ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท*
EFFECT OF MEDICATION ADHERENCE PROMOTION PROGRAM IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS

*สุมิศา กุมลา, พย.บ. (Soomisa Koomala, B.N.S.)***
*โสภิณ แสงอ่อน, RN, Ph.D. (Sopin Sangon, RN, Ph.D.)****
*พัชรินทร์ นินทจันทร์, RN, Ph.D. (Patcharin Nintachan, RN, Ph.D.)*****

Abstract

Objective: The present study was a quasi-experimental research, which was aimed at investigating the effect of medication adherence promotion program in schizophrenic patients.

Methods: The study sample consisted of 24 schizophrenic patients recruited from a psychiatric ward in a university hospital. They were assigned into experimental and control group with 12 subjects for each group. The subjects were selected based on the inclusion criteria. The experimental group received medication adherence promotion program. The control group received regular nursing care activities. The instruments used in the study consisted of 1) the medication adherence promotion program developed by the researcher, 2) the demographic characteristics questionnaire, and 3) medication adherence behaviors scale. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test.

Results: 1) Two weeks after program completion, mean score of medication adherence of experimental group was significantly different from that before ($p = .000$) and 2) Two weeks after program completion, the mean score of medication adherence of the experimental group was significantly different from that of the control group at $p < .05$.

Conclusion: The medication adherence promotion program was effective in promoting

---

*วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Master's thesis of nursing science program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)

**นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Student, Master of nursing science program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)

***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Corresponding author, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University), E-mail:sopin.san@mahidol.edu

****รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)

วันที่รับ (received) 1 เมษายน 2562 วันที่แก้ไข (revised) 15 กรกฎาคม 2562 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 สิงหาคม 2562

-20-0608(001)P3.indd 132 4/9/2563 BE 13:12

the medication adherence in schizophrenic patient. Thus, this program should be implemented in psychiatric wards to promote medication adherence in schizophrenic patients.

Keywords: Medication adherence promotion program, Medication adherence behavior, Schizophrenic patients

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 24 คน แบ่งเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 12 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างที่กำหนด กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และ 3) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการศึกษา: 1) หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = - 20.89; p = .000) และ 2) หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = - 15.88; p = .000)

สรุป: โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท มีประสิทธิภาพในการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในหอผู้ป่วยจิตเวช เพื่อช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทให้เพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ป่วยจิตเภท

ความสำคัญของปัญหา

ปัญหาพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ถือเป็นปัญหาที่พบบ่อยและสำคัญที่สุดในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ปัญหานี้พบได้ทุกที่ที่มีการรักษาทางด้านจิตเวช (Higashi et al., 2013) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด ซึ่งพบในผู้ป่วยชายมากกว่าผู้ป่วยหญิงและผู้ป่วยจิตเภทที่อายุน้อยมีแนวโน้มในการเกิดปัญหาพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาสูง (Acosta, Hernandez, Pereira, Herrera, & Rodriquez, 2012) นอกจากนี้ยังมีรายงานอีกว่าร้อยละ 59 ของผู้ป่วยจิตเภท มีโอกาสเกิด

พฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาในช่วง 1 ปี แรกของการเจ็บป่วย (Canas et al., 2013) และร้อยละ 74 มีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาในระยะเวลา 18 เดือนต่อมา (Higashi et al., 2013) นอกจากนั้นพบว่าผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อย ๆ เกิดจากการรักษาไม่ต่อเนื่อง (Emsley, Chiliza, Asmal, & Harvey, 2013) และส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา (มาโนช หล่อตระกูล, 2555)

พฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม (Higashi et al., 2013) ผลกระทบที่มีต่อตัวผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งต่อต้านการแนะนำในการใช้ยาเพื่อการรักษา (Writers, 2013) จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยมากขึ้น (Shao, Chen, Chang, Lin, & Ching-Lan Ling, 2013) เพิ่มอัตราความเสี่ยงในการกลับมาป่วยซ้ำ (relapse) (Higashi et al., 2013; Writers, 2013) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น มีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ ส่งผลให้อาการของโรคจิตเภทมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นและผลลัพธ์ของการรักษาไม่เป็นที่น่าพอใจ (Canas et al., 2013; Higashi et al., 2013) สำหรับผลกระทบที่มีต่อครอบครัวพบว่ามีค่าใช้จ่ายในการรักษาและดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น (Writers, 2013) และก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว (Rafiyah & Sutharangsee, 2011) รวมทั้งผลกระทบที่มีต่อสังคมนั้นพบว่า ในปี ค.ศ. 2008 มีการศึกษาเกี่ยวกับการประมาณการค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดในประเทศไทย ซึ่งพบว่าโดยภาพรวมของประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดประมาณ 31,000 ล้านบาท หรือประมาณ 87,000 บาทต่อผู้ป่วย 1 ราย (Phanthunane, Vos , Whiteford, & Bertram, 2010)

ปัญหาพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท เกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกเป็น 4 ปัจจัยหลัก (Acosta et al., 2012) ได้แก่ 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย (patient-related risk factors) ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ (Canas et al., 2013) สิทธิการรักษา (Acosta et al., 2012; Lang, Federico, Muser, Menzin & Menzin, 2013; Roy, Jahan, Kumari, & Chakraborty, 2005) ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีประวัติเกิดพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาในการรักษาครั้งที่ผ่านมา (Acosta et al., 2012; Canas et al., 2013) การมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย รวมถึงมีประวัติการใช้สารเสพติด ขาดความตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วยของตนเอง (Acosta et al., 2012; Canas et al., 2013; Higashi et al., 2013) ความรุนแรงของอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภท ความเชื่อและทัศนคติของผู้ป่วย การรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษา (Acosta et al., 2012; Higashi et al., 2013) ความรู้สึกมีตราบาปจากการรับประทานยาต้านโรคจิต (Acosta et al., 2012) และความรู้สึกเป็นภาระเนื่องจากต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาอาศัย (Mitchell, & Selmes, 2007) 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม (environment-related risk factors) ได้แก่ ขาดการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่

อาศัยอยู่เพียงลำพังมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัวหรือบุคคลอื่น ๆ จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดปัญหานี้ขึ้น (Acosta et al., 2012; Higashi et al., 2013) 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรในทีมผู้รักษา (physician-related risk factors) ประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับทีมผู้รักษาที่ไม่ดี (Acosta et al., 2012; Dassa et al., 2010; Higashi et al., 2013) วางแผนจำหน่ายที่ไม่เหมาะสม (Acosta et al., 2012; Canas et al., 2013) และการไม่มาพบแพทย์ตามนัด (Acosta et al., 2012) และ 4) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (treatment-related risk factors) ประกอบด้วย การรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Acosta et al., 2012; Canas et al., 2013) การตอบสนองต่อการรักษาในช่วงที่ผ่านมา (Canas et al., 2013) อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาต้านโรคจิต รวมถึงตารางเวลาในการรับประทานยาที่มีความซับซ้อน ไม่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับชีวิตประจำวัน (Acosta et al., 2012)

จากการวิเคราะห์องค์ความรู้ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาและงานวิจัยที่เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่างานวิจัยที่ทบทวนมีวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาที่หลากหลาย บางวิธีผลการศึกษาไม่ไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งส่วนใหญ่มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมผู้รักษา การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับยาต้านโรคจิต ความสำคัญของยา อาการข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น แต่ให้ความสำคัญน้อยในเรื่องของการขาดการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว ซึ่งจากการทบทวนองค์ความรู้จะเห็นว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภทและการรักษา ยังคงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา แต่เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น ควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมด้วย นอกจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญแล้ว ครอบครัวยังเป็นด่านป้องกันที่สำคัญ และมีส่วนช่วยให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลที่ดีขึ้นในระยะยาว รวมถึงพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทด้วย ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากงานวิจัยที่ผ่านมา และการศึกษาที่นำวิธีการการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น และครอบครัวมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น (เบญญาภา พันตาคม, 2554) เมื่อทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า มีส่วนน้อยที่มีการนำการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งปัญหาพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทยังมีอยู่มาก และส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการพัฒนาวิธีการส่งเสริม

พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น มีความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพมากขึ้น หากผู้ป่วยจิตเภท มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดี น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยลดการกลับมาป่วยซ้ำ ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ รวมทั้งอาการของโรคจิตเภทสงบลง และผลลัพธ์ของการรักษาเป็นที่น่าพอใจ นอกจากนั้นน่าจะช่วยให้ค่าใช้จ่ายในการรักษา การดูแลผู้ป่วยและก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวลดลง และในส่วนของสังคมน่าจะมีส่วนช่วยลดค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดในประเทศไทยลงได้ โดยในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยการบูรณาการระหว่างการให้สุขภาพจิตศึกษาและการมีส่วนร่วมของครอบครัว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังสิ้นสุดปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม

2. หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกัน

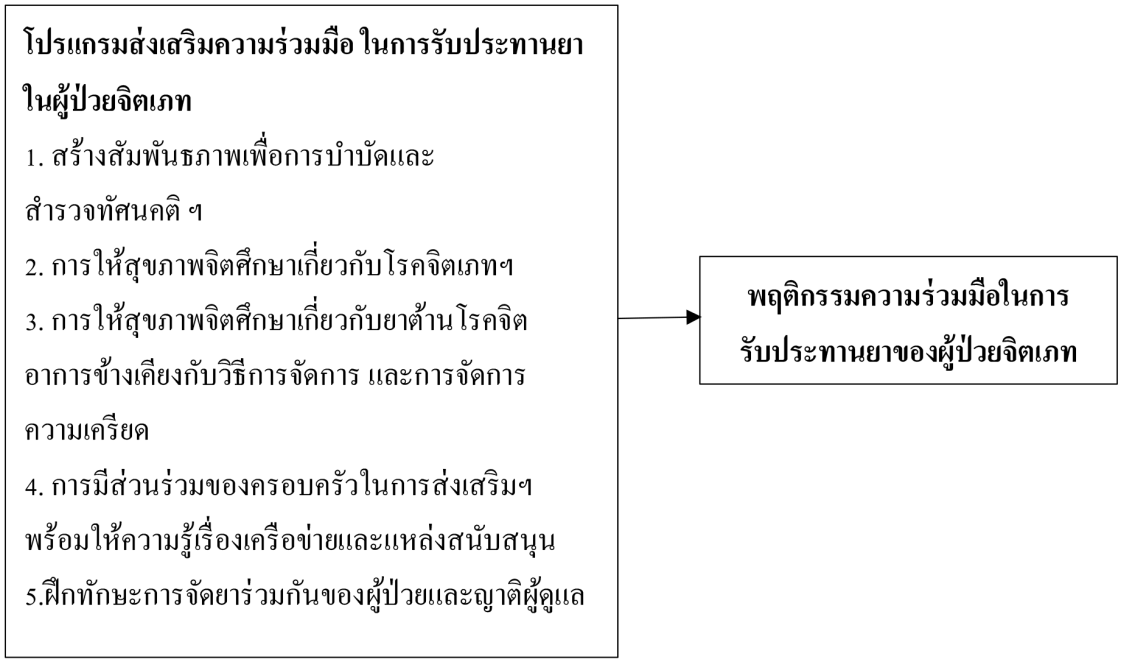
กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือและไม่ร่วมมือในการรับประทานยา โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท และแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของแครอล เอ็ม แอนเดอร์สัน และคณะ (Anderson, Hogarty, & Reiss, 1980) ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่าส่วนใหญ่มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมผู้รักษา การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและยาต้านโรคจิต แต่อย่างไรก็ตามการจัดการเกี่ยวกับปัจจัยของการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวในบริบทของสังคมไทยยังมีส่วนน้อยที่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งครอบครัวเป็นด่านป้องกันที่สำคัญ (Spiegel, 1987) และมีส่วนช่วยให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลที่ดีขึ้นในระยะยาว รวมถึงพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยด้วย (Glick, Stekoll, & Hay, 2011) ส่วนการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภทและการรักษานั้น ยังคงมีความสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมี

-20-0608(001)P3.indd 136 4/9/2563 BE 13:12

พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น แต่เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทให้มากขึ้นไปอีก ควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมด้วย (Lincoin, Wilhelm, & Nestoriuc, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคล (individual psychoeducation) เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาที่สามารถให้เวลาได้มากพอโดยไม่เร่งรีบ มีความจำเพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยแต่ละราย สามารถวางแผนตารางการให้สุขภาพจิตศึกษากับผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยสามารถแสดงออกและแสดงความคิดเห็นได้ง่าย โดยไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับมุมมองของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง และพบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบนี้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี (Cakir & Gumus, 2015; Gumus, Buzlu, & Cakir, 2016) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทขึ้น

โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้พัฒนาขึ้นโดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างการให้สุขภาพจิตศึกษาและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ครั้งที่ 1-3 เป็นกิจกรรมที่ดำเนินกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ครั้งที่ 4 เป็นกิจกรรมที่ดำเนินกับญาติผู้ดูแล และครั้งที่ 5 ดำเนินกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยา ครั้งที่ 2 ให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทและวิธีการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และเห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ครั้งที่ 3 การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับยาต้านโรคจิต อาการข้างเคียงและวิธีการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น รวมทั้งการจัดการความเครียดด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับยา อาการและการจัดการกับอาการข้างเคียง และวิธีจัดการความเครียด ครั้งที่ 4 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา พร้อมให้ความรู้เรื่องเครือข่ายและแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่ครอบครัวสามารถขอความช่วยเหลือได้ พัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และครั้งที่ 5 ฝึกทักษะการจัดยาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเรื่องของการรับประทานยาของผู้ป่วย พร้อมทั้งสรุปผล และยุติโปรแกรม โดยโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท ที่พัฒนาขึ้นนี้ มีกรอบแนวคิดดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ในรูปแบบสองกลุ่มทดสอบก่อนหลัง (nonrandomized control group pretest-posttest design) ตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1)ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท 2) มีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร เชี่ยวโสธร (2545) คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 62 คะแนน 3) ไม่มีอาการทางจิตรุนแรงประเมินโดยแบบประเมินอาการทางจิตคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน 4) อายุ 18 ปีขึ้นไป 5) ไม่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก 6) มีญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นญาติที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 6 เดือน และ 7) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้หลักการ Power analysis ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยใช้สถิติ independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (1-β) เท่ากับ .80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา (จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, สุกฤติยา กุลศรี, และวัฒนาภรณ์ พิบูลย์อาลักษณ, 2556; ทิพศมัย ทายะรังษี, จีระพรรณ สุริยงค์, และพิมพาภรณ์ แก้วมา, 2554; ธงรบ เทียมสันต์, 2556; วิริญจน์ ไชยจันทร์, ยาใจ

สิทธิมงคล, ประภา ยุทธไตร, และปิยาณี คล้ายนิล, 2551) จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.2 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power (Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2007) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 12 คนต่อกลุ่มรวมทั้งสิ้น 24 คน (กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 24 คน ซึ่งเพียงพอตามข้อกำหนดข้างต้น โดยกลุ่มควบคุม คือผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองคือผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)

