

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อการกินยา
ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท*

**THE DEVELOPMENT OF THE PROGRAM TO PROMOTE ILLNESS
AWARENESS AND BELIEF IN TAKING MEDICATIONS ON MEDICATION
ADHEARANCE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA**

ภาวินี ชนบดีธรรมจารี, พยม., วพย. (Pavinee Tanabodee-tummajaree, MNS., APN)**

บุญเยี่ยม เต็มราษฎร์, พยม. (Boonyiem Themrasi, MNS.)***

Abstract

Objectives: To develop the program to promote illness awareness and belief in taking medications and to study the effect of the program developed on medication adherence in patients with schizophrenia.

Methods: This study was a research and development implementing in 5 steps of research and development including 1) problem determination, 2) survey of demand, content and activities that are needed for therapeutic development, 3) program development, 4) validation of the program by the experts, evaluation of program feasibility by implementing the program developed with 10 schizophrenia patients who were noncompliance with medication and evaluation of program acceptance by 10

psychiatric nurses, and 5) testing the effect of the program developed on medication adherence using quasi-experimental research with 60 schizophrenic patients randomly assigned into experimental and control groups, 30 subjects in each group. Illness perception and belief in taking medication were measured immediately after program completion. Medication adherence behavior were measured at 1, 3, and 6 months after program completion.

Results: 1. The program developed consists of 4 activities: 1) promotion of schizophrenia awareness, 2) beliefs specific to antipsychotic drugs, 3) common concerns and beliefs with antipsychotic drugs, and 4) strategies to deal with barriers and individuals that affect medication adherence behavior.

* การศึกษาค้นคว้านี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยา

**Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

E-mail: pavineear@gmail.com

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

2. Results regarding evaluation of program feasibility by implementing the program developed with 10 schizophrenia patients showed that all 10 patients completed the program because the program composes of only 4 activities and took only 2 weeks. In addition, regarding evaluation of program acceptance by 10 psychiatric nurses in terms of program difficulty and nurses' ability to implement the program, nurses reported positive opinion toward the program with mean scores ranged from 3.30 - 3.50.

3. Results from testing the effect of the program on medication adherence showed that the mean score of illness perception in experimental group was significantly higher than that of control group at .05 level, and belief in taking medication in experimental group was significantly lower than that of control group at .05 level. In addition, average days of medication adherence in experimental group at 1, 3 and 6 months after program completion were significantly higher than those of control group at .05 level. Moreover, average days of medication adherence in experimental group and control group at 1, 3 and 6 months after program completion reduced respectively. However, average days of medication adherence in control group significantly reduced more than those of experimental group overtime.

Conclusion: The program to promote illness awareness and belief in taking medications on compliance to medications in patients with schizophrenia could increase the medication

adherence of schizophrenia patients and within 6 month, the program should be implemented again to promote medication adherence continuously.

Keywords: Illness awareness, Belief in taking medications, Compliance to medications, Schizophrenia patients

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อการกินยา และศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อการกินยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ดำเนินการ 5 ขั้นตอนคือ 1) กำหนดปัญหา 2) สำรวจความต้องการเนื้อหาและกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาการบำบัด 3) ออกแบบโปรแกรม 4) การตรวจสอบความตรง ประเมินความเป็นไปได้ และการยอมรับของโปรแกรม 5) ทดสอบผลของโปรแกรม ต่อการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อต่อการกินยาทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม และติดตามพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยา 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน ด้วยการวิจัยกึ่งทดลองกับผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 60 คน สุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

ผลการศึกษา: 1. โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท 2) ความเชื่อเฉพาะกับยารักษาโรคจิต 3) ความ

กังวลและความเชื่อทั่วไปกับยารักษาโรคจิต และ

4) กลยุทธ์การจัดการกับอุปสรรคและบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยา

2. ผลการประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรม ฯ จากการนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภท 10 คน พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 10 คน รับการบำบัดจนจบโปรแกรม ฯ เนื่องจากมี 4 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาแค่ 2 สัปดาห์ ผลการประเมินระดับความยาก - ง่ายและความสามารถในการนำโปรแกรมไปใช้ตามความคิดเห็นจากพยาบาลจิตเวชจำนวน 10 คน พบว่าพยาบาลมีความคิดเห็นในระดับดีมากทุกข้อ ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.30 - 3.50

3. การศึกษาผลของโปรแกรม ฯ ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเจ็บป่วยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความเชื่อการกินยาของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนวันเฉลี่ยของความร่วมมือในการกินยาหลังจบโปรแกรม 1 เดือน 3 เดือนและ 6 เดือนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งพบว่าจำนวนวันเฉลี่ยของพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลงตามลำดับ แต่ในกลุ่มควบคุมลดลงมากกว่า

สรุป: โปรแกรม ฯ สามารถเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยจิตเภท และในระยะ 6 เดือน ควรให้โปรแกรม ฯ ซ้ำ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การรับรู้ความเจ็บป่วย ความเชื่อการกินยา พฤติกรรมความร่วมมือในการกินยา ผู้ป่วยจิตเภท

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางจิตที่มีความรุนแรงและพบมากที่สุด ร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Sadock & Sadock, 2007) ประเทศไทยปัจจุบันพบผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการรุนแรงและได้รับการรักษากระทั่งอาการดีขึ้นจนสามารถกลับเข้าสู่ชุมชนได้ แต่อยู่ในชุมชนได้ไม่นานต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ สาเหตุสำคัญพบว่าเกิดจากความไม่ร่วมมือในการกินยา (Hamann, Lipp, Christ-Zapp, Spellmann, & Kissling, 2014) โดยพบถึงร้อยละ 50 (von Bormann, Robson, & Gray, 2015) ทั้งนี้สาเหตุเกิดจากการขาดความรู้เกี่ยวกับยาร้อยละ 47.9 (Kassis, Ghuloum, Mousa, & Bener, 2014) นอกจากนี้ยังพบสาเหตุจากการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง อาการข้างเคียงและการจัดการอาการข้างเคียงจากยาและการขาดความรู้เรื่องโรคและการรับรู้ความเจ็บป่วย (Saboo, Deshmukh, & Deshmukh, 2015) ส่งผลต่อการสูญเสียความสามารถในการเข้าสังคมและการประกอบอาชีพสูง (Sadock & Sadock, 2007) ขาดการตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วย มีทัศนคติไม่ดีต่อการเจ็บป่วย (Hill et al., 2010)

