

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา และคุณภาพชีวิต  
ของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล  
ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ ปร.ด.<sup>1\*</sup>, สมพิตร ทรายสมุทร พย.ม.<sup>2</sup>  
รักษ์ รักษาตระกูล พ.บ.<sup>3</sup>, วินัย รอบคอบ พย.ม.<sup>1</sup>, วีระชัย เชื้อนแก้ว พย.ม.<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีแนวโน้มรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง อาจก่อให้เกิดอาการของโรคกำเริบ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การใช้ระบบบริการสุขภาพจิตทางไกล จะช่วยสนับสนุนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมการเข้าถึงบริการมากขึ้น การวิจัยเชิงพหุภาคีมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 275 คน ใช้การสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า 1) ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.1 และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.02$ , S.D. = 0.57) 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 จำนวน 4 ปัจจัย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเอง และ 3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช (QoL) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 จำนวน 3 ปัจจัย ได้แก่ อายุ(Age) ระยะเวลาการเจ็บป่วย (Time) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care) โดยปัจจัยทั้งหมดร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชได้ร้อยละ 36.80 กำหนดเป็นสมการดังนี้  $Y(QoL) = 5.122 - 0.442 (Age) - 0.762 (Time) + .824 (Self-care)$  ดังนั้นบุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล ควรนำปัจจัยด้านอายุ ระยะเวลาเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเอง ไปใช้ในการกำหนดกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

**คำสำคัญ:** ความร่วมมือในการรับประทานยา คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยจิตเวช สุขภาพจิตทางไกล

<sup>1</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลำปาง

<sup>3</sup> นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลลำปาง

\* Corresponding author e-mail: inchaithep@gmail.com

วันที่รับ (received) 30 ก.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 ธ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 13 ธ.ค. 2566

## Factors affecting medication adherence and quality of life of psychiatric patients receiving tele-mental health services In Mueang District, Lampang Province

Sriprapai Inchaithep Ph.D.<sup>1\*</sup>, Sompit Saisamuth M.N.S.<sup>2</sup>,  
Ruk Ruktrakul MD.<sup>3</sup>, Winai Robkob M.N.S.<sup>1</sup>, Weerachai Kuankaew M.N.S.<sup>1</sup>

### Abstract

Psychiatric patients in the community tend to take medication nonadherence, causing symptoms to relapse and affecting the patient's quality of life of psychiatric patients receiving tele-mental health services. Telehealth services support continuous patient care and support access to health services. This predictive study aimed to study the level of medication adherence, the level of quality of life and factors affecting medication adherence and quality of life of psychiatric patients receiving tele-mental health services. The sample consisted of 275 psychiatric patients in Mueang District, Lampang Province, using stratified random sampling. Data were collected by a self-care ability assessment, a medication adherence assessment and quality of life assessment form for psychiatric patients. Data were analyzed by using descriptive statistics, binary logistic regression, and multiple regression analysis. The results revealed three main findings. Firstly, medication adherence was at a high level with a rate of 77.1%, and the quality of life of psychiatric patients was also at a high level ( $\bar{x} = 3.02$ , S.D. = 0.57). Secondly, four factors significantly affected medication adherence at the .05 level, including age, education level, duration of illness, and self-care ability. Lastly, three factors that significantly affected the quality of life (QoL) were age (Age), duration of illness (Time), and self-care ability (Self-care) at a level of 36.80% ( $R^2 = 0.368$ ). The forecasting equation was as follows:  $Y(QoL) = 5.122 - 0.442 (Age) - 0.762 (Time) + .824 (Self-care)$ . Therefore, healthcare professionals responsible for remotely caring for mental health patients receiving telehealth services should incorporate factors such as age, duration of illness, and self-care abilities into the strategy to promote collaboration in medication adherence and the quality of life for mental health patients in the community.

**Keywords:** medication adherence, quality of life, psychiatric patients, tele-mental health

---

<sup>1</sup> Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

<sup>2</sup> Registered Nurse, Lampang hospital

<sup>3</sup> Psychiatrist, Lampang hospital

\* Corresponding author e-mail: inchaithep@gmail.com

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นทุกปี ในรายงานผู้ป่วยที่มารับบริการด้านจิตเวช จากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่า ระหว่างปี 2558-2564 มีผู้ป่วยโรคทางจิตเวชเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าจาก 1.3 ล้านคนเป็น 2.3 ล้านคน ทั้งนี้ในปี 2564 โรคจิตเวชที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา มากที่สุดคือ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทมี 622,172 คน จากผู้ป่วยโรค จิตเวชทั้งหมด 3.99 ล้านคน<sup>1</sup> อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีอัตราการเจ็บป่วยซ้ำเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยขาดความตระหนักรู้และทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเจ็บป่วย ขาดวินัยในการรับประทานยาต่อเนื่อง<sup>2</sup> ใช้สารเสพติดร่วม รวมถึงถูกละเลยจากสังคมครอบครัวขาดความรู้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการรักษา จากการศึกษา ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของ ศิรินทิพย์ จันทพิมพ์ และชนิษฐา นันทบุตร<sup>3</sup> พบว่า ปัญหาที่สำคัญประกอบด้วยการขาดผู้ดูแล ศักยภาพที่ไม่เพียงพอของผู้ดูแล การขาดสิทธิและประโยชน์ ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และการถูกตีตราจากสังคม ในขณะที่รูปแบบที่เหมาะสม ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนควรประกอบด้วย การให้ความช่วยเหลือดูแล การจัดบริการเพื่อการดูแล การเสริมสร้างความเข้มแข็ง และการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

เมื่อพิจารณาจากการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ให้บริการโดยผู้เชี่ยวชาญพบว่า จิตแพทย์ในประเทศไทย มีจำนวน 845 คน คิดสัดส่วน 1.28 ต่อประชากรแสนคน ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของจำนวนจิตแพทย์ต่อแสนประชากร ของโลกซึ่งเท่ากับ 1.7 ในขณะที่สัดส่วนของจิตแพทย์ในจังหวัดลำปางต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทย โดยมีเพียง 0.97 คน ต่อแสนประชากร<sup>4</sup> ข้อมูลดังกล่าวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลการให้บริการด้านสุขภาพจิต แก่ประชาชน โดยเฉพาะในประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ที่ไม่มีแหล่งบริการที่เฉพาะเจาะจงในด้านสุขภาพจิต ถึงแม้จะมีนโยบายและกลไกในการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่มีความพร้อม แต่ยังคงพบปัญหา ของความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการสุขภาพ และความคุ้มค่าในการใช้จ่ายเพื่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ แนวทางหนึ่งที่จะแก้ไขปัญหาเหล่านี้ได้คือการให้บริการระบบแพทย์ทางไกล ซึ่งเป็นช่องทางในการสื่อสาร ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยในการประเมิน ติดตามและ ให้คำแนะนำการดูแลตนเองของผู้ป่วย ชุมชน เน้นให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเพื่อดูแลกิจวัตรประจำวันในชีวิต ของตนเองได้จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิต ที่ดีขึ้น<sup>5-6</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือ ในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย การเข้าใจตนเอง การสนับสนุนทางสังคมสูง และทัศนคติ ต่อการใช้ยา<sup>7-8</sup> สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมผู้รักษา ความรู้เรื่องโรคและยา การจัดการกับอาการข้างเคียง ที่เกิดขึ้น การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว<sup>9</sup> ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม อายุ ระดับการศึกษา<sup>10</sup> รวมถึงสัมพันธภาพในครอบครัว และพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา<sup>11</sup>

ระบบการแพทย์ทางไกล” (DMS Telemedicine) คือการนำเทคโนโลยีที่ช่วยให้ผู้ป่วยและบุคลากร ทางการแพทย์สามารถพูดคุยกันได้ คู่สนทนาสามารถมองเห็นหน้าและสนทนากันได้ทั้ง 2 ฝ่ายโดยไม่มีข้อจำกัด เรื่องเวลาและสถานที่ ง่าย สะดวกสบาย ประหยัดเวลา ทั้งยังได้รับบริการเหมือนกับการมารับบริการด้วย ตัวเองที่โรงพยาบาล ในการให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมักเรียกว่าบริการสุขภาพจิต ทางไกล (Tele-mental health) หรือการตรวจรักษาจิตเวชทางไกล (Telepsychiatry) ซึ่งเป็นการบริการ การแพทย์ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยใช้เทคโนโลยีโทรคมนาคมหรือการประชุมทางวิดีโอ ระหว่าง ผู้ให้บริการ กับผู้ป่วย หรือบุคลากรทางการแพทย์ด้วยกันเอง มีการวิจัยแสดงให้เห็นว่าบริการสุขภาพจิต ทางไกลมีประสิทธิผลสำหรับให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและแก้ไขปัญหาทางจิต แก่คนจำนวนมาก ครอบคลุมการประเมินภาวะสุขภาพจิต การดูแล การบำบัดและการรักษาด้วยยา สุขภาพจิต

ทางไกลมีประโยชน์อย่างมากในการอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น ในการลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล มีข้อจำกัดในด้านการคมนาคม และในภาวะที่มีสถานการณ์ฉุกเฉินที่ต้องการการแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน<sup>12</sup> นอกจากนี้ ผลลัพธ์ของการใช้ระบบแพทย์ทางไกลยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ แพทย์ทางไกล<sup>13</sup> ผู้ป่วยได้ใช้พื้นที่ส่วนตัวในการเข้ารับบริการ ลดความวิตกกังวลในการถูกตีตรา จึงเป็น อีกแนวทางหนึ่งที่สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาได้ดี<sup>14</sup> สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ Krzystanek, et al.<sup>15</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือมารักษาที่สถานพยาบาล ได้รับการรักษาทางไกลสามารถแก้ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ แต่สามารถแก้ปัญหาได้ ในระยะสั้นเท่านั้น เนื่องจากเมื่อติดตามต่อเนื่อง 12 เดือน กลับพบว่าความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยลดลง แต่ถือว่าเป็นการแก้ไขปัญหาในช่วงของอาการฉุกเฉินของผู้ป่วยจิตเภทได้

การบริการสุขภาพจิตในจังหวัดลำปาง มีการนำระบบบริการสุขภาพจิตทางไกล มาใช้สนับสนุน การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวช ดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่มีความยากลำบากในการเข้ารับ บริการสุขภาพ ตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของโควิด 19 โดยโรงพยาบาลลำปางร่วมกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.) และเครือข่ายระดับปฐมภูมิ 27 แห่ง ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง โดยเริ่มดำเนินการ ตั้งแต่ปี พ.ศ 2563 จนถึงปัจจุบัน โดยมีผู้เข้ารับบริการจำนวน 889 คน<sup>16</sup> และพบว่าเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วย ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีการเก็บรวบรวม เิงประจักษ์ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งได้แก่ การรับประทานยา อย่างต่อเนื่อง การกำเริบของโรค การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับการผ่านระบบบริการสุขภาพจิตทางไกล เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชนที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล ให้สอดคล้องกับนโยบายและเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ รวมถึงนำไปขยายผลการบริการสุขภาพจิตทางไกลต่อไป

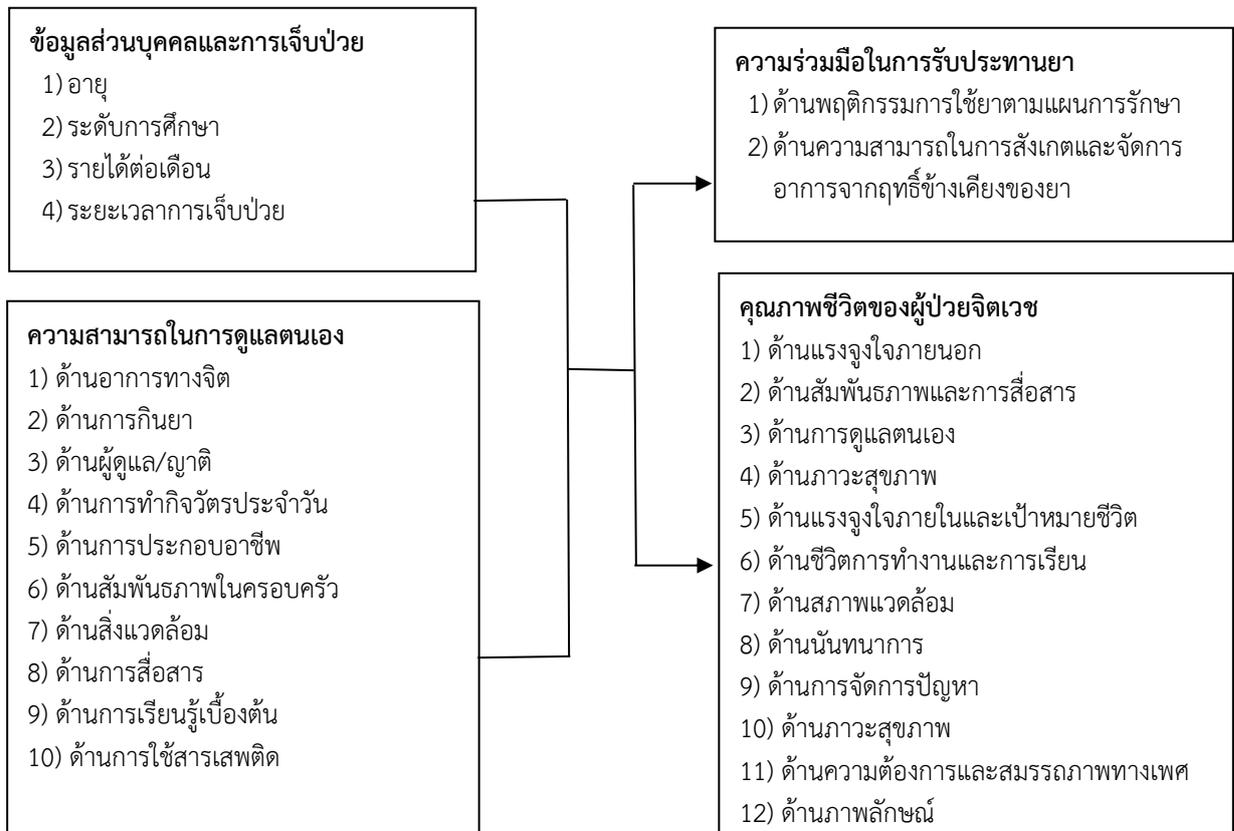
### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ที่ได้รับการบริการสุขภาพจิตทางไกล
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ที่ได้รับการ บริการสุขภาพจิตทางไกล
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ที่ได้รับการบริการสุขภาพจิตทางไกล

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ตัวแปรต้นได้แก่ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนตัวแปรตามได้แก่ความร่วมมือในการรับประทานยา ตามแนวคิดของ Farragher<sup>17</sup> พัฒนาโดย รัชนี้ อุทัยพันธ์<sup>18</sup> แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถ ในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และคุณภาพชีวิต 11 ด้าน ได้แก่ ด้านแรงจูงใจ ภายนอก ด้านสัมพันธ์ภาพและการสื่อสาร ด้านการดูแลตนเอง ด้านแรงจูงใจภายใน และการมีเป้าหมายชีวิต

ด้านชีวิตการทำงานและการเรียน ด้านสภาพแวดล้อมด้านนันทนาการ ด้านการจัด การปัญหา ด้านภาวะสุขภาพด้าน ความต้องการ และด้านสมรรถภาพทางเพศและด้านภาพลักษณ์ ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับการศึกษา รายได้ และความสามารถในการดูแลตนเอง

### วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง และเครือข่ายระดับปฐมภูมิ 27 แห่ง ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 889 คน

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยตามหลัก DSM-V ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ ความคิด การรับรู้ อารมณ์ และมีพฤติกรรมแสดงออก ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วย G\*Power โดยกำหนด Odds ratio = 1.5, Pr, H0 = 0.5,  $\alpha$  err prob = 0.05 Power (1- $\beta$  err prob) = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 280 คน เก็บข้อมูลที่สมบูรณ์ได้กลุ่มตัวอย่าง 275 คน คิดเป็นร้อยละ 98.21 เก็บข้อมูลด้วยวิธี Cluster Random Sampling จากสถานบริการ 10 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.บ้านทรายทอง นิคม 16 กล้วยแพะ บ้านกาด มุ่งมานเหนือ บ้านเอี่ยม สปไพร ฟุ่งกล้วย ม่วงแวง และ

รพ.สต.ท่าซัว กำหนดเกณฑ์การคิดเข้าคือ ผู้ที่เข้ารับบริการสุขภาพจิตทางไกล อย่างน้อย 3 ครั้ง สามารถคิด และตัดสินใจได้ ควบคุมตนเองได้ ไม่มีอาการทางจิตรุนแรง และได้รับความยินยอมจากผู้ดูแลตามกฎหมายและ ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทางจิตปรากฏชัดเจน หูแว่ว เห็นภาพหลอน การรับรู้ผิดปกติ และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เลขที่ E2566-006 ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามหลักการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์อย่างเคร่งครัดโดยเฉพาะการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเวชให้ผู้ดูแลเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แทน โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัย ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย และประโยชน์ ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดแก่ผู้ให้ข้อมูลก่อนที่ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจะตัดสินใจ เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและลงนามยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัย ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น การนำเสนอผลวิเคราะห์ จะเสนอเป็นภาพรวม และไม่มี การเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องถึงตัวผู้ให้ข้อมูล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการวินิจฉัยโรค

ตอนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 10 ด้าน ประกอบด้วย ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา ด้านผู้ดูแล ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบ อาชีพ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการสื่อสาร ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น และด้านการใช้สารเสพติด ปรับปรุงจากแบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของกรมสุขภาพจิต<sup>19</sup> กำหนด ระดับคะแนนเป็น 1-3 คะแนน โดย 1 คะแนน หมายถึง ดูแลตัวเองได้ดี 2 คะแนน หมายถึง ดูแลตัวเอง ปานกลาง 3 คะแนน หมายถึง ดูแลตัวเองไม่ดี คะแนนรวมความสามารถในการดูแลตนเองระดับดี คะแนน อยู่ในช่วง 10-16 คะแนน ระดับปานกลางคะแนนอยู่ในช่วง 17-23 คะแนน และระดับไม่ดีคะแนนอยู่ในช่วง 24-30 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ปรับปรุงจากแบบวัดความร่วมมือในการใช้ ยาของผู้ป่วยจิตเวช ของ รัชนิ อุทัยพันธ์<sup>18</sup> เป็นแบบประเมินพฤติกรรมในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้านได้แก่ ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถ ในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา กำหนดระดับคะแนนรายข้อ 1-4 คะแนน โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่ปฏิบัติ 2 คะแนน หมายถึง นานๆครั้ง, 3 คะแนน หมายถึง บ่อยครั้ง 4 คะแนน หมายถึง สม่าเสมอ คะแนนรวมพฤติกรรมในการรับประทานยาระดับต่ำคะแนนอยู่ในช่วง 16-20 คะแนน ระดับปานกลางคะแนนอยู่ในช่วง 21-42 คะแนน และระดับสูงคะแนนอยู่ในช่วง 43-64 คะแนน

ตอนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช ปรับปรุงจากแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช ของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา<sup>6</sup> ครอบคลุม 11 องค์ประกอบด้านแรงจูงใจภายนอก ด้านสัมพันธภาพ และการสื่อสาร ด้านการดูแลตนเอง ด้านแรงจูงใจภายในและการมีเป้าหมายชีวิต ด้านชีวิตการทำงาน และการเรียน ด้านสภาพแวดล้อม ด้านนันทนาการ ด้านการจัดการปัญหา ด้านภาวะสุขภาพ ด้านความต้องการและสมรรถภาพทางเพศและด้านภาพลักษณ์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นเช่นนั้น/ไม่พอใจ 2 คะแนน หมายถึง บางครั้ง/พอใจน้อย 3 คะแนน หมายถึง บ่อยครั้ง/พอใจ 4 คะแนน หมายถึง สม่าเสมอ/ พอใจมากที่สุด

คะแนนรวมคุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1-1.99 คุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2-2.99 และคุณภาพชีวิตดี คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3-4

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลจิตเวช และอาจารย์พยาบาล วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Index of consistency : IOC) ได้ค่า 0.67- 1 และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช โดยนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยพื้นที่รพ.สต.ท่าซัว จำนวน 10 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่า 0.78 และ 0.72 ตามลำดับ

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล และแนวทางในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง แก่ผู้ประสานงานและผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างถูกต้อง

2. ผู้ประสานงานและผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลแจกแบบสอบถามโดยชี้แจงขั้นตอนในการขอความยินยอม ตามรายละเอียดที่ระบุในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นประเมินความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล กรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ หรือมีความยากลำบากในการทำความเข้าใจแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้ฟัง แล้วให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบ

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของแบบสอบถาม ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่
2. ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการรับประทานยา และ คุณภาพชีวิต วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แจกแจงความถี่ และร้อยละ
3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 175 คน คิดเป็นร้อยละ 63.60 ช่วงวัยอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 57.20 การศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 54.50 รายได้ต่อเดือน 1,001- 5,000 บาท จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 45.50 อาศัยอยู่กับบิดาและ/หรือ มารดา และ/หรือลูก จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 27.30 และ ระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 38.90 ส่วนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในภาพรวมอยู่ในระดับดี จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 58.90 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีการดูแล

ตนเองในระดับดีร้อยละสูงสุดได้แก่ ด้านการกินยา จำนวน 204 คน คิดเป็นร้อยละ 74.18 รองลงมาคือ ด้าน การทำกิจวัตรประจำวันจำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 71.27 และด้านอาการทางจิต/ ความผิดปกติ จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 54.18

## 2. ความร่วมมือในการรับประทานยาและปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา

2.1 ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช ในด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผน การรักษา ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูง จำนวน 212 คน คิดเป็นร้อยละ 77.10 ส่วนความร่วมมือในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ส่วนใหญ่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ ในระดับสูง จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 44.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความถี่ และร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช

ความร่วมมือในการรับประทานยา	ต่ำและปานกลาง		สูง	
	(16-42 คะแนน)		(43-64 คะแนน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. พฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา	63	22.90	212	77.10
2. การสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา	154	56.00	121	44.00

2.2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และ ความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง โดยร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ร้อยละ 42.20 ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดได้แก่ระยะเวลาการเจ็บป่วย ( $\beta = -2.226$ ) เมื่อพิจารณาทิศทางของปัจจัย ทำนาย จะเห็นว่า อายุและระยะเวลาการเจ็บป่วย มีทิศทางตรงข้ามกับความร่วมมือในการรับประทานยา ส่วนระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา และความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูงมีทิศทางเดียวกันกับ ความร่วมมือในการรับประทานยา ดังแสดงในตารางที่ 2

### 2.3

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช (Med)

ปัจจัย	$\beta$	S.E	Wald	p-value	EXP(B)
1. อายุ (Age)	-1.242	0.239	9.824	0.011*	2.785
2. ระดับการศึกษา (Edu)					
ไม่ได้เรียน			2.461	0.007*	
ประถม	1.064	0.042	1.452	0.424	1.477
มัธยม	1.228	0.025	2.912	0.042*	3.221
สูงกว่ามัธยม	0.618	0.039	1.077	0.226	1.824
3. ระยะเวลาการเจ็บป่วย (Time)	-2.226	0.414	7.744	0.036*	3.344
4. การดูแลตนเอง (Self-care)					
น้อย			3.224	0.024*	
ปานกลาง	1.126	0.712	1.228	0.173	2.464
สูง	2.482	0.115	4.212	0.008*	4.121

Nagelkerke  $R^2 = .422$  , Constant = 5.524

### 3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล

3.1 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.02$ , S.D. = 0.57) โดยคุณภาพชีวิตด้านที่อยู่ในระดับสูงมาก ได้แก่ ด้านการดูแลตัวเอง ( $\bar{X} = 3.57$ , S.D. = 0.73) ด้านสภาพแวดล้อม ( $\bar{X} = 3.47$ , S.D. = 0.66) ด้านนันทนาการ ( $\bar{X} = 3.33$ , S.D. = 0.71) และด้านภาพลักษณ์ ( $\bar{X} = 3.54$ , S.D. = 0.75) ส่วนด้านที่อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ ด้านความต้องการและสมรรถภาพทางเพศ ( $\bar{X} = 1.72$ , S.D. = 0.67) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่รับบริการสุขภาพจิตทางไกล

ด้าน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านแรงจูงใจภายนอก	2.44	0.83	ปานกลาง
2. ด้านสัมพันธภาพและการสื่อสาร	3.24	0.66	สูง
3. ด้านการดูแลตนเอง	3.57	0.73	สูงมาก
4. ด้านแรงจูงใจภายในและการมีเป้าหมายชีวิต	3.08	0.84	สูง
5. ด้านชีวิตการทำงานและการเรียน	3.18	0.77	สูง
6. ด้านสภาพแวดล้อม	3.47	0.66	สูงมาก
7. ด้านนันทนาการ	3.33	0.71	สูงมาก
8. ด้านการจัดการปัญหา	2.50	0.85	ปานกลาง
9. ด้านภาวะสุขภาพ	3.12	0.63	สูง
10. ด้านความต้องการและสมรรถภาพทางเพศ	1.72	0.67	ต่ำ
11. ด้านภาพลักษณ์	3.54	0.75	สูงมาก
รวม	3.02	0.57	สูง

3.3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยปัจจัยทั้งหมดรวมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชได้ร้อยละ 36.80 ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดได้แก่ การดูแลตนเอง ( $\beta = 0.755$ ) รองลงมาคือ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ( $\beta = -0.695$ ) เมื่อพิจารณาทิศทางของปัจจัยทำนาย จะเห็นว่า อายุและระยะเวลาการเจ็บป่วย มีทิศทางตรงข้ามกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช ส่วนความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูงมีทิศทางเดียวกันกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช ดังรายละเอียดในตารางที่ 4 และสามารถกำหนดเป็นสมการทำนายได้ดังนี้  $Y(QoL) = 5.122 - 0.442 (Age) - 0.762 (Time) + .824 (Self-care)$

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช (QoL)

ปัจจัย	B	Std. error	$\beta$	T	p-value
Constant	5.122	0.228		12.626**	<.001
1. อายุ (Age)	-0.442	0.331	-0.496	3.466*	.033
2. รายได้ต่อเดือน (Income)	0.425	0.395	0.422	0.324	.118
3. ระยะเวลาการเจ็บป่วย (Time)	-0.762	0.428	-0.695	2.812*	.041
4. การดูแลตนเอง (Self-care)	0.824	0.455	0.755	4.395**	<.001

$R^2 = .368$ ,  $R^2_{adj} = .382$ ,  $F = 9.226$ , \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

## การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง อาจเป็นผลมาจากการได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการแก่ผู้ป่วย มีพื้นที่ที่เป็นส่วนตัวในการเข้ารับการตรวจรักษา และเวลาในการให้บริการจากแพทย์และพยาบาลมีเพียงพอ ในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย อีกทั้งยังมีความต่อเนื่องของการดูแล จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ทำให้การติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้เทคโนโลยีทางไกล และโทรศัพท์สามารถเพิ่มอัตราการกินยาต่อเนื่อง และสร้างความตระหนักในการกินยาของผู้ป่วยได้<sup>20</sup> ผู้ป่วยได้ใช้พื้นที่ส่วนตัวในการเข้ารับบริการ ลดความวิตกกังวลในการถูกตีตรา จึงทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจ ตามนัดในอัตราที่สูงขึ้น ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาได้ดี<sup>14</sup> สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Krzystanek, et al.<sup>15</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือมารักษาที่สถานพยาบาล ได้รับการรักษา ทางไกล สามารถแก้ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ แต่สามารถแก้ปัญหาได้ในระยะสั้นเท่านั้น เนื่องจากเมื่อติดตามต่อเนื่อง 12 เดือน กลับพบว่าความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยลดลง แต่ถือว่าการ แก้ไขปัญหาในช่วงของอาการฉุกเฉินของผู้ป่วยจิตเภทได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าระยะเวลา การเจ็บป่วยมีอิทธิพลทางลบต่อความร่วมมือในการรับประทานยา

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยด้านที่อยู่ในระดับสูงมาก ได้แก่ ด้านการดูแลตัวเอง ด้านสภาพแวดล้อม ด้านนันทนาการ และด้านภาพลักษณ์ แสดงให้เห็นว่าการบริการสุขภาพทางไกลและการแพทย์ทางไกล สามารถส่งเสริมให้ ผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่เปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้และไม่ใช้แพทย์ ทางไกล พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ใช้การแพทย์ทางไกลสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้<sup>13</sup> การบริการสุขภาพจิตทางไกล เป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน ชับเคลื่อนการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ และสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม และเป็นช่องทางในการสื่อสารระหว่าง บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ในการประเมินติดตามและให้คำแนะนำการดูแลตนเองของผู้ป่วยชุมชน เน้นให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเพื่อดูแลกิจวัตรประจำวันในชีวิตของตนเองได้ จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>5,6</sup> สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสัมพันธ์กับสถานภาพทางการเงิน การรักษาต่อเนื่องและการรับรู้เกี่ยวกับโรค<sup>11</sup> และการที่บริการสุขภาพจิตทางไกลมีการส่งต่อการบริการ จากโรงพยาบาลสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นการส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและชุมชน มีการดูแล อย่างต่อเนื่องจนถึงในระดับครอบครัวจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสำคัญ มีกำลังใจในการเผชิญปัญหา และอุปสรรค เพื่อที่จะใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>5</sup>

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย อายุ ระดับ การศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยพบว่าอายุกับระยะเวลาการป่วย มีความผกผันกับความร่วมมือในการรักษา แสดงเห็นว่าอายุที่เพิ่มขึ้นและระยะเวลาการป่วยที่ยาวนาน จะส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลง อธิบายได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าปัญหา พฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช เกิดขึ้นจาก 4 ปัจจัยหลัก คือปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านบุคลากรในทีมผู้รักษา และปัจจัยด้านการรักษา ในด้านปัจจัยส่วนบุคคลจากการ วิจัยครั้งนี้พบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับวิจัยของ Acosta, et al.<sup>20</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อายุน้อยมีแนวโน้มในการเกิดปัญหา พฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาสูง และวิจัยของ Yoshihisa<sup>21</sup> ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ให้ ความร่วมมือสม่ำเสมอในการรับประทานยามีปัจจัยทำนายความร่วมมือคือมีอายุมากกว่า ส่วนระยะเวลา

การเจ็บป่วยทางจิตที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา อาจเป็นไปได้จาก ความเบื่อหน่ายท้อแท้ในการรักษา หรือจากอาการทางจิตที่เรื้อรัง รุนแรงขึ้น จนส่งผลต่อความสามารถ ในการดูแลตนเองและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าระดับการศึกษา และความสามารถในการดูแลตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากระดับการศึกษา ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรค มีความสามารถในการรับรู้ข้อมูลการรักษา ประสิทธิภาพของยา และอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้ดีกว่าผู้ที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้<sup>9</sup> ผู้ป่วยที่สามารถ ดูแลตนเองได้จะสามารถจัดยาและรับประทานยาเองได้อย่างต่อเนื่อง<sup>22</sup> นอกจากนี้ความร่วมมือ ในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชายังขึ้นอยู่กับการเข้าใจตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเวช<sup>7-8</sup> ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับวิจัยของศศิธร รุ่งสว่าง<sup>23</sup> ที่พบว่า อายุ เพศ และ ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด ในด้านจำนวนข้อคำถามที่มีมาก ส่งผลต่อการคิดและตัดสินใจเลือกคำตอบในการให้ข้อมูลของผู้ป่วยที่อาจจะ ไม่ครอบคลุมในผู้ป่วยบางรายที่ไม่มีผู้ดูแลช่วยกระตุ้นในการตอบคำถามวิจัย

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการ รับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล โดยมุ่งเน้นในกลุ่มที่มีอายุมาก ระดับการศึกษาในระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา และผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังเนื่องจากเป็นกลุ่มที่พบว่ามีแนวโน้ม รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง
2. บุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ อสม. หรือผู้ดูแล ควรประเมินระดับการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด ที่จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช
3. ผลการศึกษาที่พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้นับ บริการสุขภาพจิตทางไกลอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการให้บริการ จึงควรกำหนด นโยบายในการพัฒนาและขยายผลบริการสุขภาพจิตทางไกล โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีจำนวนบุคลากรสุขภาพ ไม่เพียงพอ หรือมีความแออัดในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล
4. ควรนำปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชจากการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ในการวิจัยเพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล
5. เสนอแนะเชิงนโยบายในการกำหนดกิจกรรมด้านการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ให้เป็นกิจกรรมหนึ่งของการบริการสุขภาพจิตทางไกลต่อเนื่องลงสู่ชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีจำนวนบุคลากร สุขภาพไม่เพียงพอ หรือมีความแออัดในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยให้มีคุณภาพ ขอขอบคุณบุคลากรในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ของอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล และขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวทุกท่านที่ยินดีเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูล HDC [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
2. Hamann J, Lipp ML, Christ-Zapp S, Spellmann I, Kissling W. Psychiatrist and patient responses to suspected medication nonadherence in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services* 2014;65:7;881-87. doi: 10.1176/appi.ps.201300322
3. ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์ และชนิษฐา นันทบุตร. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2561;36:2;68-76.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
5. รุ่งทิวา วราพุม, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, เอกอุมา อิ่มคำ. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2565; 36:33-48.
6. กาญจนา สุทธิเนียม และชลพร กองคำ. การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2555;26:28-40.
7. จีรศักดิ์ ห้วยทราย,สมชาย สุริยะไกร. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลดงหลวง. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2019;34:150-4.
8. สุชานาถ อินวรรณ, โสภิตา แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์, มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2020;34:33-56.
9. สุมิตา กุมลา, โสภิตา แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2564;34:132-52.
10. ณัฐรา เชื้อหมอ. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
11. กิ่งกาญจน์ ไชยบุศย์,เพ็ญพักตร์ อุทิศ. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทและใช้สารเสพติดในชุมชนเขตภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2559; 30:137-51.
12. Bradford NK, Caffery LJ, Smith AC. Telehealth services in rural and remote Australia: a systematic review of models of care and factors influencing success and sustainability. *Rural and remote health* 2016;16:1-23.
13. กมนต์ภรณ์ สุวรรณทวิมีสุข, กิตติพล นาควิโรจน์, ัญญรัตน์ โนมัยสินทวิ. ผลลัพธ์ของการใช้ระบบแพทย์ทางไกลควบคู่กับการดูแลปกติเปรียบเทียบกับ การดูแลแบบปกติในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: การทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุม. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว* 2566;6:133-43.
14. Uscher-Pines L, Arora N, Jones M, Lee A, Sousa JL, McCullough C M, Ober AJ. Experiences of Health Centers in Implementing Telehealth Visits for Underserved Patients During the COVID-19 Pandemic: Results from the Connected Care Accelerator Initiative. *Rand Health Quarterly* 2022.

15. Krzystanek M, Krysta K, Skalacka K. Treatment compliance in the long-term paranoid schizophrenia telemedicine study. *J Technol Behav Sci* 2017;2:84-7.
16. โรงพยาบาลลำปาง. เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2564. ลำปาง: โรงพยาบาลลำปาง; 2565.
17. Farragher B. Treatment compliance in the mental health service. *Iris Medication Journal* 1999;92:392-4.
18. รัชณี อุทัยพันธ์. ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
19. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส; 2563.
20. Acosta FJ, Hernández JL, Pereira J, Herrera J, Rodríguez CJ. Medication adherence in schizophrenia. *World Journal Psychiatry* 2012;2:74-82.
21. Hirakawa Y, Hilawe EH, Chiang C, Kawazoe N, Aoyama A. Comprehensive medication management services influence medication adherence among Japanese older people. *Journal Rural Med* 2015;10:79-83.
22. Kikkert M, Dekker J. Medication adherence decisions in patients with schizophrenia. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2017;19:17n02182. doi: 10.4088/PCC.17n02182.
23. ศศิธร รุ่งสว่าง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม* 2560;18:6-23.