

นิพนธ์ต้นฉบับ

การวิจัยและพัฒนาารูปแบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณี (พระศรีฯ ระเบียนบุญ) เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน

วันรับ : 8 เมษายน 2568
วันแก้ไข : 14 กรกฎาคม 2568
วันตอบรับ : 31 กรกฎาคม 2568

อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, ประ.ด.¹, พิมพ์ชนก หาคำ, ประ.ด.²,
อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, พย.ม.², ปาลิตา พลศักดิ์, พย.ม.²,
วิไลลักษณ์ เจริญชัยสงค์, พย.บ.²

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา จังหวัดศรีสะเกษ¹,
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดอุบลราชธานี²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน

วิธีการ : การวิจัยและพัฒนา 2 ระยะ ได้แก่ 1) การพัฒนารูปแบบด้วยการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ การทบทวนเอกสาร และการทบทวนวรรณกรรม และ 2) การทดสอบผลของรูปแบบด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว ในผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อนที่กลับมารักษาซ้ำจากความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ประเมินคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาก่อนและหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผล : พระศรีฯ ระเบียนบุญ (P-PORCH) เป็นรูปแบบการจัดการรายกรณีที่เน้นการส่งเสริมสติ ความตระหนักรู้ในตนเอง และทักษะการดูแลตัวเอง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมผู้จัดการรายกรณี การวางแผนการดูแลผู้ป่วย การดำเนินงาน การติดตามกำกับ การประสานงานกับทีมสุขภาพอื่น ๆ และการประเมินผล มี 14 กิจกรรม ใช้เวลา 20 วัน การทดสอบเบื้องต้นในกลุ่มตัวอย่าง 40 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการทดลองทันที และมีแนวโน้มคงที่หรือลดลงเล็กน้อยในระยะ 3 เดือน

สรุป : รูปแบบพระศรีฯ ระเบียนบุญ สามารถนำไปบูรณาการในระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน โดยมีแนวโน้มเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

คำสำคัญ : การจัดการรายกรณี, ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา, จิตเภทยุ่งยากซับซ้อน, โรคจิตเภท, สติ

ติดต่อผู้นิพนธ์ : อัครเดช กลิ่นพิบูลย์; e-mail: tu.akk@hotmail.com

Original article

Research and development of the P-PORCH case management model to improve medication adherence in patients with severe and persistent schizophrenia

Received : 8 April 2025

Revised : 14 July 2025

Accepted : 31 July 2025

Akkaradech Klinpiboon, Ph.D.¹, Pimchanok HaKham, Ph.D.²,Achariyaporn Supich, M.N.S.², Palida Palasak, M.N.S.²,Vilailuk Charoenchaisong, B.N.S.²Faculty of Nursing, Chalemkarnchana University, Sisaket Province¹,

Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ubon Ratchathani

Abstract

Objective: To develop and evaluate the effect of a case management-based care model on medication adherence in severe and persistent schizophrenic patients.

Methods: This research and development study consisted of two phases. The first phase developed the care model, using expert group discussions, document reviews, and literature reviews. The second phase evaluated the effect of the model using a quasi-experimental, one-group pretest-posttest design. Participants were patients with severe and persistent schizophrenia who had experienced relapse due to medication non-adherence. Medication adherence scores were measured before and after intervention, and at 1- and 3- month follow-ups. Data were analyzed using repeated measures ANOVA.

Results: The P-PORCH model is a case management approach focusing on mindfulness, self-awareness (insight), and self-care skills. It consists of six steps: preparing a case manager, patient care planning, operation, regulatory monitoring, (multidisciplinary) coordination, and health care evaluation. The model includes 14 activities delivered over a 20-day period. Preliminary testing with 40 participants showed a statistically significant increase in medical adherence scores immediately after the intervention, which remained stable or showed a slight decline during the 3-month follow-up.

Conclusion: The P-PORCH model can be integrated into the care of patients with schizophrenia who experience medication non-adherence, and shows potential to improve treatment adherence in this challenging population.

Keywords: case management, medication adherence, mindfulness, schizophrenia, severe and persistent schizophrenia

Corresponding author: Akkaradech Klinpiboon; e-mail: tu.akk@hotmail.com

ความรู้เดิม : การจัดการรายกรณี (case management) เป็นระบบการดูแลแบบทีมสหวิชาชีพตามแผนการดูแลทางคลินิกในช่วงระยะเวลาที่กำหนด โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและดูแลต่อเนื่องเฉพาะราย มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเวช

ความรู้ใหม่ : P-PORCH (พระศรีฯ ระเปียงบุญ) เป็นรูปแบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ยุ่งยากซับซ้อนที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา เน้นความตระหนักรู้อย่างมีสติ การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย และทักษะการดูแลตัวเอง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 14 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 20 วัน ผลการทดสอบเบื้องต้นพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาในผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนที่มีปัญหาความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติด้านการรับรู้ อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม อาการของโรคมักเริ่มในช่วงวัยรุ่นและต่อเนื่องเรื้อรังหรือมีการกำเริบเป็นระยะ¹ โรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 20 - 30 เท่านั้นที่มีชีวิตกลับเป็นปกติอีกครั้งร้อยละ 40 - 60 ยังคงมีอาการที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ในชีวิต² นอกจากนี้ การเจ็บป่วยยังเพิ่มอัตราเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอันตรายทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศจากภาระค่าใช้จ่ายในการดูแล^{2,3}

ยารักษาโรคจิตมีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของโรคให้สงบและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ⁴ แต่ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยพบในอัตราร้อยละ 50 ในช่วงปีแรกและสูงถึงร้อยละ 75 ในช่วง 2 ปีหลังการเจ็บป่วย⁵ ส่งผลให้มีการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ

ที่รุนแรงและบ่อยครั้ง อีกทั้งยังเพิ่มอัตราการรักษาในโรงพยาบาลและการก่อความรุนแรงซ้ำ ในทางกลับกัน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องมีความเสี่ยงของการก่ออาชญากรรมฆ่าตลงอย่างมีนัยสำคัญ⁶ สะท้อนถึงความจำเป็นในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อป้องกันผลกระทบทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคมโดยรวม

ปัจจุบันการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทมีหลากหลายแนวทาง เช่น การให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และการปรับความคิดและพฤติกรรม^{5,7-10} ซึ่งช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและลดความรุนแรงของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ¹¹ อย่างไรก็ตาม ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอีกหลากหลายด้าน ทั้งด้านตัวผู้ป่วย ผู้ให้บริการสุขภาพ ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม^{2,3,11-13} ทั้งนี้ ผู้ป่วยแต่ละรายมีพื้นฐานและความต้องการที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน (severe and persistent schizophrenia) ซึ่งมักกลับเป็นซ้ำบ่อยครั้ง มีพฤติกรรมรุนแรง มีความเสื่อมถอยมาก และขาดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการดูแลรักษาที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง การใช้แนวทางใดเพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา อีกทั้งการนำแนวทางเหล่านี้มาประยุกต์ใช้ในบริบทจริง นอกจากต้องอาศัยความรู้และความชำนาญในการให้บริการแล้ว ยังต้องอาศัยความตระหนัก ความใส่ใจ และความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการวางแผน ดำเนินการ ติดตาม และประเมินผลการดูแลที่เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย¹³ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมมือในการรักษาและดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

การจัดการรายกรณี (case management: CM) เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันตามแผนการดูแลทางคลินิกตามระยะเวลาที่กำหนด¹⁴ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและผสานแนวทางที่หลากหลาย เช่น การให้ข้อมูลความรู้ การฝึกสติ และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม¹⁵⁻¹⁸ มีการดำเนินงานตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลต่อเนื่องไปยังชุมชน โดยคำนึงถึงการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ

อย่างมีเหตุผลและมีประสิทธิภาพสูงสุด¹⁶⁻¹⁸ หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าการจัดการรายกรณีสามารถส่งผลทางบวกต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการรุนแรงหรือมีความซับซ้อน เช่น เพิ่มความร่วมมือในแผนการรักษา เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดการกลับเป็นซ้ำ ลดความเสี่ยงต่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น และลดอัตราและระยะเวลาการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล¹⁵⁻²¹ อีกทั้งช่วยให้ญาติ ผู้ดูแล ชุมชน และผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ พึงพอใจ ลดความรู้สึกเป็นภาระ และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น^{17,18,20}

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ โยธธร และมุกดาหาร แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของโรงพยาบาลเน้นการใช้แผนการดูแล (care map) ตั้งแต่แรกเริ่มไว้รักษา โดยเมื่ออาการดีขึ้นจะมีการประเมินเพื่อย้ายเข้าสู่หอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดและให้การบำบัดทั้งรายบุคคลและกลุ่ม เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษา และการปรับทัศนคติเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา แม้มีการดำเนินการต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2566 พบผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จำนวน 718 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด 381 ราย (ร้อยละ 53.1) ส่วนใหญ่เกิดจากความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา (ร้อยละ 62.8) โดยมีสาเหตุหลัก เช่น การไม่รับรู้ การเจ็บป่วย การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ผลข้างเคียงจากยา ความรู้สึกอับอาย และผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย²² ส่งผลให้มีสัดส่วนการกลับมารักษาซ้ำถึงร้อยละ 4.32 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 2²² ขณะเดียวกันผู้บำบัดยังขาดการประเมิน วางแผน ประสานงาน ติดตาม และดำเนินการปฏิบัติที่มีจุดเน้นในการแก้ไขปัญหาความไม่ร่วมมือจากการรักษาด้วยยาอย่างชัดเจน อีกทั้งมีการแก้ไขปัญหามากมายแตกต่างกัน ส่งผลให้การดูแลไม่ต่อเนื่องและผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย²² สะท้อนให้เห็นถึงขนาดของปัญหาที่มีความรุนแรง ยุ่งยาก และซับซ้อน เนื่องจากเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย จำเป็นต้องใช้มาตรการที่หลากหลายและอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อเสริมพลังและแก้ไขอุปสรรคเฉพาะราย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน ที่มีจุดเน้นที่การสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสร้างความรู้ความเข้าใจอย่างมีสติและการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของตนเอง และการฝึกทักษะการดูแลตัวเองให้กับผู้ป่วย และเพื่อประเมินผลของรูปแบบต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย

วิธีการ

การวิจัยและพัฒนาได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ รหัสโครงการ 15/2567 วันที่ 22 สิงหาคม 2567 ดำเนินการโดยแบ่งเป็น 2 ระยะ²³ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ได้แก่

กระบวนการที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและประเมินความต้องการจำเป็น ประกอบด้วย 1) การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพโดยคณะผู้วิจัย 5 คน ร่วมสนทนากลุ่มกับพยาบาลจิตเวช 2 คน ในกลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชชายเรื้อรังบำบัด 1 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อวิเคราะห์ 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ แนวปฏิบัติในการป้องกันและบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อนที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา รูปแบบและผลลัพธ์การบำบัดทางจิตสังคมในระบบบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ปัญหาและสาเหตุจากการให้บริการ ข้อเสนอแนะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดและความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และจุดอ่อนและจุดแข็งของหน่วยงาน 2) การทบทวนการดำเนินงานของหน่วยงานเกี่ยวกับการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการกลับมารักษาซ้ำ และ 3) การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสังเคราะห์ผลงานวิจัย

กระบวนการที่ 2 การพัฒนาต้นแบบการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย 1) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาต้นแบบฯ โดยคณะผู้วิจัย 5 คน จิตแพทย์ 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน เภสัชกร 1 คน และพยาบาลจิตเวชผู้บำบัด 4 คน รวม 12 คน ร่วมกำหนดกรอบแนวคิด ขั้นตอน และเป้าหมายของการบำบัด และ 2) การพัฒนาองค์ความรู้และศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ

ผู้ให้การบำบัด การส่งเสริมความเข้าใจในรูปแบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณี และการพัฒนาทักษะการวางแผนดูแลผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน โดยเน้นการนำไปใช้จริงในหน่วยงาน

กระบวนการที่ 3 การทดลองใช้ต้นแบบการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีฯ กับผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน 10 คน ที่กลับมารักษารักษาซ้ำจากการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินการต้นแบบฯ จากนั้นสรุปผลเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงรูปแบบในขั้นตอนต่อไป

กระบวนการที่ 4 การปรับปรุงต้นแบบฯ ให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย 1) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสรุปผลการจัดทำร่างรูปแบบฯ การนำไปใช้ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยคณะผู้วิจัย 5 คนและพยาบาลจิตเวชผู้บำบัด 4 คน ร่วมอภิปรายถึงแนวทางปรับแก้ไขให้มีความสมบูรณ์เหมาะสมยิ่งขึ้นและสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 2) การจัดทำคู่มือรูปแบบฯ และแผนการดูแลแบบการจัดการรายกรณีฯ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน เพื่อให้พยาบาลสามารถนำไปใช้ในบริบทจริงได้อย่างชัดเจนและเป็นระบบ

ระยะที่ 2 การทดสอบผลของรูปแบบการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีฯ

ดำเนินการในเดือน กันยายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567 ด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชชายเร่ร่อนบำบัด 1 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เนื่องจากในปีงบประมาณ 2566 เป็นหอผู้ป่วยที่มีสัดส่วนผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อนสูงสุด (ร้อยละ 82.7) และมีอัตราการกลับมารักษารักษาซ้ำจากการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงสุด (ร้อยละ 62.8)²²

ประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อนที่มีประวัติการกินยาไม่ต่อเนื่องและกลับมารักษารักษาซ้ำ เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 20 - 59 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (ICD-10 F20 - F29) 3) กลับมารักษาซ้ำตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป 4) มีประวัติกินยาไม่ต่อเนื่อง 5) อาการทางจิตฟุเลา (PANSS-T $\leq$ 55 คะแนน) และ 6) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

(TMSE $\geq$ 24 คะแนน) เกณฑ์การคัดออก คือ มีโรคร่วมทางกาย เกณฑ์การออกจากการศึกษา คือ ได้รับการจำหน่ายหรือออกจากเขตทดลองก่อนครบกำหนดเวลา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบก่อนการวิจัย (priori power analysis)²⁴ กำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบสองทาง ขนาดผลกระทบ (effect size) ปานกลาง ($d_z = 0.5$) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) 0.05 และอำนาจการทดสอบ ($1 - \beta$) 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 34 คน เพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 20 เพื่อการถอนตัวหรือออกก่อนครบกำหนด (drop out)²⁵ รวมเป็น 40 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การเลือกแบบเจาะจงจากทะเบียนรับย่ายผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้ป่วยได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลการวิจัยและรับฟังคำอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการ และความเสี่ยง จากพยาบาลจิตเวชในท้องบำบัดส่วนตัว โดยเน้นย้ำว่าการไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวไม่มีผลใด ๆ ต่อการดูแลรักษาตามปกติ

เครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ การศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษา ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย และการดูแลด้านการกินยา

2. แบบประเมินอาการทางจิต ฉบับภาษาไทย (positive and negative syndrome scale Thai version: PANSS-T)²⁶ มีความเชื่อถือได้ (reliability) และความเที่ยงตรง (validity) อยู่ในเกณฑ์ดี ใช้เกณฑ์ PANSS-T $\leq$ 55 คะแนน เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงอาการทางจิตฟุเลา เหมาะสมต่อการเรียนรู้และเข้าร่วมการบำบัด

3. แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai mental state examination: TMSE)²⁷ ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยวัดการรับรู้ทางเขาวนปัญญา 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (orientation) ความจำ (registration) ความตั้งใจ (attention) การคำนวณ (calculation) ภาษา (language) และการระลึกได้ (recall) มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 87 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 87 และความเชื่อมั่นจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92 การศึกษานี้

ใช้เกณฑ์ $TMSE \geq 24$ คะแนน เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าสู่การศึกษา

4. แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาพัฒนาโดยพรทิพย์ วชิรดิolk²⁸ เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยา และความสามารถในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา มี 16 ข้อ เป็นข้อความทางลบ 7 ข้อ ทางบวก 9 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บ่อยครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคย คะแนนเต็ม 64 คะแนน แบ่งระดับความร่วมมือในการรักษา ดังนี้ น้อยกว่า 21 คะแนน ระดับต่ำ 21 - 42 คะแนน ระดับปานกลาง และมากกว่า 42 คะแนน ระดับสูง แบบประเมินมีความเชื่อมั่นจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการทดลองโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงด้านการพยาบาลจิตเวช 2 คน ที่มีประสบการณ์บำบัดทางจิตสังคมไม่น้อยกว่า 5 ปี และผ่านการทำความเข้าใจและฝึกทักษะการบำบัดตามคู่มือและแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นร่วมกันเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ก่อนการทดลองมีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประเมินอาการทางจิตด้วย PANSS-T และคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วย TMSE เพื่อคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษา พร้อมประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน จากนั้นประเมินซ้ำหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน โดยผู้ช่วยเก็บข้อมูลที่เป็นพยาบาลจิตเวช 2 คน ที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือและไม่มีส่วนร่วมในการบำบัด ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตัวเอง โดยผู้เก็บข้อมูลไม่ได้ประเมินหรือให้คะแนน จึงไม่มีการทดสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

แจกแจงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI) ทดสอบ

ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษา ระหว่างก่อนก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA) แบบตัวแปรเดียว พร้อมตรวจสอบความแปรปรวนระหว่างคู่การวัดซ้ำด้วยการทดสอบของ Mauchly หากข้อมูลมีโครงสร้างเป็นสมมาตรเชิงซ้อน (compound symmetry) จะใช้การคำนวณ แบบ sphericity แต่หากไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นจะใช้ Greenhouse-Geisser correction ในการวิเคราะห์ภาพรวม (overall) และหากพบความแตกต่างอย่างน้อย 1 คู่ จะเปรียบเทียบรายคู่ (pairwise comparisons) ด้วยวิธีปรับค่าของ Bonferroni พร้อมแสดงขนาดผลกระทบ

ผล

การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน P-PORCH (พระศรีฯ ระเบียงบุญ)

การศึกษาศาภาพการณ์ วิเคราะห์ปัญหา และประเมินความต้องการ สรุปได้ว่าการจัดการรายกรณีโดยการสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรผู้เกี่ยวข้องมักประกอบด้วย การให้ข้อมูลความรู้ การสร้างความตระหนักรู้อย่างมีสติ และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมให้กับผู้ป่วยจิตเภท มักดำเนินการตั้งแต่อยู่นในโรงพยาบาลและต่อเนื่องไปยังชุมชน¹⁴⁻¹⁹ พบว่าการจัดการรายกรณีสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ลดอาการทางจิต ลดการกำเริบ ลดความเสี่ยงการก่อความรุนแรงทั้งต่อตัวเองและผู้อื่น ลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำโรงพยาบาล ลดระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท¹³⁻²¹

ต้นแบบการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง เฉพาะราย กิจกรรมประกอบด้วยการสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง การให้ข้อมูลความรู้ และการปรับความคิดและพฤติกรรม ครอบคลุมตั้งแต่อยู่นในโรงพยาบาลและต่อเนื่องไปยังชุมชน โดยมีจุดเน้นที่ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ซึ่งรับผิดชอบในการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อประเมินวางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ติดตาม และประเมินผล^{13,16-18,21}

นอกจากนี้ยังเน้นการส่งเสริมความรู้ ความตระหนักรู้ ทักษะการปฏิบัติให้กับทีมผู้บำบัดรักษา ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยา ทีมดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในระบบสุขภาพที่มีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และทีมผู้ให้บริการด้านเภสัชกรรม ที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับยา ผลข้างเคียง และการใช้ยาอย่างถูกต้อง

ต้นแบบฯ มีเป้าหมายหลักเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมผู้จัดการรายกรณี (preparing a case manager) 2) การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (patient care planning) 3) การดำเนินงาน (operation) 4) การติดตามกำกับ (regulatory monitoring) 5) การประสานงานกับทีมสุขภาพอื่น ๆ (coordination) และ 6) การประเมินผล (health care evaluation) โดยใช้ชื่อภาษาอังกฤษตัวแรกของแต่ละขั้นตอนมากำหนดเป็นชื่อต้นแบบฯ คือ “P-PORCH model” และใช้ชื่อภาษาไทยว่า “พระศรีฯ ระเบียงบุญ” สรุปได้ดังแผนภาพที่ 1

การตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีดำเนินการ และการประเมินผล ของต้นแบบ P-PORCH โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่า content validity index (CVI) เท่ากับ 1 การทดลองใช้ต้นแบบ P-PORCH มีข้อเสนอแนะดังนี้ 1) ควรกำหนดทีม grand round ใน 4 วิชาชีพหลัก ได้แก่ จิตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ และระบุเป้าหมายให้ชัดเจน 2) ควรติดตามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาด้วยการนับเม็ดยา (pill counting) และกำหนดนิยามความร่วมมือ

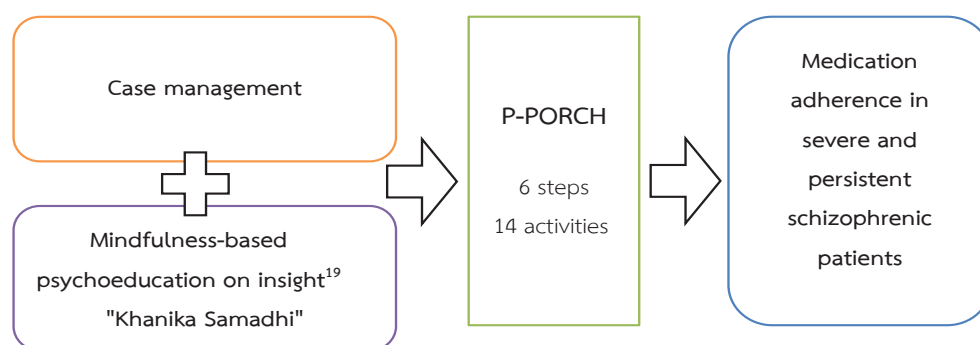
ในระดับดี คือ การกินยามากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนยาทั้งหมด 3) เภสัชกรควรให้ข้อมูลผู้ป่วยในประเด็นวิธีใช้ยา ความสำคัญของยา อาการข้างเคียง และแนวทางจัดการ 4) เภสัชกรควรร่วมประเมินอาการข้างเคียง โดยจำแนกแนวทางจัดการตามระดับความรุนแรง และ 5) ควรเสริมกิจกรรม “ขณิกสมาธิ” โดยผู้บำบัดสาธิตให้ผู้รับการบำบัดฝึกปฏิบัติ

