

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการจัดการตนเอง ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

กรรณก ตระกูลการ, พย.ม.*^a

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงและสุ่มอย่างง่าย แบ่งเข้ากลุ่มๆ ละ 15 คน โดยใช้ช่วงเวลาที่แตกต่างกัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการจัดการตนเอง ประเมินผลโดยเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือการเข้ายาภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือการเข้ายาหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือการเข้ายาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลอง (Mean=75.93, SD=4.49) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean=38.06, SD=4.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (Mean df=39.33, 95% CI=36.46–42.19) และ 2) ค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือการเข้ายาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า (Mean=75.93, SD=4.49) กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ (Mean=36.60, SD=3.02) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (Mean df=39.33, 95% CI=36.46–42.19) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทชุมชนได้

คำสำคัญ : สุขภาพจิตศึกษา; ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา; ผู้ป่วยจิตเภท; การจัดการตนเอง

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

^a Corresponding author กรรณก ตระกูลการ Email : Dararat2504boon@gmail.com

รับบทความ: 10 ก.พ. 65; รับบทความแก้ไข: 12 มี.ค. 65; ตอรับตีพิมพ์: 12 มี.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 25 เม.ย. 65

Effects of Psycho-education and Self-management Program on Medication Adherence among Individual with Schizophrenic in Thawat Buri Community, Roi et Province

Kornkanok Trakunkarn, MSN^{*a}

Abstract

This quasi-experimental research with two-group pretest and posttest design aimed to evaluate the effects of a psycho-education program and self-management on medication adherence among individuals with schizophrenia in the community. Purposive sampling was used to recruit participants, who were then divided into two groups by time series, with 15 people per group. The comparison group received routine nursing care while the experimental group received psycho-education and a self-management program. Comparisons between means was measured for medication adherence among individuals with schizophrenia between the experimental group and the control group and the results showed the following : 1) there was a significant increase in the medication co-operation of schizophrenic patients' mean scores (Mean=75.93, SD=4.49) after receiving the psycho-education program (p.001, Mean df = 37.87, 95% CI=34.23–41.50); and 2) independent t-test used to compare differences in medication co-operation of schizophrenic patients mean scores between the two groups showed that the experimental group that participated in the psycho-education program had a higher mean score (Mean=75.93, SD=4.49) than those from the control group who received regular services (Mean=36.60, SD=3.02). It was also found that there was a significant difference between the two scores at p=0.05 (p=001, Mean df=39.33, 95% CI=36.46–42.19).

In conclusion, psycho-education program can be utilized as a model for promoting medication adherence in the schizophrenic population.

Keywords : Psycho-education program; Medication adherence among individuals;
Schizophrenia; Self-management

* Lecturer, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

^a Corresponding author : Kornkanok Trakunkarn Email : Dararat2504boon@gmail.com

Received: Feb. 10, 22; Revised: Mar. 12, 22; Accepted: Mar. 12, 22; Published Online: Apr. 25, 22

บทนำ

การให้ความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication adherence) ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นประเด็นท้าทายสำหรับการรักษาด้านจิตเวช ซึ่งถือเป็นปัญหาที่พบบ่อยในการรักษาจิตเวช และการรักษาจิตเวช⁽¹⁾ ส่งผลกระทบต่อทั้งครอบครัวและผู้ป่วย การได้รับยาไม่ต่อเนื่องส่งผลให้กลับเข้ามา รักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยมากขึ้น⁽²⁾ ส่วนครอบครัวต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น⁽³⁾ โรงพยาบาลชุมชนธวัชบุรี มีสถิติผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง จำนวน 263 ราย ปีงบประมาณ 2563 มีอัตรากลับมารักษา ร้อยละ 14.90⁽⁴⁾ จากการทบทวนแฟ้มประวัติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่บ้าน ไม่ได้กินยาตามแผนการรักษา ดูแลตัวเองไม่เหมาะสม มีปัญหา การสื่อสารกับคนในครอบครัว มีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย จิตเภททั้งหมด หลังการรักษาต่อเนื่องหลัง 18 สัปดาห์ผ่านไป มีเพียงร้อยละ 26 เท่านั้น ที่สามารถ กินยาครบถ้วน⁽⁵⁾

การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต สร้างทักษะ การจัดการกับปัญหาให้สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการแนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการการรักษาได้อย่างเหมาะสม โดยผลจากการให้สุขภาพจิตศึกษานั้น เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและช่วยลดความเครียด เมื่อพิจารณาองค์ประกอบหลัก ของการให้สุขภาพจิตศึกษา ตามแนวคิดของวิลเลียม (William Glasser)⁽⁶⁾ เป็นวิธีให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา การยอมรับและสามารถจัดการอาการและเผชิญปัญหา ทางสุขภาพจิตได้ ซึ่งเป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งประกอบด้วย 1) การสนับสนุนทางด้านจิตใจโดยให้มีการสื่อสาร แลกเปลี่ยนอารมณ์ และความรู้สึกระหว่างสมาชิก ในครอบครัว เพื่อให้เกิดการยอมรับ และความมีคุณค่าในผู้ดูแล 2) การสนับสนุนการให้ความรู้ และข้อมูล ข่าวสาร เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทและการรักษา 3) การสนับสนุน ด้านการสอนและพัฒนาทักษะ โดยการสร้างทักษะในการดูแลตนเองหรือปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ของผู้ป่วยจิตเภท ตลอดจนการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารกับบุคคลอื่น ทักษะการแก้ปัญหา การจัดการ กับภาวะวิกฤตทางอารมณ์และการจัดการความเครียด และ 4) การสนับสนุนสิ่งของและแหล่งให้บริการ สุขภาพ จากการทบทวรรณกรรม พบว่าการใช้สุขภาพจิตศึกษาเป็นวิธีการบำบัดที่ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา มีแนวคิดที่หลากหลาย อาทิ แนวคิดของฟอลลอน (Falloon)⁽⁷⁾ ช่วยพัฒนาครอบครัวให้มีทักษะในการสื่อสาร และทักษะการจัดการแก้ปัญหา มุ่งให้ความรู้ด้านจิตสังคม เน้นการลดความเครียดในครอบครัว ส่วนแนวคิด สุขภาพจิตศึกษาของแอนด์ เอ็ม แอนเดอร์สัน และคณะ (Anderson CM et.al)⁽⁸⁾ มุ่งเน้นสัมพันธภาพ ระหว่างผู้ป่วยกับทีมรักษา แต่อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมีความรู้และทักษะการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และเกิดความตระหนักและให้ความสำคัญในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการจัดการตนเองมาร่วมใช้ ในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่มากขึ้น

การจัดการตนเอง หมายถึงกระบวนการหรือผลลัพธ์ที่เหมือนกันและแตกต่างกันระหว่างความรู้ ของผู้ป่วยและความรู้การจัดการตนเอง ความเกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง และประสิทธิผลของการฝึก ปฏิบัติการจัดการตนเอง การจัดการตนเองจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นและกำลังอยู่

ในระหว่างการรักษา การจัดการตนเองเป็นการเรียนรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นที่จะดำรงไว้ซึ่งความพอใจของการที่บุคคลนั้นต้องอยู่กับโรคเรื้อรังตามแนวคิดของลอริก และฮอลแมน (Lorig R & Holman H)⁽⁹⁾ หรืออาจเป็นการฝึกบุคคลที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังให้สามารถเผชิญกับการรักษา คงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตในแต่ละวันกับครอบครัวกับอนาคต การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต รวมทั้งด้านจิตใจ อารมณ์โกรธ อารมณ์เศร้า⁽¹⁰⁾ เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศและส่วนใหญ่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง อาทิ โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน⁽¹¹⁾ แต่ยังมีการศึกษาในกลุ่มโรคทางจิตเวชค่อนข้างน้อย

ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดของแคโรล เอ็ม แอนเดอร์สันและคณะ⁽⁸⁾ ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีความเหมาะสมกับคลินิกจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลธวัชบุรี ซึ่งมีการนัดผู้ป่วยจำนวนน้อยไม่เกิน 30 คน โดยการให้ความรู้และการบำบัด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพในการจัดการกับปัญหาและเผชิญความเครียดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังของกลุ่มทดลองที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาและการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

