

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง

Effectiveness of Family Support Programs to Promote Medication Compliance among Schizophrenia Patients in the Community of Khao Wong Hospital.

(Received: December 13,2024 ; Revised: December 20,2024 ; Accepted: December 21,2024)

กานดา ศรีโพธิ์ชัย¹ ธัญญลักษณ์ ไชยสุขมอลเลอร์¹
Kanda Sripochai¹ Thannalak Chaisukmoller¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Groups, Pre-test, Post-test Design) เพื่อศึกษามีการทดสอบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลเขาวง และผู้ดูแลที่บ้าน เลือกแบบเจาะจง ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 - เดือนสิงหาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบบันทึกร้อยละอาการกำเริบ และแบบบันทึกร้อยละการกลับมารักษาค่า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ t-test

ผลการวิจัย พบว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -20.89$; $p = .000$) โดยที่คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ (Mean = 79.33, SD = 3.36) อาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมฯ มีอาการทางจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 และมีอาการทางจิต จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82 ไม่พบผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำและกลับมารักษาค่าในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100 และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 และมีความพึงพอใจระดับมาก จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82

คำสำคัญ : พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา/ผู้ป่วยโรคจิตเภท/การสนับสนุนครอบครัว

ABSTRACT

This research was quasi-experimental research with a single group. Measurement before and after the experiment (The One Groups, Pre-test, Post-test Design) to study the results before and after the experiment. To study the effectiveness of the family support program in promoting cooperation in drug treatment among schizophrenia patients in the community. Khao Wong Hospital The sample population was schizophrenia patients with uncooperative behavior in taking medication who were admitted to Khao Wong Hospital. and caregivers at home Choose specifically Between June 2024 - August 2024, The tool used to select the sample was a mental symptom assessment form. Measurement of drug use behavior according to treatment criteria the tools used to collect data include personal information records. Drug use behavior assessment form according to treatment criteria Satisfaction scale for schizophrenia patients Record of percentage of relapse symptoms and a form recording the percentage of repeat treatment Data were analyzed using descriptive statistics and t-test statistics.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาวง

The results of the research found that the results of comparing the differences in the mean scores of cooperative behaviors in taking medicine. Before implementing the program and after the end of the program, using t-test statistics, it was found that the mean scores of cooperative behaviors in taking medicine before and after the program were significantly different ($t = -20.89$; $p = .000$) where the average score of cooperative behavior in taking medicine after the end of the program Higher than before the program was implemented (Mean = 79.33, SD =3.36). Symptoms worsened from lack of cooperation in drug treatment among schizophrenia patients after the program was implemented. There were 4 people with normal mental symptoms, accounting for 18.18 percent, and 18 people with psychotic symptoms, accounting for 81.82 percent. There were no schizophrenia patients who returned to the hospital for treatment within 28 days, accounting for 100 percent. Schizophrenia patients had a moderate level of satisfaction, 4 people, accounting for 18.18 percent, and a high level of satisfaction, 18 people, accounting for 81.82 percent.

Keywords: cooperative behavior in taking medication/schizophrenia patients/family support

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชนลดลง มีการระบาดของยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าประชากร 1 ใน 5 ของประเทศ มีปัญหาสุขภาพจิต¹ ก่อให้เกิดความพิการและสูญเสียสุขภาพสูงเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศในปี พ.ศ. 2547 ปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงญาติ ผู้ดูแล และบุคคลในสังคม² จากรายงานของกรมสุขภาพจิตพบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรง ร้อยละ 14.3 โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 0.8 โรคซึมเศร้า ประมาณร้อยละ 2.8 โรคจิตเภท (Schizophrenia) นับเป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุด และพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงถึงร้อยละ 20¹ ปัจจุบันมีเหตุการณ์ก่อความรุนแรงสะเทือนขวัญ ซึ่งพบได้ตามสื่อต่าง ๆ ความรุนแรงที่เกิดขึ้น ส่วนหนึ่งของผู้ก่อเหตุพบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในประชากรอายุ 18 ปี ขึ้นไป พบปัญหาการก่อความรุนแรงร้อยละ 4.1 โดยมีปัจจัยที่ทำให้อัตราการก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ การขาดยา การไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ปัญหาการใช้สารเสพติด ขาดผู้ดูแล รวมถึงขาดการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ²

