

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*

THE EFFECTS OF PSYCHOEDUCATION PROGRAM ON MEDICATION
ADHERENCE AMONG INDIVIDUAL WITH SCHIZOPHRENIA
IN THE COMMUNITY

อินทกานต์ สุวรรณ, พย.ม. (Intukarn Suwan, RN, M.N.S)**

สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, วท.ม (Suwanee Keawkingkeo RN, M.S.)***

Abstract

Objective: To examine the effect of psychoeducation program on medication adherence among persons with schizophrenic and their caregivers.

Methods: This study was a quasi- experimental research. Samples were 40 persons with schizophrenic and their caregivers recruited from the list of psychiatric clinic registration at Banphotpisai Hospital. The subjects were matched pairs by the score from the Brief Psychiatric Rating Scale less than 30 and then randomly assigned into experiment and control group with 20 persons in each group. The experimental group participated in a 5 weeks psychoeducation program and the controlled group received regular nursing care. Data were collected by the Medication Adherence

Questionnaires before and after the experiment.

Data were analyzed using t-test statistics.

Results: The result were as follows:

(1) After participating in the 5 weeks psychoeducation program, the mean score of medication adherence of the experimental group ($M = 3.80$, $SD = .21$) was significantly higher than that before ($M = 2.07$, $SD = .10$) at $p < .05$.

(2) After the experiment, the mean score of medication adherence of the experimental group ($M = 3.80$, $SD = .21$) was significantly higher than that of the control group ($M = 2.04$, $SD = .14$) at $p < .001$.

Keywords: : Psychoeducation, Schizophrenia, Medication adherence

* การศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (This study was supported by the Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health)

** Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ (Corresponding author, Registered Nurse, Professional Level, Banphotpisai Hospital, Nakhonsawan Province) Email: kulwai @ hotmail.com

***รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (Associate Professor, Psychiatric-Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และญาติผู้ดูแล

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท และญาติผู้ดูแล จากทะเบียนผู้รับบริการคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลบรรพตพิสัยจำนวน 40 ราย กลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่ (matched pairs) ด้วยค่า Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) น้อยกว่า 30 คะแนน สุ่มแบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา สัปดาห์ละครั้ง 5 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ก่อน และหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบค่าที

ผลการศึกษา: ผลการวิจัยมีดังนี้

(1) หลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่า ($M=3.80$, $SD=.21$) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ($M=2.07$, $SD=.10$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

(2) หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลอง ($M = 3.80$, $SD = .21$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 2.04$, $SD = .14$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คำสำคัญ: สุขภาพจิตศึกษา จิตเภท ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมมีลักษณะอาการเด่นคือมีความคิดผิดปกติ มีความเชื่อในการทำหน้าที่ การดำเนินโรคแบบเรื้อรัง ใช้ระยะเวลายาวนานในการรักษา แนวทางการให้บริการสุขภาพจิตปัจจุบัน คือ การให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตอยู่ในภาวะสงบกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนโดยเร็ว โดยการให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการทางจิตที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาจะทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยลดลง และมีพฤติกรรมควบคุมตนเองได้ดีขึ้น การรับประทานยาจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในการรักษาผู้ป่วยเมื่อกลับสู่ชุมชน แต่ปัญหาที่พบประจำ คือ ผู้ป่วย และญาติส่วนมากเห็นว่าผู้ป่วยไม่มีอาการที่เคยมี จึงสรุปว่าผู้ป่วยหายแล้ว จึงเลิกรับประทานยาทำให้อาการทางจิตเกิดกำเริบขึ้นใหม่เป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ หลักการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมสารสื่อประสาทในสมองบางชนิดที่เป็นต้นเหตุของอาการทางจิต การรับประทานยาตามแผนการรักษาจะช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ และจะทำให้เกิดผลการรักษาที่ดีในระยะยาว (Kumar & Sedgwick, 2001)

การรับประทานยาต่อเนื่องถือว่ามีมีความสำคัญในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน (Azrin & Teichner, 1998; Gilmer et al., 2004) จากปัญหาการขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการรักษาด้วยยาของ