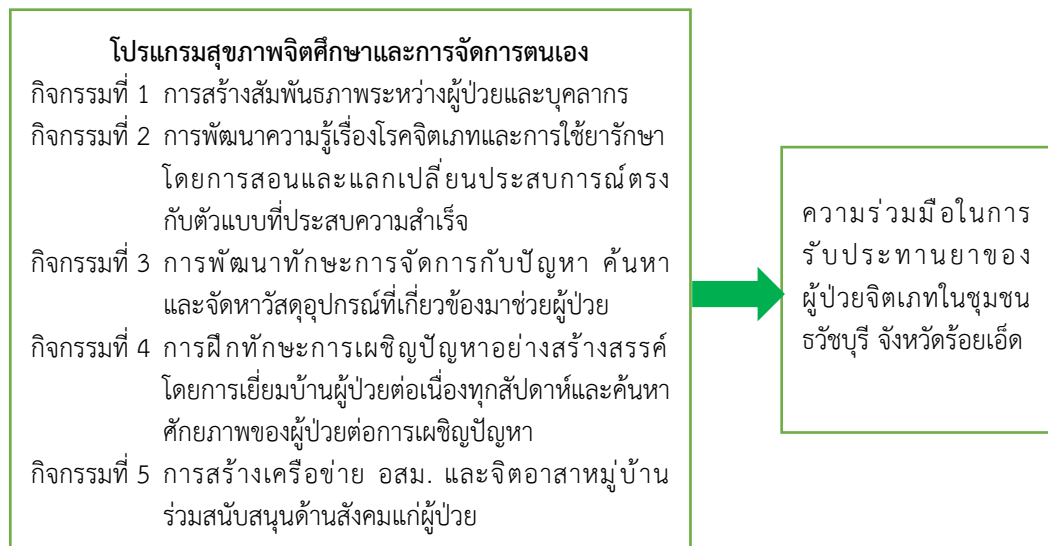
สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ภายหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของแคโรล เอ็ม แอนเดอร์สันและคณะ (Anderson CM. et.al.)⁽⁸⁾ ผสมผสานกับแนวคิดการจัดการตนเอง มาเป็นกรอบแนวคิดในการทำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน: ธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด โดยแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาแคโรล เอ็ม แอนเดอร์สันและคณะ⁽⁸⁾ มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การพัฒนาความรู้ 3) การฝึกทักษะการแก้ปัญหา 4) การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา 5) การสร้างเครือข่ายทางสังคม ส่วนแนวคิดการจัดการตนเองมี 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การใช้แหล่งข้อมูล การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ การลงมือปฏิบัติและการปรับทักษะการปฏิบัติให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของแคโรล เอ็ม แอนเดอร์สันและคณะ⁽⁸⁾ ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง ของ ลอริกและโฮลแมน (Lorig KR & Holman H)⁽⁹⁾ โดยจัดทำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการจัดการตนเอง

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้มีความร่วมมือต่อการรักษาด้วยยา ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรให้มีความคุ้นเคยและเกิดการให้ความร่วมมือรวมทั้งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมที่ 2 พัฒนาความรู้ของผู้ป่วยเรื่องโรคจิตเภท อาการและวิธีการรักษา การรับประทานยาและแหล่งสนับสนุน โดยเน้นที่ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงกับตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง การซักจูงด้วยคำพูด การพูดถึงความสำเร็จที่กระทำได้ พร้อมทั้งมีการเสริมแรงทางบวก และสอนวิธีการประเมินและติดตามผลในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันและเปิดโอกาสให้สามารถเข้าถึงการขอคำปรึกษาและให้คำปรึกษาแบบใกล้ชิดแก่ผู้ป่วยทุกราย ทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น ปัญหาการลืมรับประทานหรือการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ร่วมค้นหาสาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาการกิน รวมถึงการค้นหาแหล่งสนับสนุน เช่น ผู้ดูแลเป็นผู้กระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้รับประทานยาตามเวลา เอื้ออำนวยความสะดวกในการมาตรวจตามนัดและในช่วงการให้บริการผู้ป่วยในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสสายพันธุ์ (COVID-19) ได้มีการจัดให้บริการผู้ป่วยแบบ New normal โดยการรับยาต่อเนื่องด้วยระบบการลงทะเบียนนัดรับยาที่บ้านและการจัดส่งยาให้แก่ผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์จะช่วยให้มีการค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยต่อการเผชิญปัญหาในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการจัดการบทบาทตนเองและการจัดการอารมณ์ให้มีความเหมาะสมสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับบุคคลอื่นได้ กิจกรรมที่ 5 การสร้างเครือข่ายสนับสนุนด้านสังคม ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน สถานพยาบาลใกล้บ้าน หรือการให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของชุมชน เช่น เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มจิตอาสาพัฒนาหมู่บ้าน อันจะเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการพัฒนาทักษะการจัดการปัญหาได้เหมาะสม ตามกรอบแนวคิด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest and posttest design) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563

ประชากร ได้มาจากผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยและจำนวนของกลุ่มประชากรทั้งหมดรวมชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์จำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ามารับการรักษาต่อเนื่องที่คลินิกจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลธวัชบุรี อำเภोधวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรซึ่งจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ป่วย ร่วมกับการใช้วิธีเจาะจงคุณสมบัติ (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 20-50 ปี 2) คะแนนประเมินอาการทางจิตในระดับน้อยกว่า 30 คะแนน 3) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 4) ไม่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า 5) ไม่มีประวัติขาดการตรวจตามนัด 6) ไม่มีอาการกำเริบของโรค และ 7) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย นอกจากนี้ยังป้องกันตัวแปรกวนที่อาจมีผลต่อตัวแปรตามโดยใช้เกณฑ์การจับคู่ (Match pair) ให้มีความคล้ายคลึงกันในด้านเพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ประวัติกำเริบของโรค และค่าคะแนนอาการทางจิต BPRS น้อยกว่า 30 คะแนน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้ Power analysis ของโคเฮน (Cohen) โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมาของสุมิศา กุมลา โสภณ แสงอ่อน และพัชรินทร์ นิลจันทร์ จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.2 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power⁽¹²⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 12 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหาย ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 ราย รวมทั้งหมดจำนวน 30 ราย ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากจากรายชื่อทะเบียนเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนกระทั่งครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่มร่วมกับการจัดการตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของแคโรล เอ็ม แอนเดอร์สัน⁽⁸⁾ และลอริกและฮอทแมน⁽⁹⁾ โดยกำหนดโครงสร้างและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมให้ครอบคลุมการสร้างความร่วมมือด้วยยา โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่มๆ ละ จำนวน 7-8 คน ทำกิจกรรมต่อเนื่องจำนวน 8 ครั้งๆ ละ 45-60 นาที โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการใช้ยารักษา กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และกิจกรรมที่ 5 การสร้างเครือข่ายสนับสนุนด้านสังคม เครื่องมือชุดนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประเมินความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์แต่ละหัวข้อ มีค่า IOC ระหว่าง 0.8 -1.0 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงเนื้อหาให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิตของ Overall & Gorham⁽¹³⁾ แปลเป็นภาษาไทยโดย พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 ประกอบด้วย 18 ข้อคำถาม มีลักษณะคำตอบเป็นการประมาณค่าตั้งแต่ 1-7 คะแนน ตั้งแต่ ไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรงมาก โดยมีการแปลผล ดังนี้ คะแนน 18-36 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติหรือมีอาการทางจิตเล็กน้อย คะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง และเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 10 คน โดยนำผลคะแนนอาการทางจิตมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาร์คได้ค่าความเที่ยงในระดับ 0.84

