

# ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการรับประทานยา ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

## The Effect of Family Counseling on Medication Adherence of Schizophrenic Patients with Alcohol Use

กุลยานิชพงศ วงหนูพะเนาว์\* รชนีกร อุปเสน

Kunlayanitchaphong Wongnuphanao\* Ratchaneekorn Upasen

คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย 10330

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง ศึกษาหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังวัดซ้ำที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรองซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และครอบครัวจำนวน 20 ครอบครัวโดยจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันได้แก่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) การให้คำปรึกษาครอบครัว 2) แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา 3) แบบประเมินอาการทางจิต: BPRS 4) แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์: OCDS เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80, .86 และ .94 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ One-way Repeated Measure ANOVA. ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังติดตามที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือนมีพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ:** การให้คำปรึกษาครอบครัว, พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา, ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

### Abstract

A quasi-experimental research which was conducted with a pre- and post-experimental measurement. The aims of the study included: 1) to compare behaviors of schizophrenic patients with alcohol usage in medication adherence between pre and post receiving a family counseling program; and 2) to compare behaviors of schizophrenic patients with alcohol usage in medication adherence for repeated measurements after 1 week and 1 month. The sample group was qualified schizophrenic patients with alcohol usage treated in outpatient department at Nangrong Hospital. The patients were randomly matched with those who had similar qualifications as 20 pairs of patient and family member as a caregiver. The experimental group received

\*นักศึกษาลูกศรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Corresponding Author: \*E-mail: cpkunlaya@gmail.com

วันที่รับ (received) 27 ก.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 30 ก.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 ก.ย. 2565

four weeks of family counseling program in medication adherence. As for the research instruments, there were 1) Family Counseling Program; 2) Medication Adherence scale; 3) Brief Psychiatric Rating Scale :BPRS and 4) The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS. All instruments were tested for content validity by 5 experts with Cronbach's alpha coefficients of .80, .86 and .94 respectively. Data analysis use One-way Repeated Measure ANOVA. The results of the research could be summarized as follows. The medication adherence of schizophrenic patients with alcohol usage followed up after 1 week and 1 month was higher than after receiving family counseling, which was accounted of .05 statistically significant.

**Keywords:** Family counseling, Medication adherence, Schizophrenic patients with alcohol use

## บทนำ

โรคจิตเภท หมายถึง “โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม”<sup>1</sup> ผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ เนื่องจากมีความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (craving) และมีปัญหาไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ส่งผลให้พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำ<sup>2</sup> และการรักษามีประสิทธิภาพต่ำลง<sup>3</sup> และร้อยละ 30 มีอาการกลับเป็นซ้ำเนื่องจากหยุดรับประทานยาการรักษาอาการทางจิตเอง<sup>4</sup> ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงและซับซ้อนขึ้น

แนวทางปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทดำเนินนโยบายเน้นให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชน<sup>5</sup> และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก<sup>6</sup> โดยการรับยารักษาอาการทางจิตไปรับประทานต่อที่บ้าน และให้ครอบครัวรับหน้าที่ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญมากในการดูแลที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ที่บ้าน<sup>7</sup> ทั้งด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแล รักษา โดยเฉพาะการพาไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อรับยามารับประทานอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์การรักษาที่บ้านและไม่ขาดยา และช่วยชี้แนะการควบคุมความอยากแอลกอฮอล์ให้ไม่กลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำ ซึ่งมีความสำคัญมากต่อการรักษาและป้องกันอาการทางจิตกำเริบ ส่งผลทำให้การรักษาได้ผลดีเกิดประสิทธิภาพสูงสุด<sup>8</sup>

ปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วยปัจจัยหลักคือ การใช้แอลกอฮอล์ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค และการรักษา ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต รวมทั้งทัศนคติและสัมพันธภาพกับ

ครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาว่าแอลกอฮอล์ทำให้ประสิทธิภาพของยาไม่ได้ผล มีผลกระตุ้นที่สมองทำให้เกิดโรคสมองตื้อยา ไม่สามารถควบคุมความอยากแอลกอฮอล์ได้ และอาการทางจิตรุนแรงขึ้น จนผู้ป่วยรู้สึกเครียด เบื่อหน่าย หวาดกลัวและหยุดรับประทานยาในที่สุด<sup>9</sup> หากผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทจะมีพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นเรื่อยๆ<sup>10</sup> ขณะเดียวกันความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต การขาดความรู้ในการเพื่อบรรเทาอาการจนเป็นสาเหตุให้ไม่ยอมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องและส่งผลให้ผู้หยุดรับประทานยาเองได้<sup>11</sup> และมีพฤติกรรมขาดยา ทั้งยา เลือกรับประทานยาบางตัว จนเกิดปัญหาสัมพันธภาพกับครอบครัวตามมา ถ้าครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีและทัศนคติในเชิงลบ ต่ำหยา ดุด่า ว่ากล่าว ทอดทิ้ง ผู้ป่วยจะพยายามแก้ไขโดยการไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและไม่รักษา<sup>12</sup> และมีความสุขกับการหันกลับไปใช้แอลกอฮอล์เพื่อกลบอาการทุกข์ทรมานเหล่านั้น จนอาการทางจิตกำเริบซ้ำ ทำให้การดูแลยุ่งยากซับซ้อนขึ้น<sup>13</sup> จึงเป็นเหตุผลและปัจจัยสำคัญที่ต้องมีการให้คำปรึกษาครอบครัวโดยใช้กระบวนการและทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) ซึ่งจะส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้นและตระหนักในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

จากการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวโดยใช้กระบวนการและทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิด<sup>14</sup> พัฒนาโดย<sup>15</sup> จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้นได้ ซึ่งในทุกขั้นตอนของการให้คำปรึกษาครอบครัวมีจุดประสงค์ที่ชัดเจนและความสำคัญ เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาความสามารถของครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท

เมื่ออยู่ที่บ้าน โดยผสมผสานความรู้เรื่องโรค การรักษา การดูแล และสังเกตอาการทางจิต รวมทั้งทักษะและการจัดการที่จำเป็นต่างๆ ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความรู้ มีทักษะและใช้กระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้รู้และเข้าใจในปัญหาที่แท้จริง ตลอดจนสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมได้ด้วยตัวเองจนบรรลุเป้าหมาย คือ การควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และมีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาได้ โดยครอบครัวสนับสนุนและมีส่วนร่วม

จากการศึกษาที่ผ่านมาแนวทางการดูแลรักษา ด้านสุขภาพจิต ส่วนใหญ่เน้นเฉพาะเจาะจงที่ตัวผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เท่านั้น ไม่ได้หมายรวมถึงสมาชิกทุกคนในครอบครัว ซึ่งการนำเอาสมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการให้คำปรึกษายังน้อยมาก และการดูแลเป็นแบบปกติเหมือนผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป บางครั้งยังไม่ตรงกับความต้องการและไม่เพียงพอในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ให้มีพฤติกรรมมารับประทานยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาและควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจในการให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) ตามแนวคิด<sup>14</sup> พัฒนาโดย<sup>15</sup> ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ใช้กระบวนการและทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัว ซึ่งเป็นกระบวนการมาตรฐานที่ใช้กันโดยทั่วไปและมุ่งให้ความช่วย

เหลือทั้งครอบครัวไม่ใช่บุคคลเพียงคนเดียวในครอบครัวที่พฤติกรรมมีปัญหา ซึ่งเน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพ และการตกลงบริการ ช่วยกันสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการและวางแผนแนวทางแก้ไขปัญหาและนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทกับครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกันทุกขั้นตอนและสนับสนุน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ตลอดจนคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น สามารถควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนให้คำปรึกษาครอบครัวและหลังสิ้นสุดการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน

### สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ หลังการได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวและติดตาม ที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน สูงกว่าก่อนการได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การให้คำปรึกษาครอบครัว ตามแนวคิด<sup>14</sup>  
พัฒนาโดย<sup>15</sup> จำนวน 8 กิจกรรม ดังนี้

**ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ และการตกลงบริการ**  
กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ  
กิจกรรมที่ 2 การตกลงบริการ ประกอบด้วย

การประเมินตนเอง สิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง เห็นผลกระทบของการใช้แอลกอฮอล์ต่อการรักษาด้วยยา รักษาอาการทางจิต

**ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้รับบริการ**  
กิจกรรมที่ 3 การสำรวจปัญหาสาเหตุ ความต้องการของผู้รับบริการ และการให้ความรู้โรคจิตเภท ยา รักษาอาการทางจิต โทษพิษภัยแอลกอฮอล์ ความอยากและตัวกระตุ้น

**ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 การวางแผนแก้ไขปัญหามาตรฐาน ประกอบด้วย**  
กิจกรรมที่ 4-6 ขั้นตอนการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหา โดยการให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวฝึกปฏิบัติทักษะการนำไปใช้แก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวันจริงโดยการเรียนรู้และจดจำผ่านตัวแบบและการซักถามข้อมูลเพิ่มเติมในสิ่งที่สงสัยและปัญหาที่ค้างคาเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการนำไปใช้ โดยเลือกแนวทางการแก้ปัญหาด้วยตัวผู้ป่วยเองและการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

