

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประทานยา ตามเกณฑ์การรักษาในชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดยะลา Medication Adherence in Home Patients with Schizophrenia: A Care Scheme Developed in Community in Yala Province

เปรมฤดี ดำรักษ์^{1*} และ ปรียา ทองประไพ²
Preamrudee Damruk^{1*} and Preya Thongprapai²
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา^{1*}, โรงพยาบาลยะลา²
Boromarajonani Nursing College, Yala^{1*}, Yala Hospital²

(Received: October 13, 2019; Revised: November 06, 2019; Accepted: November 06, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาในชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดยะลา เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 24 คน วิธีการดำเนินการวิจัย มี 3 ขั้นตอน 1) ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ทฤษฎีกระบวนการพยาบาล ของ Orlando (1961) และการทบทวนวรรณกรรม 3) ประเมินประสิทธิผลของพฤติกรรมการรับประทานยาก่อน-หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา เครื่องมือวิจัย มี 3 ชุดประกอบด้วย 1) แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .75 2) แบบรวบรวมข้อมูลการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลในแต่ละครอบครัว ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ .67 – 1.00 3) รูปแบบการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ .80 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ paired t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 70.83 ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.00 และระดับดี ร้อยละ 4.16 ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาระดับปานกลาง ร้อยละ 58.33 ระดับต่ำ ร้อยละ 37.50 และระดับดี ร้อยละ 4.16

2. รูปแบบการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การบอกความสำคัญและความจำเป็นในการรับประทานยา 3) การให้การปรึกษา 4) ส่งเสริมความมีคุณค่าของผู้ดูแลและผู้ป่วย 5) ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคม 6) จิตอาสา 7) การประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล 8) การส่งต่อการรักษา

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา โดยการรูปแบบไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการพัฒนารูปแบบการรับประทานยามีพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา เฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=19.64, p<.001$)

รูปแบบการรับประทานยามีพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่รับประทานยาไม่ได้ตามเกณฑ์การรักษา

คำสำคัญ: พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา, ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน, รูปแบบการดูแล
*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: petphrom@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 080-7025550)

Abstract

This action research aimed to: 1) study medication adherence in home patients with schizophrenia, and 2) assess the effectiveness of a new care scheme regarding medication adherence in those patients. Sample was 24 patients with schizophrenia, living in a community of Yala province. The research methodology consisted of 3 steps: 1) conducting a survey about the medication adherence of patients at home with schizophrenia, 2) the development of a care scheme regarding medication adherence, based on the participatory treatment criteria (the Orlando Nursing Process Theory, 1961), and a literature review; and 3) an evaluation of the medication adherence in patients with schizophrenia before and after using the care scheme. The research instruments were: 1) the care scheme that was validated by 3 experts, yielding a content validity (IOC) of .80, 2) a questionnaire regarding medication adherence that was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .75, and 3) a family and caregiver interview form that was examined by 3 experts, yielding a content validity (IOC) of .67 – 1.00. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The research found that:

1. Schizophrenia patients at home had medication adherence at a low, moderate, and good level (70.83%, 25.00 %, and 4.16%, respectively). Their abilities to observe and manage symptoms from the side effects were at a moderate, low, and good level (58.3-%, 37.5%, and 4.16%, respectively).
2. The patterns of care given to the patients for higher medication adherence were: 1) building relationship, 2) stating the importance and necessity of medication, 3) counseling, 4) promoting self-esteem in caregivers and patients, 5) providing information about social support, 6) promoting volunteer spirit, 7) a good coordination with relevant parties to help patients and caregivers, and 8) referral for treatment.
3. After using the care scheme, mean score for medication adherence was higher than before with statistical significance ($t=19.64, p<.001$).

The developed care scheme can be used for schizophrenia patients at home who lack of medication adherence, following the treatment criteria.

Keywords: Schizophrenia Patients, Medication Adherence, Care Scheme, Yala

บทนำ

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง มีสถิติจำนวนผู้ป่วยที่มากที่สุดในกลุ่มโรคทางจิตทั้งหมด บุคคลที่ป่วยด้วยโรคนี้มักมีอาการกำเริบเป็นระยะ อาการของการเจ็บป่วยมีผลต่อความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมให้ปกติ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบมักจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อได้รับการรักษาจนอาการทุเลาผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายให้กลับบ้านโดยเร็วตามนโยบายการลดจำนวนเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาลและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการที่กำเริบเป็นระยะนั้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องด้วยการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านยังคงมีอาการป่วยที่หลงเหลืออยู่ (Juntapim, Nuntaboot,

& 2018) ส่งผลกระทบต่อความสามารถของผู้ป่วย บางรายอยู่ในภาวะไร้ความสามารถหรือความพิการทางจิตสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาและฟื้นฟูสภาพจิต

