

The Effects of Psycho Education Program for Increase on Medication Adherence Among With Schizophrenia, Uttaradit Hospital

Benjamaporn Bualuang, Sukunya Thechasuwan, Wanvipa Chamnan
Psychiatric Ward, Uttaradit Hospital

ABSTRACT

Objective : The study to compare medication adherence of schizophrenia patients to participation in Psycho education program.

Study Design : Quasi- experimental research measured before and after the experiment

Setting Study : Psychiatric Ward in Uttaradit Hospital

Methods : The study in schizophrenia patient for admit in Psychiatric Ward to medication adherence, cause medication continue and loss follow up by appointment between June 2018 – January 2019. They were randomly assigned into one experimental group for normal care with Psychoeducation program in 3th week after not psychotic with 34 cases and control group with 37 cases. The struments consisted the Psycho education program developed by the researcher. This were tested for content validity by five experts to 0.89 and reliability test for Conbach's alpha coefficient to 0.87 and Psycho education program on medication adherence behaviors scale. In which both groups were measured when before discharge and follow up by appointment. Statistical analysis using descriptive statistics, t-test, Ranksum test and exact probability test.

Result : The two groups is similar in personal information. For medication adherence in the experimental group there is a tendency to cooperation better before discharge and follow up by appointment. (35.0±9.6, 31.3±7.7, p=0.075) (36.5±6.2, 35.9±9.3, p=0.798). Although results of average score issue the reliability of medication adherence scale for two group no different. The ability of observe and manage of side effect for experimental group over before discharge (33.1% and 29.4%, p=0.023) and follow up by appointment (35.3% and 31.4%, p=0.029) The follow up by appointment over when end of study (91.2% and 62.1%, p<0.001)

Conclusion : The Psychoeducation program to be affective better schizophrenia patients for medication adherence. Although no clear results on the issue of medication adherence scale but ability and manage of side effect and follow up by appointment to get better.

Keywords : medication adherence , psycho education program, schizophrenia

Contact : Benjamaporn Bualuang, Sukunya Thechasuwan, Wanvipa Chamnan

Address : Psychiatric Ward, Uttaradit Hospital

38, Tha It District, Uttaradit province, 530000.

E-mail : Bun_1974@hotmail.co.th, Su_kunya@hotmail.com, Onevepa@hotmail.com

ผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

เบญจมาพร บัวหลวง, สุกัญญา เตชะสุวรรณ, วรรณวิภา ชำนาญ

หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

บทนำ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมและไม่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

รูปแบบการศึกษา : กึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง

สถานที่ศึกษา : หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

วิธีการศึกษา : ศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดยาและการไม่มาตรวจตามนัดในหอผู้ป่วยจิตเวช ตั้งแต่วันที่ 1 มิ.ย. 61 ถึง 31 ม.ค. 62 แบ่งผู้ป่วยโดยการสุ่มอย่างง่ายเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเป็นเวลา 3 สัปดาห์หลังจากที่อาการทางจิตสงบจำนวน 34 ราย กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 37 ราย ซึ่งเครื่องมือได้แก่โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จำนวน 5 ท่านได้ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเท่ากับ 0.87 และแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยทั้ง 2 กลุ่มวัดก่อนจำหน่ายและวันที่มาตรวจตามนัดวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ร้อยละ t-test, ranksum test และ exact probability test

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกันในข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มให้ความร่วมมือดีขึ้นทั้งก่อนจำหน่ายและวันมาตรวจตามนัด (35.0 ± 9.6 , 31.3 ± 7.7 , $p=0.075$) (36.5 ± 6.2 , 35.9 ± 9.3 , $p=0.798$) ถึงแม้ว่าผลการประเมินคะแนนเฉลี่ยด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ส่วนด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยากลุ่มที่ใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามากกว่าก่อนจำหน่าย (33.1% และ 29.4%, $p=0.023$) และวันมาตรวจตามนัด (35.3% และ 31.4%, $p=0.029$) การมาตรวจตามนัดเมื่อสิ้นสุดการศึกษามากกว่า (91.2% และ 62.1%, $p<0.001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีแนวโน้มให้ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้นถึงแม้ว่าจะไม่เห็นผลชัดเจนในประเด็นย่อยในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาแต่ความสามารถจัดการอาการข้างเคียงของยาและการมาตรวจตามนัดที่แพทย์นัดขึ้น

