



การพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

นางสุอาภรณ์ ไหลพานิช

โรงพยาบาลปากเกร็ด

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของอำเภอปากเกร็ดจังหวัดนนทบุรีและเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท รูปแบบการศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความรู้โรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วยจิตเภทแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแลและแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล วิเคราะห์ผลการศึกษาด้วยสถิติทดสอบ Paired -t-test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีคะแนนความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนผู้ดูแลทุกคนมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

สรุปได้ว่าโปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพผลดีในด้านเพิ่มระดับความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

หลักการและเหตุผล

จากการศึกษาข้อมูลอัตราการเข้าถึงบริการโรคจิตเภท ของอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ปี 2561 – 2563 ร้อยละ 19.57, 22.15, 24.24 ตามลำดับ ซึ่งไม่ผ่านตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขตัวชี้วัดของกระทรวงคือร้อยละ 75.0 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการกลับเป็นซ้ำ ในปี 2562 จำนวน 12 ราย ปี 2563 จำนวน 42 ราย¹ และปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 138 รายในปี 2563 เป็น 256 รายในปี 2564 จากรายงานการเยี่ยมบ้าน พบว่าปัจจัยที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจในการรับประทานยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย อายุกล้วสังคมรังเกียจ ญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวเบื้อหน่ายในการรักษา ขาดการยอมรับจากชุมชน และมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล² แพทย์ บุคลากรพยาบาลขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลัวถูกทำร้าย พยาบาลจบใหม่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ จำเป็นต้องมีรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับครอบครัวที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตามนโยบายรัฐบาลข้อ ๕ แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ระยะ ๒๐ ปีแผนที่ 2 ซึ่งเน้นให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการ



ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล ลดอัตราการครองเตียงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เป็นแบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตาม DSM-IV หรือ ICD-10 เคยมีประวัติขาดยาและต้องกลับไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาล สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ มีอาการสงบ สามารถควบคุมตนเองและดูแลตนเองได้ โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ของกรมสุขภาพจิต³ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน และผู้ดูแลจำนวน 30 คนคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นญาติของผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลที่บ้านอย่างน้อย 6 เดือนสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช อาศัยอยู่ในชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี เริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2565 – เมษายน พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลาทั้งหมด 28 สัปดาห์ การศึกษาผ่านการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีได้รับรหัสการรับรองการวิจัยในมนุษย์คือ 23/2565 วันที่ 20 กันยายน 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ชุดกิจกรรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งดัดแปลงมาจากโปรแกรมการดูแลที่บ้านของ จลี เจริญสุรทรัพย์ และคณะ (2552)⁴ โดยเพิ่มเนื้อหาในกิจกรรมที่ 4 คือ การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และในกิจกรรมที่ 5 เพิ่มเนื้อหา อาการเตือน ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 3) การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตภายในครอบครัว 4) การให้คำปรึกษาและ การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย 5) อาการเตือนและการป้องกันภาวะวิกฤต ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช และ 6) การจัดการความเครียด โดยมีการดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (วันจันทร์และวันพุธ หรือวันอังคารและวันพฤหัสบดี) เวลาในการทำกิจกรรมครั้งละประมาณ 45 - 60 นาที ณ บ้านผู้ป่วย 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่แบบประเมินความรุนแรงทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS]) ของกรมสุขภาพจิต³ ใช้ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกเข้าร่วมวิจัยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล แบบประเมินความรู้โรคจิตเภท ใช้ในการประเมินผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพัฒนาโดย พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ (2547)⁵ มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.91 ใช้เครื่องมือนี้ในการประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม แบบประเมิน



ความสามารถในการดูแลตนเองใช้ในการประเมินผู้ป่วย ซึ่งพัฒนาโดย จันทรา อีระสมบุรณ์ (2543)⁶ มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.90 ใช้เครื่องมือนี้ประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความรู้โรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 3) แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 4) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแล 5) แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชุดเดิม

สถิติที่ใช้ในวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้ค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

วิธีดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมแบบประเมินเอกสารอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม และฝึกทักษะเทคนิคต่างๆ ฝึกการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและการใช้เครื่องมือ 2) ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ คือ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน ผู้ดูแล 30 คน นัดหมายผู้ป่วยและผู้ดูแล ชี้แจง วัตถุประสงค์ ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 3) ระยะประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมินผลการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภทตามแบบประเมิน (Post – test) กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลเยี่ยมบ้านตามปกติ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และระยะเวลาการเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นกลุ่มทดลองส่วนมากร้อยละ 43.3 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 46.6 ส่วนผู้ดูแล ส่วนมากร้อยละ 46.6 มีระดับการศึกษานุปริญญา/ปวส ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 46.6 และความสัมพันธ์ร้อยละ 26.6 คือสามีภรรยา

ผลความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ด้านความรู้ และการดูแลตนเองหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.001$ รายละเอียดตามตารางที่ 1 ตารางที่1 ความแตกต่างคะแนนความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

ตัวแปร	Mean	S.D.	t	df	p-value
<i>คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคจิตเภท</i>					
ก่อนทดลอง	10.9	2.37	7	29	<0.001
หลังทดลอง	14	1.49			
<i>คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเอง</i>					
ก่อนทดลอง	26.77	2.33	11.96	29	<0.001
หลังทดลอง	32.83	1.96			



ผลความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้านความรู้ และการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.001$ รายละเอียดตามตารางที่ 2 ตารางที่ 2 ความแตกต่างคะแนนความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลอง ($n=30$)

ตัวแปร	Mean	S.D	t	df	p-value
<i>คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคจิตเภท</i>					
ก่อนทดลอง	8.07	2.07	14.25	29	<0.001
หลังทดลอง	15.63	2.58			
<i>คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท</i>					
ก่อนทดลอง	30.53	3.44	8.29	29	<0.001
หลังทดลอง	37.50	3.97			

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคจิตเภททุกคนมีความรู้โรคจิตเภทและความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รสวลีย์ ธรรมสารและชนิษฐา พิมพ์โพธิ์(2563)⁷ ที่พบว่าคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้โรคจิตเภทและความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเนื่องจากลักษณะของโปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการเตือน รวมถึงการให้คำปรึกษา คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมนั้น ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้โดยการมีส่วนร่วม ลักษณะผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมก็พบว่าผู้ป่วยทุกคนยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง (Good insight) มีระดับอาการทางจิตน้อย ประกอบกับระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้อยู่ในระดับมัธยมศึกษา ถึงระดับปริญญาตรีนั้น อาจมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ สนใจในการเรียนรู้และมีความพร้อมในการปฏิบัติตามแผนการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้น เป็นการปฏิบัติกรพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัวในการพึ่งตนเอง ดูแลให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาการปรับตัวเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือก การดูแลที่เหมาะสมกับตนเอง⁸

ผู้ดูแลหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นทุกคน สอดคล้องกับ การศึกษาของ ไพจิตร พุทธรอด(2561)⁹ ที่พบว่าระดับคะแนนของความสามารถโดยรวม หลังพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



การที่ผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจาก โปรแกรมที่ใช้ในการวิจัย มีการให้ความรู้ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภทในประเด็นต่างๆ มีใบงานให้ผู้ดูแลเล่าอาการของผู้ป่วย สรรวจอาการทางจิตของผู้ป่วย การสอน การสาธิตและแนะนำการใช้คู่มือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผู้ดำเนินการศึกษาจะมีบทบาท การให้คำปรึกษา คำแนะนำ การแก้ปัญหา การเผชิญปัญหา การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยและการจัดการกับความเครียด ทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการเผชิญความเครียดที่ดี สามารถลดความรุนแรงของความเครียดได้ ช่วยให้จิตใจสงบและสุขภาพดี ส่งผลให้มีการปรับตัวดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภทโดยติดตามประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.เวชสถิติโรงพยาบาลปากเกร็ด. (2563). *สรุปผลงานประจำปีงบประมาณ 2563*. เวชสถิติโรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี.
- 2.กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลปากเกร็ด. (2563). *รายงานการเยี่ยมบ้าน ปีงบประมาณ 2563*. โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี.
- 3.กรมสุขภาพจิต.(2563).*คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบันโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต*. กระทรวงสาธารณสุข
- 4.จลี้ เจริญสรรพและคณะ.(2552). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สำหรับพยาบาลในชุมชน*. โรงพยาบาล สอนสราญรมย์. จังหวัดสุราษฎร์ธานี.
- 5.พรทิพย์ วงศ์สุบรรณ, จลี้ เจริญสรรพ, นพรัตน์ ไชยธานี, นิรมล โกสียพันธ์, พรประไพ แยกเต่า และพรทิพย์ โปธิประเสริฐ.(2547). *ผลสำเร็จของงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ปีงบประมาณ 2540-2546 ของโรงพยาบาลสอนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- 6.จันทรา ธีระสมบูรณ์. (2543). *การประเมินผลโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสอนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี: โรงพิมพ์สุวรรณธร*.
- 7.รสวลีย์ ธรรมสารและชนิษฐา พิมพ์โพธิ์(๒๕๖๓).*การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยมีส่วนร่วมของครอบครัวและแกนนำ*. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็อย จังหวัดอำนาจเจริญ.
- 8.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย.(2549). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธาการพิมพ์.
- 9.ไพจิตร พุทธรอด. (2561). *การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท*. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2561;27(3):478-486.