จากผลการประเมินดังกล่าว จึงมีการปรับปรุงต้นแบบ P-PORCH โดยเพิ่มกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 (operation) ดังนี้ 1) เพิ่มการสอนสาธิตให้ผู้รับการบำบัดฝึกทำขณิกสมาธิ คือ การทำสมาธิแบบชั่วคราว ซึ่งเป็นขั้นพื้นฐานสำหรับบุคคลทั่วไปที่ช่วยให้มีสมาธิในการเรียนและทำงาน มีสติรู้ตัวตนว่ากำลังทำอะไรอยู่ ลดความเครียด ความวิตกกังวล และความคิดลบ และเพิ่มความอดทนอดกลั้น โดยในช่วงแรกให้ทำขณิกสมาธิ 2 - 3 นาที และในช่วงต่อไปเพิ่มเป็น 3 - 5 นาที และ 2) เพิ่มกิจกรรมสร้างการรับรู้และความเข้าใจปัญหาที่ทำให้เกิดการกำเริบซ้ำและใคร่ครวญปัญหานั้นอย่างมีวิจารณญาณ

P-PORCH ร่างสุดท้ายประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 14 กิจกรรม มีกรอบระยะเวลาดำเนินการ 20 วัน แบ่งเป็น 3 ระยะ มีโครงสร้างกิจกรรมดังตารางที่ 1

การทดสอบผลของ P-PORCH model ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน

กลุ่มตัวอย่าง 40 คน เป็นชายทั้งหมด อายุเฉลี่ย 38.9 ปี (SD = 7.9) สถานภาพโสดร้อยละ 67.5 สมรสร้อยละ 20 หย่า/แยก/ร้างร้อยละ 12.5 การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาร้อยละ 47.5 มัธยมศึกษาร้อยละ 40.0



แผนภาพที่ 1 แนวคิดการดูแลแบบการจัดการรายกรณี P-PORCH (พระศรีฯ ระเบียงบุญ)

ตารางที่ 1 โครงสร้างการดูแลแบบการจัดการรายกรณี P-PORCH (พระศรีฯ ระเปียงบุญ)

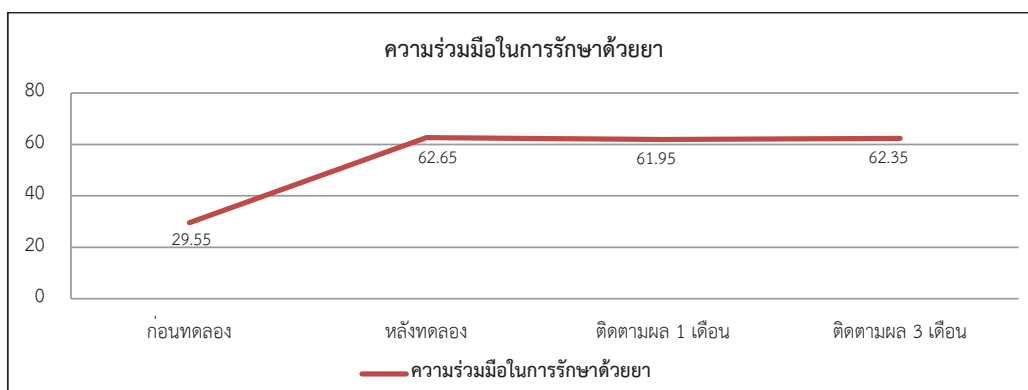
ขั้นตอน	กิจกรรม	รายละเอียด
1. Preparing a case manager (P)	1) เตรียมพยาบาลผู้จัดการรายกรณี 2) เตรียมความรู้และแผนการจัดการตามรูปแบบ P-PORCH	- ด้านความรู้ ทักษะ ทักษะคิด และการปฏิบัติของบุคลากร - เตรียมการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และอบรมสร้างความเข้าใจในการใช้รูปแบบฯ แนวทางการประเมินผู้ป่วย
2. Patient care planning (P)	1) ทบทวน/คัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัด 2) จัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย	- วันที่ 1 - 2 ของการบำบัด ให้ประวัติการเจ็บป่วย การกินยา ให้การบำบัดทางสังคมจิตใจ เพื่อให้เข้าสู่กระบวนการบำบัดได้อย่างรวดเร็ว - โดยใช้โปรแกรมการบำบัดเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
3. Operation (O) : กิจกรรม TAPE	1) สร้างสัมพันธภาพบำบัด (T: therapeutic relationship) 2) การบำบัดที่ใช้สติร่วมกับการปรับความคิด (A: achievement to MBCT) 3) การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (P: promoting medication adherence) 4) การเสริมพลังให้มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง (E: empowerment)	- วันที่ 3 - 5 ของการบำบัด ให้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการรักษา และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแล การสังเกตอาการแพ้ยา ประสานเภสัชกรร่วมประเมินอาการข้างเคียงจากยา และประสานแพทย์พิจารณาปรับแผนการรักษา - วันที่ 6 - 8 ของการบำบัด การปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อต่อการเจ็บป่วยและการรักษาให้ถูกต้อง พิจารณาข้อดีข้อเสียของการกินยา สอนการจัดการกับอาการทางจิต และการจัดการกับความเครียด - วันที่ 9 - 11 ของการบำบัด ฝึกทักษะการกินยาด้วยตัวเอง - วันที่ 12 - 14 ของการบำบัด สอนและให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นรายบุคคล รายกลุ่มเพื่อเสริมสร้างความสามารถของญาติและผู้ดูแลให้เผชิญกับความวิตกกังวลหรือภาวะอารมณ์อื่น ๆ
4. Regulatory monitoring (R)	1) ประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อประเมินผล	วันที่ 15 -16 ของการบำบัด ประชุม grand round ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อทบทวนปัญหา ผลลัพธ์ของการบำบัด การติดตามความก้าวหน้าในการบำบัดตามแผนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ (clinical pathway)
5. Coordination (C)	1) แพทย์ปรับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง 2) เภสัชกรประเมินผลข้างเคียงของยา 3) นักสังคมสงเคราะห์เตรียมชุมชน 4) ญาติเข้ามามีส่วนร่วมและเตรียมพร้อมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	วันที่ 17 - 18 ของการบำบัด ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่น ๆ และแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหา ส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องให้เครือข่ายในชุมชน โดยประสานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษาต่อเนื่อง ประสานเภสัชกรเพื่อร่วมประเมินอาการข้างเคียงจากยา ประสานนักสังคมสงเคราะห์เพื่อเตรียมชุมชน และประสานญาติให้มาเยี่ยม และร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย เตรียมความพร้อมญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน
6. Health care evaluation (H)	1) ประเมินผลรายบุคคล	วันที่ 19 - 20 ของการบำบัด ประเมินผลรายบุคคล และประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