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และประวัติกำเริบของโรค

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแนวคิดของฟาร์ราเกอร์ (Farragher)⁽¹⁴⁾ พัฒนาโดย อุมพร กาญจนรักษ์ ใช้กับผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเที่ยง 0.83 ครอบคลุมพฤติกรรมการปฏิบัติตามเกี่ยวกับการใช้ยา 2 ด้าน คือ การปฏิบัติตามแผนการรักษา 9 ข้อ และความสามารถในการสังเกต การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา 9 ข้อ แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น แล้วนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้วางแผนการนัดหมายผู้ป่วยพบแพทย์และรับยาตามนัด โดยใช้การนัดหมายกลุ่มทดลองมาเข้ากลุ่มในวันจันทร์และอังคาร และกลุ่มควบคุมเข้ากลุ่มในวันพฤหัสบดี โดยดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มทดลอง การวิจัยนี้ดำเนินการทดลองแบบรายกลุ่ม โดยกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คนแบ่งผู้ป่วยจิตเภทเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 7-8 คน เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมงติดต่อกัน กำหนดการจัดกิจกรรมในช่วงเช้าเวลา 10.00-12.00 น. ผู้วิจัยได้แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย อธิบายการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยจะและให้ผู้ป่วยประเมินแบบทดสอบคะแนนทางจิตซึ่งมีค่าน้อยกว่า 30 หลังจากนั้นจึงให้ทำแบบประเมินความร่วมมือการใช้ยาก่อนทดลอง และกลุ่มทดลอง จะได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการจัดการตนเองเป็นรายกลุ่ม ในช่วงระยเวลานัดต่อเนื่อง 3 เดือน โดยมีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง รวมจัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ครั้งละ 30-40 นาที ผู้วิจัยจะจับคู่ความเหมือนในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติการกำเริบของโรค การอาศัยกับผู้ดูแล และค่าคะแนนอาการทางจิตน้อยกว่า 30 คะแนน เข้าร่วมการวิจัยและดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสุขภาพจิตศึกษา ทั้ง 5 กิจกรรม รวม 8 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากร เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและพัฒนาไปสู่การให้ความไว้วางใจ ทุกคนแนะนำตนเอง ปฐมนิเทศ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ระยะเวลา ประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรมนี้ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้นจึงกำหนดการนัดหมาย ครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ (Education) เรื่องโรคจิตเภทและการใช้ยา รักษา ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2-3 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ โดยจะเน้นการสนทนากลุ่ม เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ที่ตรงกันเกี่ยวกับ ความหมายของโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ อาการแสดง การเปลี่ยนแปลง ทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งวิธีการบำบัดรักษาที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน และแนวทางการป้องกันการกำเริบของโรค โดยการใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กระตุ้นให้เล่าประสบการณ์ของแต่ละคนเกี่ยวกับ ประสบการณ์ของโรค กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบ ที่ประสบความสำเร็จ สร้างแรงจูงใจให้เกิดความสำเร็จ

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา (Problem solving skills) การกำหนดปัญหา ร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นทุกด้าน ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4-5 ประเมินและวิเคราะห์ปัญหา กระตุ้นให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดปัญหา จากการใช้ยา รวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น ปัญหาการลืมรับประทานหรือการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ร่วมค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาการกิน รวมถึงการค้นหาแหล่งสนับสนุนหรือจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง มาช่วยผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาลืมกินยา เช่น ปฏิทินกระตุ้นเตือนการลืมกินยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย การใช้อ่านยาคือความสะดวกในการมาตรวจตามนัดหรือการรับยาต่อเนื่องด้วยระบบการลงทะเบียนนัดรับยา ที่บ้านและการจัดส่งยาให้แก่ผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (Coping skills) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 6-7 เป็นการฝึกทักษะในการเผชิญปัญหาที่สร้างสรรค์ พร้อมทั้งการให้โอกาสผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้ ใฝ่ใจ และดูแลตนเอง และให้การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การสร้างเครือข่ายสนับสนุนด้านสังคม (Social supports) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 8 เป็นส่วนที่มีความจำเป็น เพราะการขาดแหล่งสนับสนุนด้านสังคมหรือการความช่วยเหลือทางสังคมมีผลทำให้ ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบหรือกลับมารักษาซ้ำได้ ระหว่างการดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยจะสอบถามความรู้สึก ของสมาชิกกลุ่ม ตลอดระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาทั้ง 8 สัปดาห์ รวมทั้งมีการชื่นชมและ ให้กำลังใจและเน้นย้ำให้สมาชิกทบทวนความรู้ และฝึกทักษะต่างๆ อย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวันทั้งที่บ้าน ผู้วิจัยร่วมกับ อสม.ในชุมชน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน นำยาไปส่ง ให้ผู้ป่วยและประสานงานผู้เกี่ยวข้องในชุมชน จัดให้ผู้ป่วยได้ส่วนหนึ่งของกลุ่มจิตอาสาพัฒนาหมู่บ้าน มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของชุมชน อันจะเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีการพัฒนาด้านเอง ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้เหมาะสม

