ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี

The Effect of applying a Family Psycho-Education Program on Medication Adherence Behaviors among Schizophrenia Patients in a Community, Somdejprapiyamaharachrommaneeyaket Hospital, Kanchanaburi Province

ชัชชษา เพ็งเกร็ด *
CHatchasaa Pengkred*
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต*
Somdejprapiyamaharachrommaneeyaket, Hospital*

(Received: 14 October, 2021; Revised: 26 October, 2021; Accepted: 27 October, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน ที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี ตั้งแต่เดือนกันยายน ถึง ตุลาคม 2564 โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาจากพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson et al. (1980) และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired Sample T-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ($\bar{x}$ =4.66, SD=0.84) ดีขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ($\bar{x}$ = 1.53, SD= 0.13) (*p-value <0.001*) งานวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่เหมาะสม พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆสามารถนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปปรับใช้ เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท, โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว, พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

*ผู้ให้การติดต่อ ชัชชษา เพ็งเกร็ด e-mail: zunisa2012@gmail.com

Abstract

The objective of this quasi-experimental study was to compare medication adherence behaviors among patients with schizophrenia in a community, before and after applying the family psycho-education program. Thirty participants were recruited by purposive sampling. Participants were diagnosed with schizophrenia and were being treated in the psychiatric clinic, the outpatient department, Somdejprapiyamaharachrom maneeyaket Hospital, Kanchanaburi Province between September 17 and October 22, 2021. The research instruments were a family psycho-education program that proposed by the concept of Anderson et al. (1980) and the medication adherence questionnaire. The reliability of this questionnaire was 0.87. Data was analyzed using descriptive statistics and paired sample t-test.

The results showed that after program completion, participants had significantly higher scores of medication adherence behaviors ($\bar{x}$ =4.66, SD=0.84) before enrolling the program ($\bar{x}$ = 1.53, SD= 0.13) *(p-value <0.001)*. Our results suggested that a Family Psycho-education Program can be used to promote medication adherence behaviors among patients with schizophrenia. Nursing and other health care providers can apply this program in order to reduce recurrent hospitalization.

Keywords: Schizophrenia patients, A Family Psycho-Education Program, Medication Adherence Behaviors

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุด ในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วโลกมากกว่า 21 ล้านคน (World Health Organization, 2019) โดยอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทนั้นพบร้อยละ 0.85 ของประชากรทั่วโลกหรือเท่ากับ 0.1-0.5 ต่อประชากร 1,000 ราย พบได้ทุกเชื้อชาติ (World Health Organization, 2016) สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตคนไทยปี 2556 พบความชุกตลอดชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 0.7 (ปทานนท์ ขวัญสนิท และมานิต ศรีสุรภานนท์, 2561) ปัจจุบันการรักษาโรคจิตเภทด้วยยาต้านโรคจิต นับว่าเป็นวิธีการรักษาที่ใช้ในลำดับแรกและมีประสิทธิภาพ ซึ่งยาจะช่วยในการปรับสมดุลของสารชีวเคมีในสมองช่วยควบคุมอาการและลดความรุนแรงของโรคได้ ผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมสารสื่อประสาทในสมองบางชนิดที่เป็นต้นเหตุของอาการทางจิต การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ และจะทำให้เกิดผลการรักษาที่ดีในระยะยาว (Deutsch & Burket, 2021)

อย่างไรก็ตามหลังจากผู้ป่วยจิตเภทจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชนแล้ว มักมีปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยคือการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาโดยเฉพาะเรื่องการรักษาด้วยยา (ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และบุญเยี่ยม เต็มราษี, 2561; Higashi et al.,2013) ลักษณะของพฤติกรรมการไม่ให้ความร่วมมือใน

การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่พบ คือการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่อง เช่น ใช้ยาผิดเวลา มีการหยุดการใช้ยาหรือใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าตนเองผิดปกติ หรือปรับลดขนาดยาเอง (Zisman-Ilani et al., 2018) ผลจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำร้อยละ 70 (สมภพ เรืองตระกูล, 2556) และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยมากขึ้น (Madhusoodanan et al., 2016; Shao et al., 2013) ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานานหรือต้องการดูแลตลอดชีวิต (Hiagashi et al., 2013) ดังนั้น ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาจึงยังเป็นปัญหาที่มีความสำคัญซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เนื่องจากส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำตามมา พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ มาจากการที่ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งไม่สามารถจัดการเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์และอาการข้างเคียงของยา (Di Giovanni et al., 2020; Ucok & Kara, 2019)

โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต เป็นหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวช ในลักษณะผู้ป่วยนอก ซึ่งจากการวิจัยจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษา ใน พ.ศ. 2562 - 2564 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเมื่อวิจัยแฟ้มประวัติของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องขาดการมารักษาและรับยาที่ต่อเนื่อง (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต, 2564) ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาล ซึ่งรับผิดชอบให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลแห่งนี้ จึงได้ทำการศึกษาเบื้องต้น โดยประเมินผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับขาดยาและรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 20 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) ผลการประเมินพบว่าผู้ป่วย 11 รายมีพฤติกรรมการใช้ยาในระดับที่ไม่เหมาะสม จนมีอาการกำเริบตามมา ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิต การจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา และปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว

จากปัญหาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่ตนเป็นอยู่ รวมทั้งขาดทักษะในการจัดการกับอาการของโรค จะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และบุญเยี่ยม เต็มราษี, 2561; Di Giovanni et al., 2020) ปัญหาพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท เกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่านอกจากปัจจัยหลักที่เกี่ยวกับตัวผู้ป่วยแล้ว ปัจจัยที่สำคัญและส่งผลคือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ขาดการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่เพียงลำพังมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัวหรือบุคคลอื่นๆ จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดปัญหานี้ขึ้น (Acosta et al., 2012; Higashi et al., 2013) ดังนั้นแรงสนับสนุนจากครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psycho-Education) ของ Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา จำนวนการกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำลดลง (อินทุกานต์ สุวรรณ์, 2563; Madhusoodanan et al., 2016) เอ็บแซม และคณะ (2018) ได้ทำการศึกษาผลของการบำบัดโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มหนึ่งเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามมาตรฐานปกติ

พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาสามารถลดการป่วยซ้ำ และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ (Ebtsam et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาที่นำวิธีการการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น และครอบครัวมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น (เบญญาภา พันตาคม, 2554)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psycho-Education) มาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เนื่องจากโปรแกรมนี้เป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอน

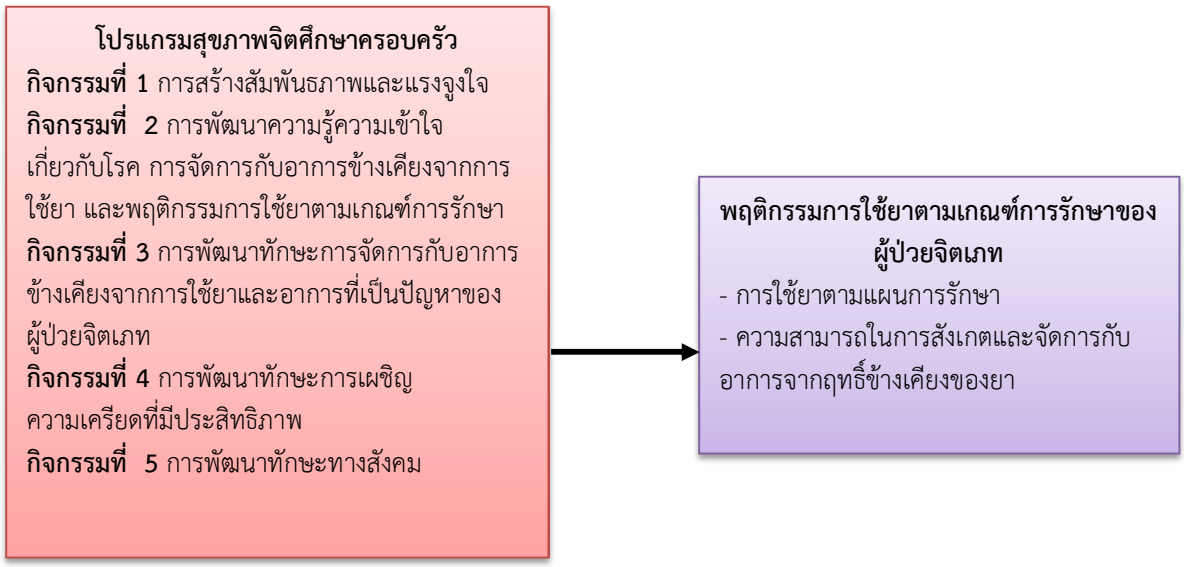
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงกรอบการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังทำการวิจัย (One Group Pre - Post Test Design) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน–ตุลาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครอบครัวและผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (International Classification of Disease 10: ICD10) และเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD – 10) ที่รับการรักษาที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 (Faul, 2014) โดยกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 10% เพื่อป้องกันการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

