

Original research

Citation:

ชนมาภรณ์ ภูมิชัย. ประสิทธิภาพของการจัดการรายกรณีต่อการลดอัตราการป่วยซ้ำของ ผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข. 2568;3(3):40-52.

ประสิทธิผลของการจัดการรายกรณีต่อการลดอัตราการป่วยซ้ำของ ผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ชนมาภรณ์ ภูมิชัย¹

¹ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยซ้ำยากต่อการฟื้นฟูของโรค มีความผิดปกติในการทำหน้าที่การรับรู้ และอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำมากที่สุดคือ การไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา การหยุดยาหรือรักษาไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยา และได้รับการดูแลจากครอบครัวอย่างเหมาะสม ตลอดจนการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพมุ่งเน้นตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย จะสามารถลดการป่วยซ้ำได้

วิธีการศึกษา: การวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยา และการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มงานจิตเวชและ ยาเสพติด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ จำนวน 31 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย คือ แบบประเมินระดับอาการทางจิต (BPRS) ที่มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.8 3) เครื่องมือวัดผลการป่วยซ้ำ คือ แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยา (MARS) ที่มีค่าความเที่ยง 0.71 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon signed rank Test

ผลการศึกษา: อาการทางจิต ด้านความคิดสับสน อาการประสาทหลอน และความคิดหลงผิด หลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีน้อยมากเมื่อเทียบกับก่อนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีความร่วมมือมากกว่าก่อนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value} < 0.05$)

สรุปผล: แสดงให้เห็นว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นรูปแบบที่อาจช่วยลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การจัดการรายกรณี การป้องกันการป่วยซ้ำ ผู้ป่วยโรคจิตเภท ความร่วมมือในการใช้ยา

วันรับ: 22 ก.ย. 2568

วันแก้ไข: 4 ธ.ค. 2568

วันตอบรับ: 26 ธ.ค. 2568

ผู้สนับสนุนประสานงาน:

ชนมาภรณ์ ภูมิชัย;

Email:Chonmapom.p@hotmail.com

Original research

Citation:

Chonmaporn Poomchai. The effective of case management on reducing the relapse rate in schizophrenic patients, Surat Thani Hospital. Journal of Public Health Research and Innovation. 2024;3(3):40-52.

The effective of case management on reducing the relapse rate in schizophrenic patients, Surat Thani Hospital

Chonmaporn Poomchai¹

¹ Surat Thani Hospital, Surat Thani Province

Abstract

Background: Patients with relapsed schizophrenia often face challenges in recovery, including functional, cognitive, and emotional impairments. The most common relapse factors are medication nonadherence, treatment discontinuation, and inconsistent care. Therefore, promoting adherence to medication, strengthening family support, and implementing multidisciplinary care tailored to patient needs are crucial may reduce relapse risk.

Method: This study employed a quasi-experimental one-group pretest–posttest design to examine the effects of case management on medication adherence and relapse among schizophrenic patients in the Psychiatric and Drug Addiction Unit at Surat Thani Hospital. The sample consisted of 31 purposively selected patients with relapsed schizophrenia. Research instruments included: (1) a case management program, (2) the Psychotic Symptoms Rating Scale (BPRS; reliability = 0.80) for data collection, and (3) the Medication Adherence Scale (MARS; reliability = 0.71) as the experimental control tool. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test.

Results: Psychotic symptoms including disorganized thoughts, hallucinations, and abnormal thinking were significantly reduced after case management compared with pre-intervention, indicating decreased relapse. Additionally, medication adherence was significantly higher post-intervention, with a statistically significant difference ($p < 0.05$).

Conclusion: Case management enhances medication adherence and may reduce relapse risk among patients with schizophrenia. This model can be integrated into psychiatric and mental health services as an effective relapse prevention strategy.

Keywords: case management, relapse prevention, schizophrenia, medication adherence

Received: 22 Sep 2025

Revised: 4 Dec 2025

Accepted: 26 Dec 2025

Correspondence to

Chonmaporn Poomchai;
Email: chonmapom.p@hotmail.com

บทนำ

จิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ การรับรู้ และอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม โดยที่ความรู้สึกตัวและเขววัน ปัญญายังคงปกติ¹ โรคจิตเภทเป็นหนึ่งในโรคจิตเวชรุนแรงที่พบได้บ่อย ความรู้สึกตัวโดยทั่วไปคงปกติแต่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดในระดับต่างๆ แม้ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบก็ยังคงเกิดการป่วยซ้ำขึ้นได้ ร้อยละ 81.9 ภายใน 1 ปี และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 86.2 ภายใน 5 ปี² ซึ่งปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรค จิตเภท ร้อยละ 50-70 จะมีอาการป่วยซ้ำได้อีกภายหลังการรักษาแล้วภายใน 1 ปี มีอัตราการกลับเป็นซ้ำตลอดชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 57.4 สถิติของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. 2562-2564 พบผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำภายใน 30 วัน เป็นร้อยละ 5.90, 8.48 และ 7.23 ตามลำดับ และภายใน 90 วัน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.03, 14.32 และ 15.19 ทำให้ผู้ป่วยไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาและยากต่อการฟื้นฟูได้³

มีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า การไม่ร่วมมือในการรักษา ด้วยยา⁴ การหยุดยา หรือการรักษาไม่สม่ำเสมอ การไม่มาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจตามนัด⁵ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและบริบทของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการป่วยซ้ำ พบว่าการที่ผู้ป่วยยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยถูกรังเกียจและถูกแยกจากสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง เกิดความสะเทือนใจ มีความเครียด ผลที่ตามมาคือเกิดการป่วยซ้ำ ความร่วมมือในการใช้ยาจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการรักษาโรคจิตเภท⁶ การช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ การเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตอย่างถูกต้องซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการรู้คิดต่อการรักษา และก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น⁷ เมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการรักษาด้วยยา ย่อมส่งผลให้ทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา⁸ ซึ่งเป็นการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องตนเองจากการป่วยซ้ำ นอกจากนี้ตามแนวคิด The vulnerability/ stress model⁹ ยังอธิบายปัจจัยการป่วยซ้ำว่ามีความเกี่ยวข้องกับ ความเครียดจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยซ้ำ ครอบครัวซึ่งมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกระยะ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว

ซึ่งพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์มากเกินไปของครอบครัว (High expressed emotion) นำไปสู่การทำนายการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้⁹⁻¹¹ การแสดงออกทางอารมณ์สูงส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ดีของผู้ป่วยจิตเภท¹² หากครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวลดความคาดหวังและลดความรู้สึกโกรธต่อตัวผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลเกิดการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยจิตเภทน้อยลง นำไปสู่การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวที่เหมาะสมขึ้น อันจะส่งผลต่อการใช้ยาตามแผนการรักษาและอัตราการป่วยซ้ำลดลง¹³

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำด้วยการบำบัดทางจิตสังคมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงถึงประสิทธิผลต่อการยับยั้งปัจจัยการป่วยซ้ำ คำนึงถึงความจำเพาะ ความยืดหยุ่น ความเหมาะสมกับตัวผู้ป่วย มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในทุกด้านเป็นสำคัญ จำเป็นต้องร่วมมือทำงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจัดการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่มาได้รับการรักษาจนกระทั่งส่งกลับไปดูแลต่อเนื่องในชุมชนอย่างยั่งยืน¹⁴ ด้วยวิธีการจัดการรายกรณี (Case management)¹⁵ ซึ่งเป็นวิธีเหมาะสมกับการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแต่ละบุคคล มีการศึกษาพบว่า หลังการใช้จัดการผู้ป่วยรายกรณีค่าเฉลี่ยของอาการทางจิตลดลง¹⁶ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยา และมีทัศนคติและความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาดีขึ้น ลดการอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล¹⁷ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท¹⁸

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัด สุราษฎร์ธานี และจังหวัดใกล้เคียง เมื่อผู้ป่วยมีการป่วยซ้ำ บางรายต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ส่งผลให้ต้นทุนบริการในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จากการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลศูนย์ มีต้นทุนบริการสูงรองจากโรงพยาบาลจิตเวช¹⁹ การวิจัยครั้งนี้จึงนำการจัดการรายกรณี²⁰ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามปัญหาความต้องการอย่างเป็นระบบ มีการประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ บูรณาการร่วมกับการดูแลโดยตรงให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญหน้าและเข้าใจปัญหาการป่วยซ้ำ ด้วยสัมพันธภาพบำบัด²¹ และร่วมมือกับทีมพยาบาลจิตเวชในการให้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วย²² เพื่อจัดการกับปัจจัยทำนายการป่วยซ้ำด้านร่วมมือในการใช้ยา การติดตาม

ดูแลทางโทรศัพท์ด้านการใช้ยา การสังเกตอาการข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียงและให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว²³ ให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคนำไปสู่การลดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษา ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช พบการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และการรักษาแบบผู้ป่วยนอกยังจำกัด ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดความรุนแรงของอาการ การก่อความรุนแรง ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น หรือทรัพย์สิน อัตราการนอนโรงพยาบาล และลดต้นทุนบริการ

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน และหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยา และการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน มีนาคม 2568 - สิงหาคม 2568

