

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท*
SELECTED FACTORS RELATED TO MEDICATION ADHERENCE
IN PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA

พัชรินทร์ เจริญผล, พยบ. (Pacharin Jaroenphol, BNS.)**

โสภิน แสงอ่อน, RN, Ph.D. (Sopin Sangon, RN, Ph.D.)***

พัชรินทร์ นินทจันทร์, RN, Ph.D. (Patcharin Nintachan, RN, Ph.D.)****

Abstract

Objective: To study the relationships of gender, attitudes toward medication treatment, duration of illness, numbers of hospitalization, the frequency of medication intake per day, and medication side effects to medication adherence in persons with schizophrenia.

Methods: This study was a descriptive correlational research design. The participants were seventy three persons with schizophrenia both male and female who received care at the community hospital and health promoting hospital in charge of a district in the central region of Thailand from May - June 2017. Data were collected by six questionnaires comprising

of the BPRS scale, The set test, The personal data questionnaire, Attitude toward antipsychotic drug use questionnaire, Interview questionnaire for evaluating the frequency of adverse drug reactions in schizophrenic patients and Medication adherence questionnaire. Descriptive statistics and Spearman's rank-order correlation were used for data analysis.

Results: The study results revealed that attitude toward medication treatment was positively and significantly related to medication adherence ($r = .36, p < .05$) However, gender, numbers of hospitalization, frequency of medication intake per day and medication side effects were not related to medication adherence

*วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต 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 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Corresponding author, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)
Email: sopin.san@mahidol.ac.th

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

วันที่รับ (received) 8 มีนาคม 2561 วันที่แก้ไข (revised) 25 พฤษภาคม 2561 วันที่ตอบรับ (accepted) 4 มิถุนายน 2561

($p > .05$). Results from this study can be used to plan for medication adherence promotion in persons with schizophrenia.

Keywords: Person with schizophrenia, Attitude toward medication treatment, Duration of illness, Medication side effect, Medication adherence

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความถี่ของการรับประทานยาต่อวัน และผลข้างเคียงจากยากับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการศึกษา: การวิจัยนี้เป็นแบบบรรยาย ความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงจำนวน 73 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. ในความรับผิดชอบของอำเภอหนึ่งในภาคกลางระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินอาการทางจิต 2) แบบคัดกรองหมวดหมู่ 3) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 4) แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการใช้จ่ายด้านโรคจิต 5) แบบสัมภาษณ์การประเมินความถี่การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยจิตเภท และ 6) แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา: ทัศนคติต่อการรักษาด้วยยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการ

รักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความถี่ของการรับประทานยาต่อวัน และผลข้างเคียงจากยาไม่พบความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท, ทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา, ระยะเวลาการเจ็บป่วย, ผลข้างเคียงจากยา, ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังทางจิตชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม ซึ่งก่อให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภทประมาณ 24 ล้านคนและมีอุบัติการณ์การเกิดโรค (incidence) เท่ากับ 3 คนต่อประชากร 10,000 คน (0.3 ต่อ 1,000) และพบความชุกตลอดชีพ (lifetime prevalence) ของผู้ป่วยจิตเภทประมาณร้อยละ 7 (Taylor, 2011) พบว่าเพศชายได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคนี้นี้มากกว่าเพศหญิงในสัดส่วน 1.4 ต่อ 1 (Abel, Drake, & Goldstein, 2010) โดยเพศหญิงมักได้รับการวินิจฉัยเมื่อมีอายุมากและมักมีความรุนแรงของการพยากรณ์โรคมากกว่าเพศชาย (Grossman, Harrow, Rosen, Faull,

& Strauss, 2008) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคร้อยละ 0.5-1 (สมภพ เรืองตระกูล, 2553) และพบความชุกของโรคจิตเภทร้อยละ 0.88 สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.1 ต่อ 1 (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตพบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกลำดับที่ 1 คือโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนถึง 388,369 คน คิดเป็นร้อยละ 30.96 จากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2556) การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่เรื้อรังและรุนแรงส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (ธีระ ลีลานันทกิจ, 2550) ครอบครัวได้รับผลกระทบกลัวว่าจะถูกผู้ป่วยทำร้าย และการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นการรบกวนการใช้ชีวิตในสังคมรวมทั้งชีวิตส่วนตัวอีกด้วย (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) ผลกระทบต่อประเทศชาติทำให้สูญเสียทรัพยากรบุคคลที่จะช่วยพัฒนาประเทศ รวมทั้งต้องใช้งบประมาณในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมาก (Marder et al., 2003) ในประเทศไทยรัฐบาลต้องใช้งบประมาณในการดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนเงินมากกว่า 200 ล้านบาทต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2554)

