



การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรม
การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

ศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
กรกฎาคม 2560
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

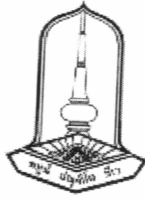


การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรม
การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

ศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
กรกฎาคม 2560
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม





คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(ผศ.ดร.ภญ. บั้วรณ ศรีชัยกุล)

ประธานกรรมการ

(อาจารย์บัณฑิตศึกษาประจำคณะ)

(ดร.ภก.สมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล)

กรรมการ

(อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก)

(ดร.จutipร ผลเกิด)

กรรมการ

(อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม)

(ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเงิน)

กรรมการ

(กรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ)

(ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี)

กรรมการ

(ผู้ทรงคุณวุฒิ)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ.ดร.วิทยา อยู่สุข)

คณบดีคณะสาธาณสุขศาสตร์

(ศ.ดร.ประดิษฐ์ เทอดทูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 31 เดือน ก.ค. พ.ศ. 2560



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ประสบความสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาอย่างดียิ่งจาก อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม กรรมการสอบทุกท่านที่ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น ตรวจสอบ แก้ไข และให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ภก. สมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล และอาจารย์ ดร.จตุพร ผลเกิด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาคอย ให้คำแนะนำ แนวทางในการดำเนินงานการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี อาจารย์ ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์ และคณาจารย์มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ด้าน วิชาการและหลักการตลอดการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ราชันย์ จันทร์อ่อน นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร เกสัชกรหญิงพิชญาภา สีกา เกสัชกร ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร นางจินตนา พลมีศักดิ์ นักวิชาการชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดยโสธร ทั้ง 3 ท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็น ผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงนันทิยา เข้มเพชร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุดชุม อําเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร ในการเอื้อเฟื้อสถานที่ในการลง Try out เพื่อทดสอบเครื่องมือ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สมชาติ อัจกมล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา อําเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ในการเอื้อเฟื้อสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ ทีมงานคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่ทุกแห่ง ในอําเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว ในเขตอําเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธรทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตอบแบบสอบถาม เพื่อได้มาซึ่งข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ ครั้งนี้ จนสามารถดำเนินการวิจัยประสบผลสำเร็จตามที่คาดหวังไว้ ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ นิสิต สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต (ส.ม.13) ศูนย์การศึกษาจังหวัดอุบลราชธานีทุกท่านที่คอยให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ มีส่วนให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่ผู้ให้กำเนิดที่ให้การอบรมเลี้ยงดู ให้กำลังใจมา โดยตลอด ประโยชน์และคุณค่าของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบบูชาพระคุณบุพการี ครูอาจารย์ทุกท่านที่ ได้อบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัยเป็นคนดีมีคุณธรรม

ศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์



ชื่อเรื่อง	การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร
ผู้วิจัย	นางสาวศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร.ภก.สมศักดิ์ อภาศรีทองสกุล อาจารย์ ดร.จตุพร ผลเกิด
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีที่พิมพ์ 2560

บทคัดย่อ

ปัญหาด้านสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยที่ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว จำนวนอย่างละ 20 คน ที่รับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2559 – มกราคม 2560 ทำการศึกษาวิจัยเป็น 14 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเสริมพลังสร้างแรงจูงใจในการดูแลรักษาตนเองระหว่างทีมหมอครอบครัว สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมการจัดการปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและกิจกรรมการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองที่ต่อเนื่อง สัปดาห์ที่ 10 การติดตามผลหลังการวิจัย เครื่องมือที่เก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Wilcoxon Matched pairs signed Ranks Test.

ผลหลังการศึกษา ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ค่าความต่อเนื่องในการรับประทานยาด้วยการรายงานผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยที่ร้อยละ 100 หลังการทดลอง 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 90 และค่าความต่อเนื่องในการรับประทานยาด้วยการนับเม็ดยาที่ร้อยละ 90 และหลังการทดลอง 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยที่ร้อยละ 70 พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหลังการทดลองมีจำนวนลดลง คะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทได้มากขึ้น ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

คำสำคัญ: พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา, ผู้ป่วยจิตเภท, การบริหารทางเภสัชกรรม, ความร่วมมือในการรักษา



TITLE The Pharmaceutical Care with Family Care Team for self care cooperation of Schizophrenia Patients in Loengnoktha District, Yasothon Province

AUTHER Mrs. Sivaporn Puttiwong

DEGREE Master of Public Health **MAJOR** Public Health

ADVISORS Somsak Arpasrithongsakol, Ph.D.
Jutibhorn polkerd, Ph.D.