ผู้ป่วยจิตเภทและญาติทำให้เกิดภาวะ “ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา” ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทั่วไปผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องในเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ และด้านสังคม การไม่ได้รับการรักษาทำให้บุคลิกภาพเสื่อมลงเรื่อย ๆ เป็นภาระให้กับสังคม(กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข,2559) การศึกษาของกนิษฐา ธรรมดา (2553) พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คือ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา รวมทั้งผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นเหตุผลในผู้ป่วยบางรายไม่ยอมใช้ยาเช่นเดียวกับความรู้สึกรบกวนจากอาการไม่พึงประสงค์และอาการข้างเคียงของยา(Marder, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ (Kumar & Sedgwick, 2001) พบว่าเหตุผลของการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในกลุ่มของผู้ป่วย คือ ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภทได้ โดยอาการข้างเคียงที่พบ คือ กล้ามเนื้อเกร็ง ตาเหลือก มือสั่น ตัวแข็ง น้ำลายไหลเป็นต้น การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทนั้นจะได้ผลดีเมื่อมีการใช้รูปแบบการให้ความรู้ร่วมไปกับการรักษาด้วยยา เช่น การให้ความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทรวมทั้งแผนการรักษา ยาที่ใช้ อาการที่ยาออกฤทธิ์ในเบื้องต้น อาการข้างเคียงของยา และ การฝึกทักษะแก้ไขอาการไม่สุขสบายที่เกิดจากยาจะบังเกิดผลดีต่อความร่วมมือในการรักษา(Pekkala & Merinder, 2002) การวิจัยโดยเอ็บแซม และคณะ (Ebtsam, Nefissa, Nadia, & Amany, 2018) เพื่อประเมินผลของการบำบัดโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่

ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มหนึ่งเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามมาตรฐานปกติ พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาสามารถลดการป่วยซ้ำ และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ (Ebtsam et al., 2018)

จากรายงานการวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่พบว่า การใช้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับวิธีการรักษาด้วยยาที่มีอยู่จะทำให้ผลการรักษาในหลาย ๆ โรคได้ผลดีขึ้น และด้วยเหตุที่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบรรพตพิสัยมีอัตราการกลับเป็นซ้ำต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชบ่อยกว่าที่ควรเป็น การนำรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษามาใช้ในชุมชน เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคแนวทางการรักษา ยาที่ใช้ การออกฤทธิ์ของยา อาการข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาก็น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการรักษา และไม่หยุดยาเอง ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ดีขึ้น และผลจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่จะนำไปใช้ในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อน และหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ของ Anderson, Hogarty และ Reiss (1980) มาเป็นกรอบแนวคิดการจัดทำโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

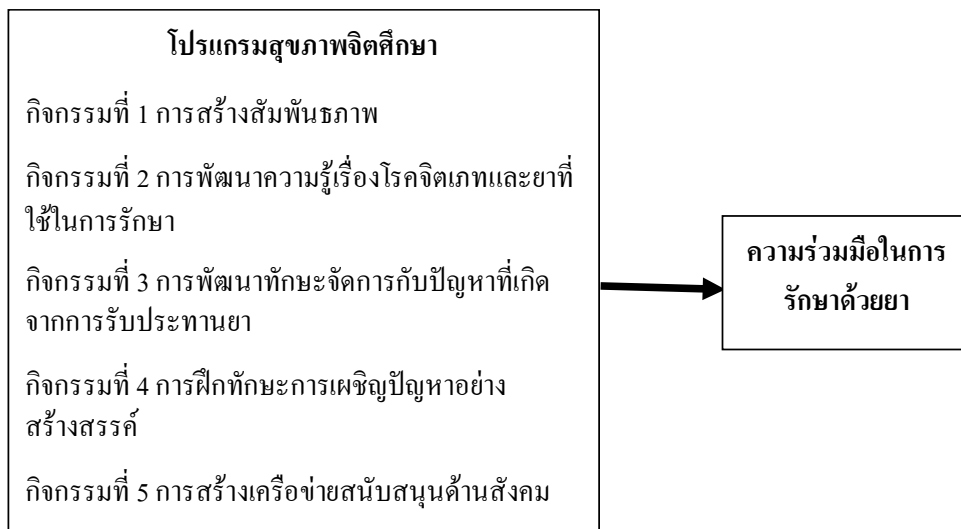
สุขภาพจิตศึกษา หรือ psychoeducation คือ การให้ความรู้อย่างเป็นระบบในเรื่องโรคที่เป็นหรือความผิดปกติที่พบ อาการ การรักษา และการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ (Anderson, Hogarty, & Reiss, 1980) Anderson นักวิจัยชาวอเมริกันที่ได้้นำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษา มาพัฒนาเป็นรูปแบบการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ และเป็นขั้นตอน โดยใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทด้วยการให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในเรื่อง อาการ กระบวนการของความผิดปกติ และสิ่งที่สมาชิกครอบครัวควรทำ โดย Anderson และคณะ (1980) ได้จัดทำโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างเป็นระบบ และเป็นขั้นตอน ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 5 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ (joining) 2) การพัฒนาความรู้ (education) 3) การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) 4) การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (coping skill) และ 5) การสร้างเครือข่ายทางสังคม (social support)