การรักษาด้วยยาเป็นการรักษาที่สำคัญมากและเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่ามีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วย สามารถป้องกันอาการกำเริบไม่ให้เกิดซ้ำ โดยด้วยยาจะปรับความสมดุลของสารชีวเคมีในสมอง เมื่อสารชีวเคมีมีความสมดุล อาการทางจิตลดลง ดังนั้นการใช้ยาที่สม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง สามารถควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ หากได้รับการฟื้นฟูสภาพทางจิตสังคมร่วมด้วย ผู้ป่วยจิตเภทก็จะสามารถใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและสังคมได้ อย่างไรก็ตามยาที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภท เป็นยาที่มีอาการข้างเคียงของยาสูง เช่น อาการคลื่นไส้ คอแห้ง น้ำลายไหล ทำให้ง่วงนอน ผู้ป่วยมักนอนหลับมาก ทำงานไม่ได้ มักโดนตำหนิว่าเกียจคร้าน เป็นภาระของคนในครอบครัว เมื่ออาการทุเลา ผู้ป่วยจึงมักหยุดยาเนื่องจากคิดว่าหายแล้ว เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยา จากบททวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 50 มีพฤติกรรมไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาในช่วง 1 ปีแรกและร้อยละ 75 ในช่วง 2 ปีหลังการเจ็บป่วย (Saengpak, Tungpunkom, & Kitsumban, 2017)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้น มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ 1) ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต มีพฤติกรรมและอารมณ์ผิดปกติ (Thongtup, & Sawangchareon, 2013) 2) ขาดผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ 3) ผู้ดูแลทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน มีโรคประจำตัว ทำให้ความสามารถในการดูแลลดลง ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องน้อยลง (Meesri, & Dangdoomyouth, 2012) และขาดผู้ดูแลเรื่องอาการของโรค รวมถึงการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเผชิญสถานการณ์อยู่เพียงลำพังเสมือนไม่มีญาติและผู้พึ่งพา (Juntapim, & Nuntaboot, 2018) 3) การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมเป็นช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น (Meesri, & Dangdoomyouth, 2012) ดังนั้นในการพัฒนารูปแบบการดูแลจึงจำเป็นต้องศึกษาปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละรายในชุมชน ซึ่งมีการหลงเหลือจากการเจ็บป่วย ความสามารถของผู้ดูแล การเจ็บป่วยของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม เศรษฐกิจ ความรู้ความเข้าใจในการดูแลต่อการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การทบทวนการศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มีการจัดโปรแกรมให้ความรู้ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล โปรแกรมการให้คำปรึกษา โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ (Dobber, Latour, Haan, Reimer, Peters, Barkhof, & Meijel, 2018) เป็นการพัฒนาทั้งด้านตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนรวมถึงบุคลากรทางด้านสุขภาพ (WHO, 2018; Laongsri, Srichaikul, & Pimchan, 2017; Staporntera, & Sawangchareon, 2018) การช่วยให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคจากผู้รักษา รวมทั้งสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ (Meijel, Kruitwagen, Gaag, Kahn, & Grypdonck, 2006) ดังนั้นในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาเพื่อควบคุมอาการทางจิตให้สงบไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ลดอัตราการป่วยซ้ำนั้น จะต้องดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม ชุมชนและระบบต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถประคับประคองตนเองให้สามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดยะลาที่ผู้วิจัยศึกษานั้น เป็นชุมชนเมืองอยู่ในเขตเทศบาล ผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่บ้าน บ้านเช่าและห้องเช่าที่มีสภาพทรุดโทรมแออัด มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 24 คน มีจำนวนมากกว่าชุมชนอื่น ๆ ผู้ป่วยบางรายมีอาการทางจิต ผู้ดูแลบางคนไม่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจากสภาพการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแห่งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบเพื่อพัฒนาการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชน มีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้รับการรักษาด้วยยาและได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา

วัตถุประสงค์วิจัย

1. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา
2. ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

สมมติฐานวิจัย

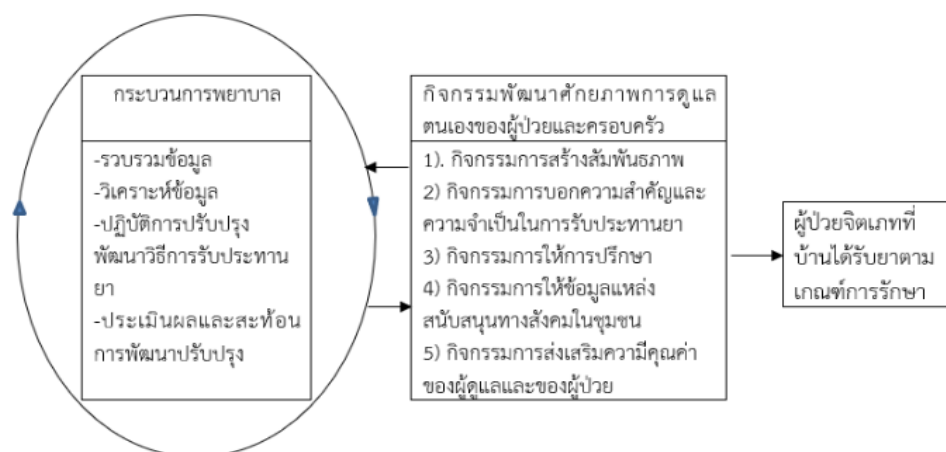
1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษามีความเหมาะสมและสามารถปรับใช้ได้ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและผู้ดูแล
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพัฒนาตามรูปแบบการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประทานยามีกว่าการปรับวิธีการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามเกณฑ์การรักษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีชีวภาพทางการแพทย์ (Biomedical Model) ซึ่งพบว่า การใช้ยารักษาอาการทางจิตสามารถช่วยเลือกการเจ็บป่วยเกิดจากความผิดปกติของร่างกาย รวมทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทก็เกิดจากภาวะที่ไม่สมดุลของสารสื่อประสาท เช่น การมีระดับของสารโดปามีนมากเกินไปมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท การใช้เหตุผลการรู้จักตนเอง ระดับสารซีโรโทนิน (Serotonin) มีความสัมพันธ์กับอารมณ์แปรปรวนการเกิดโรคจิตเภท จากแนวคิดดังกล่าวจึงได้พัฒนาตัวยาเพื่อใช้รักษาอาการทางจิต การรับประทานยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากยารักษาอาการทางจิตช่วยปรับสมดุลของสารสื่อประสาท ควบคุมอาการ คงภาวะความผาสุกและป้องกันอาการกำเริบซ้ำ และทำให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ในสังคมได้ บทบาทพยาบาลจิตเวชในการเตรียมผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ 2) กิจกรรมการบอกความสำคัญและความจำเป็นในการรับประทานยา 3) กิจกรรมการให้การปรึกษา 4) กิจกรรมการให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน 5) กิจกรรมการส่งเสริมความมีคุณค่าของผู้ดูแลและของผู้ป่วย

ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีกระบวนการพยาบาล (Orlando, 1961) ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา แบบผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลมีส่วนร่วมเรียนรู้และร่วมมือปรับระบบการดูแลตนเองของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ระบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จิตอาสาสำหรับช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาการรับประทานยาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ผู้ดูแลตามสภาพปัญหาการรับประทานยาของแต่ละรายกรณี การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นการพัฒนารูปแบบที่เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1995) จัดการปัญหาได้ด้วยตนเองและเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชนรวมทั้งแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ตามความจำเป็น

การประเมินผลประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ให้ ใช้แบบวัดประเมินพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่ดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน (Mutual Collaboration Approach) ร่วมกันค้นหาปัญหาที่ทำให้ได้รับยาไม่ต่อเนื่อง ครบถ้วน ทำให้มีแนวโน้มต่อการมีอาการทางจิตกำเริบ การร่วมมือหรือค้นหาวิธีแก้ไขปัญหาก็ให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับประทายยาตามเกณฑ์การรักษา ผลที่ได้รับคือทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเกิดความเข้าใจในปัญหาและสาเหตุของปัญหาในมุมมองใหม่ ๆ ตลอดจนได้ทางเลือกสำหรับแก้ไขปัญหาลำบากและนำไปสู่การพัฒนาความรู้จากกระบวนการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการวิจัย

1. เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย โดยอธิบายขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย การทำหน้าที่ประสานงานกับศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ประสานกับครอบครัวผู้ป่วยเพื่อนัดเยี่ยม จัดบันทึกข้อมูลการวิจัยโดยใช้การอัดเสียงการสนทนา การบันทึกข้อมูล
2. ประสานงานและนัดประชุมกับพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง รวบรวมปัญหาเบื้องต้นที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวนผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและปัญหาในการรับประทายยา
3. ประสานผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเพื่อขออนุญาตเยี่ยม ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านขออนุญาตประเมินพฤติกรรมในการรับประทายยาตามเกณฑ์การรักษาและขอเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัยตามแบบจริยธรรมการวิจัย
4. การเตรียมจิตอาสา มีการค้นหาและประสานงานขออาสาสมัครจิตอาสา เมื่อได้จิตอาสาจะนัดประชุมชี้แจงกิจกรรมจิตอาสาช่วยดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทายยาตามชนิดของยา เวลาที่ต้องตามฉลากหน้าซองของยาที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับ (เฉพาะครอบครัวที่มีปัญหาการดูแล และผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพจิต)
5. เตรียมแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน มูลนิธิเจ้าแม่ลิ้มกอเหนี่ยว (1663) อุบัติเหตุฉุกเฉิน (1669) ศูนย์สุขภาพชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ได้รับประทายยาตามเกณฑ์การรักษา ในชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดยะลา

ดำเนินการเป็นรายกลุ่มครอบครัวโดยมีการรวบรวมปัญหา วิเคราะห์ปัญหา วางแผนการแก้ไขปัญหาลำบากในแต่ละปัญหาแบบมีส่วนร่วม และนัดทบทวนประเมินผลในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ได้รับประทายยาตามเกณฑ์การรักษา ในชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดยะลา

ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลได้รับการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับยาตามเกณฑ์การรักษา และได้รับการเยี่ยมตามแผนที่กำหนดและพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาไม่เปลี่ยนแปลง ข้อมูลอิ่มตัวแล้ว จึงดำเนินการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ชุด คือ

1. แบบวัดพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ปรับการใช้แบบวัดของ Chiewsothorn, (2002) มีข้อคำถาม จำนวน 18 ข้อ

2. แบบรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย การสังเกตการจัดยาและปริมาณยาที่คงเหลือของผู้ป่วย การบอกให้เล่าวิธีการรับประทานยาของผู้ป่วย รวมทั้งช่วงเวลาในการรับประทาน การใช้เครื่องตีม การสูบบหรี่ ใบจาก การดื่มเครื่องดื่มหรืออาหารที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ เป็นต้น แนวคำถามผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ .78 ปรับปรุงแนวคำถามและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทชุมชนอื่นจำนวน 5 คน ปรับแนวคำถามให้เข้าใจง่ายขึ้น

3. กิจกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ตามความจำเป็นแต่ละรายกรณี กิจกรรมประกอบด้วย 1) กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ 2) กิจกรรมการบอกความสำคัญและความจำเป็นในการรับประทานยา 3) กิจกรรมการให้การปรึกษา 4) กิจกรรมการให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน 5) กิจกรรมการส่งเสริมความมีคุณค่าของผู้ดูแลและผู้ป่วย 6. กิจกรรมจิตอาสา 7. กิจกรรมการประสานงาน 8. กิจกรรมการส่งต่อการรักษา กิจกรรมทั้งหมดได้จากการรวบรวมปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้กระบวนการเยี่ยมบ้าน และพัฒนากิจกรรม โดยการศึกษาตำราและทบทวนวรรณกรรม ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ .84

