

**ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา  
สำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยญาติมีส่วนร่วม หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์**

พัชรินทร์ อติสรณกุล พย.ม.(การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการและคณะพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

**บทคัดย่อ**

**บทนำ:** โรคจิตเภทมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรักษาทางยาเพื่อควบคุมอาการ พบว่า ปี 2560-2562 หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบปัจจัยที่ทำให้กลับมารักษาค้ำ ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ส่วนใหญ่ขาดยา ร้อยละ 60 และรองลงมา ขาดผู้ดูแล ร้อยละ 20

**วัตถุประสงค์:** เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาและทักษะการจัดยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่อง

**วัสดุและวิธีการศึกษา:** เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียวมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง ระยะเวลาระหว่างเดือนมิถุนายน 2563 – สิงหาคม 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทได้มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คนกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 60 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 51 ราย เพศหญิงจำนวน 9 ราย ครอบครัวหรือผู้ดูแล จำนวน 30 ราย

**ผลการศึกษา:** จากการวิจัย พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและยาทางจิตเวช ทักษะในการจัดยา รับประทานของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดการบำบัดมากกว่าก่อนได้รับการบำบัดและนอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีขึ้น พร้อมจะรับประทานยาเพื่อให้สามารถทำงานได้ ส่วนทางครอบครัวหรือผู้ดูแล มีความเข้าใจพยาธิสภาพของโรคจิตเภทมากยิ่งขึ้น ต้องการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาต่อเนื่อง

**สรุป:** การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล จะต้องมีความรู้ เรื่องโรคจิตเภท และการรักษาด้วยยา และมีการให้คำปรึกษารายบุคคล รวมทั้งการจัดประสบการณ์ด้วยการฝึกทักษะการจัดยา พร้อมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวหรือผู้ดูแล ความร่วมมือในการรับประทานยา

## Promoting Medication Adherence Program in Persons with Schizophrenia in Psychiatric Ward Kalasin Hospital.

Patcharin Adisalanakul M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)  
Department of Psychiatric Ward Kalasin Hospital.

### Abstract

**Background:** Schizophrenia has a strong need for drug treatment to control symptoms, found that in 2017-2019 psychiatric wards. Kalasin Hospital The factors that led to a second or re-admit were found 60% of the drug was missing and followed by 20% of the lack of caregivers.

**Objective:** This research aimed to examine the effectiveness of the Promoting Medication Adherence Program among persons with schizophrenia Psychiatric ward in Kalasin Hospital.

**Material and Methods:** Is quasi-experimental Research design one group pre-test – post-test design The sample consisted of 60 persons are male 51, female 9, and caregivers with schizophrenia 30. The study was conducted from June 1st to August 31st, 2020. Research instruments composed of the Promoting Medication Adherence Program All instruments were tested for validity by 3 experts.

**Results:** The results of the study found that: after adherence program, were higher than before adherence program. The results of this study indicate that participating in adherence program can improve medication use behaviors and attitudes towards treatment for patients and caregivers with schizophrenia. Want to take care of the patient to continue taking the drug.

**Conclusions:** Encouraging patients to continue in taking medication absolutely necessary that the patient and family or caregivers must have knowledge schizophrenia and drug treatment and individual counseling. As well as providing experience by practicing drug management skills along with encouraging family or caregivers to take part in caring for a better quality of life.

**Key words:** Patient of schizophrenia, Family or caregivers, Medication adherence

## บทนำ

โรคจิตเภทพบได้ทุกเชื้อชาติ ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคจิตเภท 26 ล้านคน คิดเป็นอัตราป่วย 7 ต่อ 1,000 คน ในประชากร สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยโรคทางจิตในประเทศไทย ในปี 2556 พบผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 1,152,044 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 409,003 ราย มากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด<sup>(1)</sup> โดยผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะมีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้อารมณ์และพฤติกรรมและมีการกลับเป็นซ้ำมากที่สุดตลอดจนมีความรุนแรงและเรื้อรังส่วนใหญ่มิมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยากต่อการรักษาให้หายขาดได้โดยมีอาการหลงเหลืออยู่มีความเสื่อมในทักษะความสามารถในการดูแลตนเองเกือบทุกด้าน ถ้าป่วยช้าบ่อยๆ ส่งผลให้เกิดการไร้สมรรถภาพและความทุพพลภาพในระยะยาวได้มากที่สุด

