



# ผลของการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่องต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็โรคจิตเภทในชุมชน

## Effect of the Adherence Therapy on Medication Adherence Among Persons with Schizophrenia in Community

|          |             |          |           |            |          |
|----------|-------------|----------|-----------|------------|----------|
| ชานันท์  | แสงปาก      | พย.ม.*   | Chananan  | Saengpak   | M.N.S*   |
| ภัทรภรณ์ | ทุ่งปันคำ   | ปร.ด.**  | Patraporn | Tungpunkom | Ph.D.**  |
| วรณูช    | กิตลัมบันท์ | ปร.ด.*** | Voranut   | Kitsumban  | Ph.D.*** |

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่องต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน จำนวน 92 คน โดยสุ่มอย่างง่ายจากประชากรจำนวน 217 คนจากทั้งหมด 6 ตำบลในอำเภอแม่ทา เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 3 ตำบล แล้วนำมาจับคู่คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เพศ อายุ ใกล้เคียงกันได้กลุ่มละ 46 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่องที่พัฒนาโดยเกรย์และคณะ (Gray et al., 2003) ร่วมกับการพยาบาลจิตเวชชุมชนเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลจิตเวชชุมชนเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาระยะเวลานานการดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2559 ถึง 30 เมษายน 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย คู่มือบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่อง และเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ของการวิจัย ประกอบด้วยแบบประเมินทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา และแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยเครื่องมือวิจัยทั้งหมดได้มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 คน และผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาโดยใช้สูตรคูเดอร์ และริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ 0.81 และค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาร์ค เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เชิงสถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัย พบว่า หลังสิ้นสุดการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่อง 2 สัปดาห์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและทัศนคติต่อการรักษาด้วยยามีระดับสูงกว่าก่อนได้รับการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลองมีระดับสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

\* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

\* Registered Nurse Practitioner Level, Borommarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Phitsanulok province, chananun24@hotmail.com

\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\* Associate Professor, Faculty of nursing, Chiang Mai University, patraporn.t@cmu.ac.th

\*\*\* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\*\* Lecturer, Faculty of nursing, Chiang Mai University, voranut@mail.nurse.cmu.ac.th



ข้อเสนอแนะ การบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่อง มีผลในการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และทัศนคติต่อการใช้ยาในผู้ที่เป็โรคจิตเภทดีขึ้น จึงควรรนำรูปแบบการบำบัดนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็น เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

**คำสำคัญ:** ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท, การบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่อง, ความร่วมมือในการรักษา, ชุมชน

## Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of adherence therapy on medication adherence among persons with schizophrenia living in their community. The sample consisted of 92 persons with schizophrenia living in a community of the Mae Tha District, Lamphun Province. Participants from all 6 sub-districts were selected by simple random sampling method and were from 217 person randomly assigned into the experimental group and the control group, consisting of 3 sub-district for each. Samples were matched according to the drug adherence based on treatment regimen score, sex and age, and were then assigned into the experimental and control group with each group containing 46 persons. The experimental group received the adherence therapy developed by (Gray et al., 2003) in addition to treatment as usual care from community psychiatric nurses, the control group received usual care from community psychiatric nurses. The study was conducted from February 1st to April 30th 2015. Research instruments composed of the adherence therapy manual and outcome measures included the drug attitude inventory and the drug adherence based on treatment regimen scale, and. All instruments were tested for validity by 4 experts. The reliability of the drug attitude inventory, calculated using the Kuder-Richardson formula 20, was 0.81 and the reliability of the drug adherence based on treatment regimen scale using Cronbach's Alpha coefficient was 0.87. Data were analyzed by using descriptive statistics, and t-test statistics.

The results of the study found that: At week 2 following adherence therapy, mean scores for medication adherence and attitudes towards treatment for the experimental group were significantly higher than those from before enrolling in adherence therapy ( $p < .05$ ) and mean scores of medication adherence behaviors and attitudes towards treatment for the experimental group were significantly higher than those of the control group ( $p < .05$ ).

The results of this study indicate that participating in adherence therapy can improve medication use behaviors and attitudes towards treatment for patients with schizophrenia. Therefore, this therapy should be incorporated into regular care for patients with schizophrenia in order to enhance medication adherence and disease relapse prevention.