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย อธิบายการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วย ประเมินแบบทดสอบคะแนนทางจิต ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 30 หลังจากนั้นจึงให้ทำแบบประเมินความร่วมมือ การใช้ยาก่อนทดลองและให้การพยาบาลตามปกติ คือ กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป การตรวจสัญญาณชีพ การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา และ/หรือมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ช่วงระยะเวลาติดต่อเนื่อง 3 เดือน ผู้ป่วยมาตามนัดจำนวน 8 ครั้ง ในครั้งสุดท้ายของการมาตรวจตามนัดผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยจิตเภททำแบบประเมินความร่วมมือการใช้ยาหลังการทดลองอีกครั้งเพื่อเก็บเป็นข้อมูลหลังการทดลอง และหลังจากการทดลอง สิ้นสุด กลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนราชบุรี :จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษยศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 022/2563 กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ก่อนเข้าร่วมโครงการ และจะได้รับการลงนามให้ความยินยอมในเอกสาร หลังจากกลุ่มตัวอย่าง ให้ความสมัครใจจึงจะเข้าร่วมโปรแกรม และผู้วิจัยเริ่มต้นการดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเสร็จสิ้น ทั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์จะถอนตัวออกจากโครงการได้ทุกเมื่ออย่างไม่มีเงื่อนไข

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในรูปแบบ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและมัธยฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยโดยใช้สถิติไคสแควร์ การใช้สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยชนิดทดสอบค่าที (t-test) และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระยะก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ภายในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบทีชนิดไม่อิสระ (Independent t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ด้วยสถิติทีชนิดอิสระ ต่อกัน (Dependent t-test) ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่ามีการแจกแจงแบบปกติ ($p>0.05$)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเป็นเพศชาย ร้อยละ 73.34 อายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 46.67 การศึกษาระดับประถม ร้อยละ 60.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 46.67 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.00 มีรายได้ไม่แน่นอน ร้อยละ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท 5-10 ปี ร้อยละ 80.00 เคยมีประวัติอาการกำเริบ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 80.00

กลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเป็นเพศชาย ร้อยละ 73.34 อายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 53.34 การศึกษาระดับประถม ร้อยละ 60.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 46.67 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.34 มีรายได้ไม่แน่นอน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท 5-10 ปี ร้อยละ 80.00 เคยมีประวัติอาการกำเริบ 1-2 ครั้ง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนก่อนทดลอง (Mean=37.00, SD=2.65) และหลังทดลอง (Mean=36.60, SD=3.02) ไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่าหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนน (Mean=75.93, SD=4.49) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean=38.06, SD=4.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.001$ (Mean df=37.87, 95% CI=34.23 to 41.50) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนธวัชบุรีจังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนและหลังให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n_1=15, n_2=15$)

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	Mean	SD	(Mean df)	95%CI	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนทดลอง	38.06	4.11	37.87	34.23-41.50	<0.001 *
หลังทดลอง	75.93	4.49			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนทดลอง	37.00	2.65	0.40	-1.02-0.22	0.189
หลังทดลอง	36.00	3.02			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนทดลองของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (Mean df=1.06, 95% CI=-1.52-3.65, $p=0.405$) แต่หลังทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง (Mean=75.93, SD=4.49) มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean=36.60, SD=3.02) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ (Mean df=39.33, 95% CI=36.46-42.19) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนทดลองและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n_1=15, n_2=15$)

