

ชื่อเรื่อง: ประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลแผนกผู้ป่วย
ในจิตเวช โรงพยาบาลอุดรธานี

(The Effect of discharge planning program with care giver participation among patients with
Psychosis in inpatient department Udonthani hospital)

ชื่อผู้วิจัยหลัก : นางชบาไพร์ สังกะตุ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุดรธานี

(Mrs.Chabaprai Sungkate. Professional Nurse,Udonthani Hospital,Thailand)

ชื่อผู้วิจัยร่วม : นางระพีพรรณ ลาภา อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

(Mrs.Rapeephan Lapha .Nurse Instructor, Faculty of Nursing,Udonthani Rajabhat
University.Thailand)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักเพื่อป้องกันการผัดนัดการรักษาและการขาดยาของผู้ป่วยจิตเวช และเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักต่อการผัดนัดการรักษาและการขาดยาของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลหลักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยรพ.โรงพยาบาลอุดรธานีตั้งแต่ธันวาคม 2564-กันยายน 2565 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มโดยจับฉลากตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 40 ราย แบ่งกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย ใช้เครื่องมือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และโปรแกรมฯ หากความตรงของเนื้อหา CVI=0.91 และหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค=0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติบรรยาย สถิติทดสอบ t-test และ Mann-Whitney U test ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1.สร้างความตระหนักในการดูแลผู้ป่วย 2.สร้างองค์ความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจ 3.ส่งเสริมความร่วมมือ 4.ติดตามดูแลต่อเนื่อง หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งการผัดนัดรักษาลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และหลังเข้าโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามครั้งที่ 1, 2 และ 3 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) สรุป: โปรแกรมฯ สามารถลดการผัดนัดการรักษาและเพิ่มการรับประทานยาตามแผนการรักษามากขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยจิตเวช การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล การผัดนัดการรักษา การขาดยา