คำสำคัญ : ความร่วมมือในการรักษา, โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา, ผู้ป่วยจิตเภท

ติดต่อ : เบญจมาพร บัวหลวง, สุกัญญา เตชะสุวรรณ, วรรณวิภา ชำนาญ

สถานที่ติดต่อ : หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

138 ถนนเกษภูบาลดินทร์ ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ 53000

อีเมล : Bun_1974@hotmail.co.th, Su_kunya@hotmail.com, Onevepa@hotmail.com



บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ การติดต่อสื่อสาร พฤติกรรมการตัดสินใจ ร่วมกับ ความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม¹ เป็นโรคเรื้อรังและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง² ความร่วมมือในการรักษา (Compliance) มีความสำคัญยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งหมายถึงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยที่จะปฏิบัติหรือเลือกปฏิบัติด้วยความเต็มใจ³ โดยที่พฤติกรรมนั้นสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์โดยเฉพาะในเรื่องการรับประทานยาอย่างถูกต้องต่อเนื่องและสม่ำเสมอในระยะยาวเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่สามารถควบคุมอาการทางจิตให้สงบป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเองและผู้อื่น ที่สำคัญเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ⁴ และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น⁵

ปัญหาส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาในเรื่องการไม่รับประทานยาต่อเนื่องเนื่องจากยาจิตเวชต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องระยะยาวและรู้สึกไม่สบายจากผลข้างเคียงของยามาก เช่น น้ำลายไหล กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง คอบิดเกร็งไป⁶ นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค⁴ ทำให้ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัดส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบ

จากข้อมูลของหอผู้ป่วยจิตเวชปีงบประมาณ 2559-2560 พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบและต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยในร้อยละ 80 และ 82⁶ ดังนั้นการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก⁷ จากการศึกษาพบว่าผู้นำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษามาพัฒนาการให้ความรู้อย่างเป็นระบบและเป็นขั้นตอนประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ 1 การสร้างสัมพันธภาพ 2 การพัฒนาความรู้ 3 ทักษะการแก้ปัญหา 4 ทักษะการเผชิญปัญหา 5 การสร้างเครือข่ายทางสังคม⁸ นอกจากนี้ยังพบว่าเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพต่อความร่วมมือในการรักษาเนื่องจากมีผลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ ทักษะและการปฏิบัติที่ถูกต้อง⁹ ส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนักในความเจ็บป่วย นำสู่การให้ความร่วมมือในการรักษาที่สำคัญ คือ การตัดสินใจรับประทานยา การสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยาและการมีส่วนร่วมในการรักษา¹⁰

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดดังกล่าวมาดัดแปลงเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดความร่วมมือในการรักษามากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบไม่มีอาการกำเริบ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคม และเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมและไม่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

สมมุติฐานการวิจัย

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามากกว่าในกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลองทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยสาเหตุรับประทายยาไม่ต่อเนื่อง ขาดยาและการไม่มาตรวจตามนัดในหอผู้ป่วยจิตเวช ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2561 ถึง วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2562 จำนวน 71 ราย แบ่งผู้ป่วยโดยการสุ่มอย่างง่ายเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาระยะดำเนินการอย่างน้อย 3 สัปดาห์หลังอาการทางจิตสงบ ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องยา การสอนให้สามารถบอกปัญหาที่เกิดจากการกินยาและอาการข้างเคียงของยาได้ และกิจกรรมการฝึกทักษะการจัดการรับประทานยาด้วยตนเองจำนวน 34 รายและกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 37 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการกินยาที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยดัดแปลงเนื้อหาให้เหมาะสมตามแนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมของแอนเดอร์สันและคณะ¹¹ และแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของชินทร เขียวโสธร, 2545¹² โดยวัดก่อนจำหน่ายและวันมาตรวจตามนัด