การดูแลรักษาในระยะแรกเน้นการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต และอาจรักษาร่วมกับการรักษาด้วยไฟฟ้าเพื่อลดความรุนแรงของอาการทางจิตเมื่อผู้ป่วยมีอาการเข้าสู่ระยะคงเสถียรภาพผู้ป่วยยังคงต้องได้รับการรักษาด้วยยาแต่ลดขนาดยาลง ร่วมกับการบำบัดรักษาด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ที่กลับเป็นซ้ำเนื่องจากหยุดรับประทานยา และลักษณะพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่ 1) การรับประทานยาไม่ติดต่อกันตามแผนการรักษา 2) การรับประทานยาไม่ถูกขนาด 3) การรับประทานยาไม่ถูกเวลา 4) การลืมรับประทานยาในบางขนาด 5) การหยุดรับประทานยา หรือไม่รับประทานยาเลยและนอกจากนี้ ยังมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรคยาจิตเวชและขาดความตระหนักในการรับประทานยา<sup>(2)</sup>

หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ขนาด 10 เตียง จากสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการ และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ปี 2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 62, 73 และ 75ตามลำดับ<sup>(3)</sup> จากสถิติดังกล่าว พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยที่ผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาดังแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบปัจจัยที่ทำให้กลับมารักษาซ้ำตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ส่วนใหญ่ขาดยา ร้อยละ 60 และรองลงมา ขาดผู้ดูแล ร้อยละ 20

ดังนั้นการให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทรวมทั้งแผนรักษาและการสังเกตอาการข้างเคียงของยาและการแก้ไขเบื้องต้น จึงเป็นการบำบัดอีกวิธีหนึ่งในการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยา<sup>(2)</sup> เพราะการให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษา กับผู้ป่วยเป็นจุดสำคัญในการปรับเปลี่ยนให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในด้านการสร้างเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า โปรแกรมที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทได้มากและยั่งยืน คือ โปรแกรมที่มีการผสมผสานหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้ (Cognitive Theory) เชื่อว่าการเรียนรู้ของมนุษย์เป็นกระบวนการทางสติปัญญาที่สร้างความรู้ความเข้าใจ โดยผ่านการจัดการเรียนการสอนในภาพรวม นอกจากนี้ ยังเชื่อว่า มนุษย์มีความนึกคิด มีอารมณ์จิตใจและความรู้สึกภายในที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นการที่จะประสบผลสำเร็จในการเรียนการสอนก็ควรเจาะลึกเป็นรายบุคคลเพิ่มเติมด้วย นอกจากการสร้างความรู้ความเข้าใจแล้ว ยังเชื่อว่าการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้โดยการจัดประสบการณ์ใหม่ จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้แบบ

หยังเห็นได้มากขึ้นส่งผลให้เกิดความเข้าใจ มีทักษะ และเกิดพฤติกรรมอย่างยั่งยืน<sup>(4)</sup> นอกจากนี้ยังต้องส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

ด้วยเหตุผลดังกล่าว คณะผู้วิจัย จึงได้จัดทำโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทายยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตอบสนองตามปัญหาที่พบแต่ละราย เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การกลับมารักษาซ้ำลดลง

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทายยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัด
3. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการจัดยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัด

### วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบกลุ่มเดียวมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest – posttest design) ระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน 2563 – สิงหาคม 2563 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD 10) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ นำมาคัดเลือกเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ

อาการทางจิตสงบผ่านระยะวิกฤติที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ ทุกช่วงอายุและยินดีเข้าร่วมการวิจัยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการและวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทที่ร่วมวิจัยการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
2. แบบวัดความรู้และทักษะการจัดยา
3. แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทายยา (medication adherence) จากแบบประเมิน MMAS 8-Items ( Morisky medication adherence scale-MMAS 8-Items)
4. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการได้แก่โปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทายยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