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาเป็นสถานพยาบาลเฉพาะทางระดับตติยภูมิที่ให้บริการผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช พบผู้ป่วยที่มารับรักษาแบบผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2557 - 2559 มีจำนวน 3,863, 3,965 และ 4,158 ราย โดยพบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 2,306, 2,455

และ 2,450 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเวช(งานสารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2559) จากสถิติแสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาเป็นจำนวนมาก ผู้วิจัยต้องการหาสาเหตุและให้การช่วยเหลือเพื่อลดจำนวนของผู้ป่วยลง ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมเขียนในผู้ป่วยจิตเภทจากหอผู้ป่วยในจำนวน 30 ราย พบว่าสาเหตุของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเกิดจากขาดยามากที่สุดร้อยละ 60 กังวลเกี่ยวกับฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตร้อยละ 40 และจากการไม่มีความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาไม่ถูกต้องร้อยละ 25 และทบทวนบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านของพยาบาลจิตเวชจากเวชระเบียนจำนวน 15 ฉบับ ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 พบว่าร้อยละ 60 (9 ราย) เกิดอาการข้างเคียงจากยาจึงหยุดกินยาหรือปรับลดมื้อยาเอง ร้อยละ 26.67 (4 ราย) เกิดจากขาดความรู้เรื่องโรคและยา และร้อยละ 13.33 (3 ราย) ปฏิเสธการเจ็บป่วยและขาดความรู้เรื่องการจัดเก็บจัดยาและผู้ดูแลไม่สะดวกดูแลการกินยา จากรายละเอียดดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงศึกษาความต้องการเพื่อให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาด้วยการสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวช ผู้ดูแล และผู้ป่วยจิตเภท ผลจากการสัมภาษณ์ พบว่า โดยภาพรวมผู้ให้การสัมภาษณ์ให้ความสำคัญด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ความสามารถสังเกตและการจัดการอาการเตือนด้วยตนเอง และความเชื่อการกินยาที่ถูกต้อง ได้แก่ เชื่อว่ากินยาแล้วไม่เกิดพิษกับร่างกาย และจากการทบทวนการให้การบำบัดทางการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่า

มีการบำบัดเป็นรายกลุ่มเรื่องการดูแลตนเองในการกินยาและการให้คำแนะนำมารักษาตามนัด แม้ว่าจะมีการศึกษาวิจัยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, สุกฤติยา กุลศรี และ วัฒนารมณ พินุลย์อาลักษณ์, 2556) การส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท (ชุตินาทองอยู่ และเพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ, 2560) แต่โปรแกรมดังกล่าวยังไม่ได้มุ่งแก้ไขปัญหาพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาจากการรับรู้ความเจ็บป่วยในส่วนของการสังเกตอาการเตือน การรายงานอาการตนเองกับทีมสหวิชาชีพ และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาจิตเวช ความรู้เรื่องอาการข้างเคียงและการจัดการอาการข้างเคียงด้วยตนเอง รวมทั้งการจดยาและควบคุมการกินยาด้วยตนเอง

ดังนั้น การจัดระบบบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยและได้คุณภาพมาตรฐานวิชาชีพ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องบริหารจัดการบำบัดทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้เป็นแนวทางเดียวกันในผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองและความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาทางจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาอย่างต่อเนื่อง สามารถดูแลตนเอง ดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข รวมทั้งเพื่อพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและบริบทในสังคมเมืองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อการกินยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

2. เพื่อประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อการกินยาของผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมและติดตามประเมินผล 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติในคลินิกสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อตอบสนองผลลัพธ์ทางการพยาบาลซึ่งรูปแบบการบำบัดมีความซับซ้อน ผู้วิจัยจึงใช้แนวทางและกระบวนการในการพัฒนาและตรวจสอบโปรแกรม ที่นำเสนอโดย van Meijel และคณะ (van Meijel, Gamel, van Swieten-Duijffes, & Grypdonck, 2004) ซึ่งมี 5 ขั้นตอน 1) การกำหนดปัญหา 2) การสำรวจความต้องการเนื้อหาและกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาการบำบัด 3) การออกแบบโปรแกรมการบำบัด 4) การตรวจสอบความตรงของโปรแกรม และ 5) ทดสอบผลลัพธ์ของโปรแกรม

ขั้นตอนมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหา ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดปัญหาที่เป็นจุดมุ่งเน้นของการบำบัด จากการปฏิบัติการณ์พยาบาลพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากไม่ร่วมมือในการกินยา รองลงมา

คือหยุดยาจากอาการข้างเคียงของยา และจากประสบการณ์ของผู้ป่วยบอกว่าทำงานไม่ได้จากอาการข้างเคียงของยา เชื่อว่ากินยาแล้วมีผลต่อไตและติดยา ส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการเข้าถึงคนและการประกอบอาชีพ (Sadock & Sadock, 2007) เป็นภาระในการดูแลของญาติ ซึ่งพยาบาลมีการให้การบำบัดรายกลุ่มเรื่องการดูแลตนเองในการกินยาและให้คำแนะนำมารักษาตามนัด แต่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหยุดยาเอง กินยาไม่ต่อเนื่อง ปรับลด/เพิ่มยาเอง นับว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วยจิตเภท

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาความต้องการเนื้อหาและกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาโปรแกรมการบำบัด โดยการทบทวนวรรณกรรม (Literature review) การวิเคราะห์ปัญหา (Problem analysis) การวิเคราะห์ความต้องการ (Need analysis) และการวิเคราะห์การปฏิบัติในปัจจุบัน (Current practice analysis) ดำเนินการในเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2559 ดังนี้

2.1 การทบทวนวรรณกรรม เพื่อศึกษาความรู้ที่มีอยู่ต่อการพัฒนาโปรแกรม โดยทบทวนธรรมชาติของปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหา โปรแกรมที่มีอยู่ ทฤษฎีและแนวคิดที่ใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรม จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยจิตเภทที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าสาเหตุสำคัญเกิดจากความไม่ร่วมมือในการกินยา ร้อยละ 50 (Hamann et al., 2014; von Bormann et al., 2015) จากการขาดความรู้เกี่ยวกับยา ร้อยละ 47.9 (Kassis et al., 2014) อาการข้างเคียงและการจัดการอาการข้างเคียงจากยา และการขาดความรู้เรื่องโรคและการรับรู้ความเจ็บป่วย (Saboo et al.,