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	Mean	SD	(Mean df.)	95%CI	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	38.06	4.11	1.06	-1.52 to 3.65	0.405
กลุ่มควบคุม	37.00	2.65			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	75.93	4.49	39.33	36.46 to 42.19	<.001*
กลุ่มควบคุม	36.60	3.02			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาแตกต่างจากก่อนดำเนินโปรแกรมฯ และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้ป่วยหลังทดลองจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าก่อนดำเนินโปรแกรมฯ และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม จะเห็นได้ว่าผลการทดลองดังกล่าวสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการจัดการตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่พัฒนาขึ้นโดยผสมผสานระหว่างแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาและแนวคิดการจัดการตนเอง มีประสิทธิภาพในการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการรับประทานยาโดยการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ และได้ผ่านการจัดการเรียนรู้ครบ 5 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากร เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและพัฒนาไปสู่การให้ความไว้วางใจ ทุกคนแนะนำตนเอง ปฐมนิเทศ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ระยะเวลา ประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรมนี้ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้นจึงกำหนดการนัดหมายครั้งต่อไป กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ (education) เรื่องโรคจิตเภทและการใช้ยารักษา ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2-3 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ โดยจะเน้นการสนทนากลุ่มเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ ที่ตรงกันเกี่ยวกับ ความหมายของโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ อาการแสดง การเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งวิธีการบำบัดรักษาที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน และแนวทางการป้องกันการกำเริบของโรค โดยการใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กระตุ้นให้เล่าประสบการณ์ของแต่ละคนเกี่ยวกับประสบการณ์ของโรค กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ สร้างแรงจูงใจให้เกิดความสำเร็จ กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) การกำหนดปัญหาร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นทุกด้าน ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4-5 ประเมินและวิเคราะห์ปัญหา กระตุ้นให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดปัญหาจากการใช้ยา รวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น ปัญหาการลืมรับประทานหรือการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ร่วมค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหากลุ่ม การกินยา รวมถึงการค้นหาแหล่งสนับสนุนหรือจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องมาช่วยผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาลืมกินยา เช่น ปฏิทินกระตุ้นเตือนการลืมนินยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย การเอื้ออำนวยความสะดวกในการมาตรวจตามนัดหรือการรับยาต่อเนื่องด้วยระบบการลงทะเบียนนัดรับยาที่บ้านและการจัดส่งยาให้แก่ผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม.ประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (Coping skills) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 6-7 เป็นการฝึกทักษะในการเผชิญปัญหาที่สร้างสรรค์ พร้อมทั้งการให้โอกาสผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้ ใส่ใจและดูแลตนเอง และให้การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม และ กิจกรรมที่ 5 การสร้างเครือข่ายสนับสนุนด้านสังคม (Social supports) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 8 เป็นส่วนที่มีความจำเป็น เพราะการขาดแหล่งสนับสนุนด้านสังคม หรือการความช่วยเหลือทางสังคมมีส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบหรือกลับมารักษาซ้ำได้ ระหว่างการดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยจะสอบถามความรู้สึกของสมาชิกกลุ่ม ตลอดระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

สุขภาพจิตศึกษาทั้ง 8 สัปดาห์ รวมทั้งมีการชื่นชมและให้กำลังใจและเน้นย้ำให้สมาชิกทบทวนความรู้ และฝึกทักษะต่างๆ อย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวันทั้งที่บ้าน ผู้วิจัยร่วมกับ อสม.ในชุมชน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน และประสานงานผู้เกี่ยวข้องในชุมชน จัดให้ผู้ป่วยได้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มจิตอาสาพัฒนาหมู่บ้าน มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของชุมชน อันจะเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีการพัฒนาตนเองในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้เหมาะสม สอดคล้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จโดยมีการทดลองนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีบทบาทในการวางแผนปรับพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในกระบวนการเยี่ยมบ้านพบว่าได้ผลที่ดีต่อผู้ป่วย⁽¹⁵⁾ เช่นเดียวกับสุมิศา กุมลา และคณะ พบว่าผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น⁽¹⁶⁾ สอดคล้องกับณัฐพัชระ สุนทรโกวิทย์ และคณะ พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่สูงขึ้น⁽¹⁷⁾ ณิชากัทธ มณีพันธ์ และคณะ พบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม สามารถลดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลได้⁽¹⁸⁾ และอณิมา จันทรแสน และคณะ พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวลดความรุนแรงของอาการทางจิตได้⁽¹⁹⁾ อินทกานต์ สุวรรณและคณะ พบว่า ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น⁽²⁰⁾