กลุ่มประชากร ที่ในการศึกษานี้ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 135 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) 1) ได้รับการวินิจฉัยตามหลัก ICD-10 รหัส F200-F209 2) อายุระหว่าง 20-60 ปี 3) มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท 1 ปีขึ้นไป 4) มีคะแนน BPRS ในข้อที่ 4 ความคิดสับสน ข้อที่ 12 ประสาทหลอน หรือข้อที่ 15 ความคิดผิดปกติ ข้อหนึ่งข้อใดตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป 5) ไม่มีความผิดปกติทางระบบประสาทหรือประสาทรับรู้ 6) ไม่มีประวัติติดสุราหรือเสพยาเสพติดอย่างน้อย 1 ปี หรือไม่มีผลตรวจสารเสพติดในปัสสาวะมีค่าเป็นบวก 7) มีครอบครัวหรือผู้ดูแล และ 8) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษานี้

เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Exclusion criteria) 1) เกิดภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายรุนแรงต้องส่งต่อไปรักษาทางกายหรือโรงพยาบาลอื่น และ 2) มีการใช้สารเสพติดระหว่างเข้าโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำที่มารับบริการที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ได้มาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกรณี 1 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดังสูตร²⁴

$$n = \frac{\sigma_d^2 \left(\frac{Z_\alpha + Z_\beta}{\mu_d} \right)^2}{(\mu_d)^2}$$

โดยที่ n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

σ_d^2 = ความแปรปรวนของผลต่าง

และ μ_d = ค่าเฉลี่ยของผลต่าง

ในการศึกษามีการขาดหายไปจากการวิจัยได้ถึงร้อยละ 20²⁵ จึงได้ปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตร ดังนี้

$$n_{\text{new}} = n / 1 - L = 30 / 1 - 0.2 = 37.5$$

n_{new} = ขนาดกลุ่มตัวอย่างใหม่

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

L = อัตราการมีข้อมูลขาดหายไป

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างใหม่เท่ากับ 38 คน ทั้งนี้ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างขาดหายไป (Drop out) จำนวน 7 คนเนื่องจาก ถูกส่งต่อไปรับการรักษาโรคทางกาย 2 คน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช 1 คน ย้ายกลับภูมิลำเนา 1 คน มีการใช้สารเสพติดระหว่างเข้าโปรแกรม 1 คน พานักในเรือนจำ 1 คน กลุ่มตัวอย่างคงเหลือ 31 คน

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการกำหนดคุณลักษณะ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับคะแนนอาการทางจิต ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับอาการทางจิต (The brief psychiatric rating scale : BPRS)²⁶ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการป่วยซ้ำ ลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ใช้บันทึก

ความรุนแรงของพยาธิสภาพทางจิตพัฒนาขึ้นโดย Overall & Gorham (1988) จำนวน 18 อาการ ด้วยมาตราส่วนประมาณค่าเป็นตัวเลข 7 ระดับ (ไม่มีอาการ = 1 คะแนน มีอาการขั้นต่ำสุด = 2 คะแนน มีอาการน้อย = 3 คะแนน มีอาการระดับ ปานกลาง = 4 คะแนน มีอาการค่อนข้างมาก = 5 คะแนน มีอาการมาก = 6 คะแนน มีอาการขั้นสูงสุด = 7 คะแนน) ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้นำมาใช้ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ผูกอบรมผู้ประเมินโดยการฝึกอบรมผ่านวิดีโอที่ใช้คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญเป็นมาตรฐานและการลงมือปฏิบัติจริง แต่สำหรับเกณฑ์การป่วยซ้ำใช้การวัดตามแนวคิด The Vulnerability/Stress model และในการศึกษาอาการเตือนในการป่วยซ้ำในผู้ป่วยทางจิตที่ป่วยครั้งแรก ประเมินเฉพาะ 3 ข้อ คือ ความคิดสับสน (Conceptual disorganization) ข้อประสาทหลอน (Hallucinatory behavior) และข้อเนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content) หากมีอย่างน้อยหนึ่งในสามข้อมีระดับคะแนนรุนแรงมาก (6 คะแนน) ขึ้นไป แปลว่าเกิดการป่วยซ้ำ

2. เครื่องมือวัดผลลัพธ์รอง ได้แก่ แบบวัดระดับความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence Rating Scale: MARS)²⁷ ที่แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Translation ในการศึกษาผลของโปรแกรม Islamic-base insight enhancement program (IBIEP) ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวชสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยานำมาแปลเป็นภาษาไทยเพื่อใช้วัดการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช ได้นำไปใช้ในผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นการเลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ โดยมีข้อ 7 และ 8 เป็นข้อคำถามทางบวก ถ้าตอบใช่ คิดเป็น 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ใช่ คิดเป็น 0 คะแนน คำถามข้อที่เหลือเป็นข้อคำถามทางลบ ถ้าตอบไม่ใช่ คิดเป็น 1 คะแนน ถ้าตอบใช่ คิดเป็น 0 คะแนน การแปลคะแนน คือ คะแนนรวมทั้งหมด หากน้อยกว่า 6 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาและถ้าคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนนหมายถึงผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยา

3. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง คือคู่มือการจัดการรายการ²⁰ ในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำแบบผู้ป่วยนอก โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการรายการ เป็นแนวคิดหลักร่วมกับทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องในการจัดการทำต่อปัจจัยทำนายการป่วยซ้ำ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ขั้นตอนการจัดการรายการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกระบวนการจัดการรายการ²⁰ เพื่อจัดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ การระบุผู้ป่วย การประเมิน/ระบุปัญหา การประสานความร่วมมือทีมสหวิชาชีพตามแนวทางการดูแลทางคลินิก การปฏิบัติการดูแลรายการ การติดตามผลลัพธ์และความแปรปรวนสำหรับทีมสหวิชาชีพ การกำกับต่อเนื่อง และการปิดและสิ้นสุดการจัดการรายการ

ส่วนที่ 2 แผนการดูแลทางคลินิกในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ (Care map) ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี เพื่อเป็นแนวทางในการทำงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลชุมชนเพื่อกำกับติดตามผลลัพธ์ในการดูแล ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์

ส่วนที่ 3 สัมพันธภาพบำบัดพัฒนาความเข้าใจการป่วยซ้ำของตนเอง ผู้วิจัยได้พัฒนาจากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล²¹ เพื่อให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาการป่วยซ้ำได้ ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง

ส่วนที่ 4 กลุ่มพัฒนาสุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยาผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการดูแลทางโทรศัพท์ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์²⁸ มีวัตถุประสงค์เพื่อยับยั้งปัจจัยทำนายการป่วยซ้ำด้านความไม่ร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 3 ครั้ง

ส่วนที่ 5 กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวให้เกิดความรู้ความเข้าใจโรคจิตเภท ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว²² โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจโรคจิตเภทและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม จำนวน 1 ครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบประเมินอาการทางจิต (The brief psychiatric rating scale : BPRS) มีค่าความเที่ยง โดย correlation coefficient (ICC) เท่ากับ 0.8 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีหาความเที่ยงโดยผู้ประเมินที่เป็นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 ท่าน (Inter-Rater Reliability: IRR) โดยใช้การคำนวณวิเคราะห์หาค่า ICC (2, 1)=1.00 เครื่องมือที่ใช้กับการทดลอง คือ แบบ

วัดความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence rating scale: MARS) การหาค่าความเที่ยงโดยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ 0.71 และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองคือคู่มือการจัดการรายการณผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำแบบผู้ป่วยนอก เครื่องมือชุดนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ 2 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน พยาบาลจิตเวชระดับปริญญาโท มีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ 0.83 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน ก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขออนุญาตหรือรับรองจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

พร้อมโครงร่างวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขออนุมัติในการดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุญาตดำเนินงานวิจัย พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ และผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้

3. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง และแนะนำตัวเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าโครงการชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประโยชน์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรม และอธิบายการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มทดลองลงนามในแบบฟอร์มใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงเริ่มดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดกับกลุ่มตัวอย่าง

4. นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ แปลผล และสรุปผลการวิจัยต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มีกิจกรรมดังนี้

ตารางที่ 1 กิจกรรมการจัดการรายการณผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

สัปดาห์	กิจกรรม
1	ขั้นที่ 1 การระบุผู้ป่วย โดยผู้จัดการรายการณ
1	ขั้นที่ 2 การประเมิน/การระบุปัญหา โดยผู้จัดการรายการณ
1-4	ขั้นที่ 3 การประสานความร่วมมือทีมสหวิชาชีพตามแผนการดูแลทางคลินิกโดยผู้จัดการรายการณ
4-12	ขั้นที่ 4 การปฏิบัติการดูแลรายการณ
	- สัมภาษณ์ภาพบำบัดพัฒนาความเข้าใจการป่วยซ้ำของตนเอง
	ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ
	ครั้งที่ 2 ทบทวนกระบวนการทางจิตต่อคนป่วยซ้ำ
	ครั้งที่ 3 การรับรู้และเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ
	ครั้งที่ 4 การใคร่ครวญปัญหาการป่วยซ้ำอย่างมีวิจารณญาณ
	ครั้งที่ 5 ทางเลือกจัดการปัญหาการป่วยซ้ำ
	ครั้งที่ 6 การคงไว้ซึ่งการจัดการการป่วยซ้ำด้วยตนเอง
	- กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยพัฒนาความร่วมมือในการใช้าร่วมกับการดูแลทางโทรศัพท์
	ครั้งที่ 1 โรคจิตเภทและอาการเตือน ดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 1 ใช้สัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
	ครั้งที่ 2 การพัฒนาทัศนคติในการใช้ยาด้านอาการทางจิตดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2 ติดตามการสังเกตและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา
	ครั้งที่ 3 การสร้างเสริมความร่วมมือในการใช้ยาดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ครั้งที่ 3 ติดตามพฤติกรรมการใช้ยาอาการข้างเคียง และ การมาตามนัด