แบบประเมินอาการทางจิต ใช้เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเวช พัฒนาขึ้นโดยโอเวอร์ออลและกอร์แฮม (Overall & Gorham ,1962) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยพันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2544) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพทางจิตทั่วไป 10 ข้อ อาการด้านบวก 6 ข้อ และอาการด้านลบ 2 ข้อ เป็นแบบมาตราประเมินค่า มีระดับการวัด 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีอาการเท่ากับ 1 คะแนน จนถึงมีอาการรุนแรงมากเท่ากับ 7 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 18 - 126 คะแนน โดยคะแนน 18 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการทางจิต คะแนน 19 – 36 คะแนน หมายถึงมีอาการทางจิตเล็กน้อย และคะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรงต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) เท่ากับ 0.62 – 0.87 (ปรารถนา คำมีสีนนท์, 2550)

1.2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ใช้ประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบวัดของสรินทร เชี่ยวโสธร ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของเพชรี คันธสายบัว (2544) โดยอาศัยแนวคิดของฟาร์เรจเฮอร์ (Farragher , 1999) มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้านได้แก่ ข้อที่ 1 - 9 เป็นด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลาไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยา และข้อที่ 10 - 18 เป็นด้านความสามารถสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ใช้วิธีการสัมภาษณ์ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราประเมินค่า 5 ระดับ เป็นข้อความทางบวกและข้อความทางลบอย่างละ 9 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้พัฒนามีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 7 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90 และมีการตรวจสอบค่าความเที่ยง (reliability) โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา

-20-0608(001)P3.indd 139 4/9/2563 BE 13:12

ของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .87 และรายด้านเท่ากับ .81 และ.85 และการวิเคราะห์รายข้อพบว่าทุกคำถามมีความสัมพันธ์กันทางบวก คือมีค่ามากกว่า .20 ทุกข้อ (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 2 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .89 เมื่อนำเครื่องมือนี้ไป ทดสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยการนำไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ จำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 และเมื่อนำเครื่องมือนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน พบว่ามีค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .74

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม ใช้เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบบบันทึกมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ โดยลักษณะแบบบันทึกเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมข้อความในช่องว่าง ประกอบด้วยข้อมูลด้านเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้สูงสุดของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา ผู้ดูแลหลัก ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน และอาการข้างเคียงจากยาที่เคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2.2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

รายละเอียดและคุณภาพเครื่องมือเช่นเดียวกับในส่วนของเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3. เครื่องมือกำกับการวิจัย

แบบประเมินความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

แบบประเมินความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท สร้างขึ้นโดยสุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) โดยข้อคำถามสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 16 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 4 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 20 คะแนน โดยคะแนน 15-20 คะแนน หมายถึงความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับสูง 8-14 คะแนน หมายถึงความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับปานกลางและ 0-7 คะแนน หมายถึงความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับต่ำ

แบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการทดสอบกับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 5 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .96 เมื่อนำเครื่องมือนี้ไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการนำไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ จำนวน

-20-0608(001)P3.indd 140 4/9/2563 BE 13:12

30 คน พบว่าค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .61 และเมื่อนำเครื่องมือนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .74

ในการศึกษาครั้งนี้หลังให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยต้องมีคะแนนอยู่ในระดับสูง (คะแนน 15 - 20) ถ้าหลังจากให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยมีคะแนนต่ำกว่า 15 คะแนน จะต้องมีการให้สุขภาพจิตศึกษาเพิ่มในส่วนที่ผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจ จนกระทั่งผู้ป่วยมีคะแนน 15 คะแนนขึ้นไป

4. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท

โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นโปรแกรมสำหรับรายบุคคล พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 60 – 90 นาที ดำเนินกิจกรรมทุกวัน รวมเป็นเวลา 1 สัปดาห์ โปรแกรมผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จากนั้นนำโปรแกรมมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 2 คน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อผ่านการพิจารณาอนุมัติเรียบร้อยแล้ว (เลขที่ 2560/215) ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูล โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย การรวบรวมข้อมูล และเน้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ามีอิสระที่จะสมัครเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีข้อบังคับใด ๆ และมีเวลาในการตัดสินใจที่จะให้ข้อมูล นอกจากนั้นยังมีอิสระที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยตลอดระยะเวลาของการวิจัย โดยไม่มีคำถามใด ๆ และไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ในขั้นตอนการนำเสนอผลการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลในส่วนของภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดโดยไม่อ้างอิงชื่อผู้ใดผู้หนึ่งอย่างเด็ดขาด หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม

ภายหลังจากผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช จากนั้นก่อนจำหน่าย 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างที่กำหนด โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลา และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อได้รับความยินยอมแล้วให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (informed consent form) จากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และหลังจากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติและประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชครั้งแรกหลังจำหน่าย