### ผลการศึกษา

1. ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างรายละเอียดดังนี้

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 51 ราย ร้อยละ 85 อายุอยู่ในช่วง 31- 40 ปี จำนวน 26 ราย ร้อยละ 43.3 สถานภาพสมรสโสด จำนวน 32 ราย ร้อยละ 53.3ระดับการศึกษามัธยมศึกษาจำนวน 33 ราย ร้อยละ 55 ลักษณะครอบครัว อาศัยอยู่กับบิดามารดา 36 ราย ร้อยละ 60 ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 22 ราย ร้อยละ 36.7 รายได้ต่อเดือน อยู่ในช่วง 1,001-5,000 บาทจำนวน 25 ราย ร้อยละ 41.7 ระยะเวลาของการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง11-15 ปี จำนวน 24 ราย ร้อยละ 40 และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งที่ 3 จำนวน 29 ราย ร้อยละ 48.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
ชาย	51	85
หญิง	9	85
<b>2. อายุ (ปี)</b>		
18-30 ปี	17	28.3
31-40 ปี	26	43.3
41-50 ปี	12	20
51-60 ปี	5	8.3
<b>3. สถานภาพสมรส</b>		
โสด	32	53.3
คู่	11	18.3
หม้าย/หย่า	17	28.3
<b>4. ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	13.3
ประถมศึกษา	19	31.6
มัธยมศึกษา	33	55
<b>5. ลักษณะครอบครัว</b>		
อยู่ลำพัง	9	15
คู่สมรส	15	25
บิดา มารดา	36	60
<b>6. อาชีพ</b>		
เกษตรกร	17	28.3
ค้าขาย	12	20
รับจ้าง	22	36.7
ว่างงาน	9	15

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>7. รายได้ต่อเดือน (บาท)</b>		
ไม่มีรายได้	9	15
1-1,000	19	31.6
1,001-5,000	25	41.7
5,001-10,000	7	11.7
<b>8. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (ปี)</b>		
1-5 ปี	8	13.3
6-10 ปี	13	21.7
11-15 ปี	24	40
16-20 ปี	15	25
<b>9. จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</b>		
ครั้งที่ 1	11	18.3
ครั้งที่ 2	20	33.3
ครั้งที่ 3	29	48.3

2. ข้อมูลครอบครัวหรือผู้ดูแล (n = 30) ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลขณะอยู่ที่บ้านและจัดยาให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานส่วนใหญ่ คือ มารดา จำนวน 13 ราย ร้อยละ 43.3 รองลงมาเป็นภรรยา จำนวน 10 ราย ร้อยละ 33.3 และเป็นญาติพี่น้อง จำนวน 7 ราย ร้อยละ 23.3

3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวหรือผู้ดูแล

พบว่า หลังการบำบัดผู้ป่วยมีคะแนนความร่วมมือเพิ่มขึ้น ได้แก่ พฤติกรรมการลดขนาดหรือหยุดรับประทานยารักษาโรคจิตเภท โดยไม่ได้บอกแพทย์เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกว่าอาการแย่ลงหลังรับประทานยาลดลงจาก ร้อยละ 81.7 เป็น 30 การ

หยุดรับประทานยารักษาโรคจิตเภทเมื่อรู้สึกว่าการอาการของโรคจิตเภทของท่านควบคุมได้แล้ว ลดลงจากร้อยละ 85 เป็น 40 ความรู้สึกยุ่งยากในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาและการรับประทานยารักษาโรคจิตเภททุกวัน ลดลงจากร้อยละ 83.3 เป็น 36.7 ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าการจดจำยารับประทานทั้งหมดให้ครบถ้วนทำให้ยุ่งยาก (0 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนรับประทานอย่างไร) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5 เป็น 65 และผู้ป่วยรู้สึกว่า การจดจำยารับประทานทั้งหมดให้ครบถ้วนทำให้ยุ่งยาก (รู้สึกเป็นประจำหรือ 7 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนรับประทานอย่างไร) ลดลงจากร้อยละ 56.7 เป็น 3.3 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ความร่วมมือในการรับประทานยา (medication adherence) จากแบบประเมิน MMAS 8-Items (Morisky medication adherence scale-MMAS 8-Items) (n=60)