ตารางที่ 1 กิจกรรมการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ (ต่อ)

สัปดาห์	กิจกรรม
	- สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวความรู้เรื่องโรคจิตเภท เพื่อการแสดงออกทางอารมณ์ให้เหมาะสม ความรู้เรื่องโรคจิตเภทพัฒนาความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย แนวทางและทักษะการจัดการกับการแสดงออกทางอารมณ์ที่มากเกินไป
13-16	ขั้นที่ 5 การติดตามผลลัพธ์และความแปรปรวนโดยผู้จัดการรายกรณี ขั้นที่ 6 การกำกับอย่างต่อเนื่อง โดยผู้จัดการรายกรณี ขั้นที่ 7 การปิดกรณีและสิ้นสุดการจัดการรายกรณี

ในระหว่างการเข้าโปรแกรมจะมีการติดตามการปรับขนาดยาของแพทย์ การใช้ยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด และมีการร่วมประชุมทีมพยาบาลด้วยการยกกรณีของผู้ป่วยมาเป็นประเด็นวางแผนการดูแล

การรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามกระบวนการ และกลับสู่ชุมชน ตั้งแต่วันที่ 30 มิถุนายน- 31 สิงหาคม 2568 ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามการป่วยซ้ำโดยการนัดหมายมาที่ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS สำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การหาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาและระดับอาการ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon signed rank Test

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ฉบับที่ 159/67 ลงวันที่ 05/03/ 2568

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างก่อนการดำเนินการทดลองมี จำนวน 38 คน ในระหว่างการทดลอง มีผู้ป่วย Drop out จำนวน 7 คน คงเหลือผู้ป่วยจนสิ้นสุดการทดลอง 31 คน เป็นเพศชาย ร้อย 51.6 และเพศหญิง ร้อยละ 48.4 โดยเฉลี่ยผู้ป่วยมีอายุ 38.2 ปี โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็น

ร้อยละ 41.9 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.2 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิต 6-10 ปี ร้อยละ 45.2 จำนวนครั้งที่เจ็บป่วยทางจิตซ้ำ ต่ำสุด 2 ครั้ง สูงสุด 5 ครั้ง การเจ็บป่วยทางจิตซ้ำเฉลี่ย 3 ครั้ง โดยจำนวนผู้ป่วยมีการป่วยทางจิตซ้ำสูงสุด 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 35.5

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.5 เพศชาย ร้อยละ 35.5 อายุเฉลี่ย 52.8 ปี อายุต่ำสุด 25 ปี และสูงสุด 75 ปี โดยมีอายุระหว่าง 46-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.9 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 58.1 ประกอบอาชีพเกษตรกรคิดเป็นร้อยละ 54.8 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น บิดา-มารดา สูงสุดคิดเป็นร้อยละ 58.1

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	51.6
หญิง	15	48.4
อายุ (Mean=38.23 ปี SD=10.48, Min=20, Max=60)		
20-30 ปี	8	25.8
31-40 ปี	9	29.0
41-50 ปี	12	38.7
51-60 ปี	2	6.5
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	3.2
ค้าขาย/ธุรกิจ	1	3.2
เกษตรกร	8	25.9

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
นักศึกษา	1	3.2
รับจ้าง	13	41.9
ว่างงาน	7	22.6
การศึกษา		
ปริญญาตรี	2	6.4
อนุปริญญา/ปวส.	4	12.9
มัธยมศึกษา	10	32.3
ประถมศึกษา	14	45.2
ไม่ได้เรียน	1	3.2
ระยะเวลาที่ป่วยทางจิต (Mean=10.81, SD=6.47, Min=2, Max=30)		
1-5 ปี	6	19.4
6-10 ปี	14	45.2
11-20 ปี	9	29.0
21 ปี ขึ้นไป	2	6.4
จำนวนครั้งที่มีการป่วยทางจิตซ้ำ (Min=2, Max=5, Median= 3)		
2 ครั้ง	11	35.5
3 ครั้ง	10	32.3
4 ครั้ง	5	16.1
5 ครั้ง	5	16.1

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	35.5
หญิง	20	64.5
อายุ (Mean = 52.8 ปี SD=13.37, Min=24, Max=75)		
18-45 ปี	7	22.6
46-59 ปี	13	41.9
60 ปีขึ้นไป	11	35.5

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	6.5
ค้าขาย/ธุรกิจ	4	12.9
เกษตรกรกรรม	17	54.8
รับจ้าง	5	16.1
ว่างงาน/งานบ้าน	3	9.7
การศึกษา		
ปริญญาตรี	5	16.1
อนุปริญญา/ปวส.	1	3.2
มัธยมศึกษา	5	16.1
ประถมศึกษา	18	58.1
ไม่ได้เรียน	2	6.5
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้ป่วย		
บิดา-มารดา	18	58.1
สามี-ภรรยา	6	19.3
บุตร	2	6.5
พี่น้อง	4	12.9
เครือญาติ	1	3.2

