

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้รูปแบบ SLA ต่อ ความรู้ ความเครียดและคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่

ศิริภัสสร ลิ้มปิติเกียรติ* อนงค์นุช ศาโตรก** ผ่องพรรณ ภาโว***

บทคัดย่อ

บทนำ : ผู้ป่วยโรคจิตเภทรายใหม่ หากขาดการรักษาหรือรักษาไม่ต่อเนื่อง เป็นสาเหตุทำให้อาการกำเริบได้ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชหรือการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งเป็นกิจกรรมการบำบัดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ ตระหนักรู้ และปฏิบัติในการดูแลตนเอง นำไปสู่วิธีการป้องกันไม่ให้อาการกำเริบได้

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้รูปแบบ SLA ต่อความรู้ ความเครียดและคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่

วิธีการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง และติดตามผล ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทรายใหม่ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบ SLA เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภท แบบประเมินความเครียด แบบประเมินคุณภาพชีวิต และการติดตามการมาตรวจตามนัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบค่าที่ และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม

ผลการวิจัย : คะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทเพิ่มขึ้น คะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลง และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทรายใหม่เพิ่มขึ้น หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปผล : ผลจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทรายใหม่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทเพิ่มขึ้น ความเครียดลดลง มีความร่วมมือในการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคจิตเภทรายใหม่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา โรคจิตเภท

*โรงพยาบาลศรีธัญญา

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

***วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ผ่องพรรณ ภาโว, E-mail: p_phawo48@hotmail.com

Effectiveness of psychoeducational using the SLA model toward on knowledge, stress, and quality of life among new schizophrenia cases

Sirapussorn limpitikiat* Anongnud Sasok** Phongphan Phawo***

Abstract

Background: If the new case of patients with schizophrenia lack of treatments or inconsistent treatments can cause relapsing symptoms. Psychoeducation program is the therapeutic intervention that can prevent that adverse outcomes.

Objective: To study the effect of the psychoeducational using the SLA model toward on knowledge, stress, and quality of life among new schizophrenic patients.

Methods: This research was Quasi-Experimental with one-group pretest-posttest design. Samples were 50 new cases of patients with schizophrenia admitted to the outpatient department, Srithanya Hospital. The research tools was the manual for psychoeducational program SLA in patients with schizophrenia outpatient. Questionnaires used for collated data composed of schizophrenia knowledge test, stress assessment form, and quality of life assessment form. Data were analyzed by descriptive and t-test and repeated one way ANOVA.

Results: After the program, mean cognitive scores for schizophrenia were statistically increased, mean score of stress were statistically decreased, and the mean scores of qualities of life were statistically increased at $p < .05$.

Conclusions: The results of the psychoeducational program gave schizophrenic patients more understanding of schizophrenia resulting in reduced stress and follow-up every visit. These leading to a better quality of life.

Keywords: new patients with schizophrenia, psychoeducational program, schizophrenia

*Srithanya Hospital

** Faculty of Nursing, Chinawat University

***Boromarajonani Colledge of Nursing Chang Wat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajanok Institute

Corresponding Author: Phongphan Phawo, E-mail: p_phawo48@hotmail.com

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติที่เกิดจากการทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง เป็นโรคทางสมองชนิดหนึ่ง ที่ทำให้มีความผิดปกติทั้งความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องและระยะยาว ในประเทศไทยโรคจิตเภทเป็นโรคที่ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านจิตเวชและสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2560 จากสถิติของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการในระยะเริ่มต้นถึงรุนแรงร้อยละ 14.30 หรือ 7 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทพบสูงที่สุด ร้อยละ 0.8 หรือ 400,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2562 พบประมาณร้อยละ 0.77 ของประชากร คาดว่าทั่วประเทศมีประมาณ 600,000 คน ส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน พบในผู้ชายและผู้หญิงใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงบริการแล้ว 480,000 คน ซึ่งสามารถรักษาได้ หากพบแพทย์เร็วและได้รับการดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม¹⁻²

ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล ได้รับการรักษาทางด้านกาย จิต สังคมได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า จิตบำบัด และกลุ่มจิตสังคมบำบัดต่าง ๆ ตามความบกพร่องของผู้ป่วยแต่ละราย หลังการรักษาทางยาเมื่ออาการทุเลาแล้ว การให้กลุ่มจิตสังคมบำบัด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้กลับคืนสู่ภาวะปกติได้เร็ว จะช่วยให้คงความสามารถของผู้ป่วยไว้ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และพึ่งพาตนเองได้ รวมถึงการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การบำบัดรักษา ด้านจิตสังคม ที่นำมาใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ จิตบำบัดรายบุคคล การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และการให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาที่สอดคล้องกับการเจ็บป่วย และมีการใช้เทคนิคการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวช มีความตระหนักรู้ในความเจ็บป่วยของตนเอง รับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยทางจิตที่มีต่อการดำเนินชีวิตของตนเองและผู้อื่น และยังมีผลงานวิจัยที่พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาทำให้อาการทางจิตลดลง เพิ่มการทำหน้าที่ของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาทำให้อัตราการหายของผู้ป่วยสูงขึ้น ลดความตึงเครียดระหว่างบุคคลในครอบครัว สนับสนุนให้ผู้ป่วย มีการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น มีอัตราการฟื้นฟูของผู้ป่วยสูงขึ้น และเพิ่มความสามารถในการปรับตัวในครอบครัวและสังคม ลดความต้องการการดูแลในภาวะวิกฤต ลดอัตราการป่วยซ้ำและมีความคุ้มค่าในการรักษามากขึ้น³⁻⁵

การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา มีความหลากหลายรูปแบบ ในการนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เช่น โปรแกรมการบำบัดภาวะความเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนใจ โปรแกรมการบำบัดทางจิตใจแบบเข้มข้นในผู้ที่เกิดภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนใจ รวมถึงการนำชุดความรู้เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภท : สุขภาพจิตศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มาใช้ในการทำกลุ่มทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งรักสุดา กิจอรุณชัย และคณะ⁶ ได้ทำการศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อการไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน โดยการทบทวน

เวชระเบียนผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา 4 เนื้อหา คือ ความรู้เรื่องโรค ยา อาการเตือนและการจัดการความเครียด พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน จากผลการศึกษานี้ มีรายงานการศึกษา พบว่า ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ ได้ทำการพัฒนารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยนำกรอบแนวคิดพื้นฐานการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยยึดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย 1) Sharing: S นำสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ที่ออกมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ จนเกิดเป็นความรู้ใหม่ 2) Learning: L การเรียนรู้ซึ่งผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเองและระหว่างผู้เรียนและผู้สอน ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ ที่ทำท่ายอย่างต่อเนื่อง เมื่อเกิดปฏิสัมพันธ์แห่งการเรียนรู้ ทำให้เกิดขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมือออกไป ใช้วิธีการแลกเปลี่ยนโดยการพูดคุยและการเขียน 3) Application: A ที่สามารถนำไปใช้ในดำเนินชีวิต ภายใต้อำนาจ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (SLA Program) โปรแกรมนี้ได้นำไปใช้สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา รวมถึงมีการจัดอบรมบุคลากรทีมสหวิชาชีพให้มีความรู้ในการใช้โปรแกรมและสามารถนำไปใช้ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ หลังจากนำโปรแกรมมาใช้ ได้ทำการศึกษาผลของการใช้ SLA Program ในปี พ.ศ. 2556 พบว่าภาพโดยรวมดีขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันในปี พ.ศ. 2555 ที่ไม่ได้นำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษามาใช้ สรุปได้ว่า SLA Program สามารถนำมาใช้เพื่อการฟื้นฟู

สมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ดีในกลุ่มผู้ป่วยไม่เรื้อรัง จึงนำมาพัฒนาปรับปรุงใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นกลุ่มจิตเภทที่เป็นโรคเรื้อรัง

สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทรายใหม่ ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศรีธัญญาจากสถิติพบว่ามีจำนวน 1,241 ราย และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าแม้จะเป็นการป่วยครั้งแรก หากขาดการรักษาหรือรักษาไม่ต่อเนื่อง มีหลักฐานที่ชัดเจนว่าอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มีอาการกำเริบได้³⁵ ดังนั้นการให้สุขภาพจิตศึกษาจึงเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชหรือการเจ็บป่วยทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล เกิดความเข้าใจ อันจะนำไปสู่การที่จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถวางแผนกลวิธี เพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและประเด็นปัญหาทางคลินิกที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่าแนวทางการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยยึดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) มีความสอดคล้องกับผู้ป่วยโรคจิตเภทรายใหม่ ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกที่ยังไม่มีศักยภาพและการทำหน้าที่ที่ยังต้องอยู่ ผู้วิจัยจึงนำ SLA Program ที่ถูกพัฒนามาแล้วและนำมาประยุกต์ปรับเปลี่ยนเพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทรายใหม่ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่เคยได้รับการบำบัดตาม SLA Program โดยยึดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อีกทั้งยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทรายใหม่มาก่อน ดังนั้นการนำโปรแกรมมาใช้เพื่อให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแล

ตนเอง มีวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม เกิดความตระหนักและมองเห็นความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด และมีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปรับประทานยาที่บ้าน เพื่อจะควบคุมไม่ให้อาการกำเริบ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และป้องกันการป่วยเป็นโรคจิตเภทที่ต้องรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน ที่มีผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม

วัตถุประสงค์การวิจัย

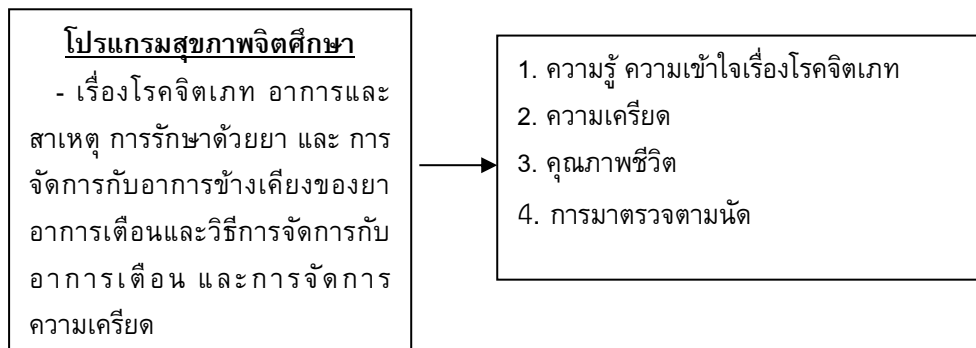
เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้รูปแบบ SLA ต่อ ความรู้ ความเครียดและคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคจิตเภทรายใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษายึดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning)

โดยมีผู้เรียนเป็นศูนย์กลางประกอบด้วย

- 1) Sharing: S นำสิ่งที่ได้การเรียนรู้ออกมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ จนเกิดเป็นความรู้ใหม่
- 2) Learning: L คือ การเรียนรู้ซึ่งผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเองและระหว่างผู้เรียนและผู้สอน ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง เมื่อเกิดปฏิสัมพันธ์แห่งการเรียนรู้ทำให้เกิดขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีออกไป ใช้วิธีการแลกเปลี่ยนโดยการพูดคุยและการเขียน
- 3) Application: A ที่สามารถนำไปใช้ในดำเนินชีวิต ภายใต้ชื่อ โปรแกรม SLA Program ซึ่งมีหัวข้อในเรื่องโรคจิตเภท อาการและสาเหตุ การรักษาด้วยยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา อาการเตือนและวิธีการจัดการกับอาการเตือนและการจัดการความเครียด



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษา (SLA Program)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบทดสอบก่อนและหลัง (one – group pretest – posttest design) โดยให้ความรู้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา SLA (SLA Program) กลุ่มละ 4-5 คน ทั้งหมด 12 กลุ่มๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที แล้วเก็บข้อมูลโดยการทดสอบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในแผนกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลศรีธัญญา เก็บข้อมูล ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2564 เก็บข้อมูลติดตาม 2 ครั้ง (4 และ 8 สัปดาห์)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทรายใหม่ (F20) ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา ในปี พ.ศ.2563

ตัวอย่าง ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัย (F20) รายใหม่ทุกรายที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา ในช่วงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563 คัดเลือกตัวอย่างเบื้องต้น โดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามลักษณะของเกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์การคัดเลือก