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีอยู่หลายวิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาด้านจิตสังคม (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ถึงแม้ว่าจะมีการรักษาผู้ป่วยจิตเภทอยู่หลายวิธี แต่พบว่าการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเป็นหัวใจของการรักษาโรคจิตเภท เพราะการรักษาด้วยยาเป็นการควบคุมอาการทางจิตและป้องกันไม่ใ้

อาการทางจิตกำเริบรวมทั้งทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการบำบัดทางจิตสังคมต่อไป (กรมสุขภาพจิต, 2554) แต่พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทเพียงร้อยละ 50 เท่านั้น ที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในปีแรกและมีแนวโน้มลดลงร้อยละ 15 ในปีถัดมา จึงทำให้เกิดอาการกำเริบ หรือกลับเป็นซ้ำได้บ่อยๆ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคานาสและคณะ (Canas et al., 2012) ที่พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอในปีแรก หลังการรักษาร้อยละ 59 และพบว่าขาดยาภายในระยะเวลา 2 ปีหลังการรักษาร้อยละ 75 ดังนั้นองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้น และลดการกำเริบของโรค

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทพอสรุปได้ 3 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ (Bressington, Mui, & Gray, 2012; Maheshwari, Gupta & Sharan, 2009) อายุ (ปฐมพร เทียวบุตร, 2552; Bressington et al., 2012; Chandra, Kumar, Reddy & Reddy, 2014; Mahaye et al., 2012) ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา (สาธพร พุฒขาว, 2541; หทัยรัตน์ มุลารัตน์เสถียร, 2555; Chan et al., 2014) ทักษะชีวิตต่อการรักษาด้วยยา (ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, 2544; สาธพร พุฒขาว, 2541; สายรุ้ง จันทร์เส็ง, 2548; หทัยรัตน์ มุลารัตน์เสถียร, 2555; Bressington et al., 2012; Chan et al., 2014; Chandra et al., 2014;

Kikkert et al., 2006) การยอมรับอาการป่วยของตน (หทัยรัตน์ มุลาร์ตันเสถียร, 2555; Bressington et al., 2012; Chan et al., 2014; Chandra et al., 2014; Dassa et al., 2010; Jonsdottir et al., 2013; Kikkert et al., 2006) และการดื่มแอลกอฮอล์ (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549; หทัยรัตน์ มุลาร์ตันเสถียร, 2555; Maheshwari et al., 2009; Jonsdottir et al., 2013) 2) ปัจจัยด้านความผิดปกติและการแสดงออกของโรค ได้แก่ ความรุนแรงของโรค (Bressington et al., 2012; Chan et al., 2014; Chandra et al., 2014; Dassa et al., 2010; Razali & Yusoff, 2014) ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549; Bressington et al., 2012; Chan et al., 2014; Maheshwari et al., 2009; Mamo, Gelaw, Tegegne, Alemu & Legese, 2014) และจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549; ปฐมพร เขียวบุตร, 2552; สายรุ้ง จันทร์เส็ง, 2548; Bressington et al., 2012; Dassa et al., 2010; Razali & Yusoff, 2014) และ 3) ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยได้รับต่อวัน (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549) ความถี่ของการรับประทานยาต่อวัน (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549; หทัยรัตน์ มุลาร์ตันเสถียร, 2555) และผลข้างเคียงจากยา (Bressington et al., 2012; Bukley et al., 2007; Chandra et al., 2014; Dassa et al., 2010; Kikkert et al., 2006; MaCann, Clark & Lu, 2009; Mamo et al., 2014)

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยพบว่า มีการศึกษาค่อนข้างจำกัด งานวิจัยที่มีการเผยแพร่และสามารถค้นหา

ต้นฉบับเต็มได้เป็นการศึกษาในภาคเหนือจำนวน 4 งานวิจัย ภาคใต้จำนวน 1 งานวิจัย ภาคตะวันออก เฉียงเหนือจำนวน 2 งานวิจัย และภาคกลางจำนวน 1 งานวิจัย ซึ่งทั้งหมดเป็นการศึกษาในโรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งโรงพยาบาลดังกล่าวมีระบบบริการที่ครบวงจร โดยบุคลากรที่เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ เฉพาะด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช แต่ยังไม่พบการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกัน เช่น ระบบการให้บริการ ลักษณะภูมิประเทศ ภูมิอากาศ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสภาพความเป็นอยู่ อีกทั้งยังพบว่าในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ที่ผู้วิจัยรับผิดชอบพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทขึ้นทะเบียนรับยาในปี 2557 จำนวน 72 ราย พบผู้ป่วยขาดนัด 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.11 และพบผู้ป่วยอาการกำเริบจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.72 ในรายที่มีอาการกำเริบพบว่าเกิดจากการไม่รับประทานยา และในปี 2559 มีผู้ป่วยจิตเภทขึ้นทะเบียนรับยาเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 103 ราย พบว่ามีผู้ป่วยขาดนัด 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.91 พบผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบรุนแรง จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.74 ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยขาดนัดและลดอาการกำเริบ แต่ก็ยังมีผู้ป่วยที่มีปัญหาการขาดนัดและอาการกำเริบรุนแรงอยู่ ซึ่งอาจจะสะท้อนถึงปัญหาการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ยังคงมีอยู่