2015) และจากการทบทวนการให้การบำบัดทางการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่ามีการบำบัดเป็นรายกลุ่มเรื่องการดูแลตนเองในการกินยาและการให้คำแนะนำการรักษาตามนัด แต่พบว่าผู้ป่วยยังไม่ร่วมมือกินยา แม้ว่าจะมีการศึกษาวิจัยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ และคณะ, 2556) การส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท (ชุตินา ทองอยู่ และเพ็ญญาแดง ค้อมยุทท์, 2560) แต่โปรแกรมดังกล่าวยังไม่ได้มุ่งแก้ไขปัญหาพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาจากการรับรู้ความเจ็บป่วยในส่วนของอาการสังเกตอาการเตือน การรายงานอาการตนเองกับทีมสหวิชาชีพ และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาจิตเวช ความรู้เรื่องอาการข้างเคียงและการจัดการอาการข้างเคียงด้วยตนเอง รวมทั้งการจดยาและควบคุมการกินยาคด้วยตนเอง เมื่อศึกษาแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการกินยา พบว่าการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา-ความกังวลจากการกินยา (Necessity-concern framework) ของฮอร์น (Horne, 1997) ซึ่งกล่าวถึงความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (Beliefs about medication) ความเชื่อเฉพาะเกี่ยวกับการกินยารักษาโรคมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยา (Horne, 1997 อังในยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ, 2557) และแนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (The common sense model of self-regulatory model of health and illness) ของ Leventhal และคณะ (Leventhal, Brissctte,

& Leventhal, 2003) ได้แก่ การแสดงอาการป่วย (Representation of illness) และการแสดงอารมณ์ (Representation of emotion)

2.2 การวิเคราะห์ปัญหา เพื่อให้เข้าใจปัญหากระจ่างขึ้น ผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเภทที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 30 ราย พบว่าสาเหตุของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเกิดจากขาดยามากที่สุดร้อยละ 60 กังวลเกี่ยวกับฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตร้อยละ 40 และไม่มีความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาไม่ถูกต้องร้อยละ 25 และทบทวนบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านของพยาบาลจิตเวชจากเวชระเบียนจำนวน 15 ราย พบว่าร้อยละ 60 (9 ราย) เกิดอาการข้างเคียงจากยาจึงหยุดกินยาหรือปรับลดมียาเอง ร้อยละ 26.67 (4 ราย) เกิดจากขาดความรู้เรื่องโรคและยา และร้อยละ 13.33 (3 ราย) ปฏิเสธการเจ็บป่วยและขาดทักษะในการจัดการยาและ ผู้ดูแลไม่สะดวกดูแลการกินยา

2.3 การวิเคราะห์ความต้องการ จากการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง กับผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 6 เดือน จำนวน 5 คน ตัวอย่างคำถามคือ “ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือกินยา” “ทำอย่างไรให้ผู้ป่วยกินยา” เป็นต้น และผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 5 คน ตัวอย่างคำถาม “ท่านคิดว่าการกินยาเป็นอย่างไร” “อะไรทำให้ท่านกินยาต่อเนื่อง” เป็นต้น จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และสรุปเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการการดูแลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการกินยา

2.3.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระบุว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้อาการโดยเฉพาะการแยกแยะลักษณะของอาการเตือนและอาการข้างเคียงจากยา รู้จัก

วิธีการจัดการกับอาการเบื้องต้นด้วยตนเอง รู้สาเหตุที่ทำให้อาการกำเริบ และระยะเวลาการดำเนินโรค สำหรับความเชื่อการกินยา ผู้ป่วยควรรู้ประโยชน์ของยา วิธีแก้ไขและปฏิบัติตัวเมื่อลืมนินยา ความสำคัญของการกินยาตรงเวลา ผู้ดูแลและผู้ช่วยกังวลเกี่ยวกับผลกระทบจากการกินยา เช่น กินยาแล้วเกิดอาการง่วงนอนตลอดทั้งวัน ทำงานไม่ไหว ทำอะไรเชื่องช้าลง เดินตัวที่อคล้ายหุ่นยนต์ ผู้ดูแลและผู้ป่วยจึงควรรู้ถึงผลกระทบและวิธีจัดการกับผลกระทบที่เกิดขึ้นหลังการกินยารักษาโรคจิต เพื่อลดความกังวลที่เกิดจากอาการดังกล่าวเพราะถ้าละเลยจะทำให้ผู้ป่วยเลือกกินยาเป็นบางมื้อ

2.3.2 ผู้ป่วยจิตเภท ระบุว่า การรู้วิธีการจัดการไม่ให้อาการกำเริบรุนแรง สาเหตุที่ทำให้ให้อาการกำเริบ ระยะการดำเนินโรค ระยะเวลาการรักษาด้วยยาการออกฤทธิ์ของยา วิธีการจัดการกับอุปสรรคในการกินยา เทคนิคการไม่ลืมนินยา อาการข้างเคียงจากการกินยา เช่น ความไม่สุขสบายตัว รู้สึกกระวนกระวายนั่งไม่ได้ ซึ่งทำให้เกิดความกังวลไม่อยากกินยาและต้องการรับรู้วิธีการดูแลตนเองเบื้องต้น รวมทั้งต้องการรู้ว่ายา มีผลต่อไตหรือทำให้หิดยาหรือไม่

2.4 การวิเคราะห์การปฏิบัติในปัจจุบันจากการสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 5 คน โดยใช้แบบบันทึกการสัมภาษณ์ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และสรุปความต้องการให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยา พบว่าผู้ป่วยต้องรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ระยะเวลาการดำเนินโรค อาการและอาการแสดงสาเหตุ การรักษาด้วยยา การควบคุมอาการด้วย

ตนเองโดยเฉพาะการจัดการกับอาการเตือนก่อนที่จะมีอาการกำเริบรุนแรง ส่วนด้านการรักษาด้วยยาจำเป็นต้องรับรู้ถึงความจำเป็นและประโยชน์ของยาได้แก่ สรรพคุณของยาที่ช่วยในการควบคุมอาการไม่ให้กำเริบ สำหรับความเชื่อการกินยา ผู้ป่วยต้องรับรู้ให้ถูกต้องเกี่ยวกับผลของยารักษาโรคจิต เมื่อกินแล้วไม่เกิดอันตรายต่อร่างกายรับรู้อาการข้างเคียงจากยาและสามารถสังเกตอาการข้างเคียงของยาและแจ้งแพทย์เมื่อมาพบแพทย์ด้วยตนเองได้