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบรวบรวมข้อมูลและกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 คน และพยาบาลผู้ชำนาญการด้านปฏิบัติการพยาบาล 1 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence : IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ .67 – 1.00 แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวชผู้ป่วยนอก จำนวน 5 คน เพื่อประเมินความเข้าใจที่ชัดเจนและข้อคำถามไม่กำกวม ตรงตามวัตถุประสงค์ และนำแบบวัดพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาไปทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับบริบทของชุมชนในจังหวัดยะลา กับ ผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวชผู้ป่วยนอก จำนวน 30 คน พบว่า เครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับเท่ากับ 0.78

การตรวจสอบความถูกต้องภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะนำข้อมูลจากการบันทึกเทปมาถอดแบบคำต่อคำ แล้วนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการบันทึกข้อมูลภาคสนามและการสังเกต นำมาตรวจสอบความถูกต้องและตรงกับสภาพความเป็นจริง แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน (Podhisita, 2013)

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านระเบียบวิธีวิทยาการ (Methodological Triangulation) ผู้วิจัยใช้การสนทนากลุ่มและการสังเกตควบคู่กันไปในการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง เพื่อพิจารณาความเชื่อมโยงและความสอดคล้องของข้อมูล

2. การตรวจสอบความตรงของข้อมูล (Validity) ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของข้อมูลที่ได้นำมา หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละรายแล้ว ผู้วิจัยจะนำมาแปลความเบื้องต้น (Formulate Meaning) แล้วทวนสอบกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ตามลำดับดังนี้

1. ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดยะลา เป็นการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ศึกษาข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จำนวน 24 คน โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา และรวบรวมข้อมูลตามแบบรวบรวมข้อมูลการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลในแต่ละครอบครัว เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาและสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา (1 สัปดาห์)

2. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาในชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดยะลา

2.1 นำข้อมูลจากแบบวัดพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและแบบบันทึกมาวิเคราะห์ข้อมูล สรุปเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนการพัฒนาพฤติกรรมการรับประทานยาเป็นรายกรณี (2 สัปดาห์)

2.2 จัดทำแผนการเยี่ยมและกิจกรรมสำหรับการพัฒนาพฤติกรรมการรับประทานยาเป็นรายกรณี (1 สัปดาห์)

2.3 ประสานงานกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและเยี่ยมบ้านโดยใช้ทีมผู้วิจัย พยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมทั้งให้ข้อมูลโดยใช้กิจกรรมความสำคัญและความจำเป็นในการรับประทานยาและทวนสอบประเด็นปัญหาจากการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้บอกเล่าปัญหาการไม่ได้รับยาตามแผนการรักษา ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัววางแผนการแก้ไขปัญหาพร้อมทั้งจัดบันทึกเป็นรายครอบครัว นัดเยี่ยมครั้งต่อไปจนครบทั้ง 24 คน (8 สัปดาห์)

2.4 ประสานงานกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและเยี่ยมบ้านโดยใช้ทีมผู้วิจัย พยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล สัมภาษณ์การรับประทานยา กรณีมีปัญหาการรับประทานยา ผู้วิจัยให้การปรึกษา ให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน และชื่นชมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและส่งเสริมความมีคุณค่าของผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองด้านการรับประทานได้ดีขึ้น กรณีมีปัญหาที่ต้องรับการรักษาจากแพทย์ ผู้วิจัยและคณะดำเนินการประสานงานกับแผนกพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยนอก ประสานงานกับมูลนิธิเจ้าแม่ลิ้มกอเหนี่ยวเพื่อขอสนับสนุนรถยนต์เพื่อนำส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไปพร้อมทั้งดูแลให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้รับการรักษา เช่น การฉีดยา ให้เรียบร้อยและประสานขอสนับสนุนรถยนต์เพื่อนำผู้ป่วยกลับบ้านต่อไป บันทึกข้อมูลการเยี่ยมเป็นรายครอบครัวจนครบจำนวน 24 ครอบครัว พร้อมทั้งนัดเยี่ยมครั้งต่อไป (8 สัปดาห์)

2.5 ประสานงานกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและเยี่ยมบ้านโดยใช้ทีมผู้วิจัย พยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล สัมภาษณ์การรับประทานยา กรณีมีปัญหาการรับประทานยา ผู้วิจัยให้การปรึกษา ให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน และชื่นชมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและส่งเสริมความมีคุณค่าของผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองด้านการรับประทานได้ดีขึ้น กรณีมีปัญหาที่ต้องรับการรักษาจากแพทย์ ผู้วิจัยและคณะดำเนินการประสานงานกับแผนกพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยนอก ประสานงานกับมูลนิธิเจ้าแม่ลิ้มกอเหนี่ยวเพื่อขอสนับสนุนรถยนต์เพื่อนำส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไปพร้อมทั้งดูแลให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้รับการรักษา เช่น การฉีดยา ให้เรียบร้อยและประสานขอสนับสนุนรถยนต์เพื่อนำผู้ป่วยกลับบ้านต่อไป บันทึกข้อมูลการเยี่ยมเป็นรายครอบครัวจนครบจำนวน 24 ครอบครัว พร้อมทั้งนัดเยี่ยมเฉพาะครอบครัวที่มีปัญหาการรับประทานยา สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่วนครอบครัวที่สามารถดูแลการรับประทานยาได้เอง นัดเยี่ยมทุก 1 เดือนและปรับกลวิธีการรับประทานยาตามความพร้อมของผู้ดูแล พร้อมทั้งเตรียมความพร้อมของจิตอาสาที่ยินดีช่วยเหลือสนับสนุนการรับประทานยา จำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วยนักศึกษาและเพื่อนบ้าน หลังจากเห็นคณะผู้วิจัยมาเยี่ยมผู้ป่วยที่อยู่ใกล้บ้านจำนวน 3 คนและ