**Key words:** Schizophrenia, Adherence Therapy, Medication adherence, community



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารอื่นที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าว (Tandon et al., 2013) เป็นโรคที่พบได้มากที่สุดและมีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช และพบมากเป็นอันดับ 1 ของโรคทางจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่ายาต้านอาการทางจิตเป็นการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีประสิทธิภาพสามารถควบคุมอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้เป็นอย่างดีอีกทั้งสามารถป้องกันการเกิดอาการกำเริบได้ โดยยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้สงบ ป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเองและผู้อื่น การให้ยาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เป็นการให้ยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Staring et al., 2013) อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะพบว่าผู้ป่วยมีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการทางจิตและป้องกันการเกิดอาการกำเริบของโรคจิตเภทได้ดี แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งเป็นปัญหาหลักที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภท (Harrow and Jobe, 2013) โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ร้อยละ 50 ในช่วง 1 ปีแรกหลังการเจ็บป่วยและ ร้อยละ 75 ใน 2 ปีหลังการเจ็บป่วย (Gaebel et al., 2010)

จากทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทพบว่ามีหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เช่น การไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง มีทัศนคติ ความเชื่อต่อการเจ็บป่วยและการรักษาในทางลบ ระดับการศึกษา ภาวะบกพร่องของระดับการรู้คิด (Chang et al., 2014) 2) ปัจจัยด้านการรักษาและการเจ็บป่วย ได้แก่ ฤทธิ์ข้างเคียงจากยาต้านอาการทางจิต ระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนาน ความทุกข์ทรมานจากความรุนแรงของอาการทางจิต (Brain et al., 2013) 3) ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจยากจน การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว และ 4) ปัจจัยด้านที่มสุขภาพ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์

แพทย์และผู้ป่วยที่มีผลต่อทัศนคติในการรักษา (McCabe et al., 2013) โดยพบว่าทัศนคติต่อการรักษาในทางลบและการขาดการรับรู้และการยอมรับในการเจ็บป่วยของตนเองเป็นปัจจัยที่มีสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (Brain et al., 2013) ปัจจัยเหล่านี้สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ 1) ด้านตัวผู้ป่วย ที่มีความเชื่อและทัศนคติต่อการเจ็บป่วยและการรักษา ความรู้เรื่องโรคและอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา 2) ด้านผู้ดูแล อาจขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภทหรือผู้ดูแลขาดการสนับสนุนผู้ป่วยในการมารับยา และ 3) ด้านบุคลากรทางสุขภาพ การขาดการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (สายรุ้ง จันทร์เส็ง, 2548) ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบของโรคได้ ซึ่งอาการกำเริบเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องเข้ารับการรักษาไว้ในโรงพยาบาลซ้ำและต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก โดยประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ป่วยในคิดเป็น 372 ล้านบาทต่อปีและสำหรับผู้ป่วยนอกคิดเป็น 171 ล้านบาทต่อปี (Ronnachai et al., 2007)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ารูปแบบการบำบัดเพื่อการรับประทายอย่างต่อเนื่องเป็นการบำบัดที่สามารถพัฒนาความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคจิตเวชได้และการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในยุโรป อเมริกา ออสเตรเลียและเอเชีย (Von Bormann et al., 2015) โดยการบำบัดมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ ทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาโดยคิดหาหลักฐานที่มาสนับสนุนและค่านความเชื่อ ทำให้ได้เรียนรู้การปรับความคิด ความเชื่อ ทัศนคติและเปลี่ยนแปลงมุมมองของตนเองใหม่จนสามารถทำให้ผู้ป่วยมั่นใจและเห็นความสำคัญของการรับประทายนำมาสู่พฤติกรรมมารับประทายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโอมรานีฟาร์ดและคณะ ที่ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษามีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง คุณภาพชีวิตดี



ขึ้นและอาการทางจิตลดลง และการศึกษาของเกาและคณะ (Kao et al., 2010) ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษามีการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองเพิ่มมากขึ้นและมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นมีอาการทางจิตลดลง โดยในประเทศไทย มณีสาร รอบสันและเกรย์ ได้มีการนำรูปแบบการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่องมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุงพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่องมีทัศนคติต่อการรับประทานยาและความพึงพอใจในการรักษา (Maneesakorn, Robson, Gournay & Gray, 2007)

จากรูปแบบการบำบัดดังกล่าวพบว่าผู้มีผลดีต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ไม่รับประทานยาต่อเนื่องเป็นอย่างมาก แต่ยังไม่มีการศึกษาการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่องไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในประเทศไทย ซึ่งมีความแตกต่างกันในลักษณะการให้บริการ คือ งานสุขภาพจิตชุมชนเป็นการป้องกัน ระดับปฐมภูมิ (primary care) เน้นการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เช่น ให้สุขภาพจิตศึกษา คัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ให้การช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ สนับสนุนให้มีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่อง การให้คำปรึกษา เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้ อีกทั้งมีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยการเยี่ยมบ้าน ตลอดจนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพจิต ซึ่งต่างจากการให้บริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (tertiary care) ที่ให้บริการ ผู้ป่วยโดยเน้นที่การบำบัดรักษา ที่มีความเฉพาะโดยผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลทั้ง แพทย์ จิตแพทย์ และสหวิชาชีพที่ทำงานเชื่อมโยงหลากหลายสาขาวิชา อีกทั้งเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีความทันสมัยให้บริการในลักษณะของการบูรณาการตั้งแต่ การตรวจประเมินวินิจฉัยโรคและการบำบัดรักษาฟื้นฟูเพื่อให้ผู้มีอาการที่สงบ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2550) จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะดูแลตนเองโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคอยติดตามและส่งเสริมสุขภาพจิต ซึ่งต่าง

