

ผลของโปรแกรมการให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*

ธอธ กเย็นสันติ** พิณนภา แดงด้อมยุทธ์***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรม กับกลุ่มที่ไม่ให้การพยาบาลการดูแลตามปกติ ตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยคัดเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตบริการสุขภาพที่ 4 เครื่องมือทั้ง 4 ชุด ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ประกอบด้วย โปรแกรมการให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว วิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดทั้ง 2 ฉบับเท่ากับ 0.89, 0.74 และ แบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตน ของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สูตร KR-21 เท่ากับ 0.75 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : โปรแกรมการให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้ป่วยจิตเภท

* วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

The Effect of Using Family Counseling and Psychoeducation Program on Medication Adherence Behaviors of Schizophrenic Patients in the Community

Thongrob Thiensan, MNS.

Pennapa Dangdomyouth, Ph.D. (Nursing)

Abstract

The purposes of this study were to compare medication adherence behaviors of schizophrenic patients in the community before and after their participation in family counseling and psychoeducation program. The Participants were 40 schizophrenic patients living in community, Public Health Service Department 4st, who met the inclusion criteria. They were randomly assigned into one experimental group with 20 subjects and control group with 20 subjects. Four instruments were tested for content validity by five experts. The instruments consisted of family counseling and psychoeducation program developed by the researcher. The Reliability of Medication Adherence Scale and Family Relationship Scale were test for the Cronbach's alpha coefficient of the scales were 0.89, 0.74 and The Knowledge of daily practice schizophrenic patients were test for the KR-21 of the scale was 0.75, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Major findings were as follows:

1. Medication adherence behaviors of schizophrenic patients in the community after using family counseling and psychoeducation program were significantly higher than that before, at p .05 level.

2. Medication adherence behaviors of schizophrenic patients in the community who received family counseling and psychoeducation program were significantly higher than those of patients who participated in regular caring activities, at the p .05 level.

Keywords : Family counseling and psychoeducation, Medication adherence behaviors, Schizophrenic patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทมีความสูญเสียความสามารถในเรื่องของการทำหน้าที่ การดำเนินชีวิต และบุคลิกภาพสูงเมื่อเทียบกับโรคทางกาย (Norton, Williams, & Owen, 2006) ในปัจจุบันกรมสุขภาพจิตมีนโยบายให้จำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัวให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำให้ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทน้อยลง ผู้ป่วยจิตเภทจะใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลเพียง 3-4 สัปดาห์ (พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิณานนท์, 2552) ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชนจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการพบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่ไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา สถิติในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าร้อยละ 26 หยุดรับประทานยาในระหว่างปีแรกของการรักษา และร้อยละ 30 หยุดรับประทานยาในระหว่างที่มีอาการกลับเป็นซ้ำครั้งแรก อันเนื่องมาจากปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (Gillmer et al, 2004) ส่งผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทรุนแรงขึ้น

ในปัจจุบันการปฏิรูประบบสุขภาพเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจึงถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลช่วงสั้นลง เฉลี่ย 2 สัปดาห์ (กรมสุขภาพจิต, 2552) เช่นเดียวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันพยายามให้ผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวของตนเองและให้ครอบครัวรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ครอบครัวหรือญาติจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (นภาพรณ พึ่งเกศสุนทร, 2553) เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนครอบครัวมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย (Hou et al., 2008) เนื่องจากครอบครัวเป็นส่วนสนับสนุนหลักในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (อรรธรณ ช้องต้อ, 2550) รวมทั้งครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาที่เหมาะสม (แหวดดาว วงศ์สุรประกิต, 2549) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของนั้นมีความสำคัญต่อการกำเริบของโรคอย่างมาก ผู้ป่วยที่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผลการรักษาดี และมีประสิทธิภาพ (Haynes et al., 2005) ครอบครัวที่ทำหน้าที่และมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ขณะที่มีอาการกำเริบหรืออยู่ในระยะฟื้นฟู (Loukissa, 1995)

ปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วย การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา (พลทิพย์ ปานแดง, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kumear and Sedgwick (2001) พบว่าเหตุผลของการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คือไม่สามารถทนต่อฤทธิ์

ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภทได้ ผู้ป่วยอยู่อย่างไม่เป็นสุข เป็นสาเหตุให้ไม่ยอมใช้ยารักษาอย่างต่อเนื่อง (วันชัย กิจอรุณชัย, 2548) สอดคล้องกับ ปัญหาอาการกำเริบรุนแรง ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทานยา เกิดการแยกตัว จนเป็นปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัวตามมา (นภาพรณ พึ่งเกศสุนทร, 2553; อรพรรณ ลีอนุวัธชัย, 2553) ทศนคติและสัมพันธภาพในครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเภทในเชิงลบ ทำให้ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงการแสดงให้ผู้อื่นเห็นว่ามีอาการทางจิต โดยการไม่เข้ารับการรักษาและไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ สมภพ เรืองตระกูล (2554) พบว่า ความสัมพันธ์กับการอาการป่วย คือ ลักษณะเฉพาะของการมีปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและผู้ป่วย เช่น ท่าที่ไม่เป็นมิตร การวิจารณ์และเข้ามายุ่งเกี่ยวทางอารมณ์มากเกินไป เป็นเหตุผลที่ต้องทำครอบครัวบำบัด ซึ่งการรักษาโดยครอบครัวบำบัด ให้ผลดีกับผู้ป่วยจิตเภท ประกอบไปด้วย การให้บริการปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) และการอบรมให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)

การให้บริการปรึกษาครอบครัว (Family counseling) มีแนวคิดที่ว่าครอบครัวมีกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผน มีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสม มีความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลงให้ดำรงชีวิตครอบครัวอยู่อย่างปกติสุข โดยมีการจัดโครงสร้างในครอบครัวใหม่ให้เหมาะสมเน้นความเป็นตัวของตัวเองควบคู่ไปกับมีความผูกพันและเอื้ออาทรประกอบด้วย การจัดโครงสร้างครอบครัว พัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนด้านอารมณ์ การมองคนภายใต้ระบบสังคมและครอบครัวเป็นระบบเปิดทางสังคม (Minuchin, 1974) ซึ่งพยาบาลนำมาใช้เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อลดอาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (NHS Center, 2000) และพบว่า การให้บริการปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว มีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดีขึ้น (Hegde, Rao, & Raguram, 2007)

สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับการเจ็บป่วยอย่างมีคุณภาพ และเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (มานิช หล่อตระกูล, 2552) โดยมีวิธีการดังนี้คือ การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัว การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา พัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Anderson, Hogarty, & Reiss, 1980) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพิ่มความสามารถในการวางแผนแก้ปัญหาของตนเองได้ ซึ่งมีความสำคัญต่อความร่วมมือและปฏิบัติตามแผนการรักษา (กรมสุขภาพจิต, 2551) การให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวนั้นทำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมมากขึ้น ส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นอย่างชัดเจน เพราะครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วย (Addington, Mc-Cleery, & Addington, 2005) กล่าวได้ว่า

ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Lim & Ahn, 2003)

การให้บริการปรึกษาครอบครัวเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพช่วยพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้านโดยเฉพาะเมื่อผสมผสานการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค และการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการทางจิต ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการอยู่ร่วมกัน รวมทั้งเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัวอีกทั้งการให้บริการปรึกษาครอบครัวที่ร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาจะทำให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท เกิดความตระหนักในการทำหน้าที่ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น (Hegde, Rao, & Raguram, 2007; อรพรรณ ลีอนุวัธชัย, 2553)

การศึกษาที่ผ่านมาระบบบริการสุขภาพจิตยังเน้นการให้การดูแลรักษา เฉพาะผู้ป่วยจิตเภท หรือเฉพาะผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้นไม่ได้รวมถึงสมาชิกทุกคนในครอบครัว อีกทั้งยังให้บริการปรึกษาครอบครัว (Family counseling) แยกส่วนกับการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท ให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างเหมาะสมได้ จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรมการให้บริการปรึกษาครอบครัว (Family counseling) ตามแนวคิดของ Minuchin (1974) ที่มุ่งเน้นการจัดระบบโครงสร้างของครอบครัว ให้มีความเหมาะสม มีความผูกพัน เอื้ออาทรต่อกัน มีสัมพันธภาพที่ดี เพื่อจัดการกับโครงสร้างความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาให้ดีขึ้น ร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty, & Reiss (1980) เพื่อทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีประสิทธิภาพส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกทุกคนในครอบครัว จะมีส่วนสำคัญที่ทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