UNIVERSITY Mahasarakarm University **YEAR** 2017

ABSTRACT

Mental health problems are a major problem in Thailand. It has social and economic impact. The purpose of this study was to evaluate the outcome of pharmaceutical care with a familycare team for self-care cooperation among schizophrenic patients in Loengnoktha District, Yosathon Province. This study was conducted during October 2016 – January 2017. The study implement for 14 weeks including, 1. training of schizophrenic care team, 2. self-perception activity, 3. home visits, empowerment, self-care motivation with familycare team, 4. management of using medicine problems and continuous self care, and 5. follow-up. Twenty schizophrenia patients and their caregivers attended the mental health clinic at Loengnoktha Crown Prince Hospital, which were prospectively interviews using the developed questionnaire. Data was analyzed by mean, percentage, standard deviation, and inferential statistics using Wilcoxon's Matched pairs signed Ranks Test.

The study show that the score of behavioral care in schizophrenia patients more than before study (p -value <0.001), The compliance of medicine in schizophrenia patients was reported by the patient as an average of 100%, then re-measuring 1 month later as an average of 90%. As well as the tablets count was 90%, then re-measuring 1 month later as an average of 70%. Adverse drug reactions were 10% and repeated measurement after 1 month later were 10%. The score of behavioral care in caregivers was significantly more than before study (p -value <0.001).

This study should confirm that pharmaceutical care with a family care team for self-care cooperation among schizophrenic patients and to see the problems and needs of different schizophrenic patients and care givers.

Key Words: Behavioral drug treatment criteria, Schizophrenic patient, Pharmaceutical care, Compliance.



สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพประกอบ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง	1
1.2 คำถามในการวิจัย	3
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.4 สมมติฐานของการวิจัย	4
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	4
1.6 ข้อตกลงเบื้องต้น	4
1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ	4
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล	6
2.1 โรคจิตเภท (Schizophrenia)	6
2.2 ยาด้านโรคจิตและความร่วมมือในการรักษาโรคจิตเภทด้วยยาด้านโรคจิต (Adherence)	11
2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)	19
2.4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงใจ (Motivation Theory)	22
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	28
2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย	33
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	34
3.1 รูปแบบการวิจัย	34
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
3.3 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	36
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	36
3.5 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	40
3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	41
3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล	45
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล	45
3.9 จริยธรรมนักวิจัย	45



	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	46
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	46
4.2 ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	46
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	47
4.3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง	47
4.3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท	49
4.3.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษาของผู้ป่วยจิตเภท	54
4.3.4 ประเมินการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	55
4.3.5 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของลักษณะของกลุ่มผู้ดูแล	56
4.3.6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของผู้ดูแล	58
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	60
5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	60
5.2 สรุปผล	60
5.3 อภิปรายผล	63
5.4 ข้อเสนอแนะ	66
5.5 ข้อจำกัดในการวิจัย	66
เอกสารอ้างอิง	67
ภาคผนวก	71
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	72
ภาคผนวก ข หนังสือขออนุญาตจริยธรรมและขอความร่วมมือการวิจัย	74
ภาคผนวก ค ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม	84
ภาคผนวก ง ผลการทดสอบค่า Reliability Analysis ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์ Alpha ของ Cronbach	88
ภาคผนวก จ แบบสอบถาม	91
ภาคผนวก ฉ แบบประเมินคัดกรองผู้ป่วย	99
ภาคผนวก ช แผนปฏิบัติการการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัว เพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท	101
ภาคผนวก ซ แบบบันทึกข้อมูล	112
ภาคผนวก ฌ รูปภาพประกอบการดำเนินงานวิจัย	119
ประวัติย่อผู้วิจัย	124