บทนำ

ปัญหาการผัดนัดการรักษาในผู้ป่วยจิตเวช นับเป็นปัญหาที่พบได้ในทุกหน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวช กรมสุขภาพจิตมีแนวทางการแก้ไขปัญหาการผัดนัดการรักษาของผู้ป่วยจิตเวช โดยกำหนดนโยบายให้มีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชลงไปสู่ชุมชน หลังจากการรักษาจากโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชจนอาการทุเลาลงแล้วสามารถไปรับยาและนัดติดตามการรักษาได้ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการบริการ ลดระยะเวลาการเดินทางและลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัวลง อย่างไรก็ตามแม้จะมีมาตรการช่วยเหลือเพื่อลดปัญหาการผัดนัดการรักษาแต่ปัญหาการผัดนัดในผู้ป่วยจิตเวทยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องในอัตราที่ค่อนข้างสูง มีการศึกษาเกี่ยวกับการขาดนัดการรักษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 5 แห่งในจังหวัดฉะเชิงเทราพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทผัดนัดการรักษาเกิน 1 สัปดาห์ขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 37.02 โดยส่วนใหญ่ผัดนัดจำนวน 1 ครั้ง (69.5 ร้อยละ) นอกจากนี้ ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ (2555) ได้ศึกษาการขาดนัดพบแพทย์ครั้งแรกของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ พบว่ามีอัตราการขาดนัดร้อยละ 20.5 โดยผู้ป่วยที่ครูเป็นผู้พารับการรักษาโดยผู้ปกครองไม่มาด้วย มีโอกาสขาดนัดเพิ่มขึ้นเป็น 4.4 เท่า การผัดนัดการรักษาในผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลต่อการรักษาของผู้ป่วยโดยตรง เศรษฐกิจและทรัพยากรของชาติ โดยมีการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยที่ขาดนัดการรักษาในครั้งแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีแนวโน้มจะกลับมารักษาซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ขาดนัดครั้งแรก (Cheung, Huang, Tsang and Lin, 2014) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า การไม่รับประทานยาของผู้ป่วยสามารถทำนายการขาดนัดในผู้ป่วยจิตเวชได้ (Gokay Alpuk with other, 2015) ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ขาดนัดส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้การรักษาไม่ได้ผล และอาการกำเริบต้องกลับมารักษาซ้ำในที่สุดจะกลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ไม่สามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติ สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองและการประกอบอาชีพ เป็นภาระของญาติและครอบครัวที่ต้องดูแล ผู้ป่วยบางคนยังมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสังคมและคนในครอบครัวหรือแม้แต่ตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งสาเหตุการกลับเป็นซ้ำผู้ป่วยในจิตเภทเกิดจาก 1) การขาดความรู้เกี่ยวกับโรค ยาจิตเวชและสถานบริการสุขภาพจิต 2) ขาดความตระหนักในการรับประทานยา 3) การใช้สารเสพติด 4) ความเครียด 5) ญาติหวาดกลัว เบื่อหน่าย ท้อแท้ในการดูแล 6) สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ (อติญา โพธิ์ศรี, 2562) นอกจากนี้พิชญนันท์ นามวงษ์และวิญญู ชะนะกุล (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วันในผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันสมเด็จเจ้าพระยา คือการใช้สารเสพติด การขาดยาก่อนนอนโรงพยาบาล การมาตรวจรักษา ก่อนการนัด และการวางแผนการจำหน่ายโดยไม่ยินยอม และขาดความร่วมมือของครอบครัวต่อการดูแล ผู้ป่วยมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำ (Adnanes et.al; 2020) การป้องกันหรือลดปัญหาการกลับมารักษาซ้ำต้องทำอย่างเป็นระบบ เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งแพทย์จำหน่าย และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลจะมีปัญหาเรื่องการผัดนัดติดตามการรักษาน้อยกว่า ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์ (2555) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพาค่อนข้างสูง หากผู้ดูแลขาดความเข้าใจและมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา รวมถึงการไม่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วย ก็จะทำให้การดูแลผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพและส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการรักษาและอาการกำเริบได้ในที่สุด การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อน มีส่วนสำคัญในการลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2551) นอกจากนี้ยังพบว่า 1) การให้ความรู้ สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ยาและผลข้างเคียง การสังเกตอาการกำเริบ สถานพยาบาลที่รักษาและควรให้ข้อมูลเป็นรายกรณี 2) สร้างความตระหนักในการรักษาสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (ณัฐติกา ชูรัตน์, 2559)

โรงพยาบาลอุดรธานีมีหน่วยบริการด้านสุขภาพจิตทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยหอผู้ป่วยใน “รวงผึ้ง” รับผู้ป่วยจิตเวชได้ 10 เตียง ชาย 5 เตียงหญิง 5 เตียง เริ่มเปิดให้บริการตั้งแต่ 13 สิงหาคม 2562 เป็นต้นมา จากสถิติผู้ป่วยที่รักษาตั้งแต่ 14 สิงหาคม 2562 ถึง 31 พฤษภาคม 2563 พบว่ามีผู้ป่วยผิคนัดติดตามการรักษาจำนวนทั้งสิ้น 45 คนจาก 157 คน คิดเป็นร้อยละ 28.66 แบ่งเป็น ไม่มาตามนัดเลยจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 22.93 และมาตามนัดเพียงครั้งเดียวแล้วไม่มาอีกจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 5.7 ผู้ป่วยที่ผิคนัดมาการรักษาทุกคนมีปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอร่วมด้วย ซึ่งส่งผลให้มีอาการกำเริบและต้องกลับมารักษาซ้ำในเวลาต่อมา การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ละรายให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม ครอบคลุมองค์รวมตามบทบาทและมาตรฐานวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่บ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้เหมือนบุคคลปกติ รวมทั้งความร่วมมือจากญาติหรือผู้ดูแลในการวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่ประเมิน ค้นหาความต้องการ กำหนดความต้องการ การวางแผนเพื่อตอบสนองความต้องการ การดำเนินการตามแผนและติดตามประเมินผล (กรมสุขภาพจิต, 2551)