1) เป็นเพศชายและหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดการวิจัย อาชีพและเศรษฐกิจ

2) เคยเข้ารับการรักษามากกว่า 1 ครั้ง ในรอบ 3 ปี (2561-2564) ที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต

3) สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้

4) เป็นผู้สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาและสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากการวิจัยของจิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ (Family Psycho-Education) ของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการ 3 สัปดาห์ติดต่อกัน โดยสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และ 3 และสัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 และ 5 รวมใช้เวลากิจกรรมครั้งละ 45-60 นาที ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที โดยผู้วิจัยการสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ซักถามความเป็นอยู่ทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคย และ

บอกวัตถุประสงค์ของการศึกษา แล้วสอบถามถึงเรื่องครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และนอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย โดยเฉพาะอาการข้างเคียงจากยา ซึ่งจะทำให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์และมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข การพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกถูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และเพชรี คันธสายบัว (2544) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็นข้อความทางลบ 9 ข้อ และข้อความทางบวก 9 ข้อ ลักษณะของเครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	ค่าคะแนนทางลบ
ประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	4	2
บางครั้ง	ปฏิบัติเดือนละครั้ง	3	3
นาน ๆ ครั้ง	นาน ๆ ปฏิบัติครั้งหนึ่ง	2	4
ไม่เคย	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5

การแปลผลคะแนน จำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็ม แบ่งระดับคะแนนตามมาตรวัด 5 ระดับ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50–5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 3.50–4.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.50–3.49หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50–2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ และคะแนนเฉลี่ย 1.00–1.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำสุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาปรับแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะ รวมทั้งปรับการใช้ภาษาและสื่อความหมายให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างประชากร ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลารวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 5 กิจกรรม พบว่าสมาชิกให้ความร่วมมือและเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอควร สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด แต่บางกิจกรรมใบความรู้มีจำนวนมาก ได้มีการปรับให้กระชับ ชัดเจนขึ้น ใช้ภาษาที่ง่าย และมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.90 และผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวที่บ้าน โดยสัปดาห์ที่ 1 ได้ดำเนินกิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ได้ดำเนินกิจกรรมที่ 2และ 3 และ

สัปดาห์ที่ 3 ได้ดำเนินกิจกรรมที่ 4 และ 5 โดยแต่ละกิจกรรมใช้ระยะเวลาครั้งละ 45-60 นาที จนดำเนินกิจกรรมครบ 5 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ติดต่อกัน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Pre-Test) ในวันแรกที่ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอีกครั้ง (Post-Test) หลังจากผู้ป่วยสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดย หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) แล้ววิเคราะห์ค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Dependent T-Test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เลขที่12/2564 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับเพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกปลอดภัยและเกิดความไว้วางใจ อธิบายประโยชน์ที่จะได้รับและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบรับการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับใดๆ ทั้งนี้ในการดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถจะยกเลิก หรือออกจากการงานวิจัยได้เมื่อต้องการ โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.67 มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี ($\bar{x}$ =41.03, SD= 7.48) เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.67 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.67 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 70 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50 มีรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ ร้อยละ 60 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 10 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 43.3 และ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 43.33 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=30)	ร้อยละ
อายุ (ปี) ($\bar{x}$ =41.03, SD=7.48)		
20 – 30	3	10
31 – 40	10	33.33
41 – 50	17	56.67
เพศ(คน)		
ชาย	17	56.67
หญิง	13	43.33
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	6	20
ประถมศึกษา	14	46.67
มัธยมศึกษา	7	23.33
อนุปริญญา	2	6.67
ปริญญาตรี	1	3.33
สถานภาพสมรส		
โสด	21	70
คู่	9	30
อาชีพ		
ธุรกิจส่วนตัว	2	6.67
รับจ้าง	8	26.67
เกษตรกรรม	15	50
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	16.67
รายได้ของครอบครัว		
เพียงพอ	12	40
ไม่เพียงพอ	18	60
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา		
2 – 5 ครั้ง	8	26.67
6 – 9 ครั้ง	9	30
10 ครั้งขึ้นไป	13	43.33