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน มีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จึงเห็นความสำคัญของ

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. ในความรับผิดชอบในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง ซึ่งปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ เพศ ทักษะคิดต่อการรักษาด้วยยา ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความถี่ของการรับประทานยาต่อวัน และผลข้างเคียงจากยา ซึ่งเป็นปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาครั้งนี้จะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และเหมาะสมกับบริบท ซึ่งข้อมูลที่จะได้จากการศึกษาครั้งนี้จะนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐาน และประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเพศ ทักษะคิดต่อการรักษาด้วยยา ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความถี่ของการรับประทานยาต่อวัน และผลข้างเคียงจากยากับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท

สมมติฐานการวิจัย

เพศ ทักษะคิดต่อการรักษาด้วยยา ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความถี่ของการรับประทานยาต่อวัน และผลข้างเคียงจากยา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้ามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภททั้งในและต่างประเทศ ซึ่งปัจจัยคัดสรรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ เพศ ทักษะคิดต่อการรักษาด้วยยา ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความถี่ของการรับประทานยาต่อวัน และผลข้างเคียงจากยา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

เพศ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท เช่น การศึกษาของ นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ (2549) พบว่าเพศชายมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาน้อยกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของมาเฮสวาริและคณะ (Maheshwari et al., 2009) ที่พบว่าเพศชายไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของเบรสซิงตันและคณะ (Bressington et al., 2012) ที่พบว่าเพศชายร่วมมือในการรักษาด้วยยามากกว่าเพศหญิง

ทักษะคิดต่อการรักษาด้วยยา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าทักษะคิดต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา กล่าวคือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีทักษะคิดที่ดีจะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีทักษะคิดที่ไม่ดี (ทักษิณี ทิพย์สูงเนิน, 2544; สาธุพร พุฒขาว, 2541; สายรุ้ง จันทร์เส็ง, 2548; หทัยรัตน์ มุลารัตน์เสถียร, 2555; Bressington et al., 2012; Chan et al., 2014; Chandra et al., 2014; Kikkert et al., 2006)

ระยะเวลาการเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่นานหรือนานมากกว่า 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะไม่ร่วมมือหรือร่วมมือไม่ดีในการรักษาด้วยยามากขึ้น (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549; Bressington et al., 2012; Chan et al., 2014; Maheshwari et al., 2009; Mamo et al., 2014)

จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท กล่าวคือ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะมีอาการกำเริบของโรคที่รุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549; ปฐมพร เขียวบุตร, 2552; สายรุ่ง จันทร์เส็ง, 2548; Bressington et al., 2012; Dassa et al., 2010; Razali & Yusoff, 2014)

ความถี่ของการรับประชนาษาต่อวัน ความถี่ของการรับประชนาษาต่อวันเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท กล่าวคือ เมื่อความถี่ในการบริหารยาต่อวันเพิ่มขึ้น 1 มื้อ ผู้ป่วยจะไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ มุลารัตน์เสถียร (2555) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่รับประชนาษาวันละ 1-2 ครั้ง จะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่รับประชนาษาวันละ 3-4 ครั้ง

ผลข้างเคียงจากยา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลข้างเคียงจากยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท กล่าวคือ ยาที่มีผลข้างเคียงมากจะมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูง (Bressington et al., 2012; Buckley et al., 2007; Chandra et al., 2014; Dassa et al., 2010; Kikkert et al., 2006; Mamo et al., 2014; McCann et al., 2009)

ดังนั้นปัจจัยเพศ ทักษะคิดต่อการรักษาด้วยยา ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลความถี่ของการรับประชนาษาต่อวัน และผลข้างเคียงจากยา จึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlational research design)

ประชากร (Population) คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. ในความรับผิดชอบในอำเภอหนึ่งในภาคกลาง

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. ในความรับผิดชอบในอำเภอหนึ่งในภาคกลาง ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยใช้โปรแกรม G* Power 3 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) การศึกษาครั้งนี้กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ระดับ .05 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากการทบทวนวรรณกรรมความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการรักษาด้วยยากับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผลข้างเคียงจากยา พบขนาดความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .14- .62 (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549; ปฐมพร เขียวบุตร, 2552; สาธิตพร พุฒขาว, 2541; Bressington et al., 2012; Chan et al., 2014) จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Medium Effect Size) เท่ากับ .30 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 67 ราย เพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูลและควบคุมความคลาดเคลื่อน จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้อีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 73 ราย

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) พิจารณาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. อายุ 18 ปีบริบูรณ์ ถึงอายุ 60 ปี