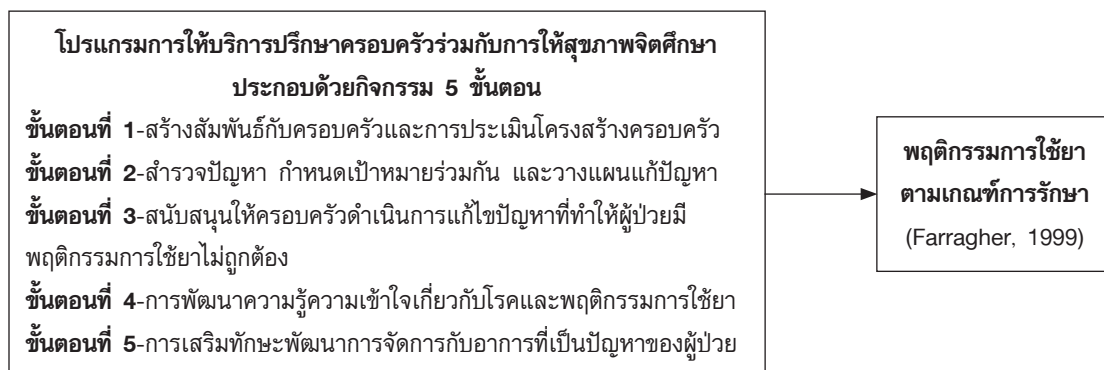
1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมการให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยนำแนวคิดทฤษฎีการให้บริการปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin (1974) ร่วมกับแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty, & Reiss (1980) เป็นการผสมผสานของ Family counseling กับ Psychoeducation โดยประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1. กิจกรรมสานสัมพันธ์ 2. กิจกรรมเป้าหมายแห่งความสำเร็จ 3. กิจกรรมคิดใหม่ สร้างใหม่ ร่วมใจแก้ปัญหา 4. กิจกรรมความรู้คู่ครอบครัว และ 5. กิจกรรมทักษะป้องกันอาการซ้ำๆ ของยา ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ตามแนวคิดของ Farragher (1999)



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pre-posttest control group design) (Polit & Beck, 2004) ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างที่พอเหมาะในการวิจัยแบบทดลอง และความเป็นไปได้ในการวิจัย การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power of test) (Coehran & Cox, 1992) โดยได้นำการวิจัยของ สารีณี โต๊ะทอง (2548) มาใช้ในการกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบ

ที่ระดับ 80% ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าต้องการตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 18 ครอบครัว และเพื่อป้องกันการสูญเสียในระหว่างการทำวิจัย (drop out) จึงกำหนดตัวอย่างเป็น 20 ครอบครัว โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัวและกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว รวมทั้งสิ้น 40 ครอบครัว

เกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่าง

ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท อายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชาย และ เพศหญิง เป็นผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในภาวะอาการสงบ จากการประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) คะแนนอยู่ในระดับน้อยกว่า 30 คะแนน (Overall & Gorham, 1962) สมครใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา สามารถเข้าร่วมและเต็มใจเข้าร่วมโปรแกรมการให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือกฎหมาย ทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ได้แก่ มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือญาติ ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันสม่ำเสมอและต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในการดูแล ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ดี สมครใจ ยินยอมให้ความร่วมมือและเต็มใจเข้าร่วมโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยนำแนวคิดทฤษฎีการให้บริการปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin (1974) ร่วมกับแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) เป็นการผสมผสาน Family counseling กับ Psychoeducation โดยประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมสานสัมพันธ์ 2) กิจกรรมเป้าหมายแห่งความสำเร็จ 3) กิจกรรมคิดใหม่ สร้างใหม่ ร่วมใจแก้ปัญหา 4) กิจกรรมความรู้คู่ครอบครัว และ 5) กิจกรรมทักษะป้องกันอาการข้างเคียงของยา จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ได้รับการแก้ไขให้สมบูรณ์แล้วไปลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่ตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 3 ครอบครัวดำเนินการทดลองใช้โปรแกรม จนครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองจริง

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดยอุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง มี 2 ชุดคือ แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวแนวคิดของ Minuchin (1974) พัฒนาโดยสาริณี โต๊ะทอง (2548) และแบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท แนวคิดของ Anderson et al. (1980) พัฒนาโดยผลทิพย์ ปานแดง (2547) เพื่อใช้ประเมินการรับรู้สัมพันธภาพในครอบครัวและความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการกำกับการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 หลังสิ้นสุดกิจกรรมทันที

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง ทั้ง 2 ชุด ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ได้ค่าความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือทั้ง 3 ชุด $CVI = 1$ หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว วิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดทั้ง 2 ฉบับได้เท่ากับ 0.89, 0.74 และ แบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สูตร KR-21 ได้เท่ากับ 0.75 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณา จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลสามโคก ต.บ้านปทุม อ.สามโคก จ.ปทุมธานี เอกสารเลขที่ ปท. 0032.3/02/458 ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยได้ และอนุมัติวันที่ 25 กรกฎาคม 2556 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย จึงเซ็นชื่อยินยอมใน Consent form เพื่อเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นเตรียมการวิจัย 1) เตรียมความรู้ของผู้วิจัย 2) เตรียมสถานที่ในการทำการวิจัย 3) เตรียมผู้เข้าร่วมการวิจัย 4) คัดเลือกตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ วางแผนและนัดหมายตัวอย่างทั้งผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ขั้นดำเนินการวิจัย 1) ประเมินคุณสมบัติของตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม 2) ดำเนินกิจกรรมรายครอบครัวตามขั้นตอน ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอนดำเนินการครั้งละ 45-60 นาทีรวมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ 3) สรุปขั้นตอนการวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นประเมินผลการวิจัย หลังเสร็จสิ้นสุดท้ายกิจกรรมที่ 4 แล้วผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองและขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 6 หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 5 แล้ว ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลวิจัย และ วิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียด คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ 2) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังให้โปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบที แบบ (Dependent t-test) 3) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) 4) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผลวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนและหลังให้โปรแกรมการให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนและหลังให้โปรแกรมการให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา	Mean	S.D.	ระดับ	t	Df	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	3.26	0.17	ปานกลาง	34.823	19	< 0.001 [*]
หลังการทดลอง	4.81	0.13	ดีมาก			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	3.13	0.29	ปานกลาง	2.236	19	0.038 [*]
หลังการทดลอง	3.44	0.52	ปานกลาง			

จากตารางที่ 1 พบว่า ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้บริการปรึกษาคอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p < 0.001$) โดยหลังการให้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม 4.81 และ 3.26 ตามลำดับ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คงที่อยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนและหลังให้โปรแกรมการให้บริการปรึกษาคอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา	Mean	S.D.	ระดับ	t	Df	p-value
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	3.26	0.17	ปานกลาง	1.738	38	0.090
กลุ่มควบคุม	3.13	0.29	ปานกลาง			
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	4.81	0.13	ดีมาก	11.519	38	< 0.001*
กลุ่มควบคุม	3.44	0.52	ปานกลาง			

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลองให้โปรแกรมการให้บริการปรึกษาคอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ไม่แตกต่างกัน คือ 3.26 และ 3.13 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองให้โปรแกรมการให้บริการปรึกษาคอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม คือ 4.81 และ 3.44 ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาในโปรแกรม ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น สามารถพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัว ตามระบบโครงสร้างครอบครัวที่เหมาะสม สามารถพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท และสามารถพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาให้กับผู้ป่วยจิตเภทครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า การให้บริการปรึกษาครอบครัว กลุ่มโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin (1974) มุ่งเน้นการจัดระบบสัมพันธภาพในครอบครัวให้มีความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Hegde, Rao, & Raguram (2007) เรื่องการให้บริการปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) พบว่า ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว มีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดีขึ้น ผสมผสานกับการให้สุขภาพจิตศึกษา ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty, & Reiss (1980) ทั้งผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวนั้นสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับการเจ็บป่วยอย่างมีคุณภาพ และเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลในแบบปกติไม่ได้รับโปรแกรม ยังคงมีทัศนคติและสัมพันธภาพในครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเภทในเชิงลบ ทำให้ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงการแสดงให้ผู้อื่นเห็นว่ามีการทางจิต โดยการไม่เข้ารับการรักษาและไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา

ข้อเสนอแนะ

การให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา หากนำกิจกรรมไปใช้ในผู้ป่วยสุขภาพจิตกลุ่มอื่น ๆ ควรมีการประยุกต์ในส่วนของความรู้ ให้มีความสอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช นั้น ๆ และควรคัดเลือกครอบครัว หรือบุคคลสำคัญ (Key person) ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม บำบัดให้มีความสอดคล้องกัน

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *รายงานประจำปี. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.*
- นภาพรณ พึ่งเกศสุนทร และ อรพรรณ ลีอนุวัธชัย. (2554). ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(2), 51-63.
- พลทิพย์ ปานแดง. (2547). *การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วย และผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- พิเชฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาลิกนันนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.*
- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2552). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.*
- แววดาว วงศ์สุระประกิต. (2549). *การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกกล่าวหาว่า: กรณีศึกษา. กลุ่มงานสังคมศาสตร์ โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต.*
- วันชัย กิจอรุณชัย. (2548). *การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่และยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 13(3), 17-27.*
- สมภพ เรืองตระกูล. (2554). *ตำราประสาทจิตเวช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.*
- สาริณี โต๊ะทอง. (2548). *ผลของการใช้โปรแกรมการให้บริการปรึกษาครอบครัว ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- อรพรรณ ลีอนุวัธชัย. (2553). *การให้บริการปรึกษาทางสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.*
- อรรณณ ช้องต่อ. (2550). *ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- Addington, J., McCleery, A., & Addington, D. (2005). Three-year outcome of family work in an early psychosis program. *Schizophrenia Research*, 79(1), 107-116.
- Anderson, C. M., Hongarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psychoeducation approach. *Schizophrenic Bulletin*, 6(3), 490-505.

- Coehran, W. G., & Cox. G. M. (1992). *Exerimantal Designs*. (2nd). New York: John Wiley & Sons.
- Gillmer, T. P., Dolder, C. R., Lacro, J. P., Folsom, D. P., Lindamer, L., Garcia, P., & Jeste, D. V. (2004). Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatric*, 161(4), 692-699.
- Haynes, R. b., Yao, X., Degani, A., Kripalani, S., Garg, A. X., & McDonald, H. P. (2005). Intervention for enhancing medication adherence (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000011.
- Hegde, S., Rao, S. L., & Raguram, A. (2007). Integrated Psychological Intervention for Schizophrenia. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 11(2), 5-18.
- Hou, S. Y., Ke, C. L. K., Su, Y. C., Lung, F. W., & Huang, C. J. (2008). Exploring the burden of the primary famly caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciencs*, 62(5), 508-514.
- Kumear, S., & Sedgwick, P. (2001). Can the factors influencing medication: Compliance reported form Western populations be applied to an eastern Indian context. *Journal of Mental Health*, 10(3), 267-277.
- Kumear, S., & Sedgwick, P. (2001). Non-compliance to psychotropic medication in Eastern India : Clients perceptive. Part II. *Journal of Mental Health*, 10(3), 279-284.
- Lim, Y. M., & Ahn, Y. H. (2003). Burden of family caregiver with schizophrenic patients in Korea. *Applied Nursing Research*, 16(2), 110-117.
- Loukissa, D. A. (1995). Family burden in chronic mental illness of mental health professionals. *Journal of Nervous and Mental disease*, 21(2), 248-255.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambrige: Harvard University Press.
- NHS Center for Reviews and Dissemination. (2000). Psychosocial interventions for schizophrenia. *Effective Health Care 2000*, 6(3), 1-8.
- Norton, N., Williams, H. Y., & Owen, M. J. (2006). An update on the genetics of schizophrenia. *Current Opinion in psychiatry*, 19, 158-164.