ปัจจุบันได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หรือการวางแผนการจำหน่ายร่วมกับผู้ดูแลไว้จำนวนหนึ่งแล้ว แต่ในบริบทพื้นที่หรือวัฒนธรรมที่แตกต่างกันย่อมมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว แต่โรงพยาบาลอุดรธานี ยังพบผู้ป่วยที่ผิคนัดติดตามการรักษาทุกคนมีปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอร่วมด้วยซึ่งส่งผลให้มีอาการกำเริบและต้องกลับมารักษาซ้ำเป็นจำนวนมาก จากแนวความคิดทฤษฎีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน(Self-efficacy) ของแบนดูราเชื่อว่า การที่บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นและสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นสามารถทำได้โดย ส่งเสริมให้บุคคลเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของกิจกรรมนั้นๆ รวมถึงการให้ความรู้และสร้างประสบการณ์ให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรม(Bandura ,1997)ผู้วิจัยซึ่งมีบทบาทเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชประจำหอผู้ป่วยรวงผึ้ง โรงพยาบาลอุดรธานี จึงต้องการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันปัญหาการผิคนัดและการขาดยาของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดอุดรธานี รวมถึงศึกษาผลของการนำโปรแกรมดังกล่าวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยรวงผึ้ง ทั้งนี้เพื่อให้ได้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เหมาะสมในการนำมาดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการผิคนัดของผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักเพื่อป้องกันการผิคนัดการรักษาและการขาดยาของผู้ป่วยจิตเวช
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักต่อการผิคนัดการรักษาและการขาดยาของผู้ป่วยจิตเวช

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วย รวงผึ้ง โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี ในระหว่างเดือน ธันวาคม2564 - กันยายน256 5 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* power version 3.1 สำหรับการวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน และวิเคราะห์ผลการทดลองโดยใช้สถิติ t test โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบเท่ากับ 80 % ที่ระดับนัยสำคัญ $\alpha = .05$ และขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 ,รัตนสิริ ทาโต)2551ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (ทั้งหมด 36 คนโดยแบ่งเป็นทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 18 คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีก 10 % ทำให้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมด 40 คน โดยจะนับผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลหลักที่จะเป็นผู้เข้าร่วมโปรแกรมรวมกันเป็น 1 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทำโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเลือกวันที่ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษา จากนั้นตรวจสอบคุณสมบัติ (วันคู่ วันคี่) ของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาในวันที่ถูกสุ่ม หากมีคุณสมบัติตรงตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) สัญชาติไทย สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ทั้งการพูด อ่าน และเขียน 2) อายุระหว่าง 20-65 ปี 3) ไม่มีความผิดปกติทางการรับรู้ 4) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยรวงผึ้งในปัจจุบันและจะเป็นผู้ดูแลหลักต่อไปอีกอย่างน้อย 6 เดือน 5) สามารถช่วยเหลือตนเองได้และไม่มีอุปสรรคในการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม จากสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้ดูแลหลักที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอีกครั้งโดยการจับฉลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลแผนกผู้ป่วยในจิตเวช ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมฯ ในการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแล โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน(Self-efficacy) ของแบนดูรา รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงรายละเอียดของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลแผนกผู้ป่วยในจิตเวช

กิจกรรมที่	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	รายละเอียดของกิจกรรม	ระยะเวลา
1.สร้างความตระหนัก	ผู้ดูแลหลัก	1. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้พูดคุยถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา 2. อธิบายแนวทางและขั้นตอนการรักษาของแพทย์พอสังเขป 3. อธิบายให้เห็นความสำคัญของการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และการดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย 4. นัดหมายวันและเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป	30 นาที
2.สร้างองค์ความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจ	ผู้ดูแลหลัก	1. ให้ความรู้เรื่องโรค อาการ การรักษา การดูแลสังเกตติดตามอาการของผู้ป่วยโดยใช้สื่อการสอนเฉพาะโรคที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งได้แก่โรคจิตเภท โรคจิตจากสารเสพติด โรคจิตจากแอลกอฮอล์ โรคซึมเศร้า และโรคไบโพลาร์(อารมณ์สองขั้ว)และการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนอาการกำเริบ 2. ให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย ผลข้างเคียงของยา และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักลงจดจำให้ผู้ป่วยรับประทานด้วยตนเอง	60-40 นาที

