the clinical outcomes of mental health workers and consumers' family members as case managers. *Community Mental Health Journal* 2009;45(6):447-52.
8. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. **Intensive case management for severe mental illness.** The Cochrane database of systematic reviews. 2010(10):CD007906.
9. Mas-Exposito L, Amador-Campos JA, Gomez-Benito J, Mauri-Mas L, Lalucat-Jo L. Clinical case management for patients with schizophrenia with high care needs. *Community Mental Health Journal* 2015;51(2):165-70.
10. Hemarat K, Siengchokyoo P, Khunarak U, Panasuna N. Effects of case management in schizophrenic patients on medication compliance and relapse. *The journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2012;26(2):62-73.
11. Sreewisan J, Chaichumni N. Effects of case management on length of stay, health care cost service satisfaction of patients and relative and relapsed rate of schizophrenic patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2005;19(1):48-59.

12. Ziguras JS, Stuart WG. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. **Psychiatric Services** 2000;51(11):1410-21.
13. Herrick CA, Bartlett R. Psychiatric nursing case management: past, present and future. **Issues in Mental Health Nursing** 2004;25:589-602.
14. Powell S, Tahan H. **Case management: a practice guide for education and practice**: Lippincott Williams & Wilkins.; 2010.
15. Peplau HE. **Interpersonal relations in nursing: A conceptual framework of reference for psychodynamic nursing**. New York: Springer Publishing Co, Inc; 1991.
16. Brown NW. **Psychoeducational groups: process and practice**. 2nd ed. New York: Brunner-Routledge; 2004.
17. Anderson CM, Reiss DJ, Hogarty GE. **Schizophrenia and the family a practitioner's guide to psychoeducation and management**. New York: A division of Guilford Publications; 1986.
18. Shadish WR, Cook TD, Campbell DT. **Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference** 2nd edition. Boston: Houghton Mifflin; 2002.
19. Polit DF, Hungler BP. **Nursing research. Principles and methods**. sixth ed. New York: Lippincott Company; 1999.
20. Meijel BV, Kruitwagen C, Gaag MVD, Kahn RS, Grypdonck MHF. An intervention study to prevent relapse in patients with schizophrenia. **Journal of Nursing Scholarship** 2006;38(1):42-9.
21. Cochran WG. **Sampling Techniques**, Third Edition. New York: John Wiley & Sons; 1977.
22. Overall J, Gorham D. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): Recent developments in ascertainment and scaling. **Psychopharmacology Bulletin** 1988;24:97-9.
23. Gleeson JF, Rawlings D, Jackson HJ, McGorry PD. Early warning signs of relapse following a first episode of psychosis. **Schizophrenia Research** 2005;80(1):107-11.
24. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. **Schizophrenia Research** 2000;42:241-7
25. Jannah S, Suttharangsee W, Nukaew O. The effect of Islamic-Based Insight Enhancement Program (IBIEP) on medication adherence of persons with schizophrenia: A pilot study. **Songklanagarind Journal of Nursing** 2016;36(2):15-29.
26. Sukthong K, Uthais P, Kertchok R. Effects of family group psychoeducation on burden and high expressed emotion in caregivers of schizophrenic patients in community. **The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health** 2012;26(3):15-27.
27. Laird E, Holcomb P. **Elective Case Management: Key Elements and Practice from the Field Issue Brief**. 2011 [12 October 2017]. 1-13]. Available from: https://www.mathematica-mpr.com/-/media/publications/pdfs/labor/case_management_brief.pdf.
28. Glettler E, Leen MG. The advanced practice nurse as case manager. **Journal of Case Management** 1996;5(3):121-6.
29. Farrelly S, Brown G, Szmukler G, Rose D, Birchwood M, Marshall M, et al. Can the therapeutic relationship predict 18 month outcomes for individuals with psychosis? **Psychiatry Research** 2014;220(1-2):585-91.
30. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. **Psychoeducation for schizophrenia**. The Cochrane database of systematic reviews. 2011(6):CD002831.

31. **Psychoeducation for schizophrenia** [Internet]. Cochrane Database Syst Rev. 2002 [cited 28th Feb 2016]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12076455>.
32. McFarlane WR. Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review. **Family Process** 2016;55(3):460-82.
33. Bromley E. A collaborative approach to targeted treatment development for schizophrenia: a qualitative evaluation of the NIMH-MATRICES project. **Schizophrenia Bulletin** 2005;31(4):954-61.
34. Steinacher B, Mausolff L, Gusy B. The effects of a clinical care pathway for schizophrenia: a before and after study in 114 patients. **Deutsches Arzteblatt international** 2012;109(46):788-94.