ผู้ดูแลเมื่อป่วย		
บิดา	3	10
มารดา	13	43.33
พี่	2	6.67
น้อง	2	6.67
สามี	4	13.33
ภรรยา	6	20

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษารายข้อ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษารายข้อทุกข้อของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p-value <0.001)* ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษารายข้อก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (n=30)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	ก่อนการได้รับโปรแกรม		หลังการได้รับโปรแกรม		t	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา						
ไม่เคยหยุดใช้ยาเองเมื่ออาการดีขึ้น	1.50	0.50	4.66	0.47	29.29	‹0.001*
ไม่เคยลืมรับประทานยา	1.26	0.44	4.33	0.47	28.80	‹0.001*
ไม่รับประทานยาเฉพาะเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น	1.36	0.49	4.80	0.40	27.70	‹0.001*
ไม่หยุดรับประทานยาโดยที่แพทย์ไม่แนะนำ	1.50	0.50	4.53	0.50	21.72	‹0.001*
รับประทานยาตรงตามเวลา	1.41	0.50	4.56	0.50	25.95	‹0.001*
ไม่เพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	1.86	0.77	4.86	0.34	18.87	‹0.001*
ไม่รับประทานยานอนหลับเพิ่มโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง	1.30	0.46	4.36	0.49	24.29	‹0.001*
รับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง	1.36	0.49	4.56	0.50	26.38	‹0.001*
ไม่เคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	1.46	0.50	4.56	0.50	22.37	‹0.001*
รวม	1.45	0.13	4.58	0.12	92.53	**‹0.001***

**p-value <0.05*

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารายข้อ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารายข้อ ของกลุ่มตัวอย่าง หลังการได้รับโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p-value <0.001)* ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารายข้อ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (n=30)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	ก่อนการได้รับโปรแกรม		หลังการได้รับโปรแกรม		t	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	S.D.	$\bar{x}$		
ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา						
เมื่อมีอาการผิดปกติรุนแรงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาท่านรีบไปพบแพทย์ทันที	1.46	0.50	4.50	0.50	21.72	‹0.001*
เมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาท่านรับประทานยาแก้แพ้ตามที่แพทย์สั่ง	1.66	0.47	4.80	0.40	27.29	‹0.001*
ขอให้แพทย์ปรับการรักษาเมื่ออาการไม่ดีขึ้น	1.80	0.40	4.46	0.50	22.10	‹0.001*
ปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องการใช้ยา	1.70	0.46	4.73	0.44	24.84	‹0.001*
เมื่อเจ็บป่วยทางกายจะไม่หยุดใช้ยารักษาอาการทางจิตโดยไม่ปรึกษาแพทย์	1.23	0.43	4.60	0.49	27.57	‹0.001*
เมื่ออาการดีขึ้นยังรับประทานยาสม่ำเสมอ	1.36	0.49	4.46	0.50	23.84	‹0.001*
มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	1.86	0.34	4.63	0.49	22.32	‹0.001*
เมื่อยาหมด จะไม่ซื้อยากินเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์	1.60	0.49	4.56	0.50	20.09	‹0.001*
ปรึกษาทีมสุขภาพเมื่อมีปัญหาหรืออาการผิดปกติจากการใช้ยา	1.40	0.49	4.73	0.44	27.62	‹0.001*
รวม	**1.57**	**0.17**	**4.61**	**0.15**	**72.81**	**‹0.001***