		<p>3. ให้ความรู้และแนวทางที่ถูกต้องเกี่ยวกับการการดูแลเรื่องชีวิตประจำวันของผู้ป่วย</p> <p>4. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้พูดถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา โดยพยาบาลกล่าวชมเชยและชี้ให้ผู้ดูแลมองเห็นถึงศักยภาพของตนเอง</p> <p>5. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉินเกี่ยวกับผู้ป่วย</p> <p>6. นัดหมายวันและเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป</p>	
3.ส่งเสริมความร่วมมือ	ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วย	<p>1.ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลหลักทบทวนความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>2. ผู้วิจัยร่วมสนทนากับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเพื่อทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการดูแลและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านเพื่อให้เกิดความร่วมมือและปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันก่อนรับผู้ป่วยกลับบ้าน</p> <p>3. แจ้งให้ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยให้รับทราบว่าจะมีการโทรศัพท์สอบถามเพื่อเป็นการติดตามต่อเนื่อง</p>	45 นาที
4.ติดตามดูแลต่อเนื่อง	ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วย	<p>1. หลังผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจากผู้ดูแลหลัก และให้คำแนะนำหากเกิดปัญหา</p> <p>2. ก่อนถึงวันนัดตรวจติดตามการรักษา 1 วันผู้วิจัยโทรศัพท์แจ้งเตือนให้ผู้ดูแลทราบและเตรียมตัวพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด</p> <p>3.ติดตามข้อมูลการมาตรวจตามนัดและการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาจำนวน 3 ครั้ง หลังจำหน่ายผู้ป่วย โดยผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลการมาตรวจตามนัดในบันทึกเวชระเบียนนัดมา, หรือโทรศัพท์สัมภาษณ์ข้อมูลการมาตามนัด ที่หอรังผึ้งในวันนัด และข้อมูลการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาจากผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือชุดเดิมกับการสัมภาษณ์ข้อมูลก่อนการวิจัย</p>	5-10 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1. แบบบันทึกและสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย 2 ตอน คือ

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

2) แบบบันทึกและสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ย ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย และจำนวนคนที่ช่วยดูแลผู้ป่วย

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยนอกของพรทิพย์ วัชรดิกลงและคณะ)2549ซึ่งประยุกต์มาจาก ()แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร2545ที่ได้พัฒนามาจาก (Farragher)1999)อ้างใน เขียวภา ไตรพฤกษ์ชาติ)2554 มีข้อคำถามจำนวน (16 ข้อ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาโปรแกรม

1) ศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วย ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผิวน้ำและการขาดยาในผู้ป่วยจิตเวช

2) สนทนากับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ระดมความคิดเห็นจากทีมดูแลผู้ป่วยเพื่อสร้างโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวช

3) นำโปรแกรมที่พัฒนาแล้วไปหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และอาจารย์พยาบาลจิตเวช เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วนำมาคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 0.91 และผู้วิจัยได้ทำการปรับเนื้อหาบางส่วนของโปรแกรมตามข้อเสนอแนะผู้ทรงคุณวุฒิและนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.85

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม

1) เมื่อมีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าของการวิจัยมารับการรักษา ณ หอผู้ป่วย รวบรวมในช่วงเวลาที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการวิจัยคร่าวๆ ให้แก่ผู้ดูแลหลัก และผู้ป่วยทราบ และสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในการเข้า (กรณีผู้ป่วยพูดคุ้ยรู้เรื่อง) ร่วมการวิจัย โดยให้ตัดสินใจโดยอิสระ ไม่มีการบังคับ

2) เมื่อผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยละเอียดอีกครั้งและให้ผู้ดูแลหลัก ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างวิจัยจำนวน 2 ชุด โดยเก็บไว้ที่ผู้วิจัย 1 ชุดและให้กลุ่มอาสาสมัครเก็บไว้ 1 ชุด

3) สุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มวิจัยและกลุ่มควบคุมโดยการจับฉลาก จากนั้นสัมภาษณ์ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กลุ่มตัวอย่างที่จับฉลากได้กลุ่มทดลอง จะได้รับการนัดหมายเพื่อเข้ากิจกรรมตามโครงการแบบตัวต่อตัวกับผู้วิจัย ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่จับฉลากได้เป็นกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติของหอผู้ป่วย

4) เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านและได้รับการนัดติดตามการรักษา หลังกลับบ้าน 1 สัปดาห์ผู้วิจัย โทรศัพท์สอบถามอาการของผู้ป่วย และปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจากผู้ดูแลหลัก และโทรศัพท์เตือนก่อนถึงวันนัด 1 วันให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

5) หลังวันนัดติดตามการรักษาผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลการมาตรวจตามนัดในบันทึกเวชระเบียน และโทรศัพท์สัมภาษณ์ข้อมูลการมาตามนัดและข้อมูลการรับประทานยาจากผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือชุดเดิมกับการสัมภาษณ์ข้อมูลก่อนการวิจัย

6) ติดตามข้อมูลการมาตรวจตามนัดและการรับประทานยาจำนวน 3 ครั้ง หลังจำหน่ายผู้ป่วย

7) เมื่อเก็บข้อมูลครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างแล้ว ทำการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ใช้สถิติ Mann-Whitney U test วิเคราะห์หาความแตกต่างของการมาตรวจตามนัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Pair t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการ

รับประทานยาของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระหว่างคะแนนก่อนเข้าโปรแกรมกับคะแนนการติดตาม 3 ครั้งหลังเข้าโปรแกรมและใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับประทานทั้งก่อนเข้าโปรแกรมและหลังเข้าโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวช ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ)60) อายุเฉลี่ย 30.50 ปี กลุ่มอายุที่มากที่สุดคือ 20-30 ปี(ร้อยละ)62.5) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 31-40 ปี (ร้อยละ)22.5) ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ป.)6 ร้อยละ) (30) รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ)25) อาชีพหลักส่วนใหญ่คือว่างงาน ร้อยละ)57.5) รองลงมาคือนักเรียนนักศึกษา ร้อยละ)12.5) และเกษตรกร ร้อยละ)10) รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 3,309.98 บาท ข้อวินิจฉัย ตามระบบ)ICD-10) ส่วนใหญ่คือ F15.5 ร้อยละ) 37.5) รองลงมาคือ F20.9 ร้อยละ)32.5) จำนวนวันขาดยาเฉลี่ยย้อนหลัง 6 เดือนเท่ากับ 50.43 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเฉลี่ยเท่ากับ 4.6 ปี มีโรคร่วมทางกายร้อยละ 3 จำนวนสมาชิกครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกันเฉลี่ยเท่ากับ 2.90

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ)77.5) อายุเฉลี่ย 55.48 ปี กลุ่มอายุที่มากที่สุดคือ 51-60 ปี ร้อยละ) 42.5) รองลงมาคือกลุ่มอายุ >60 ปี ร้อยละ)32.5) ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ป.)6 ร้อยละ) (37.5) รองลงมาระดับประถมศึกษา ป.)4 ร้อยละ) (35) อาชีพหลักส่วนใหญ่คือเกษตรกร ร้อยละ)32.5) รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป ร้อยละ)22.5) รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 14,670 บาท ส่วนใหญ่เป็น บิดา มารดา ร้อยละ)75) รองลงมาเป็นญาติสนิท ร้อยละ)12.5) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ร้อยละ)87.5) ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ดูแลผู้ป่วยคือ 4.37 ปี ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประสบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยด้านการควบคุมการรับประทานยาของผู้ป่วย ร้อยละ)97.5) รองลงมาได้แก่การควบคุมเรื่องพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย ร้อยละ)92.5 ร้อยละ) และการพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลหรือมาตรวจตามนัด (82.5 ตามลำดับ จำนวนคนที่ช่วยดูแลผู้ป่วยรวมผู้ดูแลหลักเฉลี่ยเท่ากับ (1.53

3. ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักต่อการติดตามการรักษาและการขาดยาของผู้ป่วยจิตเวช

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของการติดตามการรักษาในผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งการติดตามรักษาของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มควบคุมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมแล้วมีการติดตามการติดตามการรักษาของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งการติดตามรักษาลดลงมากแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนครั้งการติดตามรักษาของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n=40) วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ(

		Mean Rank	n	Mann Whitney U	p
ก่อนเข้าโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	19.50	20	180.00	.60
	กลุ่มควบคุม	21.50	20		
หลังเข้าโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	14.75	20	85.00**	.001
	กลุ่มควบคุม	26.25	20		

** $P < .001$

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับประทานยาของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 38.75 (SD=6.67) และคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามครั้งที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3 และ 2 151.90 (SD=3.41) 53.30 (SD=3.38) และ 54.75 (SD=4.50) ตามลำดับ เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามหลังเข้าโปรแกรมทั้งสามครั้งมาเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาก่อนเข้าโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าโปรแกรมมากกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ทั้งสามครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 39.20 (SD=6.95) และคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามครั้งที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3 และ 2 146.20 (SD=7.43) 37.55 (SD=11.22) และ 38.80 (SD=11.49) ตามลำดับ เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามหลังเข้าโปรแกรมทั้งสามครั้งมาเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาก่อนเข้าโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามครั้งที่ 1 สูงกว่าคะแนนก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาก่อนเข้าโปรแกรมแล้วไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ดังตารางที่ 3

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

		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

*** $P < .001$

3.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับประทานยาทั้งก่อนและหลังเข้าโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าโปรแกรมไม่แตกต่างกัน หลังเข้าโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามทั้ง 3 ครั้งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการติดตามครั้งที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ การติดตามครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ 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***

* $p < .05$, *** $p < .001$

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักเพื่อป้องกันการผิมนัดการรักษา และการขาดยาของผู้ป่วยจิตเวชนั้น เป็นโปรแกรมที่มีความเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างมากเนื่องจาก ครอบคลุมถึงความเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ และการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลดีขึ้นในระยะยาว (วราภรณ์ สินธุโสภณ และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ, 2561) โดยเฉพาะการมาติดตามการรักษาและการรับประทานยาที่สม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเวชนั้นจะทำให้อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ นี้ จึงได้นำครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการส่งเสริมการรับมาติดตามการรักษาตามนัด และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) สร้างความตระหนักในการดูแลผู้ป่วย 2) สร้างองค์ความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจ 3) ส่งเสริมความร่วมมือ และ 4) ติดตามดูแลต่อเนื่อง ซึ่งโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ นี้ มีรูปแบบที่ชัดเจนแตกต่างจากการวางแผนการจำหน่ายแบบเดิมทำให้เกิดรูปแบบการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้โปรแกรมนี้ยังมีแผนการสอน และสื่อการสอนให้ความรู้ที่เป็นแผนพับที่สวยงามและมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหลัก การดูแล และผลข้างเคียงของยา ซึ่งเนื้อหาเข้าใจง่าย และครอบคลุมโรคที่มีผู้ป่วยมารับบริการ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอลกอฮอล์ การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว เป็นวิธีการส่งเสริมความรู้ให้กับผู้เรียนที่ช่วยให้ดูแลมีความสนใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (วราภรณ์ สินธุโสภณ และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ, 2561) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสอนและให้ความรู้จะพัฒนาความรู้ทักษะและความสามารถในการแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่ตนกำลังประสบปัญหาอยู่ (วราภรณ์ สินธุโสภณ และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ, 2561) และสื่อแผนพับยังสามารถนำกลับมาอ่านทบทวนความรู้ได้ตามความต้องการ เป็นวิธีการส่งเสริมความรู้ให้กับผู้ดูแลที่ช่วยให้ผู้เรียนมีความสนใจมากขึ้น จากสื่อที่ใช้รูปภาพประกอบชัดเจน ทำให้เข้าใจง่ายส่งผลให้ผู้ดูแลเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (พิมพ์มาตา พชรปรกรณ์ ศิลปะและคณะ, 2564) ช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจ และสร้างความตระหนักในการรักษาอย่างต่อเนื่องให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่วนกิจกรรมติดตามดูแลต่อเนื่องเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งในโปรแกรมที่มีความสำคัญในการป้องกันการผิมนัดการรักษา และการขาดยาของผู้ป่วยจิตเวช โดยจะมีการโทรศัพท์สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจากผู้ดูแลหลัก และให้คำแนะนำหากเกิดปัญหา หลังผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์ ก่อนถึงวันนัดตรวจติดตามการรักษา 1 วัน จะมีการโทรศัพท์แจ้งเตือนให้ผู้ดูแลทราบและเตรียมตัวพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ซึ่งเป็นการแสดงถึงความเอื้ออาทรของพยาบาล และให้ความสำคัญต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการสื่อสารกับผู้ป่วยช่วยให้ผู้ดูแลได้ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา และตระหนักถึงประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามการรักษาของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษา ผลของโปรแกรมติดตามอาการทางโทรศัพท์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2558) ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมติดตามอาการ

ทางโทรศัพท์ กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลที่ขึ้นกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ภายหลังจากนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมาให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ในแผนกผู้ป่วยใน นั้น พบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีการผิมนัดการรักษาลดลง และการรับประทานยาตามแผนการรักษา มากขึ้น เพราะการรักษาด้วยยาทางจิตมีความสำคัญทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบและป้องกันไม่ให้อาการกำเริบซ้ำ โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ กรมสุขภาพจิต, 2558) เนื่องจากพบว่าปัจจัยของการขาดนัดการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชคือความรู้เรื่องโรค ความร่วมมือรักษา ความเข้าใจระบบนัด ประโยชน์ของการมาตรวจตามนัด และการสนับสนุนทางสังคม(น้ำทิพย์ สงวนบุญญพงษ์และสายใจ พัวพันธ์(2560) จึงได้เพิ่มเติมในส่วนนี้ของโปรแกรมฯ จึงทำให้การขาดนัดลดลง หลังได้รับโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการให้ความรู้เรื่องการรักษา การปรับทัศนคติเกี่ยวกับโรคและการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ จะช่วยให้การรับประทานยาต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต(2559) และนอกจากนี้ยังมีการศึกษาของดุซุฎิ จิงศิริกุลวิทย์(2555) ที่พบว่าผู้ป่วยมีครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลจะมีปัญหาเรื่องการผิมนัดติดตามการรักษา น้อยกว่า และการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว มีส่วนสำคัญในการลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช)Adnanes et.al., 2020) และ การให้ความรู้ถึงสาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ยาและผลข้างเคียง การสังเกตอาการกำเริบ สถานพยาบาลที่รักษาและควรให้ข้อมูลเป็นรายกรณี สร้างความตระหนักในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ยังป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ญัฐติกา ชูรัตน์) ,2559(สอดคล้องกับ บรรจงจิตต์ พันธุ์ทองและนิภา กิมสูงเนิน)2557(ได้วิจัยผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนครอบครัวต่อพฤติกรรมที่ไม่เสพยาซ้ำในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าสถาบันธัญญา รักษา ผลพบว่า พฤติกรรมที่ไม่เสพยาซ้ำของผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนครอบครัวต่อพฤติกรรมที่ไม่เสพยาซ้ำหลังจำหน่าย 1,2 และ3 เดือน มีสัดส่วนที่สูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำ เกิดจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และการผิมนัดการรักษา

สรุป

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล แผนกผู้ป่วยในจิตเวช สามารถลดการผิมนัดการรักษาและเพิ่มการรับประทานยาตามแผนการรักษามากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรมีโปรแกรมวางแผนไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชทุกโรคและทุกคนที่มีผู้ดูแลหลักในแผนกผู้ป่วยในจิตเวช โรงพยาบาลอุดรธานี