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้ป่วยมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ย 8.26 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.06 คะแนน ส่วนหลังสิ้นสุดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ย 2.35 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.17 คะแนน ดังนั้น คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 5 พบว่า ก่อนทดลองมีระดับอาการความคิดสับสนเฉลี่ย 5.58 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.43 คะแนน ระดับอาการประสาทหลอนเฉลี่ย 5.48 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.36 คะแนน และระดับอาการความคิดผิดปกติเฉลี่ย 5.19 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.32 คะแนน ส่วนหลังทดลอง มีระดับอาการความคิดสับสนเฉลี่ย 1.42 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.56 คะแนน ระดับอาการ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (n=31)

ความร่วมมือในการใช้ยา	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Z	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา	8.26	1.06	2.35	1.17	-4.89	<0.001*

*p < 0.05

ประสาทหลอนเฉลี่ย 1.71 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52 คะแนน และระดับอาการความคิดผิดปกติเฉลี่ย 1.26 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68 คะแนน ทั้งนี้ พบว่าทั้งก่อนและ หลังทดลอง ผู้ป่วยมีระดับอาการความคิดสับสน ระดับอาการประสาทหลอน และระดับอาการความคิดผิดปกติแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับอาการความคิดสับสน อาการประสาทหลอน และอาการความคิดผิดปกติ ก่อนและหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

อาการทางจิต	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Z	p-value
	SD	Mean	SD			
Mean						
กลุ่มทดลอง (n=31)						
ความคิดสับสน	5.58	1.43	1.42	0.56	-4.89	<0.001*
ประสาทหลอน	5.48	1.36	1.71	0.52	-4.88	<0.001*
ความคิดผิดปกติ	5.19	1.32	1.26	0.68	-4.90	<0.001*

*p < 0.05

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีผู้ป่วยจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 100 ที่ป่วยซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 0.00 และมีผู้ป่วยจิตเภท ที่ไม่ป่วยซ้ำ

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำหลังสิ้นสุดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของกลุ่มตัวอย่าง (n=31)

ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำหลังสิ้นสุดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ป่วยซ้ำ	0	0
ไม่ป่วยซ้ำ	31	100

อภิปรายผล

ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณี มีความสัมพันธ์กับการลดความรุนแรงของอาการทางจิต และความร่วมมือในการใช้ยา

ด้านความร่วมมือในการใช้ยา ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณี พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความ ไม่ร่วมมือในการใช้ยาแต่หลังการทดลองผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) สะท้อน

ถึงการเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา สำหรับระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ด้านความคิดสับสน ประสาทหลอน และความคิดผิดปกติ ก่อนได้รับโปรแกรมจัดการรายกรณีมีคะแนนในระดับสูง หลังได้รับโปรแกรมระดับความรุนแรงของอาการทางจิตมีการเปลี่ยนแปลงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยร้อยละการลดลง $\geq 20\%$ ของ BPRS ถือว่ามีความสำคัญทางคลินิก แสดงว่าเมื่อผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยา นำไปสู่การลดอัตราการเกิดอาการทางจิต

ทำให้อัตราการป่วยช้าลงหรือไม่เกิดขึ้น การจัดการรายกรณีต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทมีองค์ประกอบสำคัญในการจัดการกระทำกับปัจจัยการป่วยซ้ำ ได้แก่ ผู้จัดการรายกรณีประสานความร่วมมือในการดูแลในการขับเคลื่อนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตั้งแต่มารับการรักษาเมื่อป่วยซ้ำจนกระทั่งจำหน่ายสู่ชุมชนซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าประสิทธิผลของการจัดการ รายกรณีเกิดขึ้นได้เนื่องจากองค์ประกอบหลักที่สำคัญ คือ กระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ทักษะของผู้จัดการรายกรณี การสนับสนุนการทำหน้าที่ร่วมกัน¹⁷ ซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบที่ส่งผลต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้จัดการรายกรณี มีบทบาทในการประสานความร่วมมือในการดูแลระหว่างทีมสหวิชาชีพที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำได้รับการดูแลและตอบสนองปัญหาอย่างเหมาะสม ด้วยการกำกับติดตามกระบวนการปฏิบัติตามแผนการดูแล เป็นกระบอกเสียงแทนผู้ป่วย ประเมินผลลัพธ์ในแต่ละเดือน รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยสู่ชุมชนประสานความร่วมมือกับเครือข่ายบริการสุขภาพ การเป็นผู้บำบัดโดยตรงด้วยรูปแบบสัมพันธภาพบำบัด เน้นความเป็นองค์รวมในการแก้ปัญหาและลดอาการของโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคลตามสิ่งที่ผู้ป่วยเผชิญ นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกต่อผู้บำบัดจะส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาและส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการทางจิต²⁹ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การประสานความร่วมมือของทีม สหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ทีมสหวิชาชีพได้แลกเปลี่ยนข้อมูล ทำให้พบปัญหาการป่วยซ้ำ การบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติ หรือเอกสารที่ชัดเจน และการติดตามผลลัพธ์และนำมาแก้ไขซ้ำจนเป็นไปตามเป้าหมาย โดยมีแนวทางการดูแลทางคลินิกในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำตั้งแต่แรกมารับการรักษาจนจำหน่ายสู่ชุมชน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ และเกิดประสิทธิผลในการบำบัดรักษา²⁹