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 2.1 ข้อมูลทั่วไปของยารักษาโรคจิตเภทกลุ่มเก่า (Typical Antipsychotic Drugs) ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา	14
ตาราง 2.2 เปรียบเทียบผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภทกลุ่มเก่า (Typical antipsychotics Drugs) กับยารักษาโรคจิตเภทกลุ่มใหม่ (Atypical Antipsychotic Drugs) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา	15
ตาราง 2.3 กลุ่มยา Anticholinergic	17
ตาราง 3.1 แผนการวิจัยการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัว เพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร	42
ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากร	47
ตาราง 4.2 จำนวนของระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง (n = 20)	49
ตาราง 4.3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง	50
ตาราง 4.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน	50
ตาราง 4.5 บันทึกอาการทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคล ก่อนและหลังการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน	51
ตาราง 4.6 จำนวนและร้อยละค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยวิธีการรายงานโดยผู้ป่วย	54
ตาราง 4.7 จำนวนและร้อยละค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท วัดโดยวิธีนับเม็ดยา	54
ตาราง 4.8 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเวช ก่อนและหลังการทดลอง	55
ตาราง 4.9 จำนวนและร้อยละการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเวช ก่อนและหลังการทดลอง	55
ตาราง 4.10 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	56
ตาราง 4.11 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล	58
ตาราง 4.12 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล หลังการทดลอง	59
ตาราง 4.13 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล หลังการทดลอง 1 เดือน	59



ตารางภาคผนวก ค-1	ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป (ข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาล)	85
ตารางภาคผนวก ค-2	ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ ผู้ดูแลในครอบครัว	85
ตารางภาคผนวก ค-3	ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามแบบประเมิน พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล	86



สารบัญภาพประกอบ

ภาพประกอบ 2.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

หน้า

33



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

ปัญหาด้านสุขภาพจิต เป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งในหลายประเทศ ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและอารมณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทางสังคมของประเทศ องค์การอนามัยโลกได้ตระหนักและให้ความสำคัญต่อปัญหาด้านสุขภาพจิต จึงได้กำหนดให้ปี พ.ศ. 2544 เป็นปีสุขภาพจิตโลก คาดว่าปัญหาสุขภาพจิตของประชากรโลกจะมีการเปลี่ยนแปลงที่จะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี พ.ศ. 2547 ระบุว่า โรคซึมเศร้า พบมากสูงเป็นลำดับ 3 ของโรคที่คุกคามคนทั่วโลก (Global burden of diseases) และในปี พ.ศ. 2563 คาดว่าโรคทางจิต โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า จะพบมากขึ้นเป็นอันดับ 2 ของโลกและประชากรร้อยละ 10 จะมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทั้งต่อครอบครัวและประเทศชาติ (ศิริพร คำภูไทย, 2558) จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วโลกขณะนี้จำนวน 26 ล้านคน คิดเป็นอัตราป่วย 7 ต่อ 1,000 คนในประชากรวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่จะเริ่มป่วยในช่วงปลายวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 15-35 ปี โดยเฉลี่ยมีผู้ป่วยเพียงครั้งหนึ่ง que เข้าถึงบริการบำบัดรักษา และในประเทศกำลังพัฒนา ผู้ป่วยร้อยละ 90 ยังเข้าไม่ถึงการรักษา สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยโรคทางจิตในประเทศไทยพบว่าในปี 2556 พบผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตทั้งหมด 1,152,044 ราย ในจำนวนนี้ เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 409,003 ราย มากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเภททั้งหมด ในปี พ.ศ. 2554 พบว่าโรคจิตเภท โรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศ รวมแล้วกว่า 3 ล้านราย (อภิชัย มงคล, 2555) ที่ส่งผลให้มีแนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายมีที่สูงขึ้น โดยอัตราการฆ่าตัวตาย ในช่วงปี พ.ศ. 2549-2556 พบว่าในปี พ.ศ. 2549 มี 5.77 รายต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2556 เพิ่มขึ้นเป็น 6.08 รายต่อประชากรแสนคน

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีหลายวิธี เช่น การรักษาทางกาย (Somatic treatment) การใช้ยาจิตเวช (Antipsychotic) การรักษาด้วยการทำให้ชั๊กด้วยไฟฟ้า การรักษาทางจิต พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) กลุ่มบำบัด (Group Therapy) ครอบครัวบำบัด พบว่าการรักษาด้วยยาเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2551) โดยเฉพาะการรักษาโรคจิตเภทด้วยการรักษาโดยการใช้ยานั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาในปริมาณที่มากและเป็นเวลานาน ปัญหาที่ตามมาผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะหยุดยาเอง ผลกระทบของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องทำให้เกิดผลเสียหลายประการ ได้แก่ มีอาการกำเริบซ้ำได้และหากผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ๆ จะทำให้อาการของโรคเพิ่มความรุนแรงและส่งผลเป็นโรคจิตเภทถาวร ซึ่งสิ่งที่จะตามมาที่มีผลกระทบต่อครอบครัวที่จะต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยยาวนานขึ้น ก่อให้เกิดความเครียดจากสภาพอาการ และสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย อีกทั้งยังอาจส่งผลให้สูญเสียรายได้ของครอบครัว เนื่องจากการขาดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย อีกทั้งการที่ผู้ป่วยขาดยาแล้วมีอาการกำเริบจึงต้องกลับมาเริ่มต้นรักษาใหม่ ยังเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและรุนแรงของกลุ่มโรคจิตเวช ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้เกิดความสูญเสียความสามารถใน