กลุ่มทดลอง

เมื่อดำเนินการในกลุ่มควบคุมจนครบจำนวนตามที่กำหนด และกลุ่มตัวอย่างรายสุดท้ายจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการในกลุ่มทดลอง โดยก่อนจำหน่าย 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างที่กำหนด เมื่อผู้ป่วยรับทราบและลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจแล้ว จากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลพร้อมทั้งนัดหมายวันและเวลาสำหรับดำเนินการตามโปรแกรม ภายหลังให้สุขภาพจิตศึกษาเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการประเมินความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทด้วยแบบประเมินความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นเครื่องมือกำกับการวิจัย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้นตามเกณฑ์ที่กำหนดทุกราย จากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ ซึ่งตรงกับวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชครั้งแรกหลังจำหน่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่างโดยใช้สถิติบรรยาย (descriptive statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในเรื่องเพศโดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) ในเรื่องอายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และระยะเวลาการเจ็บป่วยโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยใช้สถิติ Kolmogorov – Smirnove Test พบว่ามีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 (8 คน) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 41.58 ปี (SD = 11.25) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 75 (9 คน) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 58.3 (7 คน) โดยเฉลี่ยรายได้สูงสุดครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 21,916.67 บาท (SD = 8,607.16) ครึ่งหนึ่งเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 50 (6 คน) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 41.7 (5 คน) รองลงมาอาศัยอยู่กับพี่น้อง ร้อยละ 33.3 (4 คน) ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 33.3 (4 คน) รองลงมาผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรส ร้อยละ 25 (3 คน) โดยเฉลี่ยระยะเวลาการเจ็บป่วยเท่ากับ 12 ปี (SD = 7.16) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยเท่ากับ 5 ครั้ง (SD = 2.46)

ทุกรายได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตและมีประวัติเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านโรคจิตอย่างน้อย 1 อาการ ได้แก่ อาการมือสั่น น้ำลายเยอะ ลิ้นแข็ง เดินเซ กระวนกระวาย และอาการปวดศีรษะ

ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.3 (7 คน) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 44.42 ปี (SD = 14.41) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 83.4 (10 คน) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 58.3 (7 คน) โดยเฉลี่ยรายได้สูงสุดครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 17,250 บาท (SD = 9,733.96) ส่วนใหญ่เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 58.3 (7 คน) ครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 50 (6 คน) รองลงมาอาศัยอยู่กับพี่น้อง ร้อยละ 33.3 (4 คน) ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นน้อง ร้อยละ 33.3 (4 คน) รองลงมาผู้ดูแลหลักเป็นมารดา ร้อยละ 25 (3 คน) โดยเฉลี่ยระยะเวลาการเจ็บป่วยเท่ากับ 14.25 ปี (SD = 8.10) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยเท่ากับ 5 ครั้ง (SD = 3.11) ทุกรายได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตและมีประวัติเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านโรคจิตอย่างน้อย 1 อาการ ได้แก่ อาการมือสั่น กระวนกระวาย ง่วงซึม ลิ้นแข็ง น้ำลายเยอะ เดินเซ ปากแห้งคอแห้ง เดินตัวแข็ง เกร็ง และอาการตาแข็งค้าง

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของเพศ อายุ รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯภายในกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน ส่วนผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมฯภายในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -20.89$; $p = .000$) โดยที่คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ (Mean = 79.33, SD = 3.36) (ตารางที่ 1)

-20-0608(001)P3.indd 143 4/9/2563 BE 13:12

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่ม	ก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ		หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มควบคุม (n = 12)						
ความร่วมมือฯ	50.58	5.85	52	4.91	-1.51	.157
กลุ่มทดลอง (n = 12)						
ความร่วมมือฯ	50.75	5.24	79.33	3.36	-20.89	.000

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมและผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาไม่แตกต่างกัน และภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมและผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -15.88; p = .000) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 79.33, SD = 3.36) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ

ระยะเวลา	กลุ่มควบคุม (n = 12)		กลุ่มทดลอง (n = 12)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ						
ความร่วมมือฯ	50.58	5.85	50.75	5.24	-0.07	.942
หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ						
ความร่วมมือฯ	52	4.91	79.33	3.36	-15.88	.000