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson และคณะ (1980) โดยผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมที่ประกอบด้วยกิจกรรมที่มุ่งเสริมสร้างให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลได้ปรับเปลี่ยนความคิดผ่านกระบวนการเรียนรู้อย่างมี

ส่วนร่วมที่เหมาะสม ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพให้มีความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม กิจกรรมที่ 2) การพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและยาที่ใช้ในการรักษา โดยการสนทนากลุ่มเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ตรงกัน เกี่ยวกับอาการของโรคจิตเภท การเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม สาเหตุ อาการ อาการแสดง และวิธีการบำบัดรักษาที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน และแนวทางการป้องกันการเกิดอาการกำเริบ โดยการใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับโรคจิตเภท การสะท้อนคิด การตระหนักรู้ชัดในการเกิดโรค ตลอดจนผลกระทบต่อ พฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ ดังนั้น กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเช่นนี้ จะส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ ผลกระทบจากการกำเริบของโรคจิตเภท วิธีการดูแลตนเอง กิจกรรมที่ 3) การพัฒนาทักษะจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการรับประทานยา คือการเสริมสร้างทักษะการจัดการกับปัญหา โดยใช้วิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับแนวทางในการจัดการกับปัญหา เช่น การค้นหาสาเหตุของโรคจิตเภท และการจัดการทางอารมณ์ และพฤติกรรมตนเอง เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา อย่างเหมาะสมกับแต่ละบุคคล ตลอดจน การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ฝึกทักษะการสังเกตอาการเตือนก่อนกำเริบซ้ำฝึกทักษะการจัดการ/ทักษะดูแลตนเองเกี่ยวกับปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมที่ 4) การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียดที่สร้างสรรค์ พร้อมทั้งการให้โอกาส

ผู้ป่วยได้เรียนรู้ ใฝ่ใจ และดูแลตนเอง สอดคล้อง กับความพึงพอใจของแต่ละบุคคล และกิจกรรม ที่ 5) การสร้างเครือข่ายสนับสนุนด้านสังคม ฝึกทักษะการติดต่อขอความช่วยเหลือทางสังคม ร่วมด้วย อันเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยจิตเภท

และผู้ดูแล มีการทักษะการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ น่าจะส่งผล ให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้น ดัง แสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental) ประกอบด้วยกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ประเมินผลการทดลองโดยวัดผลก่อน และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 5 โดย

เปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอบรรพพิสัยเพศทั้งชาย และหญิงที่มาลงทะเบียนกับโรงพยาบาลบรรพพิสัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยจิตเภทจากทะเบียนผู้รับบริการคลินิกจิตเวชในโรงพยาบาล โดยวิธี matched pair มี BPRS น้อยกว่า 30 คะแนน ใช้การคัดเข้าตามลำดับก่อน-หลังการมาตรวจครบ 20 คู่ และทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยจับสลากแยกกล่องที่แบ่งเป็นกล่องที่ 1 กลุ่มควบคุม และกล่องที่ 2 กลุ่มทดลอง