MBCT = mindfulness-based cognitive therapy

ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 42.5 รับจ้างร้อยละ 22.5 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย 6 - 10 ปีร้อยละ 37.5 รองลงมา 1 - 5 ปี ร้อยละ 30.0 มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 - 5 ครั้งร้อยละ 72.5 รองลงมา 6 - 10 ครั้ง ร้อยละ 22.5 ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยเกี่ยวข้องเป็นบิดา และ/หรือมารดาร้อยละ 72.5 พี่/น้อง/ญาติร้อยละ 15.0 คู่สมรสร้อยละ 12.5 กลุ่มตัวอย่างจัดยากินเองร้อยละ 45.0 จัดยากินเองโดยญาติคอยเตือนร้อยละ 40.0 และญาติจัดยาให้กินทุกครั้งร้อยละ 15.0

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาก่อนการทดลองเท่ากับ 29.55 (95% CI = 28.57 - 30.53) หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีเท่ากับ 63.65 (95% CI = 63.48 - 63.86) หลังการทดลอง 1 เดือนเท่ากับ 61.95 (95% CI = 61.42 - 62.48) และหลังการทดลอง 3 เดือนเท่ากับ 62.35 (95% CI = 61.76 - 62.94) โดยมีแนวโน้มดังแผนภาพที่ 2

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของ repeated measure ANOVA เกี่ยวกับ sphericity ด้วยการทดสอบของ



แผนภาพที่ 2 กราฟแสดงแนวโน้มคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 40)

Mauchly พบว่า คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่มีลักษณะเป็น compound symmetry (Mauchly's $W = .458$, $\chi^2 = 29.443$, $p < .001$) ถือว่าไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าว (ปฏิเสธ H_0) จึงเลือกใช้วิธีการคำนวณแบบปรับแก้และเลือกอ่านผล greenhouse-geisser adjustment พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 4 ระยะ ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที หลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ดังตารางที่ 2

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 4 ระยะเป็นรายคู่ (pairwise comparisons) ด้วยวิธีปรับค่าของ Bonferroni พบว่า การวัดครั้งที่ 1 มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกับการวัดครั้งที่ 2, 3 และ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคู่การวัดครั้งที่ 3 กับครั้งที่ 4 ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

P-PORCH เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อนด้วยการจัดการรายกรณีที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี ทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพในการดำเนินตามแผนการดูแลทางคลินิกร่วมกันตามช่วงระยะเวลาที่กำหนด ทั้งนี้สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความจำเป็น เมื่อเกิดความแปรปรวนจากแผนการดูแลเดิม การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อนที่ได้รับการดูแลแบบ P-PORCH ได้รับการคัดกรองปัญหาและสาเหตุ ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้รับการบำบัดที่ตรงตามประเด็นความต้องการที่แตกต่างกันในแต่ละราย และมี

พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเวชขั้นรุนแรง (severe mental illness) ที่มีอาการกำเริบและไม่ร่วมมือการรักษาด้วยยาของ Incedere และ Yildiz¹⁹ ที่พบว่ารูปแบบการจัดการรายกรณีช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยาและการทำหน้าที่ทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเวชขั้นรุนแรงของ Díaz-Fernández และคณะ¹⁷ ที่พบว่า การจัดการรายกรณีที่ใช้ชุมชนเป็นฐานช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทขั้นรุนแรงของ Fernández-Miranda และคณะ¹⁸ ที่พบว่า การจัดการรายกรณีแบบรายบุคคลในชุมชนช่วยเพิ่มร่วมมือและการปฏิบัติตามแผนการรักษา

นอกจากการดำเนินตามหลักการและแนวทางการจัดการกรณีโดยทั่วไปแล้ว คณะผู้วิจัยได้เพิ่มขั้นตอนในการเตรียมผู้จัดการรายกรณีไว้ในขั้นตอนที่ 1 เพื่อส่งเสริมความตระหนักรู้ ในบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบ โดยมีจุดเน้น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะ คือ การทำงานอย่างสร้างสรรค์ มีความภูมิใจ เคารพผู้อื่น และเปิดรับความคิดเห็นที่แตกต่าง 2) ความรู้ คือ การรู้อย่างเข้าใจในโรคจิตเภท ปัญหาและสาเหตุของพฤติกรรมไม่ร่วมมือ และยาทางจิตเวช 3) ทักษะ คือ ความสามารถในการวางแผน การบริหารจัดการ การประสานงาน การสื่อสาร ความฉลาดทางอารมณ์ การคิดวิเคราะห์ และการแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล และ 4) การปฏิบัติ คือ การทำงานเป็นทีม ความมั่นใจในตัวเอง ความฉับไว ความถูกต้องแม่นยำ และความคิดสร้างสรรค์ โดยมีจุดมุ่งหมาย คือ การเสริมศักยภาพบุคลากรในการ

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที หลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน ด้วย repeated measure ANOVA (n = 40)

แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	p-value	Partial eta squared
ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	32931.50	1.958	16819.24	2993.77	< .001	.987
Error (ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา)	429.00	76.36	5.62			

SS = sum of squares, Df = degrees of freedom, MS = mean square

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นรายคู่ด้วยวิธีปรับค่าของ Bonferroni (n = 40)