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาแตกต่างจากก่อนดำเนินโปรแกรมฯ และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนดำเนินโปรแกรมฯ และสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม สามารถอภิปรายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท ที่พัฒนาขึ้นโดยการบูรณาการระหว่างการให้สุขภาพจิตศึกษาและการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีประสิทธิภาพในการช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังรายละเอียดกิจกรรมทั้ง 5 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 *สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด สำรวจทัศนคติการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยและการรักษา และการประเมินความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท*เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจ เป็นกิจกรรมที่พัฒนาเชื่อมโยงจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับทีมผู้รักษาที่ไม่ดี เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท (Acosta et al., 2012; Dassa et al., 2010; Higashi et al., 2013) ดังนั้นกิจกรรมครั้งนี้จึงสามารถช่วยจัดการกับปัจจัยดังกล่าวได้ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมจนสิ้นสุดโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงความร่วมมือและการปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งสอดคล้องกับพิเชฐ อุดมรัตน์ที่ว่าการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพของการรักษา ถือเป็นสิ่งสำคัญพื้นฐานในการรักษา เมื่อใดที่เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและทีมผู้รักษา สิ่งที่เกิดขึ้นนี้จะนำไปสู่ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำและการรักษาต่อไป (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2552) นอกจากนี้ยังมีการสำรวจทัศนคติการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับปัจจัยในส่วนของความเชื่อและทัศนคติของผู้ป่วย ซึ่งพบว่าความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยและการรักษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ป่วยมีความเชื่อและทัศนคติที่ดี จะมีแนวโน้มมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาดี (Acosta et al., 2012) ซึ่งกิจกรรมนี้ช่วยให้เกิดความเข้าใจทัศนคติการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีขึ้นและมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเด็กเมซิคและคณะ ที่พบว่าภายหลังให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาดีขึ้น ซึ่งสำคัญต่อพฤติกรรมความร่วมมือในรับประทานยาและความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท (Degmecic, Pozgain, & Filakovic, 2007)

ครั้งที่ 2 *การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรค และวิธีการรักษา* โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นกลวิธีการรักษาชนิดหนึ่ง ที่ไม่ใช้ยาแต่เป็นการให้

ข้อมูลชนิดการสอนที่มีโครงสร้างชัดเจนและเป็นระบบ โดยข้อมูลที่ให้จะเป็นรายละเอียดเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งประเด็นทางอารมณ์เพื่อให้ผู้ที่เข้ารับการให้สุขภาพจิตศึกษานั้น สามารถที่จะรับมือหรือจัดการกับความเจ็บป่วยได้ (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2552) และเป็นรูปแบบการให้บริการด้านความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายที่จะให้ข้อมูลเพื่อเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา ขจัดความคิดและความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงการประคับประคองด้วย (Anderson et al., 1980) ซึ่งในครั้งที่ 2 นี้มีการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและเห็นถึงความสำคัญในการรักษา โดยเน้นย้ำในหัวข้อที่ผู้ป่วยพร่องความรู้ไป ซึ่งได้จากการประเมินความรู้ในครั้งที่ 1 และระหว่างที่ให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับอาการของโรคจิตเภทได้ทำการเชื่อมโยงกับอาการที่เกิดขึ้นจริงกับตัวผู้ป่วย ซึ่งภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษามากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยบอกกับผู้วิจัยว่า*"โรคนี้ยังรักษาได้แต่ต้องกินยา"* และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัลยาห์ ที่พบว่าภายหลังให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนความรู้และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาสูงขึ้น (Al-yahya, 2014) รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของปรารถนา คำมีสีนนท์ (2550) ที่ทำการศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในระดับสูงขึ้น (ปรารถนา คำมีสีนนท์, 2550) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของบามล์และคณะที่พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นวิธีการที่สำคัญที่สามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Bauml et al., 2016)

ครั้งที่ 3 *การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับยาต้านโรคจิต อาการข้างเคียง วิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น และการจัดการความเครียด* ก่อนเริ่มกิจกรรมครั้งนี้ ผู้บำบัดได้ประเมินทัศนคติ ความเชื่อ ความรู้สึกและการรับรู้ถึงประโยชน์ของยาต้านโรคจิตของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับปัจจัยเรื่องความเชื่อที่มีต่อยาต้านโรคจิต หากผู้ป่วยไม่เชื่อว่ายาต้านโรคจิตที่รับประทานอยู่มีประโยชน์และช่วยบรรเทาอาการของโรคจิตเภทที่ตนเป็นอยู่ได้ ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา (Acosta et al., 2012; Higashi et al., 2013) โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นไปที่การให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องยาต้านโรคจิต อาการข้างเคียง วิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น และการจัดการความเครียด และระหว่างที่ให้สุขภาพจิตศึกษาได้มีการเน้นย้ำและเชื่อมโยงกับยาต้านโรคจิตที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่จริงในขณะนั้น รวมทั้งอาการข้างเคียงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยและวิธีการจัดการด้วย พร้อมทั้งชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงประโยชน์ในการรับประทานยา ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้ป่วยบอกว่า *"เมื่อก่อนคิดว่าถ้าหายแล้วไม่ต้องกินยา จริงๆ ต้องกินต่อเหรอ เพิ่งรู้นะครับ"* รวมทั้งพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรารถนา คำมีสีนนท์ อัลยาห์

รวมถึงบามล์และคณะ (ปรารถนา คำมีสีนนท์, 2550; Al-yahya, 2014; Bauml et al., 2016)