ทราบว่าผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้เอง ต้องมีผู้ดูแลจัดยาให้รับประทาน ไม่ได้ทำอันตรายต่อผู้อื่น (8 สัปดาห์)

2.6 ดำเนินการเยี่ยมตามข้อ 4-6 เป็นวงรอบและพัฒนารูปแบบการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจนข้อมูลไม่เปลี่ยนแปลง และสามารถดูแลตนเองได้ จึงขอปิดโครงการและส่งมอบงานให้พยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองต่อไป (10 สัปดาห์)

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา หลังได้รับการพัฒนาพฤติกรรมรับประทานยา และประเมินโดยการสัมภาษณ์พฤติกรรมรับประทานยาเพิ่มเติมจากผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จิตอาสาช่วยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูล พฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และสถิติ Pair t-test

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการประยุกต์วิธีของ Van (1990) โดยอ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปเป็นคำพูดทุกประโยค ทุกบรรทัด และขีดเส้นคำ วลี และประโยคสำคัญที่สะท้อนถึงประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา จากนั้นนำคำ วลีและประโยคมาจัดกลุ่มและตีความ โดยให้ความหมายอยู่ในกลุ่มเดียวกัน จากนั้นนำกลุ่มความหมายที่ได้มาเขียนอธิบายและบรรยายความหมายหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้สามารถสื่อความหมายที่ตรงและเข้าใจ โดยมีการใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลมาประกอบและสนับสนุน รวมทั้งการบรรยายบริบทที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงและเข้าใจความหมายของประสบการณ์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ยะลา ตามเอกสารหมายเลข BCNY 004/2560

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน มีเพศชาย ร้อยละ 62.50 มีเพศหญิง 37.50 อายุเฉลี่ย 45.78 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ สถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 75 ไม่ได้ทำงานมีรายได้ร้อยละ 54.20 รับจ้างร้อยละ 25
2. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา

ตาราง 1 ระดับพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา (N=24)

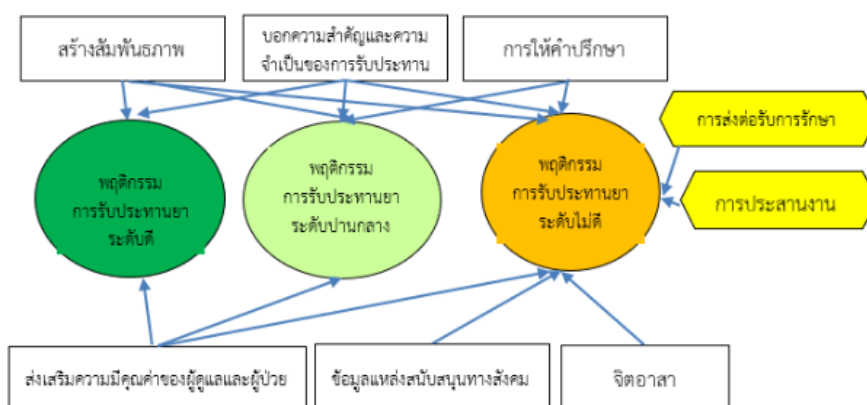
พฤติกรรมรับประทานยา	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	ปานกลาง	ร้อยละ	ต่ำ	ร้อยละ
1. พฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา	1	4.16	6	25.00	17	70.83
2. ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา	1	4.16	14	58.33	9	37.50

จากตาราง 1 ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีพฤติกรรมรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 70.83 ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.00 และระดับดี ร้อยละ 4.16 ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ระดับปานกลาง ร้อยละ 58.33 ระดับต่ำ ร้อยละ 37.50 และระดับดี ร้อยละ 4.16

ระยะที่ 2 รูปแบบการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา มีรูปแบบจากการพัฒนาดังนี้

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ มีลักษณะที่หลากหลาย เช่น ผู้ป่วยชาย (D1) ใช้ชีวิตอยู่กับภรรยา ไม่มีอาการทางจิต มีการสื่อสารดี ไม่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ รับประทานยาสม่ำเสมอ เป็นจิตอาสาของชุมชน ใช้ชีวิตปกติ เช่น บุคคลทั่วไป ผู้ป่วยชาย (D7) ดูแลตนเองได้น้อย ตามองไม่เห็น เดินเข้าห้องน้ำได้ รับประทานอาหารเองได้ พุดไม่ชัด ลิ้นคับปาก มีโรคเบาหวาน ผู้ป่วยหญิง (D8) ดูแลพี่ชาย (D7) ตอนกลางวัน ลูกสาวเป็นผู้ดูแล วิธีการดำเนินชีวิต คือ ลูกสาวจะทำอาหารและจัดยาไว้ให้แม่ (D8) กับลุง (D7) ในช่วงเช้าและกลับบ้านมาในช่วงเย็น ยาช่วงเช้าผู้ป่วยจะได้รับประทานช่วง 10.00 – 11.00 น. เนื่องจากผู้ป่วยตื่นสาย ทำให้รับประทานยาได้ไม่ตรงเวลา แต่ยังได้รับยาครบตามมือของยา ผู้ป่วยชาย (D21) ขาดการรักษา 1 ปี เดินไม่สวมรองเท้า สูบใบจากกับยาเส้น ตมกาว ดูแลตนเองไม่ได้ ไม่ค่อยอาบน้ำ ฝอยรุนแรง มีพฤติกรรมก้าวร้าวจะทำร้ายมารดา เวลาขอเงินแล้วไม่มีเงิน มารดากลัวผู้ป่วยทำร้าย เครียด ไม่อยากดูแลผู้ป่วย พุดกับผู้ป่วยด้านลบ พุดซ้ำ ๆ พุดตำหนิผู้ป่วยตลอดเวลา มารดาบอกว่า”เป็นเวรกรรมของแม่” “อยากให้ตำรวจจับไปติดคุก” “อยากให้ลูกตาย ๆ ะหิ” เมื่อบอกมารดาว่ารักษาได้ มารดาบอกว่า “รับยามาผู้ป่วยก็ไม่ยอมกินยา”