จากการอยู่ในโรงพยาบาลที่พบาการดูแลจะเป็นเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขเป็นส่วนมาก จึงพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความเบื่อหน่ายการรับประทานยาทั้งจากผลข้างเคียงของยา รับรู้ตราบาป จากทัศนคติของคนในชุมชนที่มองตนเองทำให้ผู้ที่ป็นโรคจิตเภทบางรายไม่ยอมรับรับประทานยาและไม่อยากมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการมีทัศนคติต่อการรักษาในทางลบและการขาดการรับรู้และการยอมรับในการเจ็บป่วยของตนเองเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเองเพราะคิดว่าตนเองหายแล้วหรือตนเองไม่ได้เจ็บป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ทั้งสิ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่อง 2 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่อง 2 สัปดาห์

### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังสิ้นสุดการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่อง 2 สัปดาห์มากกว่าก่อนได้รับการบำบัด
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลจิตเวชชุมชนตามปกติ

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของเกรย์และคณะ คือ Adherence Therapy Model (Gray et al, 2003) เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งอธิบายได้ว่าพฤติกรรมการ



ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยเกิดจากการขาดแรงจูงใจ และความคิด ความเชื่อทัศนคติเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย รูปแบบการบำบัดเพื่อการรับประทานอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นการผสมผสานระหว่างแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยการบำบัดจะเน้นการช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาและแก้ไข ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ ทัศนคติที่ขัดแย้งเกี่ยวกับรับประทานยา ซึ่งองค์ประกอบหลักของความรู้สึกลดแย้งเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานยาหรือไม่รับประทานยา คือ การตระหนักในความสำคัญของการรับประทาน และความมั่นใจที่จะรับประทานยา ซึ่งการบำบัดมีทั้งหมด 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะตั้งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม เป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในตัวผู้บำบัด ระยะที่ 2 ระยะประเมิน เป็นการประเมินความคิด ความเชื่อ ทัศนคติของ การให้ความสำคัญ และความมั่นใจ เกี่ยวกับการรับประทานยาตามความคิดและมุมมองของผู้ป่วย เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ไม่ตระหนักในความสำคัญของการรับประทาน และกลุ่มที่ไม่มีความมั่นใจที่จะรับประทานยา ระยะที่ 3 ระยะการบำบัด เป็นการบำบัดในแต่ละกลุ่มตามที่ประเมินได้ในระยะที่ 2 โดยใช้เทคนิคการบำบัดที่เหมาะสมและแตกต่างกัน และระยะที่ 4 ระยะประเมินผลโดยประเมินความร่วมมือในการรักษาหลังการบำบัด

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการบำบัดเพื่อการรับประทานอย่างต่อเนื่องต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็โรคจิตเภทในชุมชน ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่วันที่ 16 มีนาคม 2558 และเสร็จสิ้นวันที่ 30 เมษายน 2558 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 ใช้อำนาจการทดสอบ (power) 0.80 โดยคำนวณจากการศึกษาที่ผ่านมาของมณีสาครและคณะ (Maneesakorn, Robson, Gourmay & Gray, 2007) ได้ค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.06 ได้

ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 88 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยในชุมชนเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษา ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 92 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD 10) อาศัยอยู่ในเขตอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน โดยสุ่มอย่างง่ายจากประชากรจำนวน 217 คนจากทั้งหมด 6 ตำบลในอำเภอแม่ทา เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 3 ตำบล แล้วนำมาคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ อาการทางจิตสงบ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาถึงระดับปานกลาง ไม่มีภาวะสมองเสื่อม อายุ 18-60 ปี สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการศึกษา โดยการเซ็นยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นนำกลุ่มตัวอย่างมาคัดเลือกเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน (match-paired) ในเรื่อง เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่มีคะแนนตั้งแต่ระดับต่ำถึงระดับปานกลาง แบ่งเป็นกลุ่มกลุ่มทดลอง 46 คน และกลุ่มควบคุม 46 คน และผู้วิจัยมีวิธีการป้องกันการปนเปื้อนของทั้ง 2 กลุ่มโดยไม่เปิดเผยให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลองอีกทั้งพื้นที่ทั้ง 6 ตำบลในอำเภอแม่ทามีระยะทางที่ห่างไกลกัน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเป็นเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการ ได้แก่ คู่มือการบำบัดเพื่อการรับประทานอย่างต่อเนื่องที่พัฒนาโดยเกรย์และคณะ (Gray et al, 2003) ซึ่งศุภาพิชญ์ (มณีสาคร) โพนโบร์แมนนำมาแปลเป็นภาษาไทย ที่ใช้หลักการแปลแบบย้อนกลับ (Back Translation) จากนั้นมีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิคือ จิตแพทย์ เภสัชกรพยาบาล จิตเวช รวมทั้งหมด 4 ท่าน ได้มีค่าความตรงตามเนื้อหา มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.87 ซึ่งรูปแบบการบำบัดเป็นการบำบัดรายบุคคล ดำเนินการทั้งหมด 8 ครั้ง แต่ละครั้งดำเนินการประมาณ 45-60 นาที ห่างกันวันเว้นวัน