ครั้งที่ 4 *การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท* ครอบครัวถือว่าเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ซึ่งพบว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ในขณะที่ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัว หรือบุคคลอื่น ๆ จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขึ้น(Acosta et al., 2012; Higashi et al., 2013) และยังพบว่าการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลดีขึ้นในระยะยาว รวมถึงพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาด้วย (Glick et al., 2011) จะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องกับโปรแกรมฯ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยการบูรณาการระหว่างการให้สุขภาพจิตศึกษาและการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยครั้งนี้เริ่มต้นด้วยการประเมินแบบแผนการดูแลเดิมของญาติผู้ดูแล และบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาของผู้ป่วย รวมทั้งประเมินทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อการรักษาด้วยยาและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วย รวมทั้งให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา พร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่ายและแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์กับญาติผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ประโยชน์จากยาต้านโรคจิต อาการข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียง รวมถึงเกิดความเข้าในใจตัวผู้ป่วยมากขึ้น หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่บอกกับผู้วิจัยว่า *"เมื่อก่อนไม่กล้าบังคับคนไข้กินยาเลยค่ะ กลัวจะผิดใจกันเพราะเขาเป็นพี่ชาย เพิ่งมารู้เอาจริง ๆ ก็ตอนนี้ว่ายาสำคัญมาก"* และผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจและมีส่วนส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญญาภา พันตาคม (2554) ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้ครอบครัวผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ครอบคลุมโดยเฉพาะในการบริหารยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับสูง (เบญญาภา พันตาคม, 2554) รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของลินคอยน์และคณะที่พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษากับผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคลนั้น มีส่วนช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาได้เพียงระดับหนึ่ง หากต้องการให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น ควรให้สุขภาพจิตศึกษากับบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย (Lincoin et al., 2007) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการบูรณาการระหว่างการให้สุขภาพจิตศึกษากับการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังเช่นการศึกษาของกลิคและคณะ ที่พบว่าการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลที่ดีขึ้นในระยะยาว รวมถึงพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทด้วย (Glick et al., 2011)

ครั้งที่ 5 *ฝึกทักษะการจัดยาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแล* ซึ่งกิจกรรมนี้พัฒนา

ขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีทักษะในการจัดยาที่ถูกต้องและเกิดความมั่นใจในการจัดยา ส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้สำรวจอุปสรรคในการจัดยา การรับประทานยาของผู้ป่วยและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งเสริมสร้างความมั่นใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท โดยกิจกรรมนี้มีความจำเพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในแต่ละราย ซึ่งการฝึกจัดยานั้นจะทำการฝึกจัดยาตามที่ผู้ป่วยรับประทานจริงตามแผนการรักษา ซึ่งภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลบอกว่ามีความมั่นใจมากขึ้น สะท้อนให้เห็นได้จากสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติบอกออกมา *“ผมจัดยาเองได้ครับ แต่ให้แม่ผมช่วยดูอีกทีก็ได้ครับจะได้กินยาครบ ๆ”*ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรารถนา คำมีสีนนท์ (2550) ที่ภายหลังฝึกทักษะการจัดยา พบว่าผู้ป่วยมีความมั่นใจ มีแรงจูงใจและมีความภูมิใจจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง (ปรารถนา คำมีสีนนท์, 2550) และสอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ หาคำ (2552) ที่พบว่าภายหลังฝึกจัดยา พบว่าผู้ป่วยมีความมั่นใจ มีแรงจูงใจและมีความภูมิใจ (หทัยรัตน์ หาคำ, 2552)

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาสูงขึ้น ดังนั้นพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช ควรนำโปรแกรมฯไปใช้ เพื่อช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทให้เพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ผู้ที่จะนำโปรแกรมฯ ไปใช้ควรให้ความสำคัญและพัฒนาตนเองให้มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาด้วยยา การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมและฝึกกิจกรรมของโปรแกรมฯ เพื่อที่จะสามารถนำโปรแกรมฯไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการศึกษาและติดตามผลของโปรแกรมฯ ในระยะยาวขึ้น เช่น 1 เดือน และ 3 เดือน เป็นต้น

3. ศึกษาผลของโปรแกรมฯ ต่อตัวแปรอื่น เช่น การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนวิทยานิพนธ์บางส่วน ขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภิณ แสงอ่อน และรองศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำมาตลอดการวิจัย และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภททุกท่านที่ยินดีเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, สุกฤติยา กุลศรี, และวัฒานาภรณ์ พิบูลย์อาลักษณ์. (2556). ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 27*(3), 75-86.

ทิพสมัย ทายะรังษี, จีระพรรณ สุริยงค์ และพิมพาภรณ์ แก้วมา. (2554). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อการดูแลตนเองและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสวนปรุง, 27*(1), 5-14.

ธงรบ เทียนสันต์. (2556). *ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.* ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เบญญาภา พันตาคม. (2554). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้ครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง.* การค้นคว้าอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตร-มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปรารถนา คำมีสีนนท์. (2550). *การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.* การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตร-มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2544). โครงการอบรมแนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PANSS. ใน *เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนปรุง.* (หน้า 1-10). เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.