จากข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล 10 กิจกรรม ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การบอกความสำคัญและความจำเป็นของการรับประทานยา การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา การให้การปรึกษา การให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคม การจัดหาจิตอาสาช่วยดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยา การส่งต่อการรักษา การประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ดังภาพ 2



ภาพ 2 รูปแบบการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา

3. ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ตาราง 2 ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (N=24)

	คะแนนหลัง (Post test)		คะแนนก่อน (Pre test)		df	t	p
	M	SD	M	SD			
ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา	0.78	0.05	0.39	0.11	23	19.64	<.001

จากตาราง 3 พบว่าหลังจากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการพัฒนาตามรูปแบบการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา โดยผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับกิจกรรมการดูแลตามสภาพปัญหาที่แตกต่างกันไป เป็นระยะเวลา 10 เดือน ผู้วิจัยจึงได้ใช้แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา และนำข้อมูลไปเปรียบเทียบกับพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนได้รับการพัฒนารูปแบบ โดยใช้สถิติ paired t-test พบว่าหลังได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าก่อนได้รับการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=19.64, p <.001$)

อภิปรายผล

การพัฒนาพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลได้ปรับกลวิธีการรับประทานยาได้ตามเกณฑ์การรักษา เช่น เมื่อสะท้อนการจัดยารับประทานไม่ถูกต้อง เนื่องจากใช้วิธีการจำ เมื่อไปพบแพทย์และปรับวิธีการรับประทานยาแล้ว ผู้ป่วยก็นำซองยาใหม่มาใส่ถุงรวมกับยาเก่า เวลาจัดยารับประทานก็จะใช้อันเดิม ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่สอดคล้องกับอาการปัจจุบัน ผู้ป่วยและผู้ดูแลก็จะปรับกลวิธีการจัดยาโดยการอ่านหน้าซองยาแทนการจำสีรูปแบบของเม็ดยา ผู้ดูแลช่วยตรวจสอบหรือย้ำเตือนการรับประทานยา การรับประทานยาให้ตรงเวลาได้มากขึ้น เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการศึกษา พบว่า พฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับที่ดีขึ้นทุกคน ผลการศึกษาสอดคล้องกับ Wuthirornarith (2017) การส่งเสริมการรับประทานยาช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับให้ความสามารถรับประทานยาได้ดีขึ้น การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อให้เกิดความมั่นใจด้วยการเปิดเผยตนเองและไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีการถาม การฟัง การทวนเนื้อหา การฟังผู้อื่น การทวนเนื้อหา การสะท้อนความรู้สึก (Punyapinijugool, & Harabuttra, 2018) การขึ้นำความสำคัญของยาจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรับประทานยาได้ดีขึ้น (Matsuda, & Kohno, 2012; Pitschel-Walz, Bender, Endel, & Wagner, 2006; Seangpak, Tungpunkom, & kitsumban, 2017) มีพฤติกรรมในการรับประทานยาที่ต่อเนื่อง (Wuthirornarith, 2017) และเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต ด้วยความเต็มใจและเห็นด้วยกับคำแนะนำของผู้วิจัยในการดูแลสุขภาพ ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้กระบวนการพยาบาลขณะเยี่ยมบ้านและการสนทนากลุ่ม เมื่อผู้ป่วยควบคุมอาการได้ รับประทานยาได้ต่อเนื่อง ช่วยลดความรู้สึกเครียดและความวิตกกังวลของผู้ดูแล (Rakkarn, 2006)

การให้การปรึกษากับผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพด้านสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Meesri, & Dangdomyouth, 2012) และปัญหาในอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยเนื่องจากความสามารถในการควบคุมตนเอง ควบคุมอารมณ์ความรู้สึกลดลง ส่งผลต่อความคิดด้านลบและมีทัศนคติที่ไม่ดี การให้การปรึกษาจะช่วยผู้ดูแลและผู้ป่วยได้เข้าใจปัญหาที่แท้จริงและสามารถยอมรับปัญหา แก้ไขปัญหาที่มีอยู่ให้น้อยที่สุด การให้การปรึกษาช่วยให้ผู้ดูแลได้บอกความคับข้องใจ ความโกรธ ความเสียใจพบว่าการให้ปรึกษาด้านสุขภาพของผู้ดูแล การมีสุขภาพสุขภาพของผู้ดูแล ผู้ดูแลมีความวิตกกังวล เครียด ที่ต้องดูแล

ผู้ป่วยโรคจิตที่ยังมีอาการและไม่สามารถคาดเดาพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นได้ รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวังและมีคุณภาพชีวิตน้อยลง (Doombos, 2002) ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญความเครียดไม่ดี ดังนั้นการให้การปรึกษาแก่ผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ดูแลได้บอกเล่าความรู้สึก ปัญหาและการเผชิญความเครียด ได้ทบทวนเป้าหมาย ทบทวนความต้องการ และความรู้สึกของตนเอง ยอมรับตนเองและมีสติ ดูแลตนเองและช่วยจัดการปัญหาในการดูแลผู้ป่วย การจัดการกับความเครียดและเสริมทักษะการผ่อนคลาย (Akathimkul, & Lueboonthavatchai, 2015)