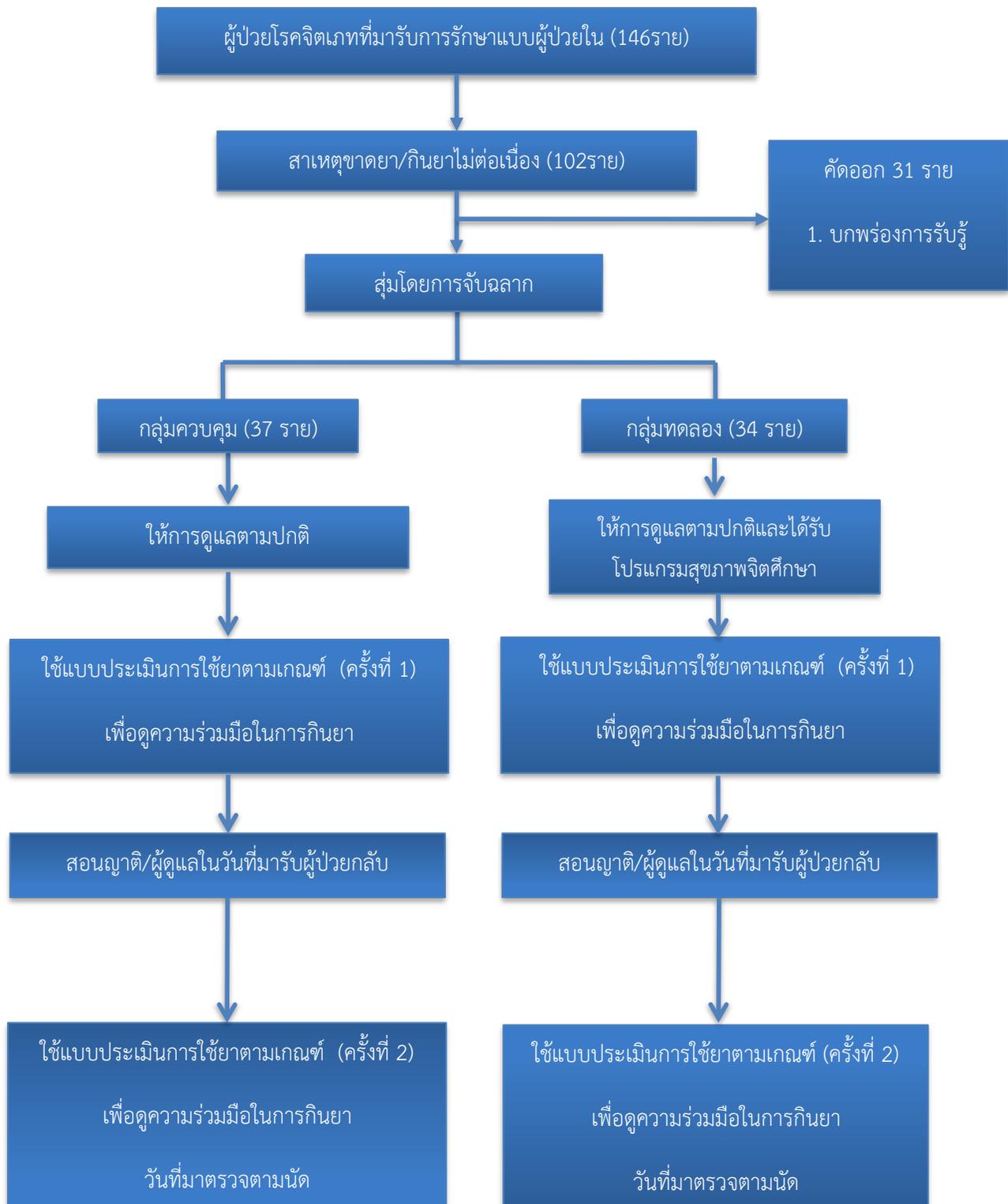
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการกินยามีรายละเอียดดังนี้

1. กิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ บอกแนวทางการเข้าโปรแกรม
2. กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและยา ในหัวข้อความหมายของโรคจิตเภท สาเหตุของโรค อาการแสดงการรักษาและความจำเป็นในการรักษา
3. กิจกรรมการแก้ไขปัญหามาแนะนำการแก้ไขเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงของยา
4. กิจกรรมการสอนให้ผู้ป่วยบอกและเผชิญปัญหาร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการจัดการยา แนะนำวิธีที่การกินยาและอาการข้างเคียงของยาได้ร่วมทั้งการแสดงความคิดเห็นว่ากินยาอย่างไรสะดวกที่สุดในชีวิตประจำวันและฝึกทักษะการจัดการรับประทานยาด้วยตนเองอย่างถูกต้องสามารถบอกได้ว่ายาที่ได้รับมีอะไรบ้าง เวลาและและวิธีการรับประทานยา โดยให้ผู้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจริงโดยมีพยาบาลเป็นตรวจสอบความถูกต้อง
5. กิจกรรมการช่วยเหลือกันในครอบครัว แนะนำญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลในเรื่องการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดและช่องทางในการติดต่อเมื่อมีปัญหา

กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามปกติ คือ การให้ข้อมูลเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคในกิจกรรมพูดคุยซักถามอาการ (morning talk) ในแต่ละวันโดยพยาบาลวิชาชีพและให้ข้อมูลซ้ำในเรื่องการรับประทานยา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การมาตรวจตามนัดเมื่อวันจำหน่ายและสอนญาติ/ผู้ดูแลในวันที่มารับผู้ป่วยกลับ

Flow study



คุณสมบัติประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยมีดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีจิตแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่อยู่ในระยะอาการทางจิตสงบ (stable phase)
2. สามารถสื่อสาร ฟัง อ่าน และแสดงความคิดเห็นบอกความต้องการได้
3. ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลยินดีให้เข้าร่วมวิจัยตลอดระยะเวลาที่กำหนดและยินยอมให้ติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่าย

คุณสมบัติประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่คัดออกจากวิจัยมี ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่จิตแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทครั้งแรก
2. เป็นผู้ป่วยที่จิตแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่มีระดับสติปัญญาต่ำ หรือมีความผิดปกติทางสมองหรือมีความเสื่อมถอยจากพยาธิสภาพของโรคจิตเภท (Residual type) ทำให้ไม่สามารถฟัง อ่าน และแสดงความคิดเห็นบอกความต้องการได้
3. ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลไม่ยินยอมให้เข้าร่วมวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จากการ Pilot study สามารถคำนวณ sample size ได้ดังนี้

$$\text{Alpha} = 0.05 \text{ (two-sided)}$$

$$\text{Power} = 0.90$$

$$m_1 = 62.9$$

$$m_2 = 72.9$$

$$sd_1 = 14.4$$

$$sd_2 = 9.4$$

$$n_2/n_1 = 1.00$$

Estimate required sample size :

$$n_1 = 32$$

$$n_2 = 32$$

เครื่องมือที่ใช้ในโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมของแอนเดอร์สันและคณะ¹¹ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม 1. กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ 2. กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและยา 3. กิจกรรมการแก้ไขปัญหา 4. กิจกรรมการสอนให้ผู้ป่วยบอกและเผชิญปัญหาพร้อมกับการฝึกทักษะการจัดการ 5. กิจกรรมการช่วยเหลือกันในครอบครัว 3) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เขียวโสธร¹² ประกอบด้วย 2 ด้าน 1. ด้านการใช้ยาตามเกณฑ์รักษา 2. ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาซึ่งแต่ละด้านจำนวน 9 ข้อ รวม 18 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมของแอนเดอร์สันและคณะ¹¹ ที่ผู้ศึกษาดัดแปลงมา ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content Validity) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ถ้อยคำ สำนวน ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.89 ส่วนการตรวจสอบความเที่ยง ของเครื่องมือ (Reliability) ผู้ศึกษาได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายแล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเท่ากับ 0.87 ส่วนแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เขียวโสธร¹² ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาไม่ได้ดัดแปลงใดๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป STATA ด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย, ร้อยละ, และใช้สถิติทดสอบ t-test, ranksum test และ exact probability test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้ได้รับอนุมัติการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และในระหว่างการวิจัยหากต้องการถอนตัวจากการวิจัย สามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับทั้งสิ้น หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เซ็นยินยอม

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่มเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 38-39 ปี สถานภาพโสด ไม่ได้เรียนและว่างงาน อาศัยอยู่ต่างอำเภอ ในจังหวัดอุดรดิตถ์ มีบิดามารดาเป็นผู้ดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 7 ปีและ 6 ปี (± 5.81) (± 3.66) ระยะเวลาขาดยาเฉลี่ย 5-7 เดือน ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะ	ใช้โปรแกรม (n=34)		ไม่ใช้โปรแกรม (n=37)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	21	61.76	20	54.05	0.339
หญิง	13	38.24	17	45.95	
อายุ (ปี)					
< 25	5	14.71	1	2.70	
26-40	16	47.06	18	48.65	
41-60	10	29.41	18	48.65	
61 ปีขึ้นไป	3	8.82	0	0.00	
Mean (\pm SD)	38.6	(± 12.6)	39.5	(± 8.6)	0.523
สถานภาพ					
โสด	25	73.53	21	56.76	0.277
คู่	4	11.76	5	13.51	
หม้าย	5	14.71	11	29.73	
การศึกษา					
ไม่ได้เรียน	13	38.24	10	27.03	0.419
ประถมศึกษา	17	50.00	23	62.16	
มัธยมศึกษา/สายอาชีพ	2	5.88	4	10.81	
ปวช/ปวส	1	2.94	0	0.00	
ปริญญาตรี	1	2.94	0	0.00	