คำถาม	ก่อน		หลัง	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. บางครั้งท่านลืมรับประทานยารักษาโรคจิตเภทหรือไม่	38 (63.3)	22 (36.7)	29 (48.3)	31 (51.7)
2. ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านเคยลืมรับประทานยารักษาโรคจิตเภทหรือไม่	33 (55)	27 (45)	25 (41.7)	35 (58.3)
3. ท่านเคยลดขนาดหรือหยุดรับประทานยารักษาโรคจิตเภทหรือไม่ โดยไม่ได้บอกแพทย์เนื่องจากท่านรู้สึกว่าการแย่งหลังรับประทานยา	49 (81.7)	11 (18.3)	18 (30)	42 (70)
4. เมื่อท่านต้องเดินทางหรือออกจากบ้านบางครั้ง ท่านลืมที่จะพกยารักษาโรคจิตเภทไปด้วยหรือไม่	46 (76.7)	14 (23.3)	33 (55)	27 (45)
5. เมื่อวานนี้ท่านรับประทานยาต้านโรคจิตหรือไม่	35 (58.3)	25 (41.7)	53 (88.3)	7 (11.7)
6. บางครั้งท่านเคยหยุดรับประทานยารักษาโรคจิตเภทหรือไม่เมื่อรู้สึกว่าการของโรคจิตเภทของท่านควบคุมได้แล้ว	51 (85)	9 (15)	24 (40)	36 (60)
7. ท่านรู้สึกยุ่งยากหรือไม่สะดวกในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการรับประทานยารักษาโรคจิตเภททุกวัน	50 (83.3)	10 (16.7)	22 (36.7)	38 (63.3)
8. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าการจดจำรับประทานทั้งหมดให้ครบถ้วนทำให้ยุ่งยาก				
8.1 ไม่เคยรู้สึก (0 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนรับประทานอย่างไร)	3 (5)		39 (65)	
8.2 รู้สึกนานๆครั้ง (1 ถึง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนรับประทานอย่างไร)	3 (5)		12 (20)	
8.3 รู้สึกบางครั้ง (3 ถึง 4 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนรับประทานอย่างไร)	4 (6.7)		3 (5)	
8.4 รู้สึกบ่อยครั้ง (5 ถึง 6 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนรับประทานอย่างไร)	16 (26.7)		4 (6.7)	
8.5 รู้สึกเป็นประจำ (7 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนรับประทานอย่างไร)	34 (56.7)		2 (3.3)	

จากการวิจัย พบว่าหลังการบำบัด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคจิตเภทและยาทางจิตเวชเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวหรือผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภทและยาทางจิตเวชด้วยวิธีการระบวนการกลุ่มตาม

โปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น ส่วนด้านทักษะในการจัดยา รับประทาน กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการจัดยา รับประทานเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่ เพิ่มขึ้นเป็นระดับ 3 และพัฒนาเป็นระดับ 4, 5 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความรู้และทักษะในการจัดยา รับประทานในผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวหรือผู้ดูแล

		ก่อนการบำบัด		หลังการบำบัด		p-value
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ความรู้เรื่อง	ผู้ป่วย	6.43	1.09	13.28.76	- 41.6	.000*
โรคจิตเภทและ	ครอบครัวหรือผู้ดูแล	8.53	1.1	14.13.5	- 27.08	.000*
ยาทางจิตเวช						
ทักษะในการจัดยา รับประทาน	ผู้ป่วย	ระดับ 1 = 20% (12 ราย)	ระดับ 1 = 10% (6 ราย)			
		ระดับ 2 = 55% (33 ราย)	ระดับ 2 = 15% (9 ราย)			
		ระดับ 3 = 25% (15 ราย)	ระดับ 3 = 48.3% (29 ราย)			
			ระดับ 4 = 18.3% (11 ราย)			
			ระดับ 5 = 8.3% (5 ราย)			
	ครอบครัวหรือผู้ดูแล	ระดับ 3 = 93.33% (28 ราย)	ระดับ 4 = 56.66% (17 ราย)			
		ระดับ 4 = 6.66% (2 ราย)	ระดับ 5 = 43.33% (13 ราย)			

\*p < .05

หมายเหตุ: ระดับ 1 ปฏิบัติได้เล็กน้อย ระดับ 2 ปฏิบัติได้ต้องกระตุ้นทุกครั้ง ระดับ 3 ปฏิบัติได้ กระตุ้นบางครั้ง ระดับ 4 ปฏิบัติได้ดีเป็นส่วนมาก ระดับ 5 หมายถึง ปฏิบัติได้ดีทุกครั้งและเป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุคคลอื่นได้

พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจเรื่องโรค และมีเจตคติที่ดีขึ้นพร้อมจะรับประทานยาเพื่อให้สามารถทำงานได้ ส่วนครอบครัวหรือผู้ดูแลมีความ

เข้าใจพยาธิสภาพของโรคจิตเภทมากยิ่งขึ้น ต้องการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาต่อเนื่อง ดังตารางที่ 4



**ตารางที่ 4 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ ในผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวหรือผู้ดูแล**

กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ
<b>ผู้ป่วย</b>	
รายที่ 1	“ผมรู้แล้วว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ต้องกินยา ถ้าไม่กินยาจะหงุดหงิดก้าวร้าวหูแว่ว ได้ยินเสียงคนพูดว่าจะมาฆ่า รู้สึกกลัวและทุกข์ทรมาน ดังนั้นผมไม่อยากหูแว่ว ผมต้องกินยา ผมเข้ากลุ่มฝึกจิตยา ตอนนี่จิตยาได้เองพร้อมกลับบ้านแล้วครับ”
รายที่ 2	“ถ้าไม่กินยา ก็ไม่หาย ไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัวไม่ได้ เสียอนาคต ผมต้องกินยาต่อครับ”
รายที่ 3	“ป่วยจิตแล้วเป็นไง ผมว่าดีกว่าเป็นเบาหวานเสียอีก เพราะป่วยทางจิตกินอาหารได้ทุกอย่าง แต่เบาหวานต้องควบคุมอาหาร แล้วป่วยทางจิตและเบาหวานต้องกินยาทั้งคู่”
<b>ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท</b>	
มารดา	“รู้แล้วว่าลูกป่วยทางจิต ไม่ได้แกล้งทำ เป็นอาการทางจิตกำเริบจากไม่ได้กินยา หลังเข้ากลุ่มฝึกจิตยา แม่จิตยาได้แล้วและรู้วิธีพูดให้ลูกกินยาได้ง่าย ๆ ไม่ต้องบังคับกันแล้วต่อไปนี่แม่จะพามารับยาต่อเนื่อง เวลาลูกอาการดีขึ้น ไม่หงุดหงิด ไม่ก้าวร้าว เป็นคนขยันทำงาน เป็นเสาหลักหาเลี้ยงครอบครัวได้”

**หมายเหตุ:** ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึงผู้ทำหน้าที่จิตยาและให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาหรือผู้ที่จิตยาหรือเตือนผู้ป่วยรับประทานยาและผู้ป่วยเป็นคนรับประทานยาด้วยตนเองที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือทางกฎหมาย หรือความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้าง หรือค่าตอบแทนใดๆ

**วิจารณ์**

การวิจัยผลของโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทโดยญาติที่มีส่วนร่วม หอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลกาฬสินธุ์สอดคล้องกับ สมมติฐานการวิจัย “ความร่วมมือในการรับประทานยาความรู้เรื่องโรคและทักษะการจิตยาในกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดการบำบัดมากกว่าก่อนได้รับการบำบัด” ซึ่งมี

การนำเอาหลายแนวคิดมาประยุกต์ใช้ ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้แนวปัญญานิยม (Cognitive theory) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านการสอนภาพรวมด้วยวิธีการบวนการกลุ่ม<sup>(4)</sup> พบว่าการที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรคจิตเภท มีสาเหตุสำคัญของการป่วย คือ ปัจจัยด้านชีวเคมีในสมอง ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติเนื่องจากยาสามารถควบคุมอาการทางจิตได้และให้ความรู้ที่ครอบคลุมทั้งสาเหตุอาการวิธีการรักษาและผลข้างเคียงการสังเกตอาการกำเริบควรส่งเสริมความรู้ให้ครบทุกประเด็น เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง<sup>(2,5)</sup> นอกจากนี้ ยังมี การให้คำปรึกษาเพื่อตอบสนองปัญหารายบุคคล

(Individual counseling) และยังสอดคล้องกับ ทฤษฎีการเรียนรู้ของกลุ่มเกสตัลท์ (Gestalt Theory) ที่กล่าวว่า การจัดประสบการณ์ใหม่จะช่วยให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ง่ายขึ้น<sup>(4)</sup> ในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้มีการจัดประสบการณ์เพื่อให้ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติโดยการฝึกทักษะการจัดยา ให้เกิดประสบการณ์ใหม่ เรียนรู้ได้ง่ายขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจเรื่องโรคและมีทักษะดีขึ้น จึงนำมาสู่การมีเจตคติที่ดีต่อการเจ็บป่วย พร้อมจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับ ชนายนันท์แสงปาก (2559)<sup>(6)</sup> ที่กล่าวว่า การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

นอกจากนี้ การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งจำเป็น สอดคล้องกับ นภากาศ พึ่งเกษมสุนทรและอรพรรณ ลีบุญธวัชชัย (2554)<sup>(7)</sup> และวัชรินทร์วุฒิธรณฤทธิ์ (2560)<sup>(8)</sup> ที่กล่าวว่า ครอบครัวมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ต้องพึ่งพา และมีความผูกพันกับครอบครัวอยู่มาก การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระหนักของครอบครัว โดยเฉพาะในช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงมีอาการวุ่นวาย ก้าวร้าว หากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลที่ถูกต้อง มีการรักษาต่อเนื่อง ครอบครัวปฏิบัติและแสดงออกที่เหมาะสม ผู้ป่วยก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข โดยมีครอบครัวดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในการศึกษาครั้งนี้ พบญาติผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 12 ราย ซึ่งถือว่าเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ต้องมีการจัดระบบในการช่วยเหลือกลุ่มดังกล่าวเป็นพิเศษ เช่น จัดระบบ Drug delivery โดยเครือข่ายเป็นผู้ดูแล