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการจัดการตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้มีการติดตามต่อเนื่อง 16 สัปดาห์ ซึ่งใช้เป็นแนวทางสำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้เป็นอย่างดี แต่อาจพัฒนาต่อให้นานถึง 24 สัปดาห์ เพื่อให้มีประสิทธิผลที่ดีมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากร โรงพยาบาลวชิรบุรีและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ที่สนับสนุนเวลาในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2013 Aug;3(4):200-18. doi: 10.1177/2045125312474019.
2. Shao WC, Chen H, Chang YF, Lin WC, Lin EC. [The relationship between medication adherence and rehospitalization: a prospective study of schizophrenia patients discharged from psychiatric acute wards]. *Hu Li Za Zhi*. 2013 Oct;60(5):31-40. Chinese. doi: 10.6224/JN.60.5.31.
3. Writers M. Following the six principles developed by the STAY initiative may improve treatment adherence in patients with schizophrenia. *Drug & Therapy Perspective* 2013;29(9), 287-90.
4. สำนักงานสาธารณสุขร้อยเอ็ด. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2563. เอกสารเสนอต่อที่ประชุมประจำปีงบประมาณสำนักงานสาธารณสุขร้อยเอ็ด. มปท; 2563
5. Acosta FJ, Hernández JL, Pereira J, Herrera J, Rodríguez CJ. Medication adherence in schizophrenia. *World J Psychiatry*. 2012 Oct 22;2(5):74-82. doi: 10.5498/wjp.v2.i5.74.
6. Williams CA. Patient education for people with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care*. 1989;25(2):14-21. doi: 10.1111/j.1744-6163.1989.tb00298.x.
7. Roncone R, Mazza M, Ussorio D, Pollice R, Falloon IR, Morosini P, Casacchia M. The questionnaire of family functioning: a preliminary validation of a standardized instrument to evaluate psychoeducational family treatments. *Community Ment Health J*. 2007 Dec;43(6):591-607. doi: 10.1007/s10597-007-9093-8.
8. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Schizophrenic and the family: A Practitioner 's Guide to Psychoeducation and Management. New York: Guilford Press; 1986.
9. Lorig, KR, Holman H. Self-management Education: History, definition, outcome, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 2003; 26(1): 1-7.
10. Redman BK. Patient self-management of chronic disease: The health care provider's challenge. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2004.
11. รัชชัย สัตยสมบุญ, ยุวนุช สัตยสมบุญ. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้* 2563; 7(2): 232-43.
12. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

13. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. Psychological Reports; 1962.
14. Farragher B. Treatment compliance in the mental health service. Irish Medical Journal. 1999; 92(6): 392-94.
15. อุมารณ กาลังดี, ภาวนา บุญมุสิก, อัจริยา วัชรวิวัฒน์. การพัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือความดันโลหิตสูงด้วยทีมหมอครอบครัว. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 4(ฉบับพิเศษ): S1-S18.
16. สุมิตา กุมลา, โสภิน แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2563; 34(2): 132-52.
17. ณิชฎพัชร สุนทโรวิทย์, อัญชลี วิจิตรปัญญา, ปาณิสรา อินทร์กันทุม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2563; 34(2): 153-68.
18. นิชาภัทร มณีพันธ์, สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2559; 30(3): 80-91.
19. อนิมา จันทรสาน, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, สุนิศา สุขตระกูล. ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2562; 33(3): 103-15.
20. อินทุกานต์ สุวรรณ, สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2563; 34(1): 152-62.