กิจกรรมที่ 4 ทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา รักษาอาการทางจิต  
กิจกรรมที่ 5 ทักษะการปฏิเสธ การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น ทักษะเทคนิคการหยุดความคิด  
กิจกรรมที่ 6 ทักษะการจัดยาด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารับประทานยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

**ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 การยุติบริการ ประกอบด้วย**  
กิจกรรมที่ 7 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวเห็นประสบการณ์เชิงลบและเชิงบวกที่ผ่านมาโดยอาศัยกระบวนการกลุ่มและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง

กิจกรรมที่ 8 สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรม จากนั้นแจกคู่มือการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัว

พฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา  
1) ด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา  
2) ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษา  
กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง เข้าร่วมการให้คำปรึกษา  
ครอบครัวต่อพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา  
ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ หลังสิ้นสุดการทดลองมีการ  
ติดตามที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

**ประชากร** ตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วย  
จิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท  
(F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรค  
ขององค์การอนามัยโลก คือ ICD10<sup>17</sup> และใช้แอลกอฮอล์ ที่เข้า  
รับการรักษแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลนางรองระหว่าง  
เดือนตุลาคม 2563-มีนาคม 2564 ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี  
จำนวน 20 ครอบครัว และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท  
ที่ใช้แอลกอฮอล์ จำนวน 1 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์  
ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ คือ อายุ 20-59 ปีขึ้นไป และสามารถสื่อสาร  
กับผู้วิจัยได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการตามข้อเสนอแนะยึด  
หลักการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยกึ่ง  
ทดลอง คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 13 คน<sup>18</sup> เพื่อให้การกระจาย  
ของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ซึ่งสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากร  
ได้ดีที่สุด และป้องกันการไม่มาเข้าร่วมการทดลองหรือ  
drop out การวิจัยนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 20 คน โดยเรียงลำดับ  
ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์และสมัครใจ

## เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการทดลองคือ 1) การให้คำปรึกษา  
ครอบครัว โดยการศึกษาและกิจกรรมในครั้งนี้พัฒนามาจาก  
การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำ  
ปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์  
การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ การให้คำปรึกษา  
ครอบครัว<sup>14</sup> พัฒนาโดย<sup>15</sup> และการใช้แอลกอฮอล์ โดยมี  
วัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อ  
พฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท  
ที่ใช้แอลกอฮอล์ ประกอบด้วย 8 กิจกรรม 4 สัปดาห์  
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1-5 กิจกรรม นานครั้งละ 45-60 นาที  
รวมการดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 4 สัปดาห์ละครั้ง จำนวน  
4 สัปดาห์ และวัดซ้ำที่ 1 สัปดาห์ โดยทุกขั้นตอนของการวิจัย  
ผู้วิจัยได้วางแผนร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งมีรายละเอียดของ  
การทำกิจกรรมดังนี้ **ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ  
และการตกลงบริการ** ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การสร้าง

สัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 การตกลงบริการ **ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2  
การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้รับบริการ**  
ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 3 การสำรวจปัญหาสาเหตุ  
ความต้องการของผู้รับบริการ และการให้ความรู้โรคจิตเภท  
ยารักษาอาการทางจิต โทษพิษภัยแอลกอฮอล์ ความอยากและ  
ตัวกระตุ้น **ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 การวางแผนแก้ไขปัญหา**  
ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 4 ทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียง  
ของยารักษาอาการทางจิต กิจกรรมที่ 5 ทักษะการปฏิเสธ  
การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น ทักษะเทคนิคการหยุดความคิด  
กิจกรรมที่ 6 ทักษะการจัดยาด้วยตนเอง **ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4  
การยุติบริการ** ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 7 แลกเปลี่ยนเรียนรู้  
ประสบการณ์ กิจกรรมที่ 8 สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำ  
กิจกรรม จากนั้นแจกคู่มือการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วยจิตเภท  
ที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัว ติดตามผลการทดลองจำนวน  
2 ครั้ง ที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือนหลังสิ้นสุดกิจกรรม ซึ่งเครื่องมือ  
ดังกล่าวผ่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสม  
จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (สำหรับผู้ป่วยจิตเภท)  
ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน  
จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บุคคลที่ให้การ  
ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ความรู้สึกถึงผลกระทบที่ได้รับจากอาการ  
ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ประวัติการใช้แอลกอฮอล์  
ผู้ดูแลหลัก ผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสม  
จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน

2) แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์  
การรักษาตามแนวคิด<sup>16</sup> พัฒนาโดย<sup>19</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม  
เกี่ยวกับด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และด้านความ  
สามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา  
ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ  
จำนวน 5 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI = .95 และ  
ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .80

3) แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์: OCDS  
ของ ซึ่งพัฒนาโดย<sup>20</sup> เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ตอบทำการประเมิน  
ตนเอง มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ตรวจสอบความตรงของ  
เนื้อหา CVI = .98 และค่าความเที่ยง เท่ากับ .94

4) แบบประเมินอาการทางจิต ฉบับภาษาไทย: BPRS  
พัฒนาโดย<sup>21</sup> เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรง  
ของอาการทางจิตของผู้ป่วย มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย<sup>22</sup>

มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยงเท่ากับ .86

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตามเลขที่โครงการวิจัยที่ 174.1/63 ลงวันที่ 18 ธันวาคม 2563 ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยก่อนเก็บข้อมูล การเข้าร่วมเป็นไปตามความสมัครใจ และมีสิทธิ์ออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่ส่งผลต่อการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วม ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็น

ความลับไม่มีการระบุชื่อสกุลหรือที่อยู่ใดๆ ทั้งสิ้น โดยการเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน

### ผลการวิจัย

ผลวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนและหลังสิ้นสุดการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน (n = 20)

Time	พฤติกรรม		Time	พฤติกรรม		Difference		p-value
	$\bar{X}$	S.D		$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D	
<b>รวมพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา</b>								
ก่อนให้คำปรึกษา	2.58	0.29	หลัง 1 สัปดาห์	4.56	0.55	1.99	0.68	< .001*
			หลัง 1 เดือน	4.81	0.12	2.24	0.30	< .001*
หลัง 1 สัปดาห์	4.56	0.55	หลัง 1 เดือน	4.81	0.12	0.25	0.59	.016*

p-value from Friedman Test and Post Hoc Multiple Comparisons: Wilcoxon Signed Ranks Test, \* significant at the .05 level

จากตารางที่ 1 พฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .001$

พบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว 1 สัปดาห์ มีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .001$  โดยหลังให้คำปรึกษาครอบครัวคะแนนพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ( $4.81 \pm 0.12$ ) เพิ่มขึ้นจาก ก่อนได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว ( $2.58 \pm 0.29$ ) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย  $1.99 \pm 0.68$  คะแนนส่วนระยะติดตามต่อเนื่อง 1 เดือน ( $4.81 \pm 0.12$ ) ก็มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนให้คำปรึกษาครอบครัว เท่ากับ  $2.24 \pm 0.30$  คะแนน ( $p < .001$ )

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างก่อนได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว และหลังได้รับการให้คำปรึกษา 1 สัปดาห์ และระยะติดตาม 1 เดือน (n = 20)

Time	ความอยากดื่มแอลกอฮอล์		Time	ความอยากดื่มแอลกอฮอล์		Difference		p-value
	$\bar{X}$	S.D		$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D	
ก่อนให้คำปรึกษา	21.20	9.20	หลัง 1 สัปดาห์	8.25	5.68	12.95	10.32	< .001*
			หลัง 1 เดือน	1.85	1.18	19.35	8.63	< .001*
หลัง 1 สัปดาห์	8.25	5.68	หลัง 1 เดือน	1.85	1.18	6.40	5.64	< .001*

p-value from Friedman Test and Post Hoc Multiple Comparisons: Wilcoxon Signed Ranks Test, \* significant at the .05 level

จากตารางที่ 2 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว 1 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .001$  โดยหลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวคะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ( $8.25 \pm 5.68$ ) ลดลงจากก่อนได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว ( $21.20 \pm 9.20$ ) ลดลงเฉลี่ย  $12.95 \pm 10.32$  คะแนน ส่วนระยะติดตามต่อเนื่อง 1 เดือน ( $1.85 \pm 1.18$ ) ก็มีคะแนนเฉลี่ยลดลงจากก่อนให้คำปรึกษาครอบครัวเท่ากับ  $19.35 \pm 8.63$  คะแนน ( $p < .001$ )

### การอภิปรายผลการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .001$  ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่า การให้คำปรึกษาครอบครัว ตามแนวคิด<sup>14</sup> พัฒนาโดย<sup>15</sup> โดยใช้กระบวนการและทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ จำนวน 8 กิจกรรม สามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ<sup>10</sup> ว่าการให้คำปรึกษาครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น สามารถพัฒนาสัมพันธภาพภายในครอบครัว สามารถพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและการรักษารวมทั้งการปฏิบัติตัว สนับสนุน แนะนำที่ถูกต้องเชิงบวกให้กับผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้

แอลกอฮอล์และครอบครัวเกิดความมั่นใจและสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง<sup>23</sup> รับผิดชอบตนเองได้ โดยเป้าหมายคือ การมีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาทั้งด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต และสามารถควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ<sup>24</sup> และใช้ชีวิตกับครอบครัวได้อย่างปกติสุข ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ในการทำกิจกรรมกลุ่มให้คำปรึกษาครอบครัว พยาบาลจะต้องเป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและยารักษาอาการทางจิต รวมทั้งทักษะในการทำกลุ่มบำบัด เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมการให้คำปรึกษาครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุด

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาติดตามผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ในระยะเวลา 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมและประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ผู้ป่วยนำไปใช้จริงเมื่อกลับในชุมชนว่ามีความเหมาะสมต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา และสามารถควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้เพียงใด

## References

1. Department Mental Health. Schizophrenia Care Guide for Hospitals in Health Areas (Medical Edition). Nonthaburi: Victoria; 2017. (in Thai)
2. Batki SL, Leontieva L, Dimmock JA, Ploutz-Snyder RJSr. Negative symptoms are associated with less alcohol use, craving, and “high” in alcohol dependent patients with schizophrenia. 2008;105(1-3):201-7.
3. McCann T, Boardman G, Clark E, Lu SJJoP, Nursing MH. Risk profiles for non-adherence to antipsychotic medications. 2008;15(8): 622-9.
4. Gilmer TP, Dolder CR, Lacro JP, Folsom DP, Lindamer L, Garcia P, et al. Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. 2004; 161(4):692-9.
5. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh DJJSp, epidemiology p. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. 2005;40(11):899-904.
6. Department of Mental Health. Schizophrenia Care Guide for hospitals in the health district (Nurse Edition/Public Health Scholar); 2016. (in Thai)
7. Hou SY, Ke CLK, Su YC, Lung FW, Huang CJJP, neurosciences c. Exploring the burden of the primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. 2008;62(5):508-14.
8. Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. Interventions to enhance medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(4):CD00011.
9. Salyers MP, Mueser KTJSr. Social functioning, psychopathology, and medication side effects in relation to substance use and abuse in schizophrenia. 2001;48(1):109-23.
10. Hegde S, Rao SL, Raguram A. Integrated Psychological Intervention for Schizophrenia; International Journal of Psychosocial Rehabilitation; 2007;11 (2), 5-18.
11. Pandang P. The Effect Of Patient and Caregiver Empowerment on Medication Behaviors Of Schizophrenic. (thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2004. (in Thai)
12. Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PMJPr. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia 2010;176(2-3): 109-13.
13. Drake RE, Mueser KTJAR, health. Co-occurring alcohol use disorder and schizophrenia. 2002;26(2):99.
14. Barry J. Counseling Skills Training Manual. Chulalongkorn University; 1995. (in Thai)
15. Trangkasombat U. Family therapy and Family Counseling. Fuengfah; 2001. (in Thai)
16. Farragher BJImj. Treatment compliance in the mental health service. 1999.
17. Organization WH. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines: World Health Organization; 1992.
18. Burns NA, Grove SK. Study guide for the practice of nursing research: conduct, critique, and utilization: WB Saunders Company; 2005.
19. Cheawsothon S. The Effects of Empowerment in Schizophrenia Patients to behavior Use of medication according to medication adherence. (thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2002. (in Thai)
20. Suktrakul S. The effect of alcohol craving control program on alcohol consumption in alcohol dependents: Chulalongkorn University; 2009. (in Thai)

21. Overall JE, Gorham DRJPr. The brief psychiatric rating scale. 1962;10(3):799-812.
22. Kittiratanapaiboon p. Interview form for Psychiatric diagnosis. Academic Psychiatry and Psychology Journal, 2003;19(1):18-9. (in Thai)
23. Chaleoykitti S, Wongpanarak N. Family Therapy: Counseling and Empowerment of positive thinking in family. Journal of The Royal Thai Army Nurses; 2015;16(1):14-21. (in Thai)
24. Stithyudhakarn S. Recurrence in patients with chronic schizophrenia: Situation and preventive measures. Journal of Nursing Science, Chulalongkorn University; 2016, 28(3): 1-15. (in Thai)