รวมระยะเวลาทั้งหมดประมาณ 3 สัปดาห์/ผู้ป่วย 1 คน การบำบัดมีทั้งหมด 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะดึงให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ระยะที่ 2 ระยะประเมินทัศนคติและมุมมองของผู้ป่วย ระยะที่ 3 ระยะการบำบัด และระยะที่ 4 ระยะประเมินผล และผู้วิจัยได้นำการบำบัดเพื่อการรับปรานยาต่อเนื่องไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็โรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 5 ราย โดยดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 4 ระยะ เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำการบำบัดไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของระยะเวลารวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการดำเนินการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยมีการประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับบริบทของชุมชน คือ บางคนอาจต้องใช้เวลามากกว่า 1 ครั้งไม่แรงผู้ป่วยและผู้บำบัดต้องไม่คาดหวังมากเกินไป ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการตัดสินใจและการดูแลตนเอง มาตามนัดบำบัดด้วยตนเอง จึงมีการมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยลองฝึกปฏิบัติโดยญาติหรือผู้ดูแลเป็นผู้ติดตามร่วมด้วย

## 2. เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ของการวิจัย ได้แก่

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สถานภาพสมรส ผู้ดูแล รายได้ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษและจำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาล สาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำ

2.2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาพัฒนาเป็นแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ถูกต้อง ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เป็นประจำ, บ่อยครั้ง, นานครั้ง, และไม่เคยเลย ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเท่ากับ 0.87 การแปลผลคะแนนโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (คะแนน < 21) ระดับปานกลาง (คะแนน 21-42) ระดับสูง (คะแนน > 42)

แบบประเมินทัศนคติต่อยาต้านโรคจิตของฮอแกน

และคณะ (Hogan et al,1983) ซึ่งมีนิสสาร และคณะได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย (Maneesakorn et al, 2007) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยา ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้การวิเคราะห์แบบ KR-20 ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.81 แปลผลตามเกณฑ์ของบลูม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง (24 – 30 คะแนน) ปานกลาง (18 – 23) ต่ำ (0 – 17)

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานทุกขั้นตอน ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย รวมถึงสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัยจึงจะลงรายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและญาติหรือผู้ดูแลเซ็นยินยอมร่วมด้วย ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยครบตามกำหนด กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทันที โดยไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้น และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การบันทึกข้อมูลจะใช้รหัสแทนการใช้ชื่อ-นามสกุล การนำเสนอผลการศึกษาวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น

## วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยภายหลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2. ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พร้อมส่งโครงร่างและเครื่องมือวิจัยผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ทา อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยกับ



กลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ จิตแพทย์ และพยาบาลจิตเวชผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ เครื่องมือ และวิธีการดำเนินการวิจัย

4. ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากทั้งหมด 6 ตำบล เพื่อคัดเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลมาแบ่งเป็นกลุ่มละ 3 ตำบลเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

5. ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในเขตอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย เพื่อประสานงานในการติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง

6. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนดได้จำนวนทั้งหมด 92 คนแล้วนำมาจับคู่กลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ที่ (match-paired) ในเรื่อง เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่มีคะแนนตั้งแต่ระดับต่ำถึงระดับปานกลาง ได้กลุ่มละ 46 คน

7. ผู้วิจัยขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้และแจ้งให้ทราบว่าผู้ป่วยในความดูแลได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินโครงการวิจัย

8. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้ง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม และให้กลุ่มตัวอย่างและญาติเซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และทำการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลเพื่อรวบรวมข้อมูลในส่วนบุคคล และประเมินความร่วมมือในการรักษา (pre test) โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และแบบประเมินทัศนคติต่อยาต้านโรคจิต

สัปดาห์ที่ 1-3 กลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตตามปกติ และได้รับการพยาบาลจิตเวชชุมชนตามปกติ ได้แก่ การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การให้การปรึกษา การ