การประสานงานเพื่อบริหารจัดการนำผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจิต ขาดการรับประทานยาเป็น การจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการรักษาที่เหมาะสม แหล่งช่วยเหลือในชุมชนที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยและ ผู้ดูแลได้แก่ โรงพยาบาลและมูลนิธิเจ้าแม่ลิ้มกอเหนี่ยวที่สนับสนุนนำรถบริการรับและส่งผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา ด้วยยาเพื่อควบคุมอาการป่วยทางจิต ต้องเดินทางไปพบจิตเวชเพื่อรับการตรวจรักษาตามความเหมาะสมกับ พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท เช่น การใช้ยาผิดซึ่งมีระยะการออกฤทธิ์ของยานานร่วมกับยาชนิด รับประทาน มารดาได้รับยาช่วยบรรเทาอาการเครียด เป็นต้น รวมทั้งการประสานงานกับหน่วยงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในกรณีเป็นบุคคลไร้ที่พึ่ง ให้ได้รับบุคคลที่มี ปัญหาทางจิตและผู้ดูแล (Boontoch, Sricamsuk, & Arunpongpaissal, 2013)

จิตอาสาช่วยดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลมีปัญหาด้านสุขภาพ ผู้ดูแลไม่มี ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลมีการเจ็บป่วยของผู้ดูแล สูงอายุ การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือต้อง ทำงานเพื่อหาเงินเลี้ยงครอบครัว การดูแลผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยในบางช่วงเวลาเพื่อ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งเพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจะทราบ ข้อมูลผู้ป่วย มีความรู้สึกสงสาร ไม่รังเกียจผู้ป่วย เมื่อพยาบาลและบุคคลภายนอกเข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัวให้ได้รับยาตามเกณฑ์การรักษา เพื่อนบ้านและจิตอาสาจะมองเห็นช่องทางในการดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยเสนอตัวเป็นจิตอาสาช่วยดูแลผู้ป่วย ให้ได้รับยาตามเกณฑ์การรักษา นอกจากนั้น Juntapim, & Nuntaboot (2018) พบว่า ผู้ป่วยบางรายมีวิถีชีวิตอยู่ตามลำพัง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ขาดสิทธิ์และโอกาสจาก ตราป่าของสังคม เมื่อผู้ป่วยได้รับยาระยะหนึ่ง อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น จิตอาสารู้สึกพึงพอใจในการ ช่วยเหลือผู้ป่วยมากขึ้น (Posri, 2018) แม้จะไม่มีอาการทางจิตแล้วเพื่อป้องกันอาการกำเริบ

การส่งเสริมความมีคุณค่าของผู้ดูแลและของผู้ป่วยเพื่อการคงไว้ซึ่งการดูแลให้ได้รับประทานยาตาม เกณฑ์การรักษา โดยใช้หลักเสริมแรง ทางบวก การเสริมแรงจิตใจภายในให้เห็นโอกาสในการใช้ชีวิตอย่างปกติสุข มุ่งเน้นการพูดคุยอย่างมีเป้าหมาย ซึ่งจะช่วยให้กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ หยุดยาเองแม้มีอาการทางจิตทุเลาลง (Boontoch, Sricamsuk, & Arunpongpaissal, 2013) การสร้างเสริม แรงจูงใจ (Motivation Interviewing) เพื่อลดความรู้สึกกลัว ความรู้สึกมีปมด้อยจากการเจ็บป่วย รับประทานถึง ประโยชน์หรือผลดี ผลเสียของความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา (Anongnud, 2011) ให้สามารถดำรงชีวิต อยู่ร่วมกันที่บ้านอย่างปกติสุขนั้นเน้นให้ผู้ดูแลตนเองและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลัง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดยะลา พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาหลังได้รับการพัฒนารูปแบบการ รับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสูงกว่าค่าเฉลี่ยก่อนได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=19.64, p \leq .01$) การได้รับการบำบัดส่งผลผู้ป่วย ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Seangpak, Tungpunkom, & Kitsumban, (2017) ผู้ป่วยจิตเภทรับประทาน ยาสม่ำเสมอ ผู้ป่วยมีความสามารถโดยรวมและคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Wattanasiri, & Sripusito, 2013) การเยี่ยม บ้านอย่างสม่ำเสมอเป็นการแสดงให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลรับรู้ถึงความใส่ใจในการดูแลและให้ความสำคัญต่อผู้ป่วย ทำให้ ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้ถึงคุณค่าและมีศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ผู้ป่วยยอมรับการรักษามากขึ้น ผู้ดูแลได้รับข้อมูล และมีโอกาสได้พูดคุยสื่อสารบอกความรู้สึกที่เป็นทุกข์ ได้รับการปรับทัศนคติในการมองโลก ได้รับคำแนะนำและ

เรียนรู้จากการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย พัฒนาทักษะการสื่อสาร โดยการยอมรับฟังผู้ป่วยมากขึ้น ลดการตำหนิผู้ป่วย นอกจากนั้นเพื่อนบ้านของผู้ป่วยได้ตระหนักในการมีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งเป็นเพื่อนมนุษย์ ให้กำลังใจผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลที่มีความเครียด ความทุกข์จากการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตลดลง มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น การให้ความรู้เป็นรายครอบครัวผ่านกระบวนการเยี่ยมบ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถสอบถามข้อสงสัยได้ ทำให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์จริงของตนเองและนำไปสู่การหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม นอกจากนั้นการมีส่วนร่วมของจิตอาสาในชุมชน จะเป็นจุดเริ่มต้นที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลา (Laongsri, Srichaikul, & Pimchan, 2017)

การใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อประเมิน การค้นหาปัญหาทั้งจากการสัมภาษณ์ การสังเกต การใช้แบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานยา เพื่อรวบรวมปัญหา แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลและค้นหาปัญหาเพิ่มเติม ไปเป็นวงจรและปรับแผนการพยาบาลไปจนผู้ป่วยและผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้หลักการดูแลด้วยความเอื้ออาทร เข้าใจผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ช่วยประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่ครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินการเองได้โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน เช่น จิตอาสา มูลนิธิ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวช มีความรู้และเข้าใจความสำคัญของการรับประทานยา มากขึ้นและให้ความร่วมมือในการรับประทานยา มีความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยามากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านบริการพยาบาล

1. นำรูปแบบไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดำรงชีวิตได้ตามศักยภาพ
2. นำรูปแบบไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

ด้านการศึกษาพยาบาล

1. อาจารย์พยาบาลนำผลการศึกษาไปใช้สอนนักศึกษาพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาหรือส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเปรียบเทียบผลของการใช้การดูแลแบบปกติและใช้รูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา
2. ควรสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา

References

- Akathimkul, S., & Lueboonthavatchai, O. (2015). The Effect of Family Counseling Program on Burden of Schizophrenic Patients' Caregivers. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 29(2), 64-76. (in Thai)
- Anongnud, S. (2011). Journal of Srithanya Hospital. *Establishing Drug Compliance*, 11(11), 55-58. (in Thai)



- Boontoch, K., Sricamsuk Saito, A., & Arunpongpaial, S. (2013). Social Support in Patients with Schizophrenia. *Journal Psychiatric Associate Thailand*, 58(1), 89-100. (in Thai)
- Chiewsothorn, S. (2002). *The Effect of Empowerment in Schizophrenic Patients on Medication Adherence Behaviors*. Thesis of Master of Nursing. Faculty of Nursing. Chulalongkorn University. (in Thai)
- Dobber, J., Latour, C., Haan, L. D., Reimer, W. F., Peters, R, Barkhof, E., & Meijel, B. (2018). Medication Adherence in Patients with Schizophrenia: a Qualitative Study of the Patient Process in Motivational Interviewing. *BMC Psychiatry*. Retrieved February 2, 2019 from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5960122/pdf/12888_2018_Article_1724.pdf
- Juntapim, S., Nuntaboot, K. (2018). Care of Schizophrenia Patients by the Community. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(2), 68-76. (in Thai)
- Laongsri, S., Srichaikul, B., & Pimchan, N. (2017). The Development of Care Model for Psychaitric Patients in the Community Tambol Phai, Rattanaaburi District, Surin Provinc. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima*, 23(2), 68-79. (in Thai)
- Matsuda, M., & Kohno, A. (2012). Effects of the Nursing Psychoeducation Program on the Acceptance of Medication and Condition-Specific Knowledge of Patients with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. Retrieved February 4, 2019 from <https://magazine.nursing.jhu.edu/>. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27654241>
- Meesri, K., & Dangdomyouth, P. (2012). Selected Factors Related to Capabilitys Among Caregivers of Schizophrenic Patients in Community. *The journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 26(1), 35-49. (in Thai)
- Meijel, B, Kruitwagen, C, Gaag E, Kahn, R. F., & Grypdonck, M. H. F. (2006). An Intervention Study to Prevent Relapse in Patients With Schizophrenia. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 42-49.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice* (4th ed.). St. Louis, MO: C. V. Mosby.
- Orlando, Ida Jean, (1961). *The Dynamic Nurse-Patient Relationship*. Retrieved January 4, 2019 from <http://www.nursing-theory.org/theories-and-models/orlando-nursing-process-discipline-theory.php>. (5 January 2019)
- Pitschel-Walz, B, J., Bender, W., Endel R. R., & Wagner, M. (2006). Psychoeducation and Compliance In the Treatment of Schizophrenia: Results of the Munich Psychosis Information Project Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(3), 443-452.
- Podhisita, C. (2013). *Science and art of Qualitative Research* (4th ed.). Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public. (in Thai)
- Posri, A. (2018). Family and Community Participation in Caring of Chronic Schizophrenic Patients: Study of Nongnasang Community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(May-August), 239-241. (in Thai)
- Punyapinijnugool, C., & Harabuttra, T. (2018). Happiness and the Establishment of Relationships. *Kasem Bundit Journal*, 19(1), 236-247.



- Rakkarn, J. (2006). *The Effect of Family Psychoeducation on Burden among Family Caregivers of Schizophrenic Patients in Community*. Thesis of Master of Nursing. Faculty of Nursing. Chulalongkorn University. (in Thai)
- Saengpak, C., Tungpunkom, P., & Kitsumban, V. (2017). Effect of the Adherence Therapy on Medication Adherence Among Persons with Schizophrenia in Community. *Nursing Journal*, 44(1), 137-148. (in Thai)
- Staporntera, P., & Sawangchareon, K. (2018). Empowerment for Male Schizophrenia with Low Self-Esteem. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 24(2), 145-154. (in Thai)
- Thongtup, P., & Sawangchareon, K. (2013). Violent Behavior of Schizophrenic Patients and Management of Family. *The journal of Nurses' Association, North-Eastern Division*, 31(4), 121-127. (in Thai)
- Van, M, M. (1990). *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. New York: State University New York.
- Wattanasiri, O., & Sripusito, S. (2013). The Development of Process of Continuity Care in Schizophrenia Patients by Interdisciplinary Team and Care Giver Network of Kamphang-Phet Hospital. *Journal of Nursing Division*, 40(1), 67-83. (in Thai)
- Wold Health Organization. (2018). *Schizophrenia* (Mediacenter: Fact Sheet). Retrieved January 4, 2018 from <http://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/index.html>.
- Wuthironarith, V. (2017). Promoting Medicationadherence in Persons with Schizophrenic in Community. *The journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 31(1), 1-12. (in Thai)