การจัดการรายกรณีต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทครั้งนี้ประกอบด้วย กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยา บูรณาการการดูแลร่วมกับการดูแลทางโทรศัพท์³⁰ การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม โดยใช้สื่อ อุปกรณ์สำหรับการเรียนรู้ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจในโรคจิตเภท การรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต มีทัศนคติเชิงบวกต่อการรักษาด้วยยานำไปสู่การ

เกิดความร่วมมือในการใช้ยาและมีความเข้าใจในการปฏิบัติตนในการรักษาด้วยยานำไปสู่ความร่วมมือในการใช้ยา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความร่วมมือในการใช้ยาดำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาและลดการป่วยซ้ำจากความร่วมมือในการใช้ยา²⁷ ด้านการดูแลทางโทรศัพท์เป็นการใช้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เป็นการติดตามดูแลอย่างใส่ใจ เข้าใจ และพร้อมให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาหรืออาการข้างเคียงจากการใช้ยา ลดความกังวลและตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาตามแผนการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การติดตามทางโทรศัพท์ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความวิตกกังวล และส่งผลให้ลดการป่วยซ้ำ³¹

ในการศึกษานี้ครั้งนี้ด้านผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่าร้อยละ 58.1 เป็นบิดามารดา ซึ่งดูแลผู้ป่วยมาตลอดชีวิต การเผชิญกับอาการทางจิตของผู้ป่วยทำให้บรรยากาศเป็นแหล่งสะสมความเครียด มีการแสดงออกต่อผู้ป่วยทำให้เกิดความเครียด เกิดการกำเริบซ้ำของอาการทางจิตได้ สำหรับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแล เป็นการจัดการกับการแสดงออกทางอารมณ์ เพื่อการพัฒนาอารมณ์ที่เหมาะสม เป็นการสอนเชิงบำบัดทางจิตด้วยการให้ความรู้กับผู้ดูแล เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและรับผิดชอบในการจัดการต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวส่งผลต่อการลดการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁷ ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาและลดการกำเริบซ้ำของอาการทางจิต

ข้อจำกัดของการศึกษา ด้วยผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำมีภูมิลาเนาที่อยู่กระจัดกระจาย ทั้งใกล้โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและต่างอำเภอ ทำให้ไม่สะดวกในการเดินทางมารับการดูแลตามแผนที่วางไว้ในด้านการให้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด 6 ครั้ง จึงจำเป็นต้องปรับแผนการดูแลโดยรวมกิจกรรมเหลือ 3 ครั้ง อย่างไรก็ตามการปรับเปลี่ยนดังกล่าวไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและสัมพันธภาพแต่อย่างใด

สรุปผล

การจัดการรายกรณี ที่ประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพในการจัดระบบการดูแล ร่วมกับการดูแลโดยตรงในการจัดการทำกับปัจจัยสาเหตุการป่วยซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำมีความร่วมมือในการใช้ยา สัมพันธ์กับการลดความรุนแรงของอาการ อาจลดความเสี่ยงการป่วยซ้ำเมื่อจำหน่ายสู่ชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการจัดการรายกรณีที่ได้จากการพัฒนาในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพการพยาบาล รวมทั้งขยายผลไปใช้ในโรงพยาบาลลูกข่าย

2. ด้านการนำไปใช้ในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ผู้วิจัย ควรประเมินผลการจัดการรายกรณีต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทหลังผู้ป่วยจำหน่ายในระยะยาวมากขึ้น เช่น 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน เป็นต้น เพื่อติดตามประสิทธิภาพของการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.2 การพัฒนาการวิจัยครั้งต่อไป ควรเป็นการศึกษาแบบวัดผลก่อนและหลัง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (The pretest-posttest control group design)