ผสมผสานการดูแลสุขภาพจิตในการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหรือการเยี่ยมบ้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน การสอนสุขภาพจิตศึกษา ตลอดจนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพจิต และกลุ่มทดลองดำเนินชีวิตตามปกติและได้รับการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่องเป็นรายบุคคล โดยการบำบัดมีทั้งหมด 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะตั้งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ระยะที่ 2 ระยะประเมิน ระยะที่ 3 ระยะการบำบัด และระยะที่ 4 ระยะประเมินผล ดำเนินการทั้งหมด 5 - 8 ครั้ง ครั้งละประมาณ 45-60 นาที ซึ่งดำเนินการดังนี้ ระยะที่ 1 ระยะตั้งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในตัวผู้บำบัด ระยะที่ 2 ระยะประเมิน โดยประเมินความคิด ความเชื่อ ทัศนคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยา ตามความคิดและมุมมองของผู้ป่วย เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ไม่ตระหนักในความสำคัญของการรับประทาน และกลุ่มที่ไม่มีความมั่นใจที่จะรับประทานยาใช้เทคนิคการบำบัดที่เหมาะสมและแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม ระยะที่ 3 ระยะการบำบัดโดยผู้บำบัดชี้แนะเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักในความสำคัญของการรับประทาน และความมั่นใจที่จะรับประทานยาโดยใช้เทคนิคต่างๆดังนี้ 1) การมองย้อนกลับ 2) ปัญหาในทางปฏิบัติ และแนวทางแก้ไข 3) การสำรวจประสบการณ์การรักษาที่เป็นลบ 4) ประโยชน์ที่เห็นได้น้อยของการกินยา 5) อาการเป้าหมาย 6) การทำให้เห็นเป็นเรื่องราว 7) การสำรวจความรู้สึกขัดแย้ง 8) อภิปรายเกี่ยวกับความเชื่อและปัญหาเกี่ยวกับการกินยา 9) สิ่งต่างๆควรที่จะเปลี่ยนไปอย่างไรถ้าผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 10) การวางแผนสำหรับอนาคต ระยะที่ 4 ระยะประเมินผลเป็นการประเมินการตระหนักในความสำคัญของการรับประทานยาและความมั่นใจที่จะรับประทานยาของผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยดำเนินการนัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมรายบุคคลตอบ แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และแบบประเมินทัศนคติต่อยาต้านโรคจิตอีกครั้ง (post test) เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยนำข้อมูลได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ



## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ทัศนคติต่อการใช้ยา และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและระหว่างควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบทีเนื่องจากข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ

## ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการบำบัดเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อเนื่อง (Adherence therapy) ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็โรคจิตเภทในชุมชนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลแม่ทา จังหวัดลำพูน จำนวนทั้งหมด 92 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 46 คน และกลุ่มทดลอง 46 คน ซึ่งผลการดำเนินการศึกษาและอภิปรายผลจะนำเสนอข้อมูลตามลำดับโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลของการบำบัดเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อเนื่อง ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ทัศนคติต่อการใช้ยาและของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก่อนและหลังการบำบัด

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 41.76 (SD 9.03) ปีในกลุ่มทดลอง และ 41.46 (SD 10.13) ปี ในกลุ่มควบคุม ทั้งสองกลุ่มมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับประถมศึกษา ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 5239.13 (SD 1544.67) บาท ในกลุ่มทดลอง และ 4689.13 (SD 1385.99) บาท ในกลุ่มควบคุม มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 15.22 (SD 3.85) ปี ในกลุ่มทดลอง และ 14.22 (SD 6.18) ปี ในกลุ่มควบคุม เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เฉลี่ยเท่ากับ 1.96 (SD 0.76) ครั้ง ในกลุ่มทดลอง และ 1.74 (SD 0.82) ครั้งในกลุ่มควบคุม ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง (n= 92)

| ข้อมูลทั่วไป         | กลุ่มทดลอง (n=48) |        | กลุ่มควบคุม (n=46) |        |
|----------------------|-------------------|--------|--------------------|--------|
|                      | จำนวน             | ร้อยละ | จำนวน              | ร้อยละ |
| เพศ                  |                   |        |                    |        |
| ชาย                  | 33                | 71.70  | 33                 | 71.70  |
| หญิง                 | 13                | 28.30  | 13                 | 28.30  |
| อายุ (ปี): mean (SD) | 41.76 (9.03)      |        | 41.46(10.13)       |        |
| ระดับการศึกษา        |                   |        |                    |        |
| ประถมศึกษา           | 26                | 56.50  | 34                 | 73.90  |
| มัธยมศึกษา           | 15                | 32.60  | 7                  | 15.20  |
| อาชีวศึกษา           | 5                 | 10.90  | 5                  | 10.90  |
| สถานภาพ              |                   |        |                    |        |
| โสด                  | 23                | 50.00  | 24                 | 52.20  |
| สมรส                 | 12                | 26.10  | 15                 | 32.60  |
| หม้าย/หย่า           | 11                | 23.90  | 7                  | 15.20  |