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเรื่องนี้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อความเหมาะสมของการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล
2. พยาบาลผู้วิจัยควรมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยให้การยอมรับว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องเป็นปัญหาที่ต้องช่วยเหลือและบำบัดรักษา
3. ควรมีการติดตามต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน และส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
4. ครอบครัวและผู้ดูแลมีความสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง จึงควรให้ครอบครัวและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
5. ผู้ป่วยมักจะชอนยาไว้ใต้ลิ้น ต้องให้ผู้ป่วยรับประทานยา และกลืนให้เห็น เพื่อการควบคุมอาการ และได้รับยาอย่างต่อเนื่อง
6. ผู้ป่วยจิตเภทมักจะคุ้นเคยกับยารูปลักษณะเดิม หากจำเป็นต้องเปลี่ยนบริษัทใหม่ ต้องอธิบายอย่างละเอียดเพื่อให้เกิดการยอมรับ
7. หากผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนทางยาจิตเวช เช่น ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง สามารถสร้างความมั่นใจ โดยเภสัชกรมีส่วนร่วมในการดูแล
8. หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา แพทย์จะพิจารณาปรับเป็นยาฉีด (Long acting)
9. มักมีการแบ่งปันยาจิตเวชให้กับผู้ป่วยอื่น
10. ในรายที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย อาจกินยาเกินขนาดได้
11. ในรายที่ผู้ดูแลมีข้อจำกัด เช่น อายุมาก ไม่สามารถดูแลผู้ป่วย และไม่สามารถมารับยาได้ ควรมีการจัดระบบ Drug delivery โดยเครือข่ายเป็นผู้ดูแล

### สรุป

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะสร้างโดยการผสมผสานหลายวิธีประกอบด้วยการให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทรวมทั้งแผนรักษาและการสังเกตอาการข้างเคียงของยาและการแก้ไขเบื้องต้น เพราะการให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษากับผู้ป่วยเป็นจุดสำคัญในการปรับเปลี่ยนให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งการให้คำปรึกษาเพื่อตอบสนองปัญหารายบุคคล (Individual counseling) และจัดกิจกรรมการฝึก

ทักษะให้เกิดประสบการณ์ใหม่ ซึ่งผู้ป่วยมีประสบการณ์บ้างแล้ว แต่ยังไม่ถูกต้อง ทำให้เรียนรู้ได้ง่ายขึ้น อีกทั้งการที่ครอบครัวควรเข้ามามีบทบาทในการดูแลรับผิดชอบ กระตุ้น ให้กำลังใจ สนับสนุน หรือมีส่วนร่วมสอนให้สมาชิกในครอบครัวมีการส่งเสริมสุขภาพของตนเองการจดยา เมื่อผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเรื่องโรคและมีทักษะดีขึ้น จะนำมาสู่การมีเจตคติที่ดีต่อการเจ็บป่วยลดการกำเริบซ้ำสามารถดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชประจำปีงบประมาณ 2558. [สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2561]. จาก: <http://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/reds.asp>.
2. ญัตติกาชूरรัตน์. การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหล็กที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุฒิศาครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2559; 3 : 24-35.
3. หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี2562.
4. มารุต พัฒนาผล. ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มการรู้คิด.[สืบค้นเมื่อ 18กุมภาพันธ์2563]. จาก: [http://www.curriculumandlearning.com/upload/Books/Cognitive%20Theory\\_1597201266.pdf](http://www.curriculumandlearning.com/upload/Books/Cognitive%20Theory_1597201266.pdf)
5. เพชร คันธสายบัว. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2544 : หน้า 94.
6. ชนายนันท์แสงปาก, ภัทรภรณ์ทุ่งปิ่นคำ, วรณุชกิตสัมพันธ์. ผลของการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่องต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน. Nursing Journal 2017;44:137-48.
7. นภาพรณ พึ่งเกษมสุนทร, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแล ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและสุขภาพจิต 2554; 25: 51-63.
8. วชิรินทร์วุฒิณฤทธิ. การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต2560; 31 : 1-12.