2. เป็นผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่อาการสงบอยู่ในเกณฑ์ปกติ ประเมินโดยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) และมีคะแนนรวม ≤ 18 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการสงบอยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. ผ่านการประเมินการคัดกรองหมวดหมู่ (The set test) เพื่อประเมินสติปัญญา การรู้คิดเบื้องต้นในผู้ป่วยจิตเภท และมีคะแนนรวม ≥ 25 คะแนน หมายถึง มีการรู้คิดและสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ

4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2560/123 หลังจากนั้นผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลผ่านบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และเมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับอนุญาตครบตามขั้นตอนแล้ว ผู้วิจัยจึงนัดพบผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และสิทธิในการ

ถอนตัวออกจากการวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีการบังคับใดๆ ทั้งสิ้น และสามารถออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับไม่มีการแจ้งชื่อผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งและขอให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)

แบบประเมินอาการทางจิต (กรมสุขภาพจิต, 2546) ใช้เพื่อประเมินอาการทางจิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการวิจัย แบบประเมินมี 18 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ คะแนนอยู่ระหว่าง 1-56 คะแนน การแปลผล คะแนนรวม ≤ 18 คะแนน หมายถึง มีอาการสงบอยู่ในเกณฑ์ปกติ คะแนนรวม 19-36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิต คะแนนรวม 37-126 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง ต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองหมวดหมู่ (The Set Test)

แบบคัดกรองหมวดหมู่ พัฒนาขึ้นโดย ไอแซค และอักทาร์ (Isaacs & Akhtar, 1972) มีวัตถุประสงค์เพื่อคัดกรองการรู้คิดและสติปัญญาของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการวิจัย เป็นการสอบถามความจำใน 4 หมวดหมู่ ได้แก่ สี สัตว์ผลไม้ และเมือง โดยในแต่ละหมวดหมู่กลุ่มตัวอย่าง

สามารถตอบคำถามได้สูงสุด 10 ข้อ มีค่าคะแนนข้อละ 1 คะแนน คะแนนรวม 40 คะแนน การแปลผล คะแนนรวม ≥ 25 คะแนน หมายถึง การรู้คิดและสติปัญญาปกติ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความถี่ในการรับประทานยาต่อวัน ซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบการเลือกตอบและเติมข้อความ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านและอธิบายให้ผู้ป่วยฟังแล้วให้ผู้ป่วยเป็นผู้พิจารณาเลือกคำตอบ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต

แบบสอบถามนี้พัฒนาโดยเดรน (Draine, 1997 อ้างในสาธุพร พุฒขาว, 2541) ซึ่ง สาธุพร พุฒขาว (2541) ได้นำมาแปลและดัดแปลงใช้กับคนไทยที่เป็นโรคจิตเภทประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการใช้ยาจำนวน 10 ข้อ ใช้วัดความรู้สึกของผู้ป่วยในเรื่องประโยชน์ของยาที่มีต่อผู้ป่วยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผลข้างเคียงของยา การรบกวนกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสุขภาพ การจัดการกับความเครียด การพึ่งพาหรือการติดยา การป้องกัน การกลับเป็นซ้ำ การควบคุมอาการของโรค และความรู้สึกหลังการใช้ยาที่ผู้ป่วยมีต่อตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อยมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-30 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการรักษาอยู่ในระดับดี และ

คะแนนรวมต่ำหมายถึงผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการใช้ยาอยู่ในระดับที่ไม่ดีในการศึกษาครั้งนี้แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .72

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยจิตเภท

แบบสัมภาษณ์นี้พัฒนาโดย นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ (2549) จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการต่างๆ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ใช้ประเมินเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาต้านโรคจิตที่มีต่อระบบประสาท ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบผิวหนัง และระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อคำถามมีลักษณะตัวเลือกเป็นแบบ 5 ตัวเลือก คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 15-75 คะแนน คะแนนที่สูง หมายถึง ผู้ป่วยมีความถี่ของการเกิดอาการข้างเคียงของยาสูง และคะแนนที่ต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีความถี่ของการเกิดอาการข้างเคียงของยาดำ ในการศึกษาครั้งนี้แบบสัมภาษณ์นี้มีค่าความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .75

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท

แบบสอบถามนี้ สาธุพร พุฒขาว (2541) ได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดของ จารุวรรณ ชันติสุวรรณ (2528) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ใช้ประเมินเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ลดจำนวนยาด้วยตนเอง เพิ่มจำนวนยาด้วยตนเอง

รับยาก่อนกำหนดเคยรับยาหรือตรวจรักษาหลังจากยาหมดไปแล้วมากกว่า 7 วัน และการแจ้งอาการของตนให้แพทย์ทราบ โดยเป็นคำถามทางด้านบวก 2 ข้อ คำถามทางด้านลบ 5 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 -7 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี คะแนนต่ำ หมายถึง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่ดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