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ลักษณะ	ใช้โปรแกรม (n=34)		ไม่ใช้โปรแกรม (n=37)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาชีพ					
รับจ้าง	6	17.65	16	43.24	0.009
เกษตรกร/ทำนา	3	8.82	3	8.11	
ค้าขาย	3	8.82	1	2.70	
นักเรียน/นักศึกษา	2	5.88	0	0.00	
รัฐวิสาหกิจ/รับราชการ	1	2.94	0	0.00	
ว่างงาน					
ที่อยู่					
อำเภอเมือง	14	41.18	10	27.03	0.444
อำเภออื่น	17	50.00	24	64.86	
ต่างจังหวัด	3	8.82	3	8.11	
ผู้ดูแล					
ตนเอง	4	11.76	4	10.87	0.951
บิดา/มารดา	19	55.88	21	56.76	
สามี/ภรรยา	4	11.74	6	16.22	
บุตร	1	2.94	2	5.41	
ปู่ย่า/ ตายาย	5	14.71	4	10.81	
พี่น้องสายตรง	1	2.94	0	0.00	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)					
< 5	15	44.12	18	48.65	
6-10	12	35.29	14	37.84	
10-15	6	17.65	5	13.51	
15-20	0	0.00	0	0.00	
20 ปีขึ้นไป	1	2.94	0	0.00	
mean (±SD)	7.3	(±5.8)	6.6	(±3.7)	0.935
ระยะเวลาขาดยา (เดือน)					
< 5	23	67.65	20	54.05	
6-10	6	17.65	9	24.32	
10-15	3	8.82	5	13.51	
15-20	0	0.00	0	0.00	
20 เดือนขึ้นไป	2	5.88	3	8.11	
mean (±SD)	5.2	(±7.2)	7.5	(±11.3)	0.258

จากผลการศึกษาคะแนนรวมเฉลี่ยลักษณะด้านการใช้จ่ายตามเกณฑ์รักษาก่อนจำหน่ายและวันมาตรวจตามนัดกลุ่มที่ใช้โปรแกรมมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้โปรแกรม (35.0 ± 9.6 , 31.3 ± 7.7 , $p=0.075$) (36.5 ± 6.2 , 35.9 ± 9.3 , $p=0.798$) แต่ในประเด็นย่อยไม่เห็นผลชัดเจน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะและคะแนนด้านการใช้จ่ายตามเกณฑ์รักษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ลักษณะ	ใช้โปรแกรม (n=34)		ไม่ใช้โปรแกรม (n=37)		p-value
	mean	±SD	mean	±SD	
อาชีพ					
ก่อนจำหน่าย	3.3	±1.4	3.2	±1.4	
วันตรวจตามนัด	3.6	±1.5	3.8	±1.3	
ท่านลืมหานยา					
ก่อนจำหน่าย	3.5	±1.3	3.2	±1.3	
วันตรวจตามนัด	4.1	±1.0	3.9	±1.3	
ท่านกินยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น					
ก่อนจำหน่าย	2.8	±1.6	2.8	±1.5	
วันตรวจตามนัด	3.7	±1.4	3.6	±1.4	
ท่านหยุดกินยาโดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ					
ก่อนจำหน่าย	3.7	±1.6	3.1	±1.6	
วันตรวจตามนัด	3.7	±1.3	3.6	±1.6	
ท่านกินยาตรงตามเวลา					
ก่อนจำหน่าย	4.0	±1.2	4.3	±1.0	
วันตรวจตามนัด	4.2	±1.1	4.3	±0.1	
ท่านเคยเพิ่มเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง					
ก่อนจำหน่าย	4.1	±1.3	3.6	±1.6	
วันตรวจตามนัด	4.5	±1.01	4.0	±1.2	
ท่านกินยานอนหลับเพิ่มโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง					
ก่อนจำหน่าย	4.0	±1.4	3.6	±1.4	
วันตรวจตามนัด	4.5	±0.9	4.0	±1.4	
ท่านกินยาครบตามที่แพทย์สั่ง					
ก่อนจำหน่าย	3.9	±1.3	4.1	±1.2	
วันตรวจตามนัด	4.5	±1.1	4.2	±1.3	
ท่านเคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง					
ก่อนจำหน่าย	3.7	±1.5	3.5	±1.4	
วันตรวจตามนัด	4.0	±1.2	3.8	±1.4	
คะแนนรวมเฉลี่ย					
ก่อนจำหน่าย	35.0	±9.6	31.3	±7.7	0.075
วันตรวจตามนัด	36.5	±6.2	35.9	±9.3	0.798