สรุปจากการวิเคราะห์บริบท สภาพปัญหาเกี่ยวกับสาเหตุของการไม่กินยาตามแผนการรักษา พบว่าเกิดจากการขาดความรู้เกี่ยวกับโรค อาการข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา และถ้าต้องการให้เกิดความร่วมมือในการกินยา ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรต้องรับรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาจิตเวช จึงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการกินยา

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบโปรแกรม (Intervention design) มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่ใช้เป็นฐานในการพัฒนาโปรแกรม และออกแบบโปรแกรมโดยกำหนดโครงสร้าง หัวข้อความรู้ เนื้อหา กิจกรรม และจุดมุ่งหมายของเนื้อหาในแต่ละส่วน และระบุคุณสมบัติผู้บำบัด และสถานที่การบำบัด ดำเนินการในเดือน กันยายน พ.ศ. 2559

3.1 การออกแบบโปรแกรม (Intervention design) โดยประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา-ความกังวลจากการกินยา (Necessity-concern framework) ของฮอร์น (Horne, 1997) โดยมองว่าบุคคลจะกำกับตนเองให้เกิดความร่วมมือในการกินยานั้นเกี่ยวข้องกับ

ความเชื่อการกินยาร่วมด้วย (Treatment beliefs or representative of treatments) โดยพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาสัมพันธ์กับความกังวลจากการใช้ยาซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับประสบการณ์การเกิดอาการข้างเคียงจากยาที่ไปรบกวนชีวิตประจำวัน และกังวลใจกับการติดยาหรือมียาสะสมภายในร่างกายมากเกินไป ซึ่งเป็นการรับรู้ถึงข้อเสียจากการใช้ยา โดยความเชื่อดังกล่าวจะส่งผลต่อการปรับตัวหรือวางแผนแสดงพฤติกรรมที่จะร่วมมือหรือไม่ร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้ Horne (1997) ได้แบ่งความเชื่อเกี่ยวกับยาเป็น 2 องค์ประกอบใหญ่ มี 4 องค์ประกอบย่อย ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ความเชื่อที่เฉพาะกับยารักษาโรคจิต (Specific beliefs) ได้แก่ 1) ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา (Specific-necessity) ซึ่งเป็นความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นและประสิทธิภาพของยา 2) ความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจากการกินยา (Specific-concern) ซึ่งเป็นความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบที่เป็นอันตรายของยา องค์ประกอบที่ 2 ความเชื่อทั่วไปกับยารักษาโรคจิต (General beliefs) ได้แก่ 3) ความเชื่อทั่วไปด้านการใช้ยามากเกินไป (General-overuse) ซึ่งเป็นความเชื่อว่ายานี้โดยทั่วไปนั้นถูกใช้มากเกินไปโดยแพทย์ 4) ความเชื่อทั่วไปด้านอันตรายจากการกินยา (General-harm) เป็นความเชื่อว่ายานี้โดยทั่วไปนั้นเป็นสารพิษและเป็นอันตรายและเสพติดได้

3.2 รูปแบบของการจัดกิจกรรมเป็นแบบกลุ่มปิด (Close group) ใช้เทคนิคการจัดกลุ่มตามรูปแบบการบำบัดกลุ่ม ผู้บำบัดคือผู้วิจัยซึ่งผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและสำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต

และจิตเวชและปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ผ่านการฝึกทักษะการบำบัดรายกลุ่มและมีประสบการณ์บำบัดรายกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบความตรงของโปรแกรมฯ (Intervention validation) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559- มกราคม พ.ศ. 2560 ดังนี้

4.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้าง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะว่าการรับรู้และประสบการณ์การเจ็บป่วย มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและผลลัพธ์ของการเจ็บป่วย ผู้วิจัยจึงได้ปรับโปรแกรมครั้งที่ 1 ดังนี้ นำกิจกรรมที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และกิจกรรมที่ 2 การรับรู้ผลกระทบของโรคจิตเภท รวมเป็นกิจกรรมที่ 1 ชื่อกิจกรรม การส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และกิจกรรมที่ 3 ความจำเป็นของยารักษาโรคจิต ปรับเป็นกิจกรรมที่ 2 ชื่อกิจกรรม ความเชื่อเฉพาะกับยารักษาโรคจิต เนื้อหาประกอบด้วย การรับรู้ชื่อยา สรรพคุณยา ประโยชน์ของยาและการฝึกทักษะการจัดการยา ส่วนในกิจกรรมที่ 4 ความกังวลเกี่ยวกับยารักษาโรคจิต ได้ปรับเป็นกิจกรรมที่ 3 ชื่อกิจกรรม ความกังวลและความเชื่อทั่วไปกับยารักษาโรคจิต โดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ความเห็นว่า หากสามารถลดความกังวลได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาและสามารถเผชิญปัญหาเกี่ยวกับยา พบว่าการใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยการหายใจเข้า - ออกเป็นวิธีที่สามารถทำได้ง่าย

และลดความกังวลได้ นอกจากนี้ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วย ช่วยกระตุ้นและดูแลการกินยาให้ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง จึงเพิ่มกิจกรรมที่ 4 กลยุทธ์การจัดการกับอุปสรรคและบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยา

4.2 นำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยา จำนวน 10 ราย ณ หอผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และนำผลที่ได้จากการดำเนินกลุ่มกิจกรรมและประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรมกลุ่ม (Post-group discussion) มาวิเคราะห์และปรับปรุงโปรแกรมฯ เพื่อความครอบคลุมในเนื้อหาสาระสำคัญและความชัดเจนของภาษา (ปรับปรุงโปรแกรมฯ ครั้งที่ 2) กล่าวคือ ปรับภาษาของกิจกรรมที่ 2 ให้เข้าใจง่ายขึ้น โดยเฉพาะสรรพคุณของยาจิตเวช และกิจกรรมที่ 3 ปรับภาษาและแบบประเมินความกังวลด้วยตนเอง ส่วนกิจกรรมที่ 4 ผู้ป่วยบอกว่าดี เนื่องจาก