ยื่นหนังสือเพื่อขออนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

1. เมื่อผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ยื่นเสนอต่อท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนเพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลวิจัย

2. ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 1 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลที่จบการศึกษาระดับพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล รวมถึงขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย

3. เมื่อได้รับอนุญาตจากท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการเก็บรวบรวม

ข้อมูล การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคมถึงมิถุนายน 2560

4. ผู้วิจัยมาพบกลุ่มตัวอย่างตามวันและเวลาที่นัดหมาย เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และสิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างพิจารณาและตัดสินใจในการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จึงขอให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อไว้ในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างพิจารณาและตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงอธิบายคำชี้แจงของแบบสอบถามการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีแล้ว จึงเริ่มทำการสัมภาษณ์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ซึ่งการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

6. เมื่อผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลครบตามกำหนดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้และนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้คือ

1. สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละเพื่ออธิบายลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเพศ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้วิธี Point

biserial โดย coding เพศชาย เท่ากับ 0 เพศหญิง เท่ากับ 1

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank-order correlation) เนื่องจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่อง Normal distribution ของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าตัวแปรทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความถี่ของการรับประทานยาต่อวัน ผลข้างเคียงจากยา และความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 73 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 76.7 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 37 (Mean=40.27, SD=10.16) มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 53.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 49.3 และคิดเป็นร้อยละ 42.5 ตามลำดับ มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 46.6 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 คิดเป็นร้อยละ 47.9 ส่วนใหญ่ในปัจจุบันไม่ดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 80.8 มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.1 ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 35.6 และคิดเป็นร้อยละ 32.9 ตามลำดับ และรับประทานยาต้าน

โรคจิต 2 ครั้งต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 45.2 และมีรายการยาที่รับประทาน 3 ชนิดต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 53.4

การวิเคราะห์ข้อมูลผลข้างเคียงจากยา

- 1) ผลข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้นประจำ คือ ปากแห้ง คอแห้ง กระจายน้ำ คิดเป็นร้อยละ 8.2 รองลงมาคือ ง่วงนอนมาก คิดเป็นร้อยละ 2.7 2) ผลข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง คือ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด คิดเป็นร้อยละ 1.4 3) ผลข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง คือ ง่วงนอนมาก และหน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าทางเร็วๆ พบได้เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 5.5 รองลงมา คือ ปากแห้ง คอแห้ง กระจายน้ำ คิดเป็นร้อยละ 4.1 4) ผลข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้นนานๆ ครั้ง คือ ปากแห้ง คอแห้ง กระจายน้ำ คิดเป็นร้อยละ 24.7 รองลงมา คือ ง่วงนอนมาก และหน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าทางเร็วๆ พบได้เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 20.5 และ 5) ผลข้างเคียงจากยาที่ไม่เกิดเลยคือ น้ำนมไหล และผิวหนังมีลักษณะไหม้และแดงเมื่อถูกแสงแดด คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมา คือ กลืนπισสาวะไม่ได้ และคุดหรือขมขมบิปาก ม้วนลิ้นในปาก แลบลิ้นไบหน้าบูดบึ้ง มือเท้าสะบัดๆ เหมือนเต็นระบำ คิดเป็นร้อยละ 98.6 เท่ากัน และปวดπισสาวะแต่πισสาวะไม่ออก และศีรษะหรือคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่ง คอและลำตัวอ่อน คอแข็ง ลิ้นแข็ง ขากรรไกรแข็ง พูดหรือกลืนลำบาก พบได้เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 97.3

จากการวิเคราะห์รายการยาในกลุ่มตัวอย่างรับประทาน พบว่า 1) ยากลุ่ม Antipsychotic แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1.1) ยากลุ่ม Typical antipsychotics

พบว่ายาที่รับประทาน คือ haloperidol และ chlorpromazine คิดเป็นร้อยละ 32.9 และคิดเป็นร้อยละ 31.5 ตามลำดับ 1.2) ยากลุ่ม Atypical antipsychotics พบว่ายาที่รับประทาน คือ Risperidone และ Clozapine คิดเป็นร้อยละ 35.6 และคิดเป็นร้อยละ 16.4 ตามลำดับ 2) ยากลุ่ม Antidepressants พบว่ายาที่รับประทาน คือ Amitriptyline และ Fluoxetine คิดเป็นร้อยละ 8.2 และคิดเป็นร้อยละ 5.5 ตามลำดับ 3) ยากลุ่ม Anxiolytic พบว่ายาที่รับประทาน คือ Lorazepam และ Diazepam คิดเป็นร้อยละ 13.7 เท่ากัน 4) ยากลุ่ม Mood stabilizers พบว่ายาที่รับประทาน คือ Sodium valproate คิดเป็นร้อยละ 9.6 และ Lithium คิดเป็นร้อยละ 4.1 และ 5) ยากลุ่ม Anticholinergic พบว่ายาที่รับประทาน คือ Trihexyphenidyl คิดเป็นร้อยละ 79.5