| ข้อมูลทั่วไป                                                 | กลุ่มทดลอง (n=48) |        | กลุ่มควบคุม (n=46) |        |
|--------------------------------------------------------------|-------------------|--------|--------------------|--------|
|                                                              | จำนวน             | ร้อยละ | จำนวน              | ร้อยละ |
| อยู่ลำพัง                                                    | 3                 | 6.50   | 2                  | 4.40   |
| คู่สมรส                                                      | 12                | 26.10  | 15                 | 32.60  |
| บิดา มารดา                                                   | 31                | 67.40  | 29                 | 63.00  |
| อาชีพ                                                        |                   |        |                    |        |
| เกษตรกร                                                      | 20                | 43.50  | 17                 | 37.00  |
| ค้าขาย                                                       | 1                 | 2.20   | 0                  | 0      |
| รับจ้าง                                                      | 22                | 47.80  | 19                 | 41.30  |
| ว่างงาน                                                      | 3                 | 6.50   | 10                 | 21.70  |
| รายได้ (บาทต่อเดือน) : mean (SD)                             | 5239.13(1544.67)  |        | 4689.13(1385.99)   |        |
| ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (ปี) : mean (SD)                      | 15.22 (3.85)      |        | 14.22 (6.18)       |        |
| จำนวนของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล<br>ครั้ง) : mean (SD) | 1.96 (0.76)       |        | 1.74 (0.82)        |        |

2 = Independent t-test

**ส่วนที่ 2 ผลของการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่องต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และทัศนคติต่อการรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก่อนและหลังการบำบัด ดังนี้**

หลังสิ้นสุดการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่อง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและทัศนคติต่อการรักษาด้วยยามีระดับสูงกว่าก่อนได้รับการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และทัศนคติต่อการรักษา ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการบำบัด (n=46)

| ตัวแปร                           | ก่อนบำบัด |      | หลังการบำบัด |      | df | t-test  | p-value           |
|----------------------------------|-----------|------|--------------|------|----|---------|-------------------|
|                                  | $\bar{x}$ | S.D. | $\bar{x}$    | S.D. |    |         |                   |
| พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา | 28.20     | 2.15 | 43.26        | 3.98 | 45 | -23.78* | 0.00 <sup>1</sup> |
| ทัศนคติต่อการรักษา               | 20.46     | 0.94 | 25.83        | 2.21 | 45 | -15.95* | 0.00 <sup>1</sup> |

1 = pair t-test

ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยพบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตาม

เกณฑ์การรักษา และทัศนคติต่อการรักษา ไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มทดลองหลังได้รับการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์



การรักษาและทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาของกลุ่ม สติติ ( $p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3  
ทดลองมีระดับสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และทัศนคติต่อการใช้ยาของผู้ที่  
เป็นโรคจิตเภทระหว่างและกลุ่มทดลองกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการบำบัด

| ตัวแปร                               | การทดลอง         | กลุ่มทดลอง<br>(n = 48) |      | กลุ่มควบคุม<br>(n = 46) |      | t - test | p-value           |
|--------------------------------------|------------------|------------------------|------|-------------------------|------|----------|-------------------|
|                                      |                  | $\bar{x}$              | S.D. | $\bar{x}$               | S.D. |          |                   |
| พฤติกรรมการใช้ยาตาม<br>เกณฑ์การรักษา | ก่อนการ<br>ทดลอง | 28.20                  | 2.15 | 27.96                   | 2.45 | -0.49    | 0.62 <sup>2</sup> |
|                                      | หลังการ<br>ทดลอง | 43.26                  | 3.98 | 27.67                   | 3.23 | -20.64*  | 0.00 <sup>2</sup> |
| ทัศนคติต่อการใช้ยา                   | ก่อนการ<br>ทดลอง | 20.46                  | 0.94 | 20.96                   | 1.92 | 1.59     | 0.12 <sup>2</sup> |
|                                      | หลังการ<br>ทดลอง | 25.83                  | 2.21 | 21.22                   | 1.70 | -11.20*  | 0.00 <sup>2</sup> |

2 = Independent t-test

### อภิปรายผล

การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการ  
บำบัดเพื่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อเนื้อต่อความร่วมมือ  
ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและคะแนนทัศนคติต่อ  
การรักษาด้วยยา สูงกว่าก่อนได้รับการบำบัดและสูงกว่า  
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลจิตเวชชุมชนตามปกติ มีทั้งนี้  
อาจเป็นเพราะรูปแบบการบำบัดเพื่อการปรับเปลี่ยน  
ต่อเนื้อ เน้นการสร้างการตระหนักในความสำคัญและ  
ความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนทัศนคติ เริ่มต้นจากการให้ผู้  
ที่เป็นโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองได้ทบทวนความคิด ความ  
รู้สึกของตนเอง โดยผู้วิจัยมีหน้าที่ในการสร้างบรรยากาศ  
ที่ผ่อนคลายและกระตุ้นสมาชิกด้วยการใช้คำถามปลาย  
เปิด เช่น ความคิดความรู้สึกของคุณต่อการรักษาในอดีต  
ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง ปัญหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยน  
ยาของคุณมีอะไรบ้าง คุณมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการ  
ปรับเปลี่ยนยาอย่างไรบ้าง เพราะผู้ป่วยอาจมีความทรง  
จำที่ไม่ค่อยดีต่อการรักษา ผู้วิจัยต้องแสดงความเข้าใจ  
เห็นใจและให้กำลังใจผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดคุย

และแสดงความคิดเห็นและกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมใน  
ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาโดยช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาและ  
แก้ไขความรู้สึกที่ขัดแย้งเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ  
ทัศนคติและพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษา ซึ่ง  
เป็นปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยที่มีผลต่อความร่วมมือในการ  
รักษาด้วยยา ทำให้ผู้ป่วยได้ค้นหาความคิดอัตโนมัติด้าน  
ลบ ความเชื่อ และทัศนคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยน  
ยา และพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความเชื่อ และ  
ทัศนคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนยา โดยคิดหาหลัก  
ฐานที่มาสสนับสนุนและค้ำความเชื่อ ทำให้ได้เรียนรู้การ  
ปรับความคิด ความเชื่อ ทัศนคติและเปลี่ยนแปลงมุมมอง  
ของตนเองใหม่จนสามารถทำให้ผู้ป่วยมั่นใจและเห็น  
ความสำคัญของการปรับเปลี่ยนยาตามสู่พฤติกรรม  
ปรับเปลี่ยนยาอย่างต่อเนื่อง และผู้วิจัยคอยให้กำลังใจใน  
กรณีให้ผู้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเพื่อส่งเสริมให้  
พฤติกรรมเหล่านั้นยังคงอยู่

ส่วนผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ  
พยาบาลตามปกตินั้น ไม่มีความแตกต่างกันของคะแนน



พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและคำแนะนำ  
ทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาอธิบายได้ว่า ผู้ที่เป็น  
โรคจิตเภทอาจยังมีความคิดด้านลบ ความเชื่อ และ  
ทัศนคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับการรับประทานยา ไม่ว่าจะเป็นผล  
ข้างเคียงของยา ปัญหาในการรับประทานยา ความยาก  
ลำบากในการบริหารยา ทำให้มองไม่เห็นทางแก้ไขปัญห  
เป็นผลให้ขาดการตระหนักในความสำคัญและความ  
มั่นใจในการรับประทานยา ซึ่งความคิดด้านลบ ความเชื่อ  
และทัศนคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับการรับประทานยาอาจมีความ  
มากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล แต่เมื่อใดที่ไม่ได้  
รับการแก้ไขความคิดด้านลบ ความเชื่อ และทัศนคติที่ไม่  
ดีเกี่ยวกับการรับประทานยา ปลดปล่อยความรู้สึกเหล่านั้น  
สะสมต่อไป ความคิดด้านลบ ความเชื่อ และทัศนคติที่ไม่  
ดีเกี่ยวกับการรับประทานยาที่จะยังคงอยู่จึงเป็นผลให้  
คำแนะนำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและ  
คำแนะนำทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาไม่มีการเปลี่ยนแปลง  
ไปในทางที่ดีขึ้น

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการบำบัดเพื่อการรับประทาน  
ยาต่อเนื่องมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความร่วมมือใน  
การรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยผลการศึกษา  
นี้สอดคล้องกับคาเวซซา, ออโรราและอ็อกลอฟฟ์  
(Cavezza, Aurora, & Ogloff, 2013) ได้ทำการศึกษา  
ประสิทธิผลของบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่อง  
เปรียบเทียบกับยาบาลปกติ พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้  
รับบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่อง มีพฤติกรรมการ  
ใช้ยา ความร่วมมือในการรักษาและมีทัศนคติต่อการ  
รับประทานดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับยาบาลปกติอย่าง  
มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ  
สตาร์จิงและคณะ (Staring et al., 2010) ได้ทำการศึกษา  
ประสิทธิผลของบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่อง

เปรียบเทียบกับยาบาลปกติ ผลการศึกษาพบว่า  
กลุ่มทดลองที่ได้รับบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่อง  
มีการมารับการบริการในแผนกผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง  
มีความร่วมมือในการรักษาดี และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ  
ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับยาบาลปกติ อย่างมีนัย  
สำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ด้านบริหาร ควรมีการเสนอรูปแบบการบำบัดเพื่อ  
การรับประทานยาต่อเนื่อง ให้กับหัวหน้าฝ่ายการ  
พยาบาลของโรงพยาบาล เพื่อพิจารณาเป็นแนวทาง  
ปฏิบัติให้กับพยาบาลที่ดูแลงานบริการด้านจิตเวช เพื่อ  
เป็นแนวทางในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ไม่ให้ความ  
ร่วมมือในการรักษา