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม อาการของโรคจิตเภทแยกออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้ 1) อาการทางบวก ประกอบด้วย อาการหลงผิด อาการประสาทหลอนอย่างชัดเจน การพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผน พฤติกรรมแบบไม่มีระเบียบแบบแผนและพฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดปกติไปจากปกติ 2) อาการด้านลบ ประกอบด้วย อารมณ์ที่อึมครึม ความคิดอ่านและการพูดลดลง ขาดความสนใจในการเข้าสังคมและกิจกรรมที่เคยสนใจและไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว 3) อาการด้านการรู้คิด ประกอบด้วย ความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผนลดความสามารถในการคงความใส่ใจลดลงและความจำเพื่อใช้งานบกพร่อง แนวทางหลักในการรักษาโรคจิตเภท คือ ยาต้านโรคจิต (Antipsychotics drug) ช่วยควบคุมอาการ อีกทั้งยังสามารถลดการกำเริบและลดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ด้วย¹

การกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ของผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง “การเกิดขึ้นของอาการทางจิตจากความผิดปกติของจิต ซึ่งระดับของอาการทางจิตที่ผิดปกติจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งมีอาการที่เพิ่มมากขึ้นและแยลงของอาการด้านบวก”⁵ การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้ความผิดปกติทางสมองและอาการทางจิตของผู้ป่วยรุนแรงขึ้น ส่งผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาและการฟื้นฟู อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อ

ครอบครัวในการเป็นภาระในการดูแลรักษาผู้ป่วย พบรายงานการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลเขาวง ในปี 2566 ภายใน 28 วันและ 90 วันหลังจำหน่าย จากโรงพยาบาลแม่ข่ายร้อยละ 7.23 และ 15.19 ตามลำดับ³ ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำได้แก่ การไม่ร่วมมือในการรักษา การไม่ร่วมมือในการรับประทานยา การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และผู้ป่วยที่มีอายุน้อยส่วนใหญ่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้มากกว่าผู้สูงอายุ⁴ และสาเหตุการกลับเป็นซ้ำมีทั้งหมด 6 สาเหตุ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและยาจิตเวช และสถานบริการด้านสุขภาพจิต 2) ขาดความตระหนักในการรับประทานยา ไม่ยอมกินยาเพราะคิดว่าไม่ได้ป่วย กลัวเกิดผลข้างเคียงของยา กลัวจะติดยา และคิดว่าตนเองหายแล้ว 3) การใช้สารเสพติด 4) ความเครียดของผู้ป่วย 5) ญาติหวาดกลัว เบื่อหน่ายต่อการดูแล และ 6) สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ⁵ ผู้ป่วยจิตเวชจะถูกมองว่าเป็นบุคคลที่ไร้ความสามารถ เป็นภาระของสังคมแต่ในความเป็นจริงแล้ว ผู้ป่วยจิตเวชต้องการให้ทุกคนเห็นคุณค่า ต้องการอยู่ร่วมกับครอบครัวกับคนที่เขารัก หากเพียงคนใกล้ชิดหรือคนในชุมชนให้โอกาส ให้กำลังใจ การทำให้ครอบครัวและชุมชนมีความเข้าใจ มีส่วนร่วมในการดูแล จะทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง และสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชได้

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท นั้น ประกอบด้วย 1) การเพิ่มแรงจูงใจในการรักษาด้วยยา การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการรักษาด้วยยา 2) การให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การมีกลุ่มสนับสนุนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท และการมีคลินิกให้คำปรึกษาเรื่องยาโดยเฉพาะรวมถึงการให้ความช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่าย 4) การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ 5) การพัฒนากล่องเตือนการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท 5) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการ

ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท⁵

บริบทการดำเนินงานสุขภาพจิตในระดับหมู่บ้านชุมชนที่แตกต่างกันจะประสบปัญหาการดำเนินงานที่แตกต่างกัน จะต้องปรับประยุกต์ทรัพยากรและกลวิธีในการดำเนินงานให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ปัญหาที่พบในการทดลองใช้นวัตกรรมในพื้นที่ขนาดเล็กนี้ประกอบด้วย ปัญหาขาดอินเทอร์เน็ต ปัญหาทัศนคติของประชาชน ปัญหาขาดการมีส่วนร่วมและทักษะ การดำเนินงานของ อสม. โดยเฉพาะ อสม.สูงวัย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกระบวนการในขั้นตอนแรกของการดำเนินการ คือ ขั้นตอนการประเมินสุขภาพจิตประชาชน ขั้นตอนต่อจากนั้นเป็นการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุข คือการประเมินซ้ำ การส่งต่อ การตรวจรักษาโดยแพทย์ การส่งกลับ ส่วนใหญ่ไม่ประสบปัญหาในทางปฏิบัติ โดยจะประสบปัญหาอีกครั้งในขั้นตอนการดูแลต่อเนื่องในชุมชน⁶

การมีส่วนร่วมโดยชุมชนกับ ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมกันเป็นเจ้าของ โดยเน้นผู้ป่วยจิตเภทเป็นศูนย์กลาง ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งที่จัดขึ้นเพื่อให้เกิดพฤติกรรมกลุ่มในการดูแลรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท⁷ การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โดยการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมาเป็นกรอบแนวคิดโดยเสนอรูปแบบการดูแลที่บ้านด้วยสมมุติฐานที่ว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการตัดสินใจในการเลือกสถานบริการของตนเอง พบว่า ภายหลังการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำ และอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ พบว่า กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้แกนนำในชุมชนเป็นการนำทรัพยากรจากชุมชนมาพัฒนาศักยภาพ

ชุมชนให้สามารถคิด วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ และติดตามประเมินผลในและการใช้โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹

ดังนั้น เพื่อให้ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นแนวเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผู้ศึกษาและทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงนำแนวปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าวมาปรับปรุงให้เข้ากับบริบทของหน่วยงาน ก่อนการนำมาใช้และศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไป ผู้วิจัยจึงทำการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง เพื่อเป็นรูปแบบแนวทางในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง
2. เพื่อศึกษาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลเขาวง
3. เพื่อศึกษาอาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรค
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ได้รับการดูแลโดยการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง

วิธีการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Groups, Pre-test, Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาที่เข้ารับการรักษา ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน หรือ DSM-IV TR (American Psychiatric Association [APA], 2000) และมีการบันทึกเลขรหัสตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก¹⁰ และได้รับการรักษาด้วยวิธีการรับประทานยาต้านโรคจิตที่โรงพยาบาลเขาวง ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 - เดือนสิงหาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาที่เข้ารับการรักษา ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน หรือ DSM-IV TR (American Psychiatric Association [APA], 2000) และมีการบันทึกเลขรหัสตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (The International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision [ICD-10] (World Health Organization¹⁰ และได้รับการรักษาด้วยวิธีการรับประทานยาต้านโรคจิตที่โรงพยาบาลเขาวง จำนวน 22 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ทั้งชายและหญิง อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) มีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร เชี่ยวโสธร¹¹ คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 62 คะแนน 3) ไม่มีอาการทางจิตรุนแรงประเมินโดยแบบประเมินอาการทางจิตคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน 4) ไม่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษา

ในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก 5) มีญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นญาติที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 6 เดือน 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง 2) ระหว่างการวิจัยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis¹² การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้หลักการ Power analysis ของโคเฮน โดยใช้สถิติ independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ .80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาของ จันทรเพ็ญ สุทธิชัยโชติ, สุกฤติยา กุลศรี, และวัฒนาภรณ์ พิบูลย์าลักษณ์¹³ จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.2 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 22 คน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 22 คน ซึ่งเพียงพอตามข้อกำหนดข้างต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) แบบประเมินอาการทางจิต ใช้เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเวช พัฒนาขึ้นโดยโอเวอร์ฮอลและกอร์แฮม¹⁴ แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์¹⁵ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพทางจิตทั่วไป 10 ข้อ อาการด้านบวก 6 ข้อ และอาการด้านลบ 2 ข้อ เป็นแบบมาตราประเมินค่า มีระดับการวัด 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีอาการเท่ากับ 1 คะแนน จนถึงมีอาการรุนแรงมากเท่ากับ 7 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 18 - 126 คะแนน โดยคะแนน 18 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการทางจิต คะแนน 19 - 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตเล็กน้อย และคะแนน

มากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง ต้องดูแลแบบผู้ป่วยในแบบประเมนนี้มีค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.62 - 0.87

1.2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ใช้ประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบวัดของสรินทร์ เชี่ยวโสธร ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของเพชรี คันธสายบัว¹⁶ โดยอาศัยแนวคิดของฟาร์เรจเฮอร์¹⁷ มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้านได้แก่ ข้อที่ 1-9 เป็นด้าน การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์ใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยา และข้อที่ 10-18 เป็นด้านความสามารถสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ใช้วิธีการสัมภาษณ์ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราประเมินค่า 5 ระดับ เป็นข้อความทางบวกและข้อความทางลบอย่างละ 9 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผู้พัฒนามีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 7 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90 และมีการตรวจสอบค่าความเที่ยง (reliability) โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .87 และรายด้านเท่ากับ .81 และ.85 และการวิเคราะห์รายข้อพบว่าทุกคำถามมีความสัมพันธ์กันทางบวกคือมีค่ามากกว่า .20 ทุกข้อ¹¹ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .89 เมื่อนำเครื่องมือนี้ไป ทดสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยการนำไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลเขาวง จำนวน 10 คน พบว่ามีค่าความเที่ยงโดยใช้

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 และเมื่อนำเครื่องมือนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน พบว่ามีค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .74

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมใช้เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแบบบันทึกมีข้อความทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ โดยลักษณะแบบบันทึกเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมข้อความในช่องว่าง ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และประวัติการรักษาด้วยยา

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยผู้วิจัยดัดแปลงจาก สรินทร เชี่ยวโสธร¹¹ ประกอบด้วยการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเองใช้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลาไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาและความสามารถในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือคำถามข้อ 1 – 9 เป็นด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และข้อคำถามที่ 10 -18 เป็นด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ข้อคำถามแบ่งออกเป็น ข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 14, 17 และข้อความทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ 5, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18 ลักษณะของเครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนโดยแบ่งคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า 24 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ

คะแนน 24 -48 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า 48 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับสูง

2.3 แบบวัดความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลโดยการให้โปรแกรมฯ ซึ่งมีตัวเลขระดับของความพึงพอใจให้เลือกตั้งแต่เลข 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ตัวเลข 1 - 3 พึงพอใจน้อย

ตัวเลข 4 - 6 พึงพอใจปานกลาง

ตัวเลข 7 - 10 พึงพอใจมาก

2.4 แบบบันทึกร้อยละอาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทของโรงพยาบาลเขาวง

2.5 แบบบันทึกร้อยละการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยาของคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเขาวง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนโรงพยาบาลเขาวง เป็นโปรแกรมสำหรับรายบุคคลพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 60 – 90 นาที ดำเนินกิจกรรมทุกวัน รวมเป็นเวลา 12 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความเหมาะสมของวิจัยโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนโรงพยาบาลเขาวง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 60 – 90 นาที ดำเนินกิจกรรมทุกวัน รวมเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ประกอบด้วย จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวงดังกล่าวมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 2 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้ การหาความตรงด้านเนื้อหา (content validity) และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ของรูปแบบ

การพยาบาล ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .98

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลโดยการใช้โปรแกรมฯ แบบบันทึกร้อยละอาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และแบบบันทึกร้อยละการกลับมารักษาค้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา หาความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .98, .89, .88 และ .96 หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 10 ราย ซึ่งแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่น มีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .86, .89, .88 และ .92 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และคำนวณร้อยละ วิเคราะห์อาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท จากการประเมินอาการทางจิตโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ วิเคราะห์การกลับมารักษาค้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน จากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยการแจกแจงความถี่ วิเคราะห์ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลโดยการใช้โปรแกรม โดยการแจกแจงความถี่

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบ t-test ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยใช้สถิติ Kolmogorov – Smirnov Test พบว่ามีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$)

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้จำนวน 22 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.18 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 25-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.09 สถานภาพส่วนใหญ่เป็นโสด คิดเป็นร้อยละ 50 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 86.36 และประวัติการรักษาด้วยยาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.64