มีญาติเตือนการกินยาและมีการติดตามทางโทรศัพท์

4.3 ประเมินความเป็นไปได้และการยอมรับโปรแกรมฯ การประเมินความเป็นไปได้พบว่าผู้ป่วย 10 คนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ รับการบำบัดจนจบโปรแกรมฯ เนื่องจากมี 4 กิจกรรมใช้ระยะเวลาแค่ 2 สัปดาห์ การประเมินการยอมรับโปรแกรมฯ ดำเนินการหลังการทดสอบนำร่องโปรแกรม โดยพยาบาลผู้ทำการบำบัดตามโปรแกรม จำนวน 10 คน ประเมินระดับความยาก - ง่าย และความสามารถนำไปใช้ในแต่ละกิจกรรมตามความคิดเห็นของพยาบาลด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็น 2 ขั้ว พอใจ-ไม่พอใจ ชอบ-ไม่ชอบ ดี-ไม่ดี สะดวก-ไม่สะดวก ใช้ได้-ใช้ไม่ได้ คำตอบเป็นแบบลิเคิร์ทสเกล 4 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าพยาบาลมีความคิดเห็นในระดับดีมากทุกข้อ ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.30 - 3.50 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระดับความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำโปรแกรมฯ ไปใช้และการยอมรับโปรแกรมฯ

หัวข้อการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		ระดับการยอมรับ
	คะแนนเฉลี่ย	SD	
พอใจ	3.30	.82	ระดับดีมาก
ชอบ	3.40	.84	ระดับดีมาก
ดี	3.40	.84	ระดับดีมาก
สะดวก	3.50	.84	ระดับดีมาก
ใช้ได้	3.50	.84	ระดับดีมาก

สรุป การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการ พหุกิจกรรมความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วย
 รับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อการกินยาต่อ จิตเภท ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงกิจกรรมและเนื้อหาในแต่ละกิจกรรม

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหากิจกรรม
กิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท	ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาโรคจิตเภท	- อาการและอาการแสดงที่รุนแรง ระยะเวลาการดำเนินโรค สาเหตุ ผลกระทบและความสามารถในการควบคุมหรือรักษา
กิจกรรมที่ 2 ความเชื่อเฉพาะกับยารักษาโรคจิต	- ส่งเสริมการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา - มีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับยา	- ซื่อสัตย์ สรรพคุณยา ประโยชน์ของยาและการฝึกทักษะการจัดการจัดยา
กิจกรรมที่ 3 ความกังวลและความเชื่อทั่วไปกับยารักษาโรคจิต	รับรู้อาการข้างเคียงของยา การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจาก	- อาการข้างเคียงของยาและการดูแลเบื้องต้น การฝึกทักษะการรายงานอาการแก่ผู้อื่นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา การประเมินอาการของความกังวลด้วยตนเอง การฝึกทักษะการผ่อนคลายความกังวลด้วยเทคนิคการหายใจเข้า-ออก
กิจกรรมที่ 4 กลยุทธ์การจัดการกับอุปสรรคและบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยา	- รู้การจัดการปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการกินยา - ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและวางแผนให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแก่บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการกินยาของผู้ป่วยทางโทรศัพท์	- วิธีการจัดการกับอุปสรรคในการกินยา เช่น การลืมกินยา - การส่งเสริมพฤติกรรมการกินยาของผู้ป่วยทางโทรศัพท์แก่บุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือกินยา ได้แก่ การสอบถามปัญหาจากการกินยา และให้คำแนะนำในการดูแล/ จัดการให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 5 การทดสอบผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ ด้วยการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อประเมินผลของโปรแกรมฯ ต่อการรับรู้ความเจ็บป่วยความเชื่อการกินยาและพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยา โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ และติดตามประเมินผล 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน ดำเนินการระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-สิงหาคม พ.ศ. 2560

กลุ่มตัวอย่าง

กำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีระยะการเจ็บป่วยไม่เกิน 5 ปี เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่า 1 ครั้ง ด้วยประวัติขาดยา อายุระหว่าง 20 - 59 ปี มีอาการทางจิตสงบ โดยประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิต BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) มีคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน จำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการกำหนดอำนาจการทำนาย (Power analysis) ที่ .80 ค่าแอลฟา .05 ค่าขนาดอิทธิพลระดับกลางเท่ากับ .3 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มละ 30 คน สถานที่ทดลองคือหอผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อการกินยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นดังกล่าวข้างต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

2.2 แบบการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire, Brief IPQ) ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อของ พิมพา เทพวัลย์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คะนิงนิจ พงศ์ถาวรภมม และฉัตร กนก ทุมวิภาต (2554) ซึ่งใช้แนวคิดของ Broadbent และคณะ (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006) ประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยและการตอบสนองทางอารมณ์ มีข้อคำถาม 9 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 การรับรู้ความเจ็บป่วย มีข้อคำถาม 6 ข้อ และส่วนที่ 2 การตอบสนองทางอารมณ์ หมายถึง ภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยขณะเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีข้อคำถาม 3 ข้อ ลักษณะคำตอบของทั้งสองส่วนเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง 0 - 10 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 20 คะแนน โดยคะแนนยิ่งต่ำ หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ทางด้านบวกยิ่งมากขึ้น และคะแนนยิ่งสูง หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ทางด้านลบยิ่งมากขึ้น

2.3 แบบสอบถามความเชื่อการกินยา ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ของฮอร์น (Horne, 1997) ซึ่งใช้แนวคิดการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา-ความกังวลจากการกินยา (Necessity-concern framework) แปลโดย

ยสพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2557) อธิบาย พฤติกรรมความร่วมมือในการกินยา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ความเชื่อเฉพาะกับยารักษาโรคจิต ส่วนที่ 2 ความเชื่อทั่วไปกับยารักษาโรคจิต คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลคะแนนโดยคะแนนความเชื่อการกินยาสูง แสดงว่าความเชื่อในการกินยาไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยมีโอกาสไม่ร่วมมือในการกินยา หากคะแนนความเชื่อการกินยาค่ำแสดงว่าความเชื่อในการกินยาถูกต้อง ผู้ป่วยมีโอกาสร่วมมือในการกินยา

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire, Brief IPQ) และแบบสอบถามความเชื่อการกินยา ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (cronbach alpha coefficient) เท่ากับ .93 และ .81 ตามลำดับ