หน้าที่การงาน การศึกษา การใช้ชีวิตประจำวัน ผลกระทบทางด้านครอบครัว ผลกระทบทางด้านค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่สูง ส่งผลเสียต่อสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ จะมีอาการที่รุนแรงมากกว่าเดิมทำให้การรักษายากขึ้นและใช้เวลารักษานานขึ้น จากค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้นตามไปด้วย ถึงแม้ว่าการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพสูง โดยผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเป็นอันดับแรกในการรักษา แต่สิ่งสำคัญของการรักษาด้วยยา คือการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะช่วยให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท มีอาการทางจิตที่ดีขึ้นเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีหลายปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านอาการของโรค ปัจจัยด้านการรักษาด้วยยา จำนวนครั้งในการนัดหมายและรวมทั้งรายได้ของผู้ป่วย จากการศึกษา พบว่าปัจจัยเกี่ยวกับการมารับยาสม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเภท ในเรื่องของ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคจากผู้รักษาและระดับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การได้รับข้อมูลและคำอธิบายถึงประโยชน์เกี่ยวกับการนัด รวมทั้งการไม่มีอุปสรรคต่อการมารับการรักษา เช่น เรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง จะเป็นปัจจัยเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมารับยาสม่ำเสมอ (อำไพชนิษฐ สมานวงศ์ไทย, 2544) โดยจากการศึกษาที่โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเภท โดยการศึกษาจากกลุ่มผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทระยะคงที่ ด้วยการการนับเม็ดยาและจากการสอบถามผู้ป่วย พบว่าความสัมพันธ์ในการรับประทานยาต้านโรคจิตมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการรับประทานยาต่อวัน ความรู้เรื่องโรคและยา ทักษะคิด และความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล (หทัยรัตน์ มุลารัตน์เสถียร, 2554) การศึกษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยนอก ที่ได้รับยา Olanzapine โดยได้รับยาตามข้อบ่งใช้ของ United States Food and Administration (US FDA) รักษาโรคความผิดปกติทางอารมณ์ โรคจิตเภท และโรค dementia of the Alzheimer type and other dementia ในขนาดยา 5-20 มิลลิกรัม พบว่าเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยานี้ ได้แก่ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น นอนไม่หลับ อาการ Extrapyrmidal symptoms นอนหลับด้วยจำนวนชั่วโมงที่มากเกินไป และอาการท้องผูก นอกจากนี้ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดการรับประทานยาเองแล้ว พบว่าความถี่ในการรับประทานยาต่อวัน ความรู้เรื่องโรคและยาของผู้ป่วย ทักษะคิด และความพึงพอใจของผู้ป่วยมีผลต่อการรับประทานยา (สุธาร จันทวงศ์ และคณะ, 2555)

ปัจจัยทางด้านอาการไม่พึงประสงค์จากยา ได้ศึกษาเกี่ยวกับการศึกษากันซึกโดยผู้ป่วยรายงานโดยตรง ศึกษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น จากการศึกษาพบว่าเมื่อให้ผู้ป่วยรายงานอาการไม่พึงประสงค์ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและรับรู้ถึงการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ซึ่งสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาได้มากขึ้น (ปิยนิดา เสนาคำ และคณะ, 2551) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และได้เริ่มดำเนินงานด้านคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ในรูปแบบของโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ให้บริการรับส่งต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตในระยะคงที่ เพื่อมารับยาต้านโรคจิตต่อในสถานพยาบาลใกล้บ้าน โดยจะนัดให้ผู้ป่วยมาตรวจรักษาและรับยาต่อเนื่อง จากการรวบรวมข้อมูลพบว่าโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทมาตรวจรับการรักษาและรับยาต่อเนื่อง ในปี 2556 จนถึงปี พ.ศ. 2558 ทั้งสิ้น 347, 335 และ 358 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบ



รายงานการฆ่าตัวตายสำเร็จ 5 ราย, 5 ราย และ 2 ราย รายงานการพยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ 7 ราย, 6 ราย และ 6 ราย สำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวม 1,145,811.00 บาท, 1,239,351.00 บาท และ 1,123,118.00 บาท ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงจำนวนผู้ป่วยและมูลค่าค่าใช้จ่ายที่มีมูลค่าที่สูงผู้ป่วยโรคจิตเภทของโรงพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2558 ระหว่างเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม 2558 พบผู้ป่วยจิตเภทมีอาการข้างเคียงจากการใช้ต้านโรคจิตเภทเกิดอาการ Extrapyrarnidal symptom (EPS) จำนวน 2 ราย ผู้ป่วยขาดยา 65 ราย ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง มีการดื่มสุราขณะที่มีการบำบัดรักษาด้วยยาจิตเวช 22 ราย มีอาการกำเริบ 18 ราย มีการกลับไปใช้ยาเสพติด 10 ราย กินยาไม่ถูกต้อง 10 ราย และพบรายงานผู้ป่วยมีอาการกำเริบทำร้ายมารดาจนเสียชีวิต 1 ราย

ดังนั้นจากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิต การศึกษาในครั้งนี้ มุ่งเน้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตัวของผู้ป่วยจิตเภท การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว ในพื้นที่อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร โดยศึกษาในรูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ในประชากรกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลังการทดลอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองมากขึ้นต่อไป

1.2 คำถามในการวิจัย

การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภททำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การดูแลดีขึ้นได้หรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอเลิงนกทา

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตัวของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอเลิงนกทา

1.3.2.2 เพื่อศึกษาพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเลิงนกทา

1.3.2.3 เพื่อศึกษาการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเลิงนกทา

1.3.2.4 เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว ในอำเภอเลิงนกทา



1.4 สมมติฐานของการวิจัย

1.4.1 ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มากกว่าก่อนทดลอง

1.4.2 ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการ รับประทานยา มากกว่าก่อนทดลอง

1.4.3 ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้น้อย กว่าก่อนการทดลอง

1.4.4 ภายหลังจากทดลอง ผู้ดูแลในครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิต เภทมากกว่าก่อนทดลอง

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในประชากรผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน และผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 20 คน ในเขตอำเภอเลิงนกทา ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

พื้นที่ในการวิจัย อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

ระยะเวลาในการวิจัย ระหว่างเดือน 1 ตุลาคม 2559 – 31 มกราคม 2560 รวม 13 สัปดาห์

1.6 ข้อตกลงเบื้องต้น

กลุ่มทดลอง ได้รับกิจกรรมการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลตามปกติ โดยที่กลุ่มทดลองมี โอกาสที่จะได้รับความรู้จากแหล่งอื่น ๆ เช่น ทางโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ หอกระจายข่าว สถานีวิทยุ ชุมชน อินเทอร์เน็ต เป็นต้น และมีผู้ดูแลในครอบครัว โดยที่ผู้วิจัยไม่สามารถจำกัดหรือควบคุมการได้รับ ข้อมูลจากการสื่อสารได้

1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของความคิด ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดและการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้มีผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลตัวเอง การใช้ชีวิตในสังคม

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่มีอาการโรคที่มีความผิดปกติของสมองที่แสดงออกทางพฤติกรรม ของมนุษย์ เกี่ยวกับความผิดปกติในด้านการคิด การรับรู้ และอารมณ์ที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ที่ส่งผล เสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

ความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence) หมายถึง การที่ผู้ป่วยและแพทย์มีการตกลงร่วมกันถึง แผนการรักษาในเรื่องการใช้ยา ขนาด ความแรง และระยะเวลา การเลือกแผนการรักษาสำหรับตัวเอง (นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์, 2555)



ผู้ป่วยขาดยา หมายถึง ผู้ป่วยที่กินยาต่อเนื่องน้อยกว่า ร้อยละ 80 ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา (นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์, 2555)

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction : ADRs) หมายถึง ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ และเป็นอันตรายต่อร่างกายมนุษย์ เกิดขึ้นเมื่อใช้ยาในขนาดปกติ เพื่อป้องกันวินิจฉัยบำบัดรักษาโรค หรือ เปลี่ยนแปลงแก้ไขการทำงานของร่างกาย โดยไม่รวมปฏิกิริยาที่เกิดจากการใช้ยาเกินขนาด โดยอุบัติเหตุหรือตั้งใจ ตลอดจนการให้ยาในทางที่ผิด การจงใจใช้ยาเกินขนาด และ ผิดวิธี

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภท ขณะอยู่ในชุมชน เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพที่ประกอบด้วย การกินยา การสังเกตอาการข้างเคียงจากยา การสังเกตอาการทั่วไปของตัวผู้ป่วยเองและการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นให้แก่ทีมสุขภาพได้ถูกต้อง

พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษา ประกอบด้วย การกินยา การสังเกตอาการข้างเคียงจากยา การสังเกตอาการทั่วไปของตัวผู้ป่วยเองและการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นให้แก่ทีมสุขภาพได้ถูกต้อง

การบริหารทางเภสัชกรรม หมายถึง เป็นกระบวนการที่เภสัชกรทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว และผู้ป่วยในการวางรูปแบบ (Designing) การลงมือปฏิบัติ (Implementing) และการตรวจติดตาม (Monitoring) แผนการรักษาผู้ป่วยนั้น โดยที่เภสัชกรจะปฏิบัติหน้าที่ในการค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (Drug related problem) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลรักษาตนเอง

ทีมหมอครอบครัว หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช เลิงนกทา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร และอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอเลิงนกทาที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต

ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาตรงตามเวลา ถูกจำนวน และอย่างต่อเนื่องอยู่ที่ ร้อยละ 80-120 ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา โดยใช้วิธีการนับจำนวนเม็ดยาคงเหลือของผู้ป่วย

การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวสังเกต ติดตามอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ทำการศึกษาด้วยยา แล้วสามารถจัดการอาการไม่พึงประสงค์นั้น หรือรายงานแก่แพทย์ผู้ทำการรักษาได้



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเรื่อง การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช
- 2.2 ยาที่ใช้ในการรักษาและความร่วมมือในการรักษาโรคจิตเภทด้วยยาต้านโรคจิต (Adherence)
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจ (Motivation Theory)
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 โรคจิตเภท (Schizophrenia)

โรคจิตเภท คือ โรคที่มีความผิดปกติของสมองอย่างหนึ่งที่แสดงออกทางพฤติกรรมของมนุษย์เกี่ยวกับความผิดปกติในด้านการคิด การรับรู้ และอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น การวินิจฉัยจะต้องอาศัยอาการที่แสดงออกมาหลายอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกัน มากกว่าการใช้อาการเพียงอย่างหนึ่งอย่างเดียว (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2551)

2.1.1 สาเหตุของโรคจิตเภท

แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

- 1) สาเหตุทางชีวภาพ
- 2) สาเหตุทางพันธุกรรม
- 3) สาเหตุทางจิตสังคม

2.1.1.1 สาเหตุทางชีวภาพ

1) สมมติฐาน dopamine ผู้ป่วยจิตเภทมี dopaminergic system ของสมองทำงานมากเกินไป

2) สารถ่ายทอดสารสื่อประสาทอื่น ๆ ที่ผิดปกติ จนเป็นสรีรพยาธิวิทยาของจิตเภทได้แก่

(1) Norepinephrine ที่ทำงานมากเกินไปในผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้พบว่า ยา Amphetamine ที่เป็นสาเหตุ ทำให้เกิดอาการคล้ายจิตเภทชนิดระแวง มีการออกฤทธิ์ทั้งต่อ neuron ทั้งชนิด dopamine และชนิด noradrenaline

(2) Gamma-amino butyric acid (GABA) เป็นตัวยับยั้งการถ่ายทอดสารสื่อประสาท ถ้า GABA ทำงานน้อยลง Dopamine จะทำงานมากเกินไป



3) ประสาทพยาธิวิทยา (Neuropathology) มีอยู่ 2 ชนิด ดังนี้

(1) การศึกษาทางประสาทเคมี (Neurochemistry) ผลการศึกษาพบว่ามีการเพิ่มขึ้นของจำนวน D2 receptor ใน basal ganglia และ hippocampus ในสมองคนไข้จิตเภทที่เสียชีวิตแล้ว

(2) การศึกษาทาง morphometry ของสมองของคนไข้หลังเสียชีวิตแล้ว พบว่ามีการเสื่อมของสมองส่วนที่ limbic system และ basal ganglia ลักษณะของการเสื่อมที่พบคือ จำนวน neuron ลดลงและปริมาตรของเนื้อสมองบริเวณนั้นลดลง

4) ลักษณะของสมองผู้ป่วยจิตเภท (Brain imaging) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติของสมองในหลายตำแหน่ง เช่น การกว้างขึ้นของ lateral ventricle, การมีปริมาณลดลงของ amygdale และ hippocampus การมีปริมาณเพิ่มขึ้นของ basal-ganglia nuclei, การทำงานลดลงบริเวณ frontal lobes

5) สรีรวิทยