

ผลของการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

The Effect of Family Support on Medication Adherence in Schizophrenic Patients with Violence Behaviors

อรุณกมล ทราบรัมย์* รชนีกร อุปเสน

Aroonkamole Sarbrum* Ratchaneekorn Upasen

คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย 10330

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และครอบครัวจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินอาการทางจิต 4) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 5) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบได้ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราวเท่ากับ .85 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การสนับสนุนของครอบครัว, พฤติกรรมการใช้ยา, ผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

The quasi-experimental research which was conducted as pretest-posttest control group design, aimed; 1) to compare medication adherence behaviors in schizophrenic patients with violence before and after receiving a family support program, and 2) to compare between the groups receiving the family support program and regular nursing care. The sample group was schizophrenic patients with violence who came to receive services at the inpatient department, Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital. They were 40 qualified patients coming along with family. They were randomly assigned to an experimental and Control group of 20

Corresponding Author: *E-mail: aroonkamole@hotmail.com

วันที่รับ (received) 2 ส.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 22 ธ.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 31 ธ.ค. 2565

participants each. The research instruments included 1) Family Support Program, 2) Personal Data Questionnaire, 3) Brief Psychiatric Rating Scale 4) Medication

Adherence Scale, and 5) Social Support Scale; all of which have passed the content validity test from 5 experts with the alpha-Cronbrach reliability coefficient of .85 and .89, respectively. The data were subsequently analyzed using means, a standard deviation, and t-test statistics. The results: The medication adherence behavior of schizophrenic patients with violence in was .05 statistically significant and was shown to be higher than before receiving the family support program. The schizophrenic patients with violence who were in the family support program group was shown to be .05 statistically significant in medication adherence behaviors, higher than its counterpart.

Keyword: Family support, Medication adherence, Schizophrenia patients

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากกว่า 21 ล้านคนทั่วโลก โดยผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการที่ผิดปกติทั้งทางความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรม¹ รายงานกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2562-2564 พบผู้ป่วยจิตเภท 273,817 คน 283,065 คน และ 284,273 คนซึ่งพบมากเป็นอันดับแรกของโรคทางจิตอื่น² สอดคล้องกับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ปีงบประมาณ 2562-2564 มีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการที่ผู้ป่วยนอกเป็นอันดับที่หนึ่งโดยมีจำนวน 26,039 ราย 23,989 ราย และ 21,134 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.56, 48.13 และ 48.30 ของผู้ป่วยนอก 5 อันดับโรคแรกตามลำดับ³

โรคจิตเภทมักมีอาการเรื้อรังและมีอาการกำเริบได้ พบผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบถึงร้อยละ 40.2⁴ สาเหตุจากการหยุดยาเอง¹ จึงเป็นเหตุให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้น ทั้งนี้ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสเกิดพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าประชากรทั่วไป 2-10 เท่า⁷ โดยพบความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนถึงร้อยละ 24.6⁵ จากสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อพฤติกรรมรุนแรงของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตระหว่างเดือนตุลาคม 2558 ถึงกุมภาพันธ์ 2563 เป็นผู้ป่วยจิตเภท (F20.0-F20.9) ถึง 4,915 ราย (ร้อยละ 37.26)² พบผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยแสดงออกในด้านความไม่เป็นมิตร คุกคามทางวาจาและทางร่างกายต่อสมาชิกครอบครัวและคนใกล้ชิด ทั้งในสถานพยาบาล ตำรวจ และในเรือนจำ⁶

ผลกระทบจากปัญหาพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทในประเทศทางเอเชียมีรายงานที่ญี่ปุ่นพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงต่อสมาชิกในครอบครัวตลอดชั่วชีวิตอยู่

ที่ร้อยละ 60.9 โดยมารดาถูกกระทำมากที่สุด รองลงมาเป็นบิดา น้องสาว และคู่สมรส ตามลำดับ⁷ สอดคล้องกับในประเทศไทย พบผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัวมากที่สุด⁸

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มาจากพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาถึงร้อยละ 75-90^{5,9,10} ซึ่งส่งผลกระทบต่อทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งชาติในสหรัฐอเมริกา อันมีสาเหตุมาจากการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาที่น้อยกว่า 1,500 ล้านดอลลาร์ต่อปี (ค.ศ. 2005)⁹ สอดคล้องกับประเทศอังกฤษมีค่าใช้จ่ายรายปีของผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงถึงร้อยละ 40 หรือคิดเป็น 400 ล้านปอนด์ เนื่องมาจากพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา¹⁰

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ประกอบด้วย ปัจจัยด้านยารักษาอาการทางจิต ปัจจัยด้านผู้ป่วยในด้าน การตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยการใช้สารเสพติด การว่างงาน ไม่มีรายได้และปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม¹¹ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นสมาชิกในครอบครัว¹² โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเครือญาติจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น¹³

การศึกษาที่ผ่านมามีแนวทางที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทหลายรูปแบบ เช่น การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น¹⁴ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม⁴ ซึ่งโดยส่วนใหญ่เน้นที่ผู้ป่วยจิตเภทเป็นหลัก มีเพียงบางการศึกษาที่ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมแต่มุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้ สุขภาพจิตศึกษา และการให้คำปรึกษาครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท

ที่มีพฤติกรรมรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งมีการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าพบว่า การสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น¹⁵ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำครอบครัวเข้ามา มีส่วนสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวเป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวเป็นอย่างไร
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม¹⁶ ซึ่งมีหลักการสำคัญคือการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากการสนับสนุนของครอบครัวทั้ง 4 ด้าน คือ **ขั้นตอนที่ 1)** การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการจัดการอารมณ์โกรธ **ขั้นตอนที่ 2)** การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) คือ กิจกรรมที่ 2 การให้ข้อมูลโรคจิตเภท การรับประทานยา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา การจัดการกับอาการเตือนและพฤติกรรมรุนแรง **ขั้นตอนที่ 3)** การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) คือ กิจกรรมที่ 3 การเรียนรู้สถานการณ์ที่ต้องเผชิญและความยุ่งยากที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการใช้ยาต้านอาการทางจิตและกิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล และการจัดการความเครียด **ขั้นตอนที่ 4)** การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (instrumental support and social interaction) คือกิจกรรมที่ 5 การให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชุมชนและการพัฒนาทักษะทักษะการสื่อสารทางบวกและ กิจกรรมที่ 6 สรุป ทบทวนความรู้ ปัญหาอุปสรรคและการประเมินผลดังแสดงในรูปภาพที่ 1

โปรแกรมสนับสนุนการสนับสนุนของครอบครัวตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม¹⁶

ขั้นตอนที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์:กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและการจัดการอารมณ์โกรธ

ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร: กิจกรรมที่ 2 การให้ข้อมูลโรคจิตเภท การรับประทายยา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา การจัดการกับอาการเตือนและพฤติกรรมรุนแรง

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า:กิจกรรมที่ 3 การเรียนรู้สถานการณ์ที่ต้องเผชิญและความยุ่งยากที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการใช้ยาต้านอาการทางจิตและกิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล และการจัดการความเครียด

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม:กิจกรรมที่ 5 การให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชุมชนและการพัฒนาทักษะทักษะการสื่อสารทางบวก และกิจกรรมที่ 6 สรุปบทวนความรู้ ปัญหาอุปสรรคและการประเมินผล

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา¹⁷

1. ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
2. ด้านความสามารถในการสังเกตจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มีปัญหาพฤติกรรมรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2564 -ตุลาคม 2564 ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 40 คน และผู้ดูแลครอบครัวละ 1 คน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปีที่มาด้วยพฤติกรรมรุนแรง

2. มีอาการทางจิตสงบโดยมีระดับคะแนนตามแบบวัดคะแนนอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน t

3. มีความสามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายรุนแรงและมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรงระหว่างการดำเนินการวิจัย
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนตามที่ผู้วิจัยกำหนด

เกณฑ์ในการคัดเลือกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

1. บุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลและสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้โดยเกี่ยวข้องเป็นบิดามารดา ปู่ย่า ตายาย พี่ น้อง ลูกหลาน ลุง ป้า น้า อา ที่ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่มีอายุ 20-59 ปี

2. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ และอ่านออกเขียนได้และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและขนาดอิทธิพล โดยใช้โปรแกรม G*power มาใช้ในการกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ

ร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และ ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 16 รายแต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 เป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่ ด้วยอายุและเพศ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม¹⁶

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและผู้ดูแลประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การใช้สารเสพติด ผู้ดูแลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

2.2 แบบประเมินอาการทางจิต(BPRS)18 ฉบับภาษาไทยเพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยแต่ละราย โดยต้องมีค่าคะแนนระหว่าง 18-36 คะแนน หมายถึงเกณฑ์ปกติหรือ มีอาการทางจิตเล็กน้อย

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา¹⁷ เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วย ข้อคำถามข้อที่ 1-9 เป็นด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา ข้อคำถามข้อที่ 10-18 เป็นด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยทำ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง ทำเป็นประจำ

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม¹⁹ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) tangible support 2) affectionate support 3) positive social interaction support และ 4) emotional support เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 = ไม่เคยเลยสักครั้ง, 2 = ไม่กี่ครั้ง, 3 = บางครั้ง, 4 = ส่วนใหญ่, 5 = ตลอดเวลา) ถ้าได้คะแนนรวมมาก ถือว่าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูง

คุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม¹⁶ ผ่านการตรวจสอบ

สอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านซึ่งมีความเห็นตรงกัน 4 ใน 5 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาให้เหมาะสมก่อนใช้จริง

2. แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา¹⁷ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .83 วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .85

3. แบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม¹⁹ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .87 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 3 มีนาคม 2564 เลขที่โครงการวิจัย 005/2564 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ และตอบคำถามจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 ครอบครัวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. จับคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยอายุและเพศ แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้เวลาทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ ดังนี้

กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม¹⁸ เป็นแบบรายครอบครัว 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกันนาน 6 สัปดาห์ ครั้งละ 60-90 นาที ดังนี้กิจกรรมที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) การระบายความรู้สึกและ

การจัดการอารมณ์โกรธ กิจกรรมที่ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) การให้ข้อมูลโรคจิตเภท ยารักษาอาการทางจิต การจัดการอาการข้างเคียงจากยา การจัดการกับอาการทางจิต และพฤติกรรมรุนแรง กิจกรรมที่ 3) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) เรียนรู้สถานการณ์ที่ต้องเผชิญและความยุ่งยากที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการใช้ยาต้านอาการทางจิต กิจกรรมที่ 4) การฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล และการจัดการความเครียด กิจกรรมที่ 5) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (instrumental support) การให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชุมชนและการฝึกทักษะการสื่อสาร กิจกรรมที่ 6) สรุปบทวนความรู้ ปัญหาอุปสรรคและประเมินผล

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การพยาบาลตามปกติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ในปัจจุบัน ประกอบด้วย การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ การป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่นและสิ่งของ และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง โดยหากจำเป็นต้องมีการผูกมัดอยู่ห้องจำกัดพฤติกรรม การให้ยาเพื่อให้อาการทางจิตสงบและสังเกตอาการข้างเคียงจากยา การดูแล

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40)

พฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		Mean Diff.	t	p-value
	(n = 20)		(n = 20)				
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
กลุ่มทดลอง							
ด้านพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา	3.14	0.27	4.69	0.21	1.556	25.339	<.001*
ด้านความสามารถในการสังเกต จัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา	3.14	0.27	4.36	0.26	1.222	16.744	<.001*
รวมพฤติกรรม	3.14	0.24	4.53	0.20	1.389	25.474	<.001*
กลุ่มควบคุม							
ด้านพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา	3.18	0.32	4.08	0.26	0.900	9.834	<.001*
ด้านความสามารถในการสังเกตจัดการ กับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา	3.14	0.14	3.69	0.33	0.550	8.564	<.001*
รวมพฤติกรรม	3.16	0.18	3.93	0.29	0.764	10.279	<.001*

p-value from pair t-test,* Significant at the .05 level

รักษาในรายที่จำเป็นต้องรักษาด้วยไฟฟ้า การดูแลหลังพฤติกรรมรุนแรงสงบลง โดยการให้การบำบัดทางจิตสังคมรายกลุ่ม รายบุคคลตามสภาพปัญหาที่พบ การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวการให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย และการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD

ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการติดตามภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ ในวันที่ผู้ป่วยนัดพบแพทย์

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ **2)** วิเคราะห์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยรวมและรายด้านโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ **3)** เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้สถิติ independent sample t-test และสถิติ pair sample t-test

ผลการวิจัย ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านพฤติกรรมการใช้ยา

ตามแผนการรักษาด้านความสามารถในการสังเกตจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.389 คะแนน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		Mean Difference	t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
ก่อนได้รับโปรแกรม							
ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	3.14	0.27	3.18	0.32	0.039	0.418	.678
ด้านความสามารถในการสังเกตจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา	3.14	0.27	3.14	0.14	0.006	0.082	.935
รวมพฤติกรรม	3.14	0.24	3.16	0.18	0.022	0.333	.741
หลังได้รับโปรแกรม							
ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	4.69	0.21	4.08	0.26	0.617	8.203	<.001*
ด้านความสามารถในการสังเกตจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา	4.36	0.26	3.69	0.33	0.667	7.125	<.001*
รวมพฤติกรรม	4.53	0.20	3.93	0.29	0.603	7.643	<.001*

p-value from independent t-test, * Significant at the .05 level

จากตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และรวมพฤติกรรม $p < .001$ โดยในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน

การอภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวช่วยให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ จากผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า การสนับสนุนของครอบครัวซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยการให้ครอบครัวเข้ามาสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น ดังนี้ กิจกรรมที่ 1) การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับทีมสุขภาพ จะทำให้

ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาที่ดี²⁰ การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวทำให้สภาพแวดล้อมในครอบครัวดีขึ้นทำให้อารมณ์ที่แสดงออกมามีผลลดและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น²¹ กิจกรรมที่ 2) การให้ความรู้โรคจิตเภท การรับประทานยา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา การจัดการกับอาการทางจิตและพฤติกรรมรุนแรงซึ่งสอดคล้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น²² กิจกรรมที่ 3) การเรียนรู้สถานการณ์ที่ต้องเผชิญและความยุ่งยากที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการใช้ยาต้านอาการทางจิตสอดคล้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งช่วยในการสังเกตอาการเตือนและการใช้สารเสพติด²² กิจกรรมที่ 4) เข้าใจกับปัญหาและหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมรุนแรง โดยการฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลในการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง การจัดการความเครียดซึ่งทักษะการใช้เหตุผลและการแก้ปัญหาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา²³ กิจกรรมที่ 5) การสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยการให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชุมชน และการพัฒนา

ทักษะการสื่อสารทางบวก ซึ่งพบว่า สัมพันธภาพที่ดีกับทีมสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา²⁴ กิจกรรมที่ 6) สรุปบททวนความรู้ ปัญหา อุปสรรค และการประเมินผล ซึ่งแต่ละกิจกรรมช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น¹³ ดังนั้นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลให้พฤติกรรมรักษาด้วยยาดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในโรงพยาบาลหรือในชุมชน สามารถปรับรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมและระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนในโปรแกรมได้ตามความเหมาะสม เพื่อให้ตรงกับความต้องการและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

1.2 การนำโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวไปใช้ พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจพื้นฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีความเข้าใจผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว สามารถแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าและคงสัมพันธภาพที่ดีตลอดระยะเวลาการดำเนินตามโปรแกรมเพราะจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวร่วมมือในกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการศึกษา ควรเพิ่มเติมเนื้อหาวิชาให้ครอบคลุมถึงปัญหาผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัวเอง เพื่อให้นักเรียนนักศึกษาเห็นความสำคัญและนำความรู้ที่ได้จากการนำโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวมาปรับใช้เป็นแนวทางในการประเมินปัญหาและวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในระยะยาว เช่น 3 เดือนและ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

การรักษาจากการได้รับการสนับสนุนของครอบครัว และควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวในรูปแบบอื่น เช่น โดยการทำเป็นรายกลุ่มครอบครัว เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

References

1. Lotrakul M, Sukanich P. Ramathibodi essential psychiatry. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi hospital; 2015. (in Thai)
2. Department of Mental health Ministry of Public Health. Annual report 2021. Bangkok: 2021. (in Thai)
3. PrasrimahabodiPsychiatric hospital. Annual report 2020. Ubolratchathani; (in Thai)
4. Uthaiphan R,Dangdomyouth P. The Effect of Group Motivational Interviewing on Medication Compliance of Schizophrenic Patients in Community. 2013; 27(1), 136-48. (in Thai)
5. Buracharin W. Selected factors related to violent behaviors of Schizophrenic patientsIncommunity [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2011.(in Thai)
6. Wehring HJ, Carpenter WT. Violence and schizophrenia. Schizophrenia Bullutin. 2011; 37(5), 877-8.
7. Kageyama M, Yokoyama K, Nagata S, Kita S, Nakamura Y, Kobayashi S, et al. Rate of family violence among patients with schizophrenia in Japan. Asia Pacific Journal of Public Health. 2015; 27(6): 652-60
8. Thongtup P. Sawangchareem K. Violent Behavior of Schizophrenic Patients and Violent Management of Family Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division 2013; 31(4): 121-7. (in Thai)
9. Haddad PM, Brain C, Scott J. Non adherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. Patient Relate Outcome Measures. 2014;5: 43-62.

10. Farooq S, Choudry A. Adherence to medication in the community: audit cycle of Interventions to improve the assessment of adherence. *British Journal Psychiatric Bulletin*. 2017; 41(1): 41-4.
11. Ljungdahl P. Non-adherence to pharmacological treatment in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders—An updated systematic literature review. *The European Journal of Psychiatry*. 2017; 31(4): 172-86.
12. Rahmani F, Ranjbar F, Ebrahimi H, Hosseinzadeh M. The effects of group psychoeducational program on attitude toward mental illness in families of patients with schizophrenia, 2014. *Journal of Caring Sciences*. 2015; 4(3): 243-51.
13. Hassan SS, Zaki SM. Social support and its relation with medication adherence among patients with psychiatric illness. *The International Organization of Scientific Research Journal of Nursing and Health Science*. 2018; 7(1): 64-71.
14. Jansook C, Jansook N, Railoy A. The Effects of Brief Intervention on Medication Adherence Behaviors of Schizophrenic Patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2019; 20(2): 170-77. (In Thai)
15. Rungrojwatanasiri P, Soonthornchaiya R, Upasen R. The effect of group social support program on medication adherence of elderly patients with major depressive disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2017; 31(1): 119-32. (In Thai)
16. House JS. Reading, MA (Ed.), *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley; 1981.
17. Chiewsothorn S. The effect of empowerment in schizophrenic patients on medication adherence behaviors. Bangkok: Chulalongkorn University; 2002. (In Thai)
18. Overall JE, Gorham DR. The brief psychotic rating scale. 1962; 10(3): 799-812.
19. Rungruangsiripan M, Sitthimongkol Y, Maneesriwongul W, Talley S, & Vorapongsathorn T. Mediating role of illness representation among social support, therapeutic alliance, experience of medication side effects, and medication adherence in persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2011; 25(4): 269-83. (in Thai)
20. McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, Lauber C, Martinez-Leal R, Rössler W, et al. The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. *PLoS One*. 2012; 7(4):1-5.
21. Thanekar S, Pawar S, Dhembare A. Impact of Psychoeducation on Expressed Emotion, Family Environment, Drug Adherence and Illness Outcome of Individual with Schizophrenia. *National Journal of Professional Social Work*. 2021; 22(1): 38-48.
22. Radeef A, Musa R, Ali S, Bakar AA. Assessment of social support, expressed emotion and Compliance to treatment among hospital admitted schizophrenic patients in Malaysia. *Journal of International Dental and Medical Research*. 2017; 10(1): 179-85.
23. Settem VJ, Karanadi H, Praharaj SK. Cognitive deficits, depressive symptoms, insight, and Medication adherence in remitted patients with schizophrenia. *Indian journal of psychiatry*. 2019; 61(4): 335-41.
24. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of non adherence, a systematic literature reviews. *Therapeutic advances in psychopharmacology*. 2013; 3(4): 200-18.