**p-value <0.05*

4. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p-value <0.001)* ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (n=30)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
การใช้ยาตามแผนการรักษา	1.45	0.13	4.58	0.12	92.53	‹0.001*
ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา	1.57	0.17	4.61	0.15	72.81	‹0.001*
โดยรวม	**1.51**	**0.12**	**4.59**	**0.11**	**96.44**	**‹0.001***

**p-value <0.05*

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นก่อนการได้รับโปรแกรม สอดคล้องสมมติฐานตามที่ได้ตั้งไว้ที่ว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม ทั้งนี้สามารถอธิปรายได้ดังนี้

กิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สามารถแก้ไขสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ โดยปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท การขาดทักษะในการจัดการกับอาการ รวมทั้งการขาดการสนับสนุนประคับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (อินทุกานต์ สุวรรณ์, 2563) ซึ่งโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Family Education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (Problem Solving Skills) โดยเฉพาะทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (Coping Skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ซึ่งการพัฒนาความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เป็นปัญหา จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น และมีพฤติกรรมการใช้ยาได้ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น (Mirsepassi, Tabatabaee, Sharifi, & Mottaghipour, 2018)

นอกจากนี้กิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เช่น ในกิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ (Al-yahya, 2014; Bauml et al., 2016) และในส่วนกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้ทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค ผู้ป่วยมีความมั่นใจมีแรงจูงใจและมีความภูมิใจ (Bauml et al., 2016) สำหรับในกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการรับ ส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม มีทัศนคติต่อผู้ป่วยดีขึ้น และยังพบว่าการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลดีขึ้นในระยะยาว รวมถึงพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาด้วย (Bhola et al., 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของบอร์นและแอนเดอร์สัน (Bond & Anderson , 2015) ที่พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษากับผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคลนั้น มีส่วนช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาได้เพียงระดับหนึ่ง หากต้องการให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น ควรให้สุขภาพจิตศึกษากับบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการบูรณาการระหว่างการให้สุขภาพจิตศึกษากับการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังเช่นการศึกษาของไคร์และคณะ ที่พบว่าการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลที่ดีขึ้นในระยะยาว รวมถึงพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทด้วย (Cai et al., 2015)

สรุปผลการวิจัย

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่เหมาะสม ทั้งนี้เป็นเพราะการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสร้างความร่วมมือของครอบครัวในการวางแผนการรักษา การค้นหาวิธีการแก้ปัญหา และการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท สามารถพัฒนาให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม และผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ช่วยลดภาระการดูแลของครอบครัว รวมทั้งทำให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลลดลง นับว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงได้ รวมทั้งเป็นรูปแบบการให้การบริการตามแนวทางการปฏิบัติระบบสุขภาพ ที่เน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ หรือการแก้ไขปัญหา โดยการส่งเสริมภาวะสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านบริการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยโดยการนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมาประยุกต์ในบริการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยมีสมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนและดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย เกิดความเข้าใจและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ส่งผลให้ภาระในการดูแลลดลง

2. เป็นแนวทางในการวิจัยวิจัยด้านการพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

3. ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีสุขภาพจิตที่ดีและสามารถทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เพื่อสามารถลดอัตราการป่วยซ้ำ หรือลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลได้

เอกสารอ้างอิง

งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต. (2564). *รายงานสถิติประจำปีโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต*, 9-10.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เบญญาภา พันตาคม. (2554). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้ครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง*. การค้นคว้าอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตร-มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปทานนท์ ขวัญสนิท และมานิต ศรีสุรภานนท์. (2561). ตัววัดทางระบาดวิทยาเพื่อคำนวณภาระโรคจิตเภทในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, *26*(1), 50-62.

เพชรี คันธสายบัว. (2544). *การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และบุญเยี่ยม เต็มราษี.(2561). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อการกินยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 32*(3), 133–153.