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา และความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาดี คิดเป็นร้อยละ 54.8 และมีคะแนนทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 45.2 (Mean = 26.77, SD = 3.08) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี คิดเป็นร้อยละ 89.0 และมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 11 (Mean = 5.51, SD = 1.54) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และร้อยละของทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา และความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (n=73)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา		
ทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาดี	40	54.8
ทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาไม่ดี	33	45.2
Mean = 26.77, SD = 3.08, Min = 15, Max = 30		
ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา		
ความร่วมมือดี	65	89.0
ความร่วมมือไม่ดี	8	11.0
Mean = 5.51, SD = 1.54, Min = 1, Max = 7		

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างเพศ ทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความถี่ของการรับประทานยาต่อวัน และผลข้างเคียงจากยากับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ทัศนคติต่อการรักษาด้วยยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ

ร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36, p < .05$) ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความถี่ของการรับประทานยาต่อวัน และผลข้างเคียงจากยาไม่พบความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบบสเปียร์แมน ระหว่างเพศ ทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความถี่ของการรับประทานยาต่อวัน และผลข้างเคียงจากยากับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท (n=73)

ตัวแปร	r_s
เพศ	.17
ทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา	.36*
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	.11
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	.01
ความถี่ของการรับประทานยาต่อวัน	.08
ผลข้างเคียงจากยา	-.12

* หมายถึง $p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี ร้อยละ 89.0 ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี (ปฐมพร เขียวบุตร, 2552; สาธูพร พุฒขาว, 2541; สายรุ้ง จันทร์เส็ง, 2548; Bressington et al., 2012) อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการสงบอยู่ในเกณฑ์ปกติประเมินโดยBPRSมีระดับคะแนน ≤ 18 คะแนน และได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าอาการทางจิตมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท (Bressington et al., 2012; Chan et al., 2014)

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ทักษะคิดต่อการรักษาด้วยยาระยะเวลาการเจ็บป่วยจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความถี่ของการรับประทานยาต่อวัน และผลข้างเคียงจากยากับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท

ทักษะคิดต่อการรักษาด้วยยา: การศึกษาครั้งนี้พบว่าทักษะคิดต่อการรักษาด้วยยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36, p < .05$) นั่นคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีทักษะคิดต่อการรักษาด้วยยาดี มีแนวโน้มที่จะมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี ซึ่งผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย และมีความสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา (สาธูพร พุฒขาว, 2541; สายรุ้ง จันทร์เส็ง, 2548; หทัยรัตน์ มุลรัตน์เสถียร, 2555; Bressington et al., 2012; Chan et al., 2014; Chandra et al., 2014) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าทักษะคิด เป็นความรู้สึก ความคิดของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ที่เป็นผลมาจากประสบการณ์หรือสิ่งแวดล้อม ความรู้สึก และความคิดดังกล่าวเป็นไปในทางชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย อันมีแนวโน้มที่จะทำให้บุคคลแสดงปฏิกิริยาและการกระทำต่อสิ่งนั้นๆ ทั้งในทางสนับสนุนหรือต่อต้าน (ฉชพัฒน์ อัครวิชฌนนท์, 2554) ดังนั้นทักษะคิดต่อการรักษาด้วยยาเป็นความรู้สึก การเรียนรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อการรับประทานยา และเป็นแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทั้งร่วมมือและไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะคิดต่อการรักษาด้วยยาดี จึงอาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีทักษะคิดต่อการรักษาด้วยยาดีมีแนวโน้มที่จะมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีด้วย

เพศ: เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท (ปฐมพร เขียวบุตร, 2552; สายรุ้ง จันทร์เส็ง, 2548; หทัยรัตน์ มุลรัตน์เสถียร, 2555; Chandra et al., 2014; Dassa et al., 2010; Mamo et al., 2014; Razali & Yusoff, 2014) แต่ไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549; Bressington et al., 2012; Maheshwari et al., 2009) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี (Orem, 1991) ซึ่งการรับประทานยาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเป็นพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างหนึ่งที่บุคคลทุกเพศต้องการที่จะปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองในยาม

ที่เจ็บป่วย จึงทำให้พบว่าเพศชายและเพศหญิง ไม่แตกต่างกันในเรื่องความร่วมมือในการรักษา ด้วยยา

ระยะเวลาการเจ็บป่วย: ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท (ปฐมพร เขียวบุตร, 2552; สายรุ้ง จันทร์เส็ง, 2548; Dassa et al., 2010; Razali & Yusoff, 2014) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี (ร้อยละ 89.0) มีอาการสงบอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ประเมินโดย BPRS มีระดับคะแนน ≤ 18 คะแนน) และมีระบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเน้นเรื่องการรับประทานยา จึงอาจมีส่วนที่จะอธิบายการไม่พบความสัมพันธ์ของระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาในครั้งนี้

จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล: จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท (Mahaye et al., 2012; Maheshwari et al., 2009) แต่ไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549; ปฐมพร เขียวบุตร, 2552; สายรุ้ง จันทร์เส็ง, 2548;

Bressington et al., 2012; Dassa et al., 2010; Razali & Yusoff, 2014) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 1 ครั้ง ส่วนใหญ่มีอาการสงบอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ประเมินโดย BPRS มีระดับคะแนน ≤ 18 คะแนน) มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี (ร้อยละ 89.0) รวมทั้งได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการลดอัตราการครองเตียง โดยเน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ชุมชน ซึ่งจะให้ประโยชน์ในด้านต้นทุนและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (ธีระ ลีลานันทกิจ, 2550) จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาในครั้งนี้

ความถี่ของการรับประทานยาต่อวัน: ความถี่ของการรับประทานยาต่อวันไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (Mahaye et al., 2012) แต่ไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ของการรับประทานยาต่อวันกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549; หทัยรัตน์ มุลารัตน์เสถียร, 2555)

ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความถี่ของการรับประทานยาด้านโรคจิต 2 ครั้งต่อวัน และส่วนใหญ่มีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี (ร้อยละ 89) มีอาการสงบอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ประเมินโดย BPRS มีระดับคะแนน ≤ 18 คะแนน) ประกอบกับจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการคิด จิตแพทย์จึงใช้หลักการ

สั่งยาโดยหลีกเลี่ยงการสั่งยาต้านโรคจิตหลายขนาน โดยสั่งยาเพียงวันละ 1-2 ครั้ง และสั่งยาที่มีผลข้างเคียงต่ำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการเรื่องยาของตนเองได้ และเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) จึงอาจมีส่วนในการอธิบายการไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ในการรับประทานยาต่อวันกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาในครั้งนี้

ผลข้างเคียงจากยา: ผลข้างเคียงจากยาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย แต่มีความสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าผลข้างเคียงจากยาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท (นพวรรณ เอกสุวิรพงษ์, 2549; หทัยรัตน์ มุลารัตน์เสถียร, 2555; Maheshwari et al., 2009) อาจอธิบายจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการผลข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้นประจำ คือ ปากแห้ง คอแห้ง กระจายน้ำ ร้อยละ 8.2 และง่วงนอนมาก ร้อยละ 2.7 รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานยา Haloperidol ร้อยละ 32.9 Chlorpromazine ร้อยละ 31.5 และ Risperidone ร้อยละ 35.6 และได้รับประทานยา Trihexyphenidyl ร้อยละ 79.5 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.1 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 26 ซึ่งระยะเวลาการเจ็บป่วยและการได้รับยาต้านโรคจิตมานาน ผู้ป่วยอาจมีความทนต่อผลข้างเคียงจากยาได้มากขึ้น รวมทั้งอาการผลข้างเคียงจากยาส่วนใหญ่ ได้แก่ อาการปากแห้ง คอแห้ง ซึ่งอาการเหล่านี้ผู้ป่วยสามารถบรรเทาอาการได้ด้วยการดื่มน้ำและ

รับประทานยาที่มีผลข้างเคียงที่ทำให้ง่วงนอนในมือก่อนนอน จึงไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยส่วนใหญ่ จึงพบว่าผลข้างเคียงจากยาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ทิศนคติต่อการรักษาด้วยยา เป็นปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา นั่นคือผู้ป่วยจิตเภทที่มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยา มีแนวโน้มที่จะร่วมมือในการรักษาด้วยยา ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยาจึงน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ ดังนั้นจึงใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยาให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

2. ถึงแม้ว่าจะไม่พบความสัมพันธ์ของเพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ความถี่ของการรับประทานยาต่อวัน และผลข้างเคียงจากยา กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในการศึกษาครั้งนี้ อย่างไรก็ตามควรศึกษาตัวแปรเหล่านี้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทที่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ และศึกษาตัวแปรอื่นๆ จากการทบทวนวรรณกรรมที่คาดว่าน่าจะมีผลสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีความหลากหลายมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภณ แสงอ่อน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและรองศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาในการทำวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2546). *แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale*. เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2556, จาก <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>.
- กรมสุขภาพจิต. (2554). *ผู้ป่วยนอกจิตเวชในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต*. เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2556, จาก <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>.
- กรมสุขภาพจิต. (2556). *ผู้ป่วยนอกจิตเวชในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต*. เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2556, จาก <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>.
- จารุวรรณ ขันติสุวรรณ. (2528). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณชพัฒน์ อัสวรัชชานนท์. (2554). *ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้บริการเครื่องจำหน่ายน้ำดื่ม แบบหยอดเหรียญของผู้พักอาศัยในอพาร์ทเมนต์ ในจังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์.
- ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน. (2544). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธีระ ลีลานันทกิจ. (2550). *โรคจิตเภทกับกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกที่ร้ายแรง*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนสราญรมย์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม, คณะเภสัชศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปฐมพร เขียวบุตร. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย*. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ส.ม. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- พิเศษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาชิปดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาชิปดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สาธิตพร พุฒขาว. (2541). *ปัจจัยที่มีผลต่อความ*

- ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สายรุ้ง จันทร์เส็ง. (2548). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- หทัยรัตน์ มุลารัตน์เสถียร. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการเภสัชกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Abel, K. M., Drake, R., & Goldstein, J. M. (2010). Sex differences in schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 417-428.
- Bressington, D., Mui, J. & Gray, R. (2012). Factors associated with antipsychotic medication adherence in community-based patients with schizophrenia in Hong Kong. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22, 35-46.
- Buckley, P. F., Wirshing, D. A., Bhushan, P., Pierre, J. M., Resnick, S. A., & Wirshing, W. C. (2007). Lack of insight in schizophrenia impact on treatment adherence. *CNS Drugs*, 21(2), 129 - 141.
- Canas, F., Alptekin, K., Azorin, J. M., Dubois, V., Emsley, R., Garcia, A. G., et. al. (2012). Improving treatment adherence in your patients with schizophrenia. *Clinical Drug Investigation*, 33(2), 97 - 107.
- Chan, K. W., Hui, L. M., Wong, H. Y., Lee, H. M., Chang, W. C., & Chen, Y. H. (2014). Medication adherence knowledge about psychosis and insight among patients with schizophrenia - spectrum disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(1), 25-29.
- Chandra, I. S., Kumar, K. L., Reddy, M. P., & Reddy, C. M. P. (2014). Attitudes toward medication and reasons for non-compliance in patients with schizophrenia. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36, 294-298.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dassa, D., Beyer, L., Benoit, M., Bourcet, S., Raymondet, P., & Bottai, T. (2010). Factors associated with medication non-adherence in patients suffering from schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 921-928.

- 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.
- Grossman, L. S., Harrow, M., Rosen, C., Faull, R., & Strauss, G.P. (2008). Sex difference in schizophrenia and other psychotic disorders. *Comprehensive Psychiatry, 49*(6), 523-529.
- Jonsdottir, H., Opjordsmoen, S., Birkenaes, A.B., Simonsen, C., Engh, J.A., Ringen, P.A., et al. (2013). Predictors of medication adherence in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 127*, 23-33.
- Isaacs, B., & Kennie, A. T. (1973). The set test as an aid to the detection of dementia in old people. *The British Journal of Psychiatry, 123*(575), 467-470. Retrieved October 5, 2015, from <http://bjp.rcpsych.org/content/bjprcpsych/123/575/467.full.pdf>
- Kikkert, M. J., Schene, A. H., Koeter, M. W., Robson, D., Born, A., Helm, H., et al., (2006). Medication adherence in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 32*(4), 786-794.
- Mahaye, S., Mayime, T., Nkosi, S., Mahomed, F.N., Ntuli, L., Pramlal, J., et al. (2012). Medication adherence of psychiatric patients in an outpatient setting. *African Journal of Pharmacy and Pharmacology, 6*(9), 608-612.
- Maheshwari, S. K., Gupta, S., & Sharan, P. (2009). Medication non-compliance and substance abuse in schizophrenia. *The Nursing Journal of India, 9*, 201-203.
- Mamo, E. S., Gelaw, B. K., Tegegne, G. T., Alemu, T. N., & Legese, K. (2014). Medication adherence among patients with schizophrenia treated with antipsychotics at Adama Hospital, East Shoa Zone, Orimia Regional State. *Indo American Journal of Pharmaceutical Research, 4*(8), 3447-3454.
- Marder, S. R., Glynn, S. M., Wirshing, W. C., Ross, D., Widmark, C., Mintz, J. et al. (2003). Maintenance treatment of schizophrenia with risperidone haloperidol: 2-year outcomes. *The American Journal of Psychiatry, 160*(8), 1405-1412.
- McCann, T. V., Clark, E., & Lu, S. (2009). Subjective side effect of antipsychotics and medication adherence in people with schizophrenia. *Journal of Advance Nursing, 65*(3), 534 - 543.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice*. (4th ed). St Louis: Mosby-Year Book.
- Razali, S. M., & Yusoff, M. Z. (2014). Medication adherence in schizophrenia. A comparison between outpatients and relapse cases. *East Asian Arch Psychiatry, 24*, 68-74.
- Taylor, V. (2011). *Prevalence of schizophrenia*. Retrieved January 17, 2015, from <http://www.schizophrenic.com/articles/schizophrenia/prevalence-schizophrenia>