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลลัพธ์ของการใช้

โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -20.89$; $p = .000$) โดยที่คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ (Mean = 79.33, SD = 3.36)

2. ข้อมูลอาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังหลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต ก่อนการใช้โปรแกรมพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 13.64 และมีอาการทางจิต จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 86.36 หลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง มีอาการทางจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 และมีอาการทางจิต จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82

3. ข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน จากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิต ก่อนการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันแล้วต้องส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย จากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 (ข้อมูลเดือนพฤษภาคม 2567) หลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง ไม่พบผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 100

ข้อมูลความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลโดยการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง หลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง เดือนมิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ. 2567 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิต

เภทมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 และมีความพึงพอใจระดับมาก จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทายยาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทายยาก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -20.89$; $p = .000$) โดยที่คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทายยาหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ (Mean = 79.33, SD = 3.36) ทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจากการให้บริการของบุคลากรผู้ปฏิบัติจะได้มีการเน้นย้ำให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาด้วยยา การให้ความรู้เรื่องยา รวมถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา แต่ทั้งนี้ในการให้บริการยังขาดการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งสามารถติดตามผู้ป่วยบางรายเท่านั้น ผู้ป่วยบางรายฐานะยากจนไม่มีโทรศัพท์มือถือใช้ส่วนตัว การติดตามผ่านผู้นำชุมชนผ่านทางโทรศัพท์ บางครั้งผู้นำชุมชนไม่ได้เห็นความสำคัญของการรักษาในผู้ป่วยโรคจิตเภท การติดตามผ่านทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บางครั้งเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่มีความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช ไม่ให้ความสำคัญกับการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงทำให้ไม่สามารถที่จะติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง หลังการนำโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวงไปใช้ ซึ่งพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวงแล้ว ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท การรักษาด้วยยาของโรคจิตเภท รวมถึงการปฏิบัติตัว

ที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถที่จะรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง รับประทานตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมถึงการลดความวิตกกังวลจากผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกฤติยา กุลศรีและเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์¹⁸ ที่กล่าวว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ตามเกณฑ์ที่ดีขึ้น และการศึกษาของ เดอ โซซา, เคอร์เวย์, และ โซนาเวน¹⁹ ที่กล่าวว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นหัวใจสำคัญของการทำให้การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลงครั้งหนึ่ง

2. อาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิต หลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง ลดลงผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 และมีอาการทางจิต จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82 จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง (คะแนนระหว่าง 19- 36 คะแนน) สามารถที่จะปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง มีการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางจิตที่ดีขึ้นมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ (คะแนนเท่ากับ 18 คะแนน) ทั้งนี้มีผลสืบโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง มีกลยุทธ์ในการกระตุ้นส่งเสริมในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท การให้คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และประโยชน์ของการรักษาด้วยยา รวมถึงการร่วมอภิปรายร่วมกันถึงความเชื่อและความสนใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การให้ความรู้เรื่องการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยา การให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรักษาด้วยยา และการให้

แรงเสริมทางบวกในพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับการรับประทาน การกล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถที่จะบอกได้ถึงประโยชน์ของการรักษาด้วยยาและผู้ป่วยได้ให้ความมั่นใจต่อการรักษาด้วยยา จึงทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จนสามารถที่จะดำเนินชีวิตประจำวันได้และไม่มีอาการทางจิตเกิดขึ้น

3. การกลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน จากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง ที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันและต้องส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 9.30 (ข้อมูลเดือน พฤษภาคม 2567) และหลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า การใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง มีกลยุทธ์ในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

นอกจากนี้ยังมีการให้บริการหลังการตรวจเสร็จ การให้ความรู้ให้ความมั่นใจต่ออาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยา รวมถึงวิธีการแก้ไข การให้คำแนะนำ และความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และประโยชน์ของการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล รวมถึงการให้บริการให้คำปรึกษาในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลรู้สึกวิตกกังวล รู้สึกเป็นภาระต่อการเจ็บป่วย ซึ่งเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้เรื่องยาโรคจิตเวช ทำให้สามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำของโรคลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วารุณี ทับแสง²⁰ ที่พบว่า ครอบครัวที่ผู้ดูแลมีทักษะในการการ