สมภพ เรืองตระกูล. (2556). *ตำราจิตเวชศาสตร์.* พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

สรินทร เชี่ยวโสธร. (2545). *การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). คณะพยาบาลศาสตร์.บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อินทุกานต์ สุวรรณ์. (2563). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, *34*(1), 152-162.

Acosta, F. J., Hernández, J. L., Pereira, J., Herrera,J., & Rodríguez, C.J. (2012). Medication adherence in schizophrenia. *World Journal Psychiatry*, *2*(5), 74-82.

Anderson CM, Hogarty GE,Reiss. (1980). DJ.Family treatment of adult schizophrenic patients: Apsychoeducation approach. *Schizophrenic Bulletin*, *6*(3), 490-505.

Bond, K., & Anderson, I. M. (2015). Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: A systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disorders*, *17*(4), 349–362.

Cai, J., Zhu, Y., Zhang, W., Wang, Y., & Zhang, C. (2015). Comprehensive family therapy: An effective approach for cognitive rehabilitation in schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *11*, 1247–1253.

Deutsch, S. I., & Burket, J. A. (2021). Psychotropic medication use for adults and older adults with intellectual disability; selective review, recommendations and future directions. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *104*, 110017.

Di Giovanni, P., Di Martino, G., Zecca, I., Porfilio, I., Romano, F., & Staniscia, T. (2020). The revolving door phenomenon: Psychiatric hospitalization and risk of readmission among drug-addicted patients. *La Clinica Terapeutica*, *171*(5), e421–e424.

Ebtsam, H. S., Nefissa, M. A. K., Nadia, E.S., & Amany, A. M. (2018). Effect of Psycho educational Program on Improving of Medication Adherence among Schizo-phrenic Patients. *Journal of Nursing and Health Science*, *7*(6), 69-79.

Bhola, P., Basavarajappa, C., Guruprasad, D., Hegde, G., Khanam, F., Thirthalli, J., & Chaturvedi, S. K. (2016). Development of a Social Skills Assessment Screening Scale for Psychiatric Rehabilitation Settings: A Pilot Study. *Indian journal of psychological medicine*, *38*(5), 395–403.

Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K.J., Diez, T., Granstrom, O., & Hert, M.D. (2013). Medication adherence in schizophrenia: Factors influencing adherence and conse-quences of nonadherence: A systematic literature review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, *3*(4), 200-218.

Madhusoodanan, S., Xu, B., Prayaga, S., Slowik, P., Brenner, R., Thomas, W., & Schwartz, N. (2016). Psychotropic drug changes contributing to readmissions in medically hospitalized psychiatric patients: A retrospective study. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, *28*(4), 239–244.

Mirsepassi, Z., Tabatabaee, M., Sharifi, V., & Mottaghipour, Y. (2018). Patient and family psychoeducation: Service development and implementation in a center in Iran. *The International Journal of Social Psychiatry*, *64*(1), 73–79. https://doi.org/10.1177/0020764017747910.

Shao, W. C., Chen, H., Chang, Y.F, Lin, & Ching-Lan Ling, E. (2013). The relation-ship between medication adherence and rehospitalization: A prospective study of schizophrenia patients discharge from psychiatric acute wards. *Schizophrenia and Medication Adherence, 60*(5), 31-40.

Ucok, A., & Kara, I. A. (2019). Relapse rates following antipsychotic discontinuation in the maintenance phase after first-episode of schizophrenia: Results of a long-term follow-up study. schizophrenia: Results of a long-term follow-up study. Schizophr Res. doi:10.1016/j.schres.2019.10.015.

World Health Organization (WHO). (2016). *The ICD-10 classification of mental and behavior disorders.* Geneva: n.p.

World Health Organization. (2019). Schizophrenia. Retrieved January 03, 2017, from http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/.

Zisman-Ilani, Y., Shern, D., Deegan, P., Kreyenbuhl, J., Dixon, L., Drake, R., Torrey, W., Mishra, M., Gorbenko, K., & Elwyn, G. (2018). Continue, adjust, or stop antipsychotic medication: Developing and user testing an encounter decision aid for people with first-episode and long-term psychosis. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 142.