ทำเช่นนี้จนครบ 20 คู่ (40 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation program) โดยผู้วิจัยและผู้วิจัยร่วมดำเนินการพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Anderson, Hoggarty and Reiss (1980) โดยกำหนดโครงสร้างและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมให้ครอบคลุมการสร้างความร่วมมือรักษาด้วยยา และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (แพทย์ พยาบาล และนักจิตวิทยา) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมตลอดจนลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ได้รับการแก้ไขไปใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากทดลองใช้โปรแกรมแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง โดยมีกิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วย 5 กิจกรรม กิจกรรมที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ (joining) กิจกรรมที่ 2) การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา (education) กิจกรรมที่ 3) การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการรับประทานยา และผลข้างเคียงของยา (problem solving skills) กิจกรรมที่ 4) การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (coping skills) และกิจกรรมที่ 5) การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม (social support) ใช้เวลากิจกรรมละ 90 - 120 นาที ดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง สัปดาห์ละครั้ง จบครบ 5 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ประวัติอาการกำเริบ และการพักอาศัย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดยอุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ใช้ในผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเที่ยง .83 ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรม การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการใช้ยา 2 ด้าน คือ การปฏิบัติตามแผนการรักษา 9 ข้อ และ ความสามารถในการสังเกต การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา 9 ข้อ แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ได้ค่า CVI = 1 จากการทดสอบค่าเชื่อมั่นของเครื่องมือในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เตรียมความรู้ของผู้วิจัยเรื่องการฝึกทักษะการให้สุขภาพจิตศึกษา เตรียมเครื่องมือ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย ดำเนินการจัดเอกสารข้อมูลการวิจัยส่งไปยังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรรพตพิสัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ ชี้แจงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบในการวิจัยนี้ดำเนินการแบบรายกลุ่ม เมื่อได้กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแล้ว ผู้วิจัยให้

ทำแบบประเมินก่อนดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโดยประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท จากนั้นทดลองตามแผนการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที ติดต่อกันจนเสร็จสิ้นทั้ง 5 กิจกรรม และให้กลุ่มทำแบบประเมินหลังจบโปรแกรม ซึ่งเป็นฉบับเดียวกับก่อนเริ่มโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ 2562

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจะได้รับทราบรายละเอียดในขั้นตอนต่าง ๆ โดยผู้วิจัยมีการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยขั้นตอนต่าง ๆ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา และการรักษาความลับส่วนบุคคล เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจจึงดำเนินการต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) จำนวน ร้อยละ แจกแจงความถี่
2. เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อน และหลังให้โปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบที (dependent t test)
3. เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มได้รับ

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลตามปกติโดยใช้สถิติทีชนิดเป็นอิสระต่อกัน (independent t – test)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเป็นเพศชาย จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 50 เพศหญิงจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 45 ส่วนใหญ่ว่างงานจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมา มีอาชีพเกษตรกรจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีรายได้จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมามีรายได้ 0-1,500 บาทจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ด้านระยะเวลาการป่วยด้วยโรคจิตเภทอยู่ระหว่าง 1-5 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมาอยู่ระหว่าง 6-10 ปี และ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 25 ส่วนใหญ่มีประวัติเคยอาการกำเริบจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีลักษณะการพักอาศัยกับครอบครัว/ญาติพี่น้องจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 65

กลุ่มควบคุมกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 80 เพศหญิงจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 20 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 45 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 65 ส่วนใหญ่อาชีพ

ว่างงานจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมา มีอาชีพเกษตรกรจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 25 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 0-1,500 บาท จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35 ด้านระยะเวลาการป่วยด้วยโรคจิตเภทอยู่ระหว่าง 1-5 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาอยู่ระหว่าง 6-10 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 20 มีประวัติเคยอาการกำเริบจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีลักษณะการพัวพันกับครอบครัว/ญาติพี่น้องจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 65

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

2.1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูง ($M = 3.80, SD = .21$) กว่าก่อนให้สุขภาพจิตศึกษา ($M = 2.07, SD = .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนในกลุ่มควบคุม คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ก่อนการให้สุขภาพจิตศึกษา ($M = 2.11, SD = .14$) และหลังการให้สุขภาพจิตศึกษา ($M = 2.04, SD = .14$) ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	Mean	SD	ระดับ	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนทดลอง	2.07	.10	ต่ำ			
หลังทดลอง	3.80	.21	ดี	36.50	19	.00
กลุ่มควบคุม						
ก่อนทดลอง	2.11	.14	ต่ำ			
หลังทดลอง	2.04	.14	ต่ำ	1.56	19	.13