2.4 แบบบันทึกการกินยาด้วยตนเอง พัฒนาโดยอุษา วรรณฉวีและคณะ (Vannachawee, Seeherunwong, Yuttatri & Chulakadabba, 2016) ซึ่งใช้แนวคิดของ Demyttenaere (1997) อธิบายว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยประเมินได้จากจำนวนวันที่ผู้ป่วยกินยาได้ถูกขนาด ถูกเวลา และควรติดตามต่อเนื่องทุกวันติดต่อกัน 1 เดือน โดยให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมการกินยาของตนเองในแต่ละวัน มีตัวเลือก 3 ข้อ ให้ผู้ป่วยเลือกตอบ คือ กินครบตามแพทย์สั่ง กินบ้าง ไม่กินบ้าง และไม่ได้อินเลย เกณฑ์การให้คะแนน

ได้แก่ 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการกินยาถูกต้องคือ กินยาครบตามแพทย์สั่ง และ 0 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการกินยาไม่ถูกต้อง คือ กินยาบ้างไม่กินบ้างหรือไม่ได้อินเลย ส่วนการแปลผลคะแนน คิดจากผลรวมคะแนนจำนวนวันที่ผู้ป่วยกินยาได้ถูกต้อง ซึ่งผู้วิจัยวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาหลังจบโปรแกรม ๑ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยทดลองใช้โปรแกรม ๑ กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการกินยา ด้วยการนำโปรแกรม ๑ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ที่มารับบริการหอผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ (Match pair) เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย แล้วสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรค การกินยาและการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน ส่วนกลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรม ๑ กลุ่มละ 10 คน ครั้งละ 1 กิจกรรม ๆ ละ 60 นาที จำนวน 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 4 กิจกรรม หลังจากนั้นประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาทันที และติดตามพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาจากแบบบันทึกการรับประทานยาด้วยตนเอง 1 เดือน 3 เดือนและ 6 เดือน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ผู้วิจัยอธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนวิจัยและระยะเวลาในการวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และโอกาสความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นตลอดจนแนวทางการแก้ไข และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเช่นยินยอมการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจและชี้แจงว่าไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่มีการระบุชื่อ - สกุลของผู้ร่วมวิจัย ข้อมูลจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล นำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเจ็บป่วย และความเชื่อการกินยา ด้วยสถิติที่ (t - test) และติดตามพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยา 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง ($n = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n = 30$) สัดส่วนเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน อายุระหว่าง 20 - 29 ปี ร้อยละ 43.3 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 25 และ 60 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.3 และ 36.6 ระยะเวลาการเจ็บป่วย 2-5 ปี ร้อยละ 73.3

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อการกินยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันแต่หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อการกินยา พบว่าก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อการกินยาต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อการกินยาก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 60)

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย (SD)		t	p-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
การรับรู้การเจ็บป่วย				
ก่อนการทดลอง	34.63(10.57)	34.86 (10.22)	.087	.931
หลังการทดลอง	45.43(7.08)	34.90 (10.29)	- 4.61	.001**
ความเชื่อการกินยา				
ก่อนการทดลอง	64.26 (10.86)	64.86(10.04)	-1.49	.140
หลังการทดลอง	51.60(4.56)	64.90(9.89)	6.73	.001**

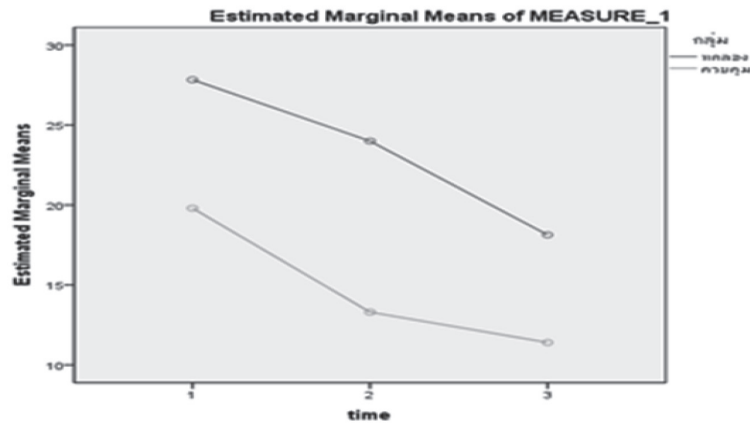
3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาหลังจบโปรแกรม 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน

ผลการศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่าจำนวนวันเฉลี่ยของความร่วมมือในการกินยาหลังจบโปรแกรมฯ 1 เดือน

3 เดือน และ 6 เดือนในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และแม้จะพบว่าจำนวนวันเฉลี่ยของพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลงตามลำดับ แต่ก็พบว่าในกลุ่มควบคุมลดลงมากกว่า ดังตารางที่ 4 และภาพที่ 2

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยา (จำนวนวัน) หลังจบโปรแกรม 1 เดือน 3 เดือนและ 6 เดือน

ระยะเวลา หลังจบโปรแกรม	พฤติกรรมความร่วมมือในการกินยา : จำนวนวัน (SD)	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1 เดือน	27.83(1.86)	19.80(3.85)
3 เดือน	24.00(2.10)	13.30(4.78)
6 เดือน	18.13(5.93)	11.40(5.66)



ภาพที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อติดตาม 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน 3 เดือนและ 6 เดือน พบว่า เมื่อเวลาผ่านไปพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($F = 167.906, p = .001$) และพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาระหว่างกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 88.766, p = .001$) ดังตารางที่ 5 - 7

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจบโปรแกรม 1 เดือน 3 เดือนและ 6 เดือน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ภายในกลุ่ม (เวลา)					
เวลา	2457.075	1	2457.075	167.906	.001
เวลา * กลุ่ม	12.675	1	12.675	.866	.356
ความคลาดเคลื่อน (เวลา)					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	3242.756	1	3242.756	88.766	.001
ความคลาดเคลื่อน	2118.822	58	36.531		

SS=sum of square, df = degree of freedom, MS = mean square

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาระหว่างกลุ่ม โดยการวิเคราะห์ Pairwise comparisons แบบ Bonferroni correction

เวลา	เวลา	Mean difference	p-value
1 เดือน	3 เดือน	5.167	.001
3 เดือน	6 เดือน	3.883	.001
6 เดือน	1 เดือน	9.050	.001

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาระหว่างกลุ่ม โดยการวิเคราะห์ Pairwise comparisons แบบ Bonferroni correction