คะแนนรวมเฉลี่ยด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยากกลุ่มที่ใช้โปรแกรมมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้โปรแกรม (33.1% และ 29.4%, $p=0.023$) (35.3% และ 31.4%, $p=0.029$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ลักษณะและคะแนนการด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ลักษณะ	ใช้โปรแกรม (n=34)		ไม่ใช้โปรแกรม (n=37)		p-value
	mean	±SD	mean	±SD	
เมื่อมีอาการผื่นปกติ จากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที					
ก่อนจำหน่าย	3.4	±1.5	3.0	±1.5	
วันตรวจตามนัด	3.2	±1.3	2.6	±1.6	
เมื่อมีอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ท่านกินยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งให้					
ก่อนจำหน่าย	3.3	±1.8	2.5	±1.5	
วันตรวจตามนัด	3.0	±1.6	2.6	±1.7	
ท่านขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษา เมื่อมีอาการทางจิตไม่ดีขึ้น					
ก่อนจำหน่าย	3.7	±1.3	2.7	±1.5	
วันตรวจตามนัด	3.3	±1.4	2.5	±1.5	
ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพในเรื่องการใช้ยา					
ก่อนจำหน่าย	4.1	±1.4	4.0	±1.4	
วันตรวจตามนัด	4.1	±1.2	4.4	±0.9	
เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย ท่านหยุดกินยาทันที โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์					
ก่อนจำหน่าย	3.1	±1.6	3.4	±1.6	
วันตรวจตามนัด	3.9	±1.5	3.6	±1.6	
แม้มีอาการทางจิตดีขึ้น ท่านยังมารับยาสม่ำเสมอ					
ก่อนจำหน่าย	4.3	±1.3	3.8	±1.5	
วันตรวจตามนัด	4.5	±1.1	4.3	±1.3	
ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง					
ก่อนจำหน่าย	4.1	±1.1	3.6	±1.5	
วันตรวจตามนัด	4.6	±0.8	4.1	±1.1	
เมื่อยาหมด ท่านซื้อยารักษาอาการทางจิตมากินเองโดยไม่ได้พบแพทย์					
ก่อนจำหน่าย	3.6	±1.6	4.1	±1.5	
วันตรวจตามนัด	3.6	±1.5	2.9	±1.5	
คะแนนรวมเฉลี่ย					
ก่อนจำหน่าย	33.1	±6.4	29.4	±6.8	0.023
วันตรวจตามนัด	35.3	±5.4	31.4	±7.2	0.029

และการมาตรวจตามนัดเมื่อสิ้นสุดการศึกษาการมาตรวจตามนัดมากกว่า (91.2% และ 62.1%, $p<0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การมาตรวจตามนัด เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ลักษณะ	ใช้โปรแกรม (n=34)		ไม่ใช้โปรแกรม (n=37)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มาตามนัด	31	91.18	23	62.16	<0.001
ไม่มาตามนัด	3	8.82	14	37.84	

อภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้นทั้งก่อนจำหน่ายและวันมาตรวจตามนัด (35.0 ± 9.6 , 31.3 ± 7.7 , $p=0.075$) (36.5 ± 6.2 , 35.9 ± 9.3 , $p=0.798$) เมื่อเปรียบเทียบกับกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตถึงแม้ว่าในประเด็นย่อยของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนแต่มีแนวโน้มดีขึ้นและเมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการสังเกตและมีความมั่นใจในการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ดีขึ้น และมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (33.1 ± 6.4 , 29.4 ± 6.8 , $p=0.023$) (35.3 ± 5.4 , 31.4 ± 7.2 , $p=0.029$) (91.2% และ 62.1%, $p<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิริญจน์ ไชยจันทร์¹³ พบว่าผู้ป่วยมีทัศนคติทางบวกต่อยาและความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่าย อาจเนื่องมาจากกระบวนการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้และพฤติกรรมผ่านการสอน สอนในสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ ส่วนที่บกพร่องเพื่อเพิ่มความสามารถและความมั่นใจของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง รับรู้ทางเลือกเพิ่มขึ้นสามารถวางแผนสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองได้¹⁰ เกิดการพัฒนาให้เกิดการเรียนรู้ (Learning) ตามความสามารถและความสนใจของผู้ป่วยทำให้เกิดความรู้ (Knowledge) ความเข้าใจ (Understand) และการยอมรับปฏิบัติ (Practice) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทักษะ⁹ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือและปฏิบัติตามแผนการรักษา ในเรื่องการรับประทานอย่างต่อเนื่อง¹⁴ เกิดความรู้ความเข้าใจและมีความตระหนักในความเจ็บป่วย ความมั่นใจในการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาและการได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา⁷ โดยเน้นที่เทคนิคการสอน การใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม การฝึกสอนอย่างใกล้ชิดเป็นลำดับขั้น และคำนึงถึงความแตกต่างกัน ระหว่างบุคคล ความยืดหยุ่นของโปรแกรมบำบัดให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยนำไปใช้ได้จริง¹⁵ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากขึ้นและควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและมีการติดตามและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาเป็นระยะ

สรุปและข้อเสนอแนะ

การให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีแนวโน้มให้ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้นถึงแม้ว่าจะไม่เห็นผลชัดเจนในประเด็นย่อยในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาแต่สามารถจัดการอาการข้างเคียงของยาและการมาตรวจตามนัดที่แพทย์นัดดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ รศ.ดร.ร้อยเอก นพ.ชยันตร์ธร ปทุมานนท์ อาจารย์ ชไมพร ทวีชศรี คณะกรรมการวิจัย และพี่นักศึกษาปริญญาเอกทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สมภพ เรืองตระกูล. คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2543.
2. มาโนช หล่อตระกูล,ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. โรคจิตเภทชุดโครงการตำราและเอกสารทางวิชาการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.
3. Dracup KA, Meleis LA. "Compliance: An interactionist approach" Health Education Monograph 1982. p.409-417.
4. ชนานันท์ แสงปาก, ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ และ วรนุช กตสัมพันธ์. (2560). ผลของการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่องต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน. พยาบาลสาร, 44(1), 137-148.
5. สมจิตต์ ลุประสงค์, วาสนา เหล่าคงธรรม. ผลของการให้คำปรึกษาต่อความร่วมมือในการรักษา ความรู้เรื่องโรคและการรักษา และการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธนาเพชรจำกัด; 2551.
6. หอผู้ป่วยจิตเวช. (2559-2560). รายงานประจำปี. อุดรดิตถ์: โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
7. Gray R, Wykes T, Gournay K. From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. Journal of psychiatric and Mental Health Nursing. 2009;9(5): 277-284.
8. พงษ์ศักดิ์ อุบลวรรณิ. ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
9. เพ็ญพักตร์ อุทิศ. การประชุมวิชาการประจำปี 2554 เรื่อง "ความก้าวหน้าในการบำบัดทางการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช" สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย โรงแรม แมนดาริน กรุงเทพมหานคร. วันที่ 24-26 สิงหาคม 2554.
10. โรงพยาบาลศรีธัญญา. ชุดความรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยจิตเวช แนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
11. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss. Family Treatment of adult schizophrenia patients: A psychoeducation approach. Schizophrenia Bulletin. 1980;6(3):p 490-505.
12. สรินทร เขียวโสธร. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษาศึกษาบัณฑิต วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
13. วิริญจน์ ไชยจันทร์ ยาใจ สิทธิกมล ประภา ยุทธไตร ปิยานี คล้ายนิล. ผลของการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อทัศนคติต่อยาและความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท Journal of Nursing Science. 2009, Volum.27 No.3 Sep-Dec.
14. Colom F. Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder. European Psychiatry. 2005; volume 20. p.359-364.
15. Deyo RA, Inui TS. Dropouts and broken appointments a literature review and agenda for future research. Medical Care, 1980; 18(2), p1146-1157.