2.3 การศึกษาวิจัยการใช้โปรแกรม ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่ไม่เคยป่วยซ้ำ เพื่อศึกษาการป้องกันการป่วยซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาแนะนำ และให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้ทรงคุณวุฒิผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน และขอขอบคุณผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่ให้การสนับสนุนให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยส่งผลให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Switzerland: World Health Organization; 1992.
2. Robinson, D., Woerner, M. G., Alvir, J. M. J., Bilder, R., Goldman, R., Geisler, S., & al, e. Predictors of Relapse Following Response From a First Episode of Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. Archives of General Psychiatry. 1999;53(6):241-247.
3. Olivares, J. M., Sermon, J., Hemels, M., & Schreiner, A. Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia: a systematic literature review. Annals General Psychiatry. 2013 ;12(1):32.
4. Sullivan, G., Well, K.B., Morgenstem, H., and Leake, B. Identifiable modifiable risk factor for rehospitalization: a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. American Journal of Psychiatry. 1995;152:1749-56.
5. Chen, A. Noncompliance in community :a review of clinical interventions. Hospital and Community Psychiatry. 1991;42:282-287.
6. Lysaker, P. H., Roe, D., & Yanos, P. T. Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. Schizophrenia Bulletin. 2007; 33(1):192-199.
7. Al-yahya, N. Effects of Psycho Education Intervention in Improving Insight and Medication Compliance of Schizophrenic Clients, Riyadh, Saudi Arabia. World Journal of Medical Sciences. 2014;11(3):289-300.
8. Lincoln, T. M., Wilhelm, K., & Nestoriuc, Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. Schizophrenia Research. 2007;96(1-3):232-245.

9. Nuechterlein, K. H., Dawson, M. E., Ventura, J., Gitlin, M., Subotnik, K. L., Snyder, K. S., . . . Bartzokis, G. The vulnerability/ stress model of schizophrenia relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994;89(382):58-64.
10. Kavanagh, D. J.. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 1992;160(5):601-20.
11. Kochaporn R. Predicting Factor of psychiatric symptom in Person with Schizophrenia [Master of Nursing Science Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013.
12. Umaporn K. Factor predicting medication adherence behavior of schizophrenic patients in Community [Master of Nursing Science Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013.
13. Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäumel, J., Kissling, W., & R., E. The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia-A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*. 2001;27(1):73-92.
14. Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C. A., & Mechanic, D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry Journal*. 2002;159(10):1653-64.
15. Chan, S., Mackenzie, A., Ng, D., & Leung, J. An evaluation of the implementation of case management in the community psychiatric nursing service. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;31(1):144-156.
16. Tongpoon C. Effects of community Case management on psychotic symptom of Complex schizophrenia patients in Chaturaphark Phiman District Roi-et province. *Journal of Research and Health Innovation Development*. 2024;5(3):137-145.
17. Wattanaporn P. The Effect of Case Management by Advance Practice Nurse on Relapse in Person with Schizophrenia. *The Journal of Nursing and Midwifery Practice*. 2018;5(2):5-18.
18. Nusani A. The Effect of Case management to Overall ability among schizophrenia patient with the risk for violence. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*. 2020;14(1) :10-22.
19. Orathai K et al. Inpatient mental service cost in public hospitals using data from cost per disease project. *HISPA Compendium*. 2025;2(4):1-20.
20. Powell, S. K., & Tahan, H. A. Case management: a practice guide for education and practice: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
21. Peplau, H. E. Interpersonal relations in nursing: A conceptual framework of reference for psychodynamic nursing. New York: Springer Publishing Co, Inc; 1991.
22. Brown NW. Psychoeducational groups : process and practice. 2nd ed. New York: Brunner-Routledge; 2004.
23. Anderson, C. M., Reiss, D. J., & Hogarty, G. E. Schizophrenia and the family a practitioner's guide to psychoeducation and management. New York: A division of Guilford Publications; 1986.
24. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of Sample Size in Health Studies. New York :John Wiley & Sons; 1990.
25. Meijer BV, Kruitwagen C, Gaag MVD, Kahn RS, Grypdonck MHF. An intervention study to prevent relapse in patient with schizophrenia. *Journal of Nursing Scholarship*. 2006;38(1):42-49.
26. Overall, J. E., & Gorham, D. R. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): Recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacology Bulletin*. 1988;24(1):97-99.
27. Thompson, K., Kulkarni, J., & Sergejew, A. A. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research*. 2000;42(3):241-247

28. Pimmada P. The Effects of a Telephone Intervention Program on Medical Adherence Among People with Mental Health Problems. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2021;29(2):95-104.
29. Farrelly S, Brown G, Szmukler G, Rose D, Birchwood M, Marshall M, et al. Can the therapeutic relationship predict 18 month outcomes for individuals with psychosis. Psychiatry Research. 2014;220(1-2):585-591.
30. Rathanooch P. 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.
31. Steinacher B, Mausolff L, Gussy B. The effects of a clinical care pathway for schizophrenia: a before and after study in 114 patients. Deutsches Arzteblatt international. 2012;109(46):788-794.