กลุ่ม	กลุ่ม	Mean difference	p-value
กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	8.489	.001

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาสถานการณ์และความต้องการพัฒนาโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อการกินยาไม่ถูกต้องถือเป็นความเชื่อพื้นฐานที่สำคัญและเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาในระดับต่ำ หากขาดความตระหนักรู้ถึงอาการรุนแรงจะมีผลทำให้ไม่ร่วมมือในการรักษา (Gregoire et al., 2002) สำหรับความต้องการพัฒนาโปรแกรม ที่ได้จากการสัมภาษณ์พยาบาล ผู้ดูแล และผู้ป่วยจิตเภทพบว่า มีความต้องการที่เป็นไปในทางเดียวกัน โดยผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความสำคัญกับการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ โดยผู้ป่วยต้องรับรู้ทั้งสองประเด็นไปพร้อมกัน จึงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองมากขึ้นและช่วยให้มีพฤติกรรมในการกินยาดีขึ้น (Gregoire

et al., 2002 ; Hekler et al., 2008) โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสาเหตุการไม่ร่วมมือกินยาเกิดจากการขาดความรู้เรื่องโรค (Saboo et al., 2015) และการรับรู้ความเจ็บป่วย (Saboo et al., 2015; Sendt, Tracy, & Bhattacharyya, 2015) เช่นเดียวกับการศึกษากการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาจำเป็นต้องรับรู้ความเจ็บป่วยและการรักษาไปพร้อมๆ จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาเพิ่มขึ้น (Home, 1997) กิจกรรมที่ 2 ความเชื่อเฉพาะกับยารักษาโรคจิต สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่อด้านความจำเป็นของยาและความกังวลเกี่ยวกับยา ทั้งสองส่วนต่างมีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยา (Kirdphon, 2003 ;

Lukoschek, 2003; Ruppap, Dobbels, & De Geest, 2012) กิจกรรมที่ 3 ความกังวลและความเชื่อทั่วไปกับยารักษาโรคจิต สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าอาการข้างเคียงจากยาส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการกินยา (Saboo et al., 2015) และมีการศึกษาที่พบว่าการมีทัศนคติทางบวกกับยาและการรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับความร่วมมือในการกินยา (Sendt et al., 2015) กิจกรรมที่ 4 กลยุทธ์การจัดการกับอุปสรรคและบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยา ซึ่งพบว่าครอบครัวหรือญาติมีผลในการโน้มน้าวและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Persons, 2011) เมื่อทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ร่วมมือในการกินยาจากพยาบาลจิตเวชที่ใช้โปรแกรมฯ การประเมินความเป็นไปได้ พบว่าผู้ป่วย 10 คนที่เข้าร่วมโปรแกรม ฯ รับการบำบัดจนจบโปรแกรม ฯ เนื่องจากมี 4 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาแค่ 2 สัปดาห์ ประเมินระดับความยาก - ง่าย และความสามารถนำไปใช้ในแต่ละกิจกรรมตามความคิดเห็นของพยาบาลพบว่าพยาบาลมีความคิดเห็นในระดับดีมากทุกข้อ ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.30 - 3.50 จากนั้นประเมินผลของโปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุม และความเชื่อการกินยาของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อติดตามพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาล้างจบโปรแกรม 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่าจำนวนวันของพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาของกลุ่มทดลอง 28 วัน (27.83 ± 1.86), 24 วัน (24 ± 2.10) และ 18 วัน (18.13 ± 5.93)

ส่วนกลุ่มควบคุม 20 วัน (19.80 ± 3.85) 13 วัน (13.30 ± 4.78) และ 11 วัน (11.40 ± 5.66) ตามลำดับ ซึ่งพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาเมื่อเวลาผ่านไปลดลงทั้งสองกลุ่ม แต่กลุ่มควบคุมลดลงมากกว่า และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาล้างสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่า เมื่อเวลาผ่านไป พฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) และพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาระหว่างกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่าเนื่องจากในช่วงเดือนแรกผู้ป่วยเพิ่งได้รับความรู้และผู้ดูแลเข้มงวดในการกินยาของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจากการขาดยา แต่เมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาไม่สุขสบายหลังการรักษาด้วยยา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าอาการข้างเคียงของยาโดยเฉพาะอาการง่วงนอนมากในเวลากลางวันเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดยาเช่นเดียวกัน (Demyttenaere, 1997) แต่มีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยยุติการกินยาด้วยตนเองตั้งแต่ 4 สัปดาห์แรกของการรักษาเนื่องจากกลัวการติดยา ยาที่กินอยู่ประจำไม่มีประโยชน์ในการบรรเทาทุกข์ทางจิตใจ (Chen, Tsai & Chou, 2011) และเมื่อติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือน กลุ่มทดลองยังคงมีจำนวนวันที่มีพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาสูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยรับรู้ในการกินยาถูกต้อง จะทำให้มีเป้าหมายและเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองในการตรวจสอบอาการเตือนและควบคุมอาการไม่ให้กำเริบโดยให้ความร่วมมือในการกินยาเพิ่มขึ้น (Chen et al., 2011; Hekler et al., 2008)

รวมทั้งการรับรู้ความจำเป็นในการกินยา จะทำให้ผู้ป่วยกำกับตนเองให้กินยาอย่างต่อเนื่อง (Horne, 1997) ผลการประเมินโปรแกรมฯ ในครั้งนี้ แสดงให้เห็นบทบาทอิสระ (Direct nursing) ของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาการวางแผนติดตามอย่างเป็นระบบทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเกิดการรับรู้การกินยาอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาพบว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่ได้รับรู้เรื่องยาและเห็นประโยชน์ของการกินยาตั้งแต่เริ่มแรกเข้ารับการรักษา จะมีความพึงพอใจต่อการรักษารวมถึงอัตราการยุติการกินยาด้วยตนเองน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับรู้เรื่องยาลังติดตามผลการรักษาสัปดาห์ที่ 6 (Al-Saffar, Abdulkareem, Abdulkareem, Salah, & Heba, 2008)

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อการกินยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยา ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการแพทย์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายและบริหารจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐานการพยาบาลภายใต้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด และบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่ต้องเอื้อต่อการปฏิบัติงาน ดังนั้นการบำบัดทางการแพทย์ด้วยโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อการกินยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยา สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างเป็นรูปธรรมและก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม รวมทั้งสะท้อนถึงวิสัยทัศน์ในการพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์สุขภาพจิตและจิตเวชต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางให้ผู้บริหารทางการแพทย์ในการพัฒนาระบบการพยาบาลจิตเวชในการบำบัดแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือกินยา

2. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อการกินยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยจิตเวชไปใช้บำบัดในผู้ป่วยจิตเวชทุกกลุ่มโรค เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาก่อนจำหน่ายกลับสู่ชุมชน

3. ผู้ป่วยจิตเวชที่มาพบแพทย์ตามนัดหลังจำหน่าย 6 เดือน ควรมีการให้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อการกินยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยจิตเวชซ้ำเพื่อให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCT) และ ทำการศึกษาแบบหลายแห่ง (Multi setting)

2. ควรวิจัยทดสอบผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ ในผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกที่มาพบแพทย์ตามนัดร่วมด้วยเพื่อศึกษาความคงอยู่ของพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาสำหรับผู้ป่วยจิตเวช

3. ควรวิจัยติดตามผลของโปรแกรม ฯ ในระยะยาว 1 ปีขึ้นไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยาที่สนับสนุนทุนการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

งานสารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (2559). สถิติผู้ป่วยโรคจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา. กรุงเทพมหานคร.

จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, สุกฤติยา กุลศรี และ วัฒนาภรณ์ พิบูลย์อลักษณ์. (2556). ผลของการเสริมสร้าง แรงจูงใจผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(3), 75-86.

ชุติมา ทองอยู่ และเพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อ ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือ กินยาในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1), 75-87.

พิมพ์ เทพวัลย์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, ละนิงนิง พงศ์ถาวรกมล และฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2554). การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์และประสบการณ์ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการ ทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของ ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(2), 111-119.

ยศพล เหลืองโสมนภา, สิริรัตน์ เหลืองโสมนภา, สาคร พร้อมเพราะ, ปาลีรัฐญ์ฐาสิริสวัสดิ์, รุ่งนภา เขียวขำ และวารุณี สุรววัฒนกุล. (2557). การวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบยืนยัน แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา

ฉบับภาษาไทย. *วารสารศูนย์การศึกษา แพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 31(4), 297-310.

สมจิตต์แสงสี. (2555). การพัฒนาและประเมินผล แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการ ถอดท่อหายใจ โดยไม่ได้วางแผนใน หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาล สงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์.

Al-Saffar, N., Abdulkareem, A., Abdhakeem, A., Salah, A. Q., & Heba, M. (2008). Depressed patients' preferences for education about medications by pharmacists in Kuwait. *Patient Education and Counseling*, 72(1), 94-101. doi:10.1016/j.pec.2008.01.02772

Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ). *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-367.

Chen, S. L., Tsai, J. C., & Chou, K. R. (2011). Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: A structural modeling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 235-245.

Demyttenaere, K. (1997). Compliance during treatment with antidepressants. *Journal of Affective Disorders*, 43, 27-39.

- Gregoire, J. P., Moisan, J., Guibert, R., Ciampi, A., Milot, A., Gaudet, M., et al. (2002). Determinants of discontinuation of new courses of antihypertensive medications. *Journal of Clinical Epidemiology*, *55*(7), 728-735.
- Hamann, J., Lipp, M. L., Christ-Zapp, S., Spellmann, I., & Kissling, W. (2014). Psychiatrist and patient responses to suspected medication nonadherence in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, *65*(7), 881-887. doi:10.1176/appi.ps.201300322
- Hekler, E. B., Lambert, J., Leventhal, E., Leventhal, H., Jahn, E., & Contrada, R. J. (2008). Commonsense illness beliefs, adherence behaviors, and hypertension control among African Americans. *Journal of Behavioral Medicine*, *31*, 391-400.
- Hill, M., Crumlish, N., Whitty, P., Clarke, M., Browne, S., Kamali, M., et al. (2010). Non adherence to medication four years after a first episode of psychosis and association factors. *Psychiatry service*, *61*, 189-192.
- Horne, R. (1997). Representation of medication and treatment: Advances in theory and measurement. In K. J. Petrie & J. A. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness: Current research and applications* (pp. 155-188). The Netherlands: Harwood Academic.
- Kassis, I. T., Ghuloum, S., Mousa, H., & Bener, A. (2014). Treatment non-compliance of psychiatric patients and associated factors: Are patients satisfied from their psychiatrist. *British Journal of Medical Research*, *4*(2), 785-796.
- Kirdphon, W. (2003). *Accepting and adjusting to chronicity of hypertension: A grounded theory study in Thai people*. (Doctor of Philosophy), University of Washington.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behavioral* (pp. 42-65). London: Routledge Taylor & Francis Group.
- Lukoschek, P. (2003). African Americans' beliefs and attitudes regarding hypertension and its treatment: A qualitative study. *Journal of Health Care Poor Underserved*, *14*, 566-587.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Persons, M. A. (2011). *Health Promotion in nursing practice*. (6th ed.). New Jersey: Person Education.
- Ruppar, T. M., Dobbels, F., & De Geest, S. (2012). Medication beliefs and antihypertensive adherence among older adults: A pilot study. *Geriatric Nursing*, *33*, 89-95.
- Saboo, A. V., Deshmukh, P. S., & Deshmukh, S. B. (2015). Study on non-compliance in

- patients of schizophrenia. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 4(47), 8112-8118.
- Sadock, J. B., & Sadock, A. V. (2007). *Synopsis of Psychiatry*. (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Sendt, K. V., Tracy, D. K., & Bhattacharyya, S. (2015). A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Research*, 225(1-2), 14-30. doi:10.1016/j.psychres.2014.11.002
- van Meijel, B., Gamel, C., van Swieten-Duijfjes, B., & Grypdonck, M. H. (2004). The development of evidence-based nursing interventions: Methodological considerations. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1), 84-92. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03171.x
- von Bormann, S., Robson, D., & Gray, R. (2015). Adherence therapy following acute exacerbation of schizophrenia: A randomised controlled trial in Thailand. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 3-9. doi:10.1177/0020764014529099
- Vannachawee U., Seeherunwong, A., Yuttatri P., & Chulakadabba S. (2016). The effect of a drug adherence enhancement program on the drug adherence behaviors of patients with major depressive disorder in Thailand. *Archive of Psychiatric Nursing*, 30(2), 322-328. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2015.12.001>