พิเชฐ อุดมรัตน์. (2552). หลักการทั่วไปในการรักษา. ในพิเชฐ อุดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกนานนท์ (บ.ก.), *ตำราโรคจิตเภท* (หน้า 136 - 150). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

พิเชฐ อุดมรัตน์. (2552). Psychoeducation ในโรคจิตเภท. ในพิเชฐ อุดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกนานนท์ (บ.ก.), *ตำราโรคจิตเภท* (หน้า 271 - 280). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

เพชรี คันธสายบัว. (2544). *การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ.* ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหา-บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มาโนช หล่อตระกูล. (2555). โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมชย์ สุคนิชย์ (บ.ก.), *ตำราจิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (หน้า 121-141). กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิริญจน์ ไชยจันทร์, ยาใจ สิทธิมงคล, ประภายุทธไตร และปิยาณี คล้ายนิล. (2551). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อทัศนคติต่อยาและความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 27*(3), 73-81.

สรินทร เชี่ยวโสธร. (2545). *ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา.* ปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์. (2536). *ผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพและการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่.* ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

หทัยรัตน์ หาคำ. (2552). *การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษา.* การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช,มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Acosta, F. J., Hernández, J. L., Pereira, J., Herrera, J., & Rodríguez, C. J. (2012). Medication adherence in schizophrenia. *World Journal Psychiatry, 2*(5), 74-82.

Al-yahya, N. M. (2014). Effects of psychoeducation intervention in improving insight and medication compliance of schizophrenic clients, Riyadh, Saudi Arabia. *World Journal of Medical Sciences, 11* (3), 289-300.

Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin, 6*(3), 490-505.

Bauml, J., Pitschel-Walz, G., Volz, A., Luscher, S., Rentrop, M., Kissling, W., et al. (2016). Psychoeducation improves compliance and outcome in schizophrenia without an increase of adverse side effects: A 7-year follow-up of the munich PIP study. *Journal of Schizophrenia Bulletin, 42*(suppl 1), 62-70.

Canas, F., Alptekin, K., Azorin, J. M., Dubois, V., Emsley, R., Garcia A. G., et al. (2013). Improve treatment adherence in your patients with schizophrenia. *Clinical Drug Investigation, 33*, 97-107.

Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.).* New Jersey: Lowrence Erlbaum Associates.

Cakir, S., & Gumus, F. (2015). Individual or group psychoeducation: motivation and continuation of patients with bipolar disorder. *International Journal of Mental Health, 44*, 263-268.

Dassa, D., Boyer, L., Benoit, M., Bourcet, S., Raymondet, P., & Bottai, T. (2010). Factors associated with medication non-adherence in patients suffering from schizophrenia: A cross-sectional study in a universal coverage health-care system. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 44*(10), 921-928.

Degmecic, D., Pozgain, I., & Filakovic, P. (2007). Psychoeducation and compliance in the treatment of patients with schizophrenia. *Collegium Antropologicum Journal, 31*(4), 1111-1115.

Emsley, R., Chiliza, B., Asmal, L., & Harvey, H. B. (2013). The nature of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry, 13*(50), 1-8.

Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. *Iris Medication Journal, 92*(6), 392-394.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39,* 175-191.

Glick, I. D., Stekoll, A. H., & Hays, S. (2011). The role of the family and improvement in treatment maintenance, adherence, and outcome for schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 31*(1), 82-85.

Gumus, F., Buzlu, S., & Cakir, S. (2016). A sample individual psychoeducation model for bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Nursing, 7*(3), 142–147.

Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K. J., Diez, T., Granstrom, O., & Hert, M. D. (2013). Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence: A systematic literature review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology, 3*(4), 200-218.

Lang, K., Federico, V., Muser, E., Menzin, J., & Menzin, J. (2013). Rates and predictors of antipsychotic non-adherence and hospitalization in medicaid and commer-cially insured patients with schizophrenia. *Journal of Medical Economics, 16*(8), 997-1006.

Lincoin, T. M., Wilhelm, K., & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research, 96*(1-3), 232-245.

Mitchell, A. J., & Selmes, T. (2007). Why don't patients take their medicine? Reasons and solutions in psychiatry. *Journal of Continuing Professional Development, 13*, 336-346.

Overall, J. E., & Gorham, D. R., (1962). The brief psychiatric rating scale. *Schizophrenia Report, 10,* 799-812.

Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M. & Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: Prevalence and burden of disease. *Population Health Metric, 8*(24), 1-8.

Rafiyah, I., & Sutharangsee, W. (2011). Review: Burden on family caregiver caring for patients with schizophrenia and its related factor. *Nurse Media Journal of Nursing, 1*(1), 29-41.

Roy, R., Jahan, M., Kumari, S., & Chakraborty, P. K. (2005). Reason for drug non-compliance of psychiatric patients: A centre base study. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, 31,* 24-28.

Shao, W. C., Chen, H., Chang, Y.F, Lin, W. C.,

& Ching-Lan Ling, E. (2013). The relationship between medication adherence and rehospitalization: A prospective study of schizophrenia patients discharge from psychiatric acute wards. *Schizophrenia and Medication Adherence, 60*(5), 31-40.

Spiegel, D. (1987). Family involvement in managing schizophrenia. *The Western Journal of Medicine, 1*(147), 74-75.

Writers, A. M. (2013). Following the six principles developed by the STAY initiative may improve treatment adherence in patients with schizophrenia. *Drug & Therapy Perspective, 29*(9), 287-290.