พยาบาลควรมีการนำรูปแบบการบำบัดเพื่อการรับ  
ประทานยาต่อเนื่องไปใช้ในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีปัญหา  
เกี่ยวกับการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อ  
การรับประทานยา เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา  
ป้องกันการกลับเป็นซ้ำและสามารถช่วยให้ผู้ที่เป็น  
โรคจิตเภทดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามศักยภาพ

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาระยะยาว (Longitudinal study)  
เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรับประทานยาอย่างต่อ  
เนื่องและป้องกันอาการกำเริบ ทำให้เกิดความต่อเนื่อง  
และการคงอยู่ของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของ  
ผู้ป่วยจิตเภท ควรมีการบำบัดแบบกลุ่ม เพื่อประหยัดบ  
ประมาณและระยะเวลาในการบำบัดและทำให้เกิด  
ประโยชน์ต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวนมากจากการที่  
ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการร่วมกันอภิปราย

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้ความกรุณาของท่านที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ที่  
ปรึกษาร่วม และอาจารย์ ดร. สุภาพิชญ์ โพนโบริแมนน์ ที่ให้คำปรึกษาและเป็นผู้อบรมรูปแบบการบำบัด  
เพื่อการรับประทานยาต่อเนื่องให้กับผู้วิจัย คอยชี้แนะ แก้ไขข้อบกพร่อง มาโดยตลอด ส่งผลให้  
วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จได้ด้วยความสะดวกสมบูรณ์



## เอกสารอ้างอิง

- สายรุ้ง จันทร์เส็ง. (2548). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาล  
อุดรดิตถ์. (วิทยานิพนธ์ วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช).  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (บรรณาธิการ). (2550). *การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2548-2550*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์  
องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2550. 279-287
- Brain, C., Allerby, K., Sameby, B., Quinlan, P., Joas, E., Karilampi, U., . . . Waern, M. (2013). Drug attitude  
and other predictors of medication adherence in schizophrenia: 12 months of electronic  
monitoring (MEMS(R)) in the Swedish COAST-study. *European Neuropsychopharmacol*, 23(12),  
1754-1762.
- Chang, W. C., Hui, C. L., Chan, S. K., Lee, E. H., Wong, G. H., & Chen, E. Y. (2014). Relationship between  
diminished expression and cognitive impairment in first-episode schizophrenia: a prospective  
three-year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 152(1), 146-151.
- Gaebel, W., Riesbeck, M., von Wilmsdorff, M., Burns, T., Derks, E. M., Kahn, R. S., . . . Fleischhacker,  
W. W. (2010). Drug attitude as predictor for effectiveness in first-episode schizophrenia: Results  
of an open randomized trial (EUFEST). *European Neuropsychopharmacology*, 20(5), 310-316.
- Gray, R., Wykes, T., Gournay, K. (2003). Effect of medication management training on community  
mental health nurses clinical skills. *International Journal of Nursing Studies*, (40), 163-169.
- Harrow, M., Jobe, T.H. (2013). Does long-term treatment of schizophrenia with antipsychotic  
medications facilitate recovery?. *Schizophrenia bulletin*, 39(5), 962-965.
- Kao, Y.-C., & Liu, Y.-P. (2010). Compliance and schizophrenia: the predictive potential of insight into  
illness, symptoms, and side effects. *Comprehensive Psychiatry*, 51(6), 557-565.
- Maneesakorn, S., Robson, D., Gournay, K., & Gray, R., (2007). An RCT of adherence therapy for people  
with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *Journal of Clinical Nursing*, 16(7), 1302-1312.
- McCabe, R., Healey, P. G. T., Priebe, S., Lavelle, M., Dodwell, D., Laugharne, R., . . . Bremner, S. (2013).  
Shared understanding in psychiatrist-patient communication: Association with treatment  
adherence in schizophrenia. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 73-79.
- Staring, A. B., Van der Gaag, M., & Mulder, C. L. (2013). Schizophrenia and antipsychotic medication-  
better adherence, better outcomes?. *Schizophrenia Research*, 151(1-3), 296-297.
- Tandon, R., Bruijnzeel, D., Rankupalli, B. (2013). Does change in definition of psychotic symptoms in  
diagnosis of schizophrenia in DSM-5 affect caseness?. *Asian Journal Psychiatry*, 8(64), 110-116.
- von Bormann, S., Robson, D., & Gray, R. (2015). Adherence therapy following acute exacerbation of  
schizophrenia: A randomised controlled trial in Thailand. *International Journal of Social  
Psychiatry*, 61(1), 3-9.
- Ronnachai, K., & Buranee, K. (2007). Cost analysis of treatment for schizophrenic patients in social  
security scheme, Thailand. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 8(2), 118-123.