2.2 ผลเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาก่อนการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลอง ($M = 2.07, SD = .10$) และกลุ่มควบคุม ($M = 2.11, SD = .14$) ไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลอง พบว่า

ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 3.80, SD = .21$ และ $M = 2.04, SD = .14$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ก่อนและหลังให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n = 40)

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	Mean	SD	ระดับ	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนทดลอง	2.07	.10	ต่ำ	1.00	38	.32
หลังทดลอง	2.11	.14	ต่ำ			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนทดลอง	3.80	.21	ดี	30.53	38	< .001
หลังทดลอง	2.04	.14	ต่ำ			

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ๆ ละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ใช้ระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้น (ธงรบ เทียนสันต์, 2556) หรือมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น (Pitschel-Walz

et al., 2006) สามารถอธิบายได้ว่าสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของ Anderson และคณะ (1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทางจิต มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย และการรักษา เกิดการยอมรับสามารถจัดการกับอาการที่กำเริบหรือรุนแรงได้ รวมถึงการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิต ส่งผลให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วย และผู้ดูแล

ในการศึกษาครั้งนี้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีการให้ความรู้และการให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกที่เข้าร่วมโปรแกรม โดยมีผู้นำกลุ่มคอยกระตุ้น เชื่อมโยงความคิด ให้ข้อมูล สอน ชี้แนะ ให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ และการรักษา ผลที่เกิดจากการรักษา อาการข้างเคียงจากยา และการแก้ไข จากประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมคนอื่น กิจกรรมเหล่านี้ น่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและ

สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ให้การดูแลปกติ ซึ่งจาก

การศึกษาของ Kumar และ Sedgwick (2001) ก็พบว่าความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยมีเหตุปัจจัยหลายอย่างซึ่งหนึ่งในเหตุปัจจัยสำคัญคือการไม่มีความรู้ความเข้าใจและการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการรับประทานยาจิตเวชไม่เหมาะสม ซึ่งน่าจะเป็นส่วนหนึ่งที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องให้กลุ่มควบคุมยังมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดำกว่ากลุ่มทดลอง

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ นับว่าเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการนำไปปรับใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นสาเหตุของการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทเป็นระยะ ๆ เช่น 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน

2. ควรมีการนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามาใช้โดยการเติมเต็มความรู้ในส่วนที่ขาด และมีการประเมินผลอย่างเป็นระบบเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

กนิษธิดา ธรรมดา. (2553). *การวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย โรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตร การเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วย โรคจิตสำหรับแพทย์* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ธงรบ เทียนสันต์. (2556). *ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

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.

- Azrin, N. H. & Teichner, G. (1998). Evaluation of an instructional program for improving medication compliance for chronically ill outpatients. *Behavior Research Therapy*, 39(9), 849-861.
- Ebtsam, H. S., Nefissa, M. A. K., Nadia, E.S., & Amany, A. M. (2018). Effect of Psycho educational Program on Improving of Medication Adherence among Schizophrenic Patients. *Journal of Nursing and Health Science*, 7(6), 69-79.
- Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. *Irish Medical Journal*, 92(6), 392-394.
- Gilmer, T. P., Dolder, C. R., Lacro, J. P., Folsom, D. P., Lindamer, L., Garcia, P., et al. (2004). Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 161(4), 692-699.
- Kumar, S. & Sedgwick, P. (2001). Non-compliance to psychotic medication in Eastern India: Clients' perspective Part II. *Journal of Mental Health*, 10(3), 279-284.
- Marder, S. R. (2003). Overview of partial compliance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(16), 3-9.
- Pekkala, E., & Merinder, L. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Cd002831. doi:10.1002/14651858.Cd002831
- Pitschel-Walz, G., Bauml, J., Bender, W., Engel, R. R., Wagner, M., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: Results of the Munich Psychosis Information Project Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(3), 443-452. doi:10.4088/jcp.v67n0316