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอายุ 18 – 60 ปี เพศชายและเพศหญิง
2. ยังไม่เคยได้รับความรู้สุขภาพจิตศึกษา โดยใช้รูปแบบ SLA มาก่อน
3. อาการทางจิตระดับน้อย โดยประเมินจากค่า BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน

4. สามารถ พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก

1. มีพยาธิสภาพทางกาย เช่น พิการแขนขา ทางสายตา ทางหู และสติปัญญาบกพร่อง
2. มีประวัติการใช้สารเสพติด (ยกเว้น บุหรี่)

การคำนวณตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดตัวอย่างโดยวิธีการคำนวณ Power analysis โดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับกลาง ตามที่ Cohen เสนอแนะไว้ว่าในการคำนวณขนาดตัวอย่างนั้น ถ้าไม่ทราบขนาดอิทธิพลให้ใช้ขนาดอิทธิพลขนาดกลาง และงานวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ ซึ่ง Polit and Sherman และใช้ขนาดอิทธิพลขนาดกลางเช่นกัน อีกทั้งเป็นที่ยอมรับในการวิจัยทางการแพทย์ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่

.05 คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยเปิดตาราง statistical power table ของ Kraemer and Theimann ได้ขนาดตัวอย่าง 45 รายและป้องกันการสูญเสียร้อยละ 10.00 ได้ 4.5 พิจารณาเพิ่มเป็น 5 ราย รวมตัวอย่างที่ใช้ทดลอง 50 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกเพื่อการวิจัย คือ แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)⁷ ของ Overall & Gorham และนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย พันธน์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.71 ประกอบด้วย 18 ข้อคำถาม มีลักษณะคำตอบเป็นการประมาณค่า ตั้งแต่ 1 - 7 คะแนน ตั้งแต่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรงมาก โดยมีการแปลผลดังนี้ คะแนน 18 - 36 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติหรือมีอาการทางจิตเล็กน้อย คะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ SLA Program สำหรับบุคลากรสหวิชาชีพและคู่มือสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกและจิตเวชชุมชนสำหรับบุคลากรพยาบาล⁸ มีกิจกรรมซึ่งมีหัวข้อในเรื่องโรคจิตเภท อาการและสาเหตุ การรักษาด้วยยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา อาการเตือนและวิธีการจัดการกับอาการเตือนและการจัดการกับความเครียด มาใช้เป็นแนวทางในการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทและญาติ/ผู้ดูแล ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา ตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมิน โดยหาความตรงของเนื้อหาและปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่า (Index of Item. Objective Congruence; IOC) = .93 และทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับบุคคล

ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .82

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ แบบวัดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท เป็นข้อคำถามที่ให้เลือกตอบ มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินโดยหาค่าความตรงของเนื้อหา มีค่า IOC = .94 และค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .81

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลการวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินระดับคุณภาพชีวิตพัฒนาโดยโรงพยาบาลศรีธัญญาโดยใช้ประเมินคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยโรคจิตเภท มี 5 ด้าน คือ ด้านอาการทางจิต ด้านการรับประทานยา ด้านการดูแลตนเอง ด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่นและด้านการทำงาน มีคำถามทั้งหมด 5 ข้อ การให้คะแนนแต่ละข้อ คือ 1-3 คะแนน มีค่า IOC = .86 และค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .87 และแบบประเมินความเครียด พัฒนาโดยโรงพยาบาลศรีธัญญาวัดอาการหรือความรู้สึกของผู้ป่วยโรคจิตเภท 5 อาการ คือ มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ หรือนอนมากมีสมาธิน้อยลง หงุดหงิด / กระวนกระวาย / ว้าวุ่นใจ รู้สึกเบื่อ เซ็ง และ ไม่อยากพบปะผู้คน การให้คะแนนแต่ละข้อ คือ 0-3 เกณฑ์ มีค่า IOC = .86 และค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .83

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การคุ้มครองสิทธิของตัวอย่างการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีธัญญาให้การรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ รหัส STY.COAO02/2564 วันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเตรียมการทดลอง

การเตรียมทีมผู้วิจัย

เป็นการเตรียมทีมผู้วิจัยให้มีความพร้อมทั้งความรู้ และทักษะในการใช้ SLA Program โดยผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช มีประสบการณ์ในการทำงาน การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไม่ต่ำกว่า 2 ปี ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยทำการศึกษาคู่มือและโปรแกรม แบบประเมิน และเอกสารที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียด ทดลอง และซักซ้อมการทำกลุ่ม การใช้สื่ออุปกรณ์ มอบหมาย และแบ่งบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม และทดลองใช้เครื่องมือในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายตัวอย่างจำนวน 5 ราย จนกระทั่งมั่นใจว่าผู้ร่วมวิจัยเข้าใจตรงกันทุกประเด็นและให้ผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่ประเมินทักษะคะแนนความรู้ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทรายใหม่

การเตรียมตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการสอบถามความสมัครใจผู้ป่วยโรคจิตเภทและญาติ/ผู้ดูแล ในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เมื่อได้รับความยินยอม จะนำเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ตาม SLA Program

ระยะดำเนินการทดลอง

1. ตรวจสอบอาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละคนตามหัวข้อในแบบประเมิน BPRS เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย ซึ่งต้องมีค่าคะแนนระหว่าง 18-36 คะแนน

2. ประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภท ประเมินคุณภาพชีวิตและความเครียด

3. นำผู้ป่วยโรคจิตเภท ญาติ/ผู้ดูแล เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาจำนวน 1 ครั้ง ระยะเวลา 90 นาที ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา

การดำเนินการทดลองในครั้งนี้ ดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 12 ครั้ง ครั้งละ 4-5 คน

ระยะติดตามผล

ติดตามผลหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภท ประเมินคุณภาพชีวิตและความเครียด หลังจากนั้นติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจำนวน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8 ใช้เวลาครั้งละ 30 นาที ในการติดตามเยี่ยม ใช้ระยะเวลาในการพูดคุย 30-45 นาที เพื่อประเมินความรู้ ความเครียด และคุณภาพชีวิตขณะอยู่ในชุมชน และการทบทวนการติดตามการมาตรวจตามนัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คะแนนความรู้ และคะแนนคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนคุณภาพชีวิต และความเครียด ในระยะหลังการทดลองและติดตามผลด้วยสถิติทดสอบค่าที (t-test) และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรภายใน

กลุ่ม (repeated one way anova)

ผลการวิจัย

จากตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 50 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปีมากที่สุด ร้อยละ 30.00 มีอาชีพว่างงานมากที่สุดร้อยละ 32.00 สถานภาพเป็นโสดมากที่สุด ร้อยละ 48.00 และอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 62.00 และส่วนใหญ่มีรายได้ในช่วง 5,000-10,000 บาท และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเครียด คุณภาพชีวิต ในระยะก่อนและหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ พบว่า ระยะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเครียด คุณภาพชีวิต ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	M	SD	M	SD		
ความรู้	8.34	1.135	9.62	.53	-10.267	.000
ความเครียด	5.33	2.82	1.86	1.96	4.017	.000*
คุณภาพชีวิต						
อาการทางจิต	1.64	.48	1.78	.41	5.02	.002*
การรับประทานยา	1.22	.41	1.38	.49	2.82	.000*
การดูแลตนเอง	1.06	.23	1.28	.45	2.68	.004*
สัมพันธภาพ	1.64	.48	1.76	.59	3.71	.000*
การทำงาน	1.30	.46	1.36	.48	2.20	.000*
รวม	6.86	2.06	9.62	12.04	1.35	.000*

* $p < .05$

คะแนนเฉลี่ยหลังการติดตามเยี่ยมในด้านความรู้ ความเครียด และคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 4 และ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ระยะติดตาม สัปดาห์ที่ 4 และ 8 ไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่

ระยะติดตามผล พบว่า ระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 ต่ำกว่าสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนคุณภาพชีวิตระยะติดตาม สัปดาห์ที่ 4 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยหลังการติดตามเยี่ยมหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