บริหารยาที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

5. ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความพึงพอใจในการได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง ในระดับปานกลาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 มีความพึงพอใจในการได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง ในระดับมากจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82 พบว่า การใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง เป็นการปฏิบัติตามโปรแกรมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ผ่านการทบทวนอย่างเป็นระบบจากทีมพัฒนาโปรแกรมในการนำ โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง นั้น มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทและญาติในเรื่องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา ประโยชน์ของการรักษาด้วยยารวมถึงผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาและการให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทและ

ญาติมีความมั่นใจต่อการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่งให้ให้ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่เกิดอาการกำเริบของโรค รวมถึงการติดตามอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ก่อนถึงวันนัด 3 วัน ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมาตรวจตามนัดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อะคอสตาร์, เฮอนานเดช, เปเรร่า, เฮเรร่า, และโรดิเกซ²¹

ข้อเสนอแนะ

1. ในการนำโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวงไปใช้ในการให้บริการ อาจเพิ่มเติมการพัฒนาสื่อวิดีโอ เพื่อให้พยาบาลสามารถฝึกปฏิบัติ
2. นำโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวงไปใช้ให้เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อเพิ่มศักยภาพและการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน
3. ควรศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวงในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ต่อไปเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกรายที่ไม่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วย บริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2) ฉบับทดลองใช้. ปัยอนด์ พับลิชชิง.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์; 2559.
3. โรงพยาบาลเขาวง. (2566). รายงานผู้ป่วยโรงพยาบาลเขาวง. โปรแกรม HospXP. ภาพสินธุ์: โรงพยาบาลเขาวง.
4. สินเงิน สุขสมปอง, ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, พลภัทร์ ไส่เสถียรกิจ. (2016). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก. J Psychiatr Assoc Thai [Internet]. 2016; 61(4): 331–40.
5. ขจิรัตน์ ปรักเอโก และคณะ. (2559).คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสำหรับบุคลากรในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์.
6. กายสิทธิ์ แก้วยาศรี. (2565). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดเลย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ;15(2):328-42

7. เปรมฤดี ดำรักษ์, อังคณา วังทอง, อนุชิต วังทอง. (2557). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. สมาคมนักวิจัย. 2557; 19(2): 92–103.
8. อรสา วัฒนศิริ, เสาวภา ศรีภูสิตโต. The Development of Process of Continuity Care in Schizophrenia Patient by Interdisciplinary Team and Care Giver Network of Kamphaeng Phet Hospital. กองการพยาบาล. 2556;40(1): 67–83.
9. Posri A. (2018). Family and Community Participation in Caring of Chronic Schizophrenic Patients: Study of Nongnasang Community. J R Thai Army Nurses. 2018; 19(August): 239–47
10. The International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision [ICD-10] (World Health Organization [WHO], 1994
11. สรินทร์ เชี่ยวโสธร. (2545). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
12. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods, 39, 175-191
13. จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, สุกฤติยา กุลศรี, และวัฒนาภรณ์ พิบูลย์อาลักษณ์. (2556). ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.
14. Overall, J. E., & Gorham, D. R., (1962). The brief psychiatric rating scale. Schizophrenia Report, 10, 799-812. Peterson, 1983
15. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2546). Brief psychotic rating scale (BPRS). ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์
16. เพชร คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยและไม่ป่วยซ้ำ. ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
17. Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. Iris Medication Journal, 92(6), 392-394.
18. สุกฤติยา กุลศรี, และ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2552). การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 3(2), 31-41.
19. De Sousa, A., Kurvey, A., & Sonavane, S. (2012). Family psycho education for schizophrenia: A Clinical Review. Retrieved from <http://www.mjpsychiatry.org/index.php/mjp/article/viewFile/196/155.pdf>
20. วารุณี ทับแสง. (2554). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ (การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
21. Acosta, F. J., Hernández, J. L., Pereira, J., Herrera, J., & Rodríguez, C. J. (2012). Medication adherence in schizophrenia. World Journal of Psychiatry, 2(5), 74-82. doi:10.5498/wjp.v2.i5.74