(I)*	(J)*	Mean difference	SE	p-value	95% CI of mean difference	
		(I-J)			Lower bound	Upper bound
1	2	-34.100	.506	<.001	-35.507	-32.693
	3	-32.400	.546	<.001	-33.919	-30.881
	4	-32.800	.524	<.001	-34.257	-31.343
2	1	34.100	.506	<.001	32.693	35.507
	3	1.700	.280	<.001	.921	2.479
	4	1.300	.287	<.001	.503	2.097
3	1	32.400	.546	<.001	30.881	33.919
	2	-1.700	.280	<.001	-2.479	-.921
	4	-.400	.332	1.000	-1.322	.522
4	1	32.800	.524	<.001	31.343	34.257
	2	-1.300	.287	<.001	-2.097	-.503
	3	.400	.332	1.000	-.522	1.322

* 1 = ก่อนการทดลอง, 2 = หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที, 3 = หลังการทดลอง 1 เดือน, 4 = หลังการทดลอง 3 เดือน, SE = standard error

อธิบายโรค การรักษา การประเมินผล และการจัดการ ผลข้างเคียงจากยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ คำจำกัดความของบทบาทและคุณสมบัติที่จำเป็นของผู้จัดการรายกรณีโดยสมาคมการจัดการรายกรณีแห่งสหรัฐอเมริกา (Case Management Society of America) เช่น การประสานงาน การสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม¹⁴ การศึกษาของ Cheng และคณะ¹⁶ ที่แสดงให้เห็นถึงผลของการดูแลต่อเนื่องและการทำงานของทีมนักวิชาชีพต่อการดูแลและการทำงานที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาของ Talisman และคณะ¹³ และ Fernández-Miranda และคณะ¹⁸ ที่เน้นการฝึกอบรมผู้จัดการรายกรณีให้มีความเข้าใจในโรคจิตเภท การใช้ยา การพัฒนาทักษะการสื่อสาร การประสานงาน และการทำงานร่วมกับทีม การศึกษาของ Lim และคณะ²¹ ที่เน้นการเตรียมบุคลากรให้มีความเข้าใจในโรคและระบบการดูแลที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และการศึกษาของ Semahegn และคณะ¹¹ ที่พบว่า ความตระหนักรู้และความเข้าใจของ

บุคลากรด้านสุขภาพเกี่ยวกับผลกระทบจากพฤติกรรมผู้ป่วย และระบบสุขภาพ บริบทของผู้ป่วยทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม รวมถึงอุปสรรคและการจัดการในการปฏิบัติตามแผนการรักษา สามารถส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และทักษะการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มตัวอย่างสะท้อนถึงการตระหนักรู้ในตนเองและการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยที่ดีขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลจากการบำบัดตามรูปแบบ P-PORCH ที่เน้นการฝึกสติในทุกขั้นตอนระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Talisman และคณะ¹³ และ Semahegn และคณะ¹¹ ที่ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในตนเองและยอมรับสถานะของตนเอง ซึ่งช่วยเพิ่มความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ พัฒนาทักษะการดูแลตนเอง และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัดรักษา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Çetin และ Aylaz¹⁵ ที่พบว่า โปรแกรม

สุขภาพจิตศึกษาโดยใช้สติช่วยเพิ่มความตระหนักรู้ในตนเอง และความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และลดความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

การติดตามแนวโน้มในระยะ 3 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและลดลงเล็กน้อยในระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือน แสดงถึงความคงทนในผลของ P-PORCH อย่างไรก็ตาม คะแนนที่ลดลงเล็กน้อยในระยะติดตามผลอาจบ่งชี้ถึงแนวโน้มการลดลงในระยะยาว สะท้อนถึงความจำเป็นของการสนับสนุนและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายสู่ชุมชน เพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิผลของ P-PORCH

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การขาดการมีส่วนร่วมจากครอบครัว ผู้ดูแล และองค์กรชุมชนในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ไม่มีการติดตามผลระยะยาว และไม่ได้วัดผลอาการทางคลินิกอย่างชัดเจน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย ทำให้ผลการศึกษาอาจไม่สามารถนำไปใช้กับผู้หญิงหรือกลุ่มอื่นได้โดยตรง นอกจากนี้ยังเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว โดยไม่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม จึงอาจมีปัจจัยแทรกแซง เช่น การบำบัดรักษาที่ได้รับร่วม ที่ส่งผลต่อความแม่นยำของผลการศึกษาโดยรวม จึงควรมีการศึกษาต่อในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย มีกลุ่มควบคุม และมีการจัดการปัจจัยแทรกแซงต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงผลเบื้องต้นและความเป็นไปได้ในการนำ P-PORCH Model ไปบูรณาการกับการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ทั้งนี้ การนำไปประยุกต์ใช้ควรคำนึงถึงความเหมาะสมกับบริบท ทรัพยากร และข้อจำกัดของแต่ละหน่วยงาน

สรุป

การศึกษานี้พัฒนา P-PORCH (พระศรีฯ ระเบียบบุญ) ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ผ่านการสร้างความรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสติรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของตนเอง และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง

รูปแบบนี้ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 14 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 20 วัน การทดสอบเบื้องต้นพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบ P-PORCH นี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.ประภาส อุครานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พญ.วิริยธร จุมพระบุตร นพ.วัฒนพงษ์ พันธสวัสดิ์ ที่ให้คำปรึกษา และทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ : ออกแบบการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ; พิมพ์ชนก หาคำ : เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจทานบทความ ; อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ : เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ; ปาลิดา พละศักดิ์ : เก็บรวบรวมข้อมูล ; วิไลลักษณ์ เจริญชัยสงค์ : เก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Schizophrenia [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2022 Mar 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. Correll CU, Solmi M, Croatto G, Schneider LK, Rohani-Montez SC, Fairley L, et al. Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. World Psychiatry. 2022;21(2): 248-71. doi:10.1002/wps.20994.
3. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E, Scott JG, et al. Global epidemiology and burden of schizophrenia: findings from the Global Burden of Disease Study 2016. Schizophr Bull. 2018;44(6):1195-203. doi:10.1093/schbul/sby058.
4. Viveiros CP, Tatar CR, Dos Santos DVD, Stefanello S, Nishihara R. Evaluation of nonadherence to treatment among patients with schizophrenia attending psychosocial care centers in the south region of Brazil. Trends Psychiatry Psychother. 2020;42(3):223-9. doi:10.1590/2237-6089-2019-0072.

5. Cahaya N, Kristina SA, Widayanti AW, Green J. Interventions to improve medication adherence in people with schizophrenia: a systematic review. *Patient Prefer Adherence*. 2022;16:2431-49. doi:10.2147/PPA.S378951.
6. Rezansoff SN, Moniruzzaman A, Fazel S, McCandless L, Somers JM. Adherence to antipsychotic medication and criminal recidivism in a Canadian provincial offender population. *Schizophr Bull*. 2017;43(5):1002-10. doi:10.1093/schbul/sbx084.
7. Shehu A, Gomaa H, Usman SU, Usman ST, Auwal Lawan K. Effect of psycho-educational intervention on drug adherence and quality of life among patients with schizophrenia in Jigawa State. *Int J Sci Res Updat*. 2022;4(1):163-71. doi:10.53430/ijrsru.2022.4.1.0103.
8. Inwanna S, Duangchan C, Mathews AK. Effectiveness of interventions to promote medication adherence in schizophrenic populations in Thailand: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(5):2887. doi:10.3390/ijerph19052887.
9. Wu T, Xiao X, Yan S, Fang Y, Wang M, Zu F, et al. Digital health interventions to improve adherence to oral antipsychotics among patients with schizophrenia: a scoping review. *BMJ Open*. 2023;13(11):e071984. doi:10.1136/bmjopen-2023-071984.
10. Koomala S, Sangon S, Nintachan P. Effect of medication adherence promotion program in schizophrenic patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2020;34(2):135-52. (in Thai)
11. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Psychotropic medication nonadherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2020;9(1):17. doi:10.1186/s13643-020-1274-3.
12. Karabulut B, Uslu E. Schizophrenia and medication adherence: associated factors. *Arch Psychiatr Nurs*. 2024;49:47-54. doi:10.1016/j.apnu.2024.01.015.
13. Talisman N, Kaltman S, Davis K, Sidel S, Akil M, Alter C. Case management: a new approach. *Psychiatr Ann*. 2015;45(3):134-8. doi:10.3928/00485713-20150304-08.
14. Case Management Society of America. What is a case manager? [Internet]. Little Rock, AR: Case Management Society of America; c2024 [cited 2018 Jan 31]. Available from: <https://cmsa.org/who-we-are/what-is-a-case-manager/>.
15. Çetin N, Aylaz R. The effect of mindfulness-based psychoeducation on insight and medication adherence of schizophrenia patients. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32(5):737-44. doi:10.1016/j.apnu.2018.04.011.
16. Cheng J, Liu HE, Geng T, Wang Y, Yu L, Li J, et al. The effect of case management for schizophrenia clients in China. *J Behav Brain Sci*. 2020;10(8):297-310. doi:10.4236/jbbs.2020.108019.
17. Díaz-Fernández S, Frías-Ortiz DF, Fernández-Miranda JJ. Mirror image study (10 years of follow-up and 10 of standard pre-treatment) of psychiatric hospitalizations of patients with severe schizophrenia treated in a community-based, case-managed programme. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2022;15(1):47-53. doi:10.1016/j.rpsm.2022.01.002.
18. Fernández-Miranda JJ, Díaz-Fernández S, López-Muñoz F. Effectiveness of more personalized, case-managed, and multicomponent treatment for patients with severe schizophrenia compared to the standard treatment: a ten-year follow-up. *J Pers Med*. 2022;12(7):1101. doi:10.3390/jpm12071101.
19. İncedere A, Yildiz M. Case management for individuals with severe mental illness: outcomes of a 24-month practice. *Turk Psikiyatri Derg*. 2019;30(4):245-52.
20. Malakouti SK, Nojomi M, Mirabzadeh A, Mottaghipour Y, Zahiroddin A, Mohammadi Kangrani H. A comparative study of nurses as case manager and telephone follow-up on clinical outcomes of patients with severe mental illness. *Iran J Med Sci*. 2016;41(1):19-27.
21. Lim CT, Caan MP, Kim CH, Chow CM, Leff HS, Tepper MC. Care management for serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatr Serv*. 2022;73(2):180-7. doi:10.1176/appi.ps.202000473.
22. Prasimahabhodi Psychiatric Hospital. Annual statistical report 2023. Ubon Ratchathani: Prasimahabhodi Psychiatric Hospital; 2023. (in Thai)
23. Wongkhan K. Innovative research models (R&D, D&D, AR, and R2R) [Internet]. Ubon Ratchathani: Faculty of Science, Ubon Ratchathani University; 2017 [cited

- 2022 Mar 20]. Available from: https://www.ubu.ac.th/web/files_up/08f2017060214303228.pdf (in Thai)
24. Wiratchai N. Sample size determination and interesting new analysis statistics [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 20]. Available from: <https://llskill.com/web/files/GPower.pdf> (in Thai)
 25. Srisa-ard B. Basic principles of research. Bangkok: Suweeriyaasan; 1992. (in Thai).
 26. Department of Mental Health, Royal College of Psychiatrists of Thailand, Psychiatric Association of Thailand. Positive and Negative Syndrome Scale – Thai Version (PANSS-T). Nonthaburi: Department of Mental Health; 2009. (in Thai)
 27. Train the Brain Forum Committee. Thai mental state examination (TMSE). Siriraj Hospital Gazette. 1993;45:359-74. (in Thai)
 28. Vachiradilok P. Results of individual counseling based on the concept of motivation and behavior adjustment cooperation in the treatment of patients with schizophrenia [master's thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2006. (in Thai)