หัวข้อการเยี่ยม	ติดตามเยี่ยม สัปดาห์ที่ 4		ติดตามเยี่ยม สัปดาห์ที่ 8		t	p
	M	SD	M	SD		
ความรู้	9.32	1.24	9.84	.57	-9.37	.400*
ความเครียด	3.74	2.13	2.85	1.88	3.24	.030*
คุณภาพชีวิต						
อาการทางจิต	0.04	0.19	0.02	0.14	1.00	.000*
การรับประทานยา	2.28	0.45	2.38	0.49	-2.33	.000*
การดูแลตนเอง	9.79	1.95	10.20	1.97	-2.75	.000*
สัมพันธภาพ	2.26	0.44	2.23	0.46	-1.42	.000*
การทำงาน	2.24	0.43	2.21	0.43	1.00	.000*
รวม	16.61	3.46	17.04	3.49	-4.50	.000*

* $p < .05$

ผลการติดตามการมาตรวจตามนัดหลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัดในสัปดาห์ที่ 4 ร้อยละ 90 และสัปดาห์ที่ 8 ร้อยละ 88

อภิปรายผล

ด้านความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยจิตเภท และคุณภาพชีวิต หลังได้รับ SLA Program 2 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท สูงขึ้นส่วนความเครียดลดลง และจากการติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมใน 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ไม่แตกต่างกัน มีคะแนนความเครียดลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่

สูงขึ้น การมาตรวจตามนัดสัปดาห์ที่ 4 ร้อยละ 90.00 และสัปดาห์ที่ 8 ร้อยละ 88.00 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา SLA Program ในการให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและวิธีการดูแลตนเอง ทั้งในด้านของการรับประทานยา และอาการข้างเคียงของยา อาการเตือน และวิธีจัดการกับอาการเตือนดังกล่าว และได้มีกระบวนการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจในการให้บริการและการติดตามดูแล เมื่อเกิดปัญหาไม่สบายใจ ก็สามารถสอบถามได้ทั้งทางโทรศัพท์หรือทางไลน์ ทำให้สามารถลดความเครียดที่เกิดขึ้นได้ระหว่างที่ต้องกลับไปรับประทานยา และใช้ชีวิตประจำวันที่บ้าน ซึ่ง

ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างที่ทำให้เกิดความเครียดได้อยู่แล้ว เมื่อพบสภาพกดดันบางประการ ทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภท สอดคล้องกับ Soliman, et al.⁹ พบว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเป็นวิธีการที่สำคัญสำหรับการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้น

ด้านความเครียด ระดับความเครียดจากการจัดการกับความเครียดผ่าน SLA Program พบว่า ตัวอย่างมีระดับความเครียดหลังได้รับ SLA Program ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่า SLA Program สามารถจัดการกับความเครียดของตัวอย่างได้ และจากการติดตามทางโทรศัพท์พบว่า การแนะนำให้คำปรึกษาทางไลน์ ทำให้ผู้ป่วยและญาติ เกิดความพึงพอใจ เพราะสามารถสอบถามวิธีการดูแลตนเองได้ทันทีที่มีอาการไม่สบาย จึงสามารถจัดการความเครียดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ ไชสะอาด และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ¹⁰ ที่ศึกษาผลของโปรแกรม การจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยโปรแกรมใช้แนวทางการจัดการความเครียดใน 3 แนวทาง คือ 1) ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียดโดยใช้การฝึกการผ่อนคลาย 2) ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อน ออกกำลังกาย และโภชนาการที่เหมาะสม 3) พัฒนาทักษะด้านการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดในการดำเนินกิจกรรมใช้หลักการเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติการฝึกในสถานการณ์สมมุติ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ และการมอบหมายงาน พบว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด

ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การมาตรวจติดตามอาการและพบแพทย์ตามนัดในสัปดาห์ที่ 4 ร้อยละ 90.00 และสัปดาห์ที่ 8 ร้อยละ 88.00 การมาตรวจตามแพทย์นัดของผู้ป่วย อาจเกิดจากการที่มีการติดต่อประสานงานกันอย่างต่อเนื่องและพูดคุยสอบถามอาการทางโทรศัพท์เป็นระยะๆ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้มาตามนัด 5 คน จากข้อมูลผู้ป่วยไม่ได้ขาดนัดหรือขาดการรักษา แต่พบว่า ผู้ป่วยสามารถบอกอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาทางจิตเวชได้ เช่น มีตัวแข็ง น้ำลายไหล พูดไม่ค่อยชัด ใจเต้นเร็ว ผู้ป่วยจึงได้พูดคุยสอบถามวิธีการปฏิบัติตัวกับพยาบาลเมื่อโทรศัพท์ไปเยี่ยมอาการ และได้จัดการเบื้องต้น ด้วยการนำยาแก้ฤทธิ์ข้างเคียงของยามารับประทานเพิ่มจากที่รับประทานตามเวลา แต่มีผู้ป่วยบางรายที่มาตรวจก่อนนัดเพื่อปรับยาและลดอาการข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้น ทำให้ได้รับการรักษาที่เร็วขึ้น อาการดีขึ้น ความรู้สึกที่ไม่ดีต่อยาทางจิตเวชลดลง เมื่อติดตามต่อจากการทบทวนในแฟ้มเวชระเบียน ทำให้พบว่าผู้ป่วย 5 คน มาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญสุตา บุญทศ และคณะ¹¹ และการศึกษาของ ฐานุช โพธิ์งาม และคณะ พบว่า การที่พยาบาลได้นำโทรศัพท์มาใช้ในการติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในการเยี่ยมบ้าน เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ดี และเป็นวิธีการซึ่งสามารถติดต่อกับผู้ป่วยและครอบครัวได้สะดวก รวดเร็ว สามารถติดตามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูแลสุขภาพเพิ่มความคล่องตัว มีประสิทธิภาพ และเกิดความต้องการเนื่องในการติดตามผลการรักษาพยาบาล

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความรู้เรื่องโรคมมากขึ้น ความเครียดลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง และการติดตามเยี่ยมทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ ในการใช้ชีวิตประจำวัน อยู่ที่บ้าน สามารถจัดการกับอาการของโรคและอาการเตือนของตนเองได้ อยู่ที่บ้านและเมื่อเกิดความเครียดผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น ลดปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา SLA ด้วยการวิธีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อให้ผลของโปรแกรมฯ มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

References

1. Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. The Department of Mental Health recommends 4 ways to take care of patients with schizophrenia; 2019. [Cited 2021 Nov 5]; Available from <http://med.swu.ac.th/msmc/opdpsy/index.php/news-menu/220-2019-06-05-02-48-52>.
2. Department of Mental Health Ministry of Public Health. Annual report of the Department of Mental Health, Fiscal Year 2017. Nonthaburi: Department of Mental Health. Ministry of Public Health; 2017. (in Thai).
3. Srithanya Hospital. Documents on psychosocial rehabilitation in patients with schizophrenia: Mental Health Studies. Nonthaburi; 2009. (in Thai).
4. Richmond G, Kenny C, Ahmed J, et al. Health Education and Activity - Lessening The inequalities in mental health (HEA - LTI mental health). BMJ Qual Improv Rep. 2017;6(1):u205156.w3484. doi: 10.1136/bmjquality.u205156.w3484.
5. Harvey C. Family psychoeducation for people living with schizophrenia and their families. BJ Psych Advances. 2018;24(1): 9-19. doi:10.1192/bja.2017.4.
6. Kijarooncha R. The effect of psychoeducation on rehospitalization in schizophrenic patients. Journal of Mental Health of Thailand. 2012;20(3):132-54. (in Thai).
7. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Handbook for psychiatric care systems at high risk of violence for Institutions/Hospitals under the Department of Mental Health. Nonthaburi: Prosperous plus; 2020. (in Thai).
8. Srithanya Hospital. Manual for mental health education group (SLA Program) in patients with schizophrenia (For multidisciplinary personnel). Nonthaburi; 2012. (in Thai).
9. Soliman ES, Mahdy RS, Fouad HA. Impact of psychoeducation program on quality of life of schizophrenic patients and their caregivers. Egypt J Psychiatr. 2018;39:35-41.
10. Kaisa-ard P, Dangdomyouth P. The effect of stress management program on psychotic symptoms of schizophrenic patients. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2014; 28(1):43-55. (in Thai).

11. Boontoch K, Saito AS, Arunpongpaisal S. Social Support in Patients with Schizophrenia. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2013;38(1):89-100. (in Thai).
The Effect of Therapeutic Relationship Combined with telephone continuing care program on medical adherence in persons with Schizophrenia. Royal Thai Navy Medical Journal. 2018;45(3):493-508. (in Thai).
12. Phongam R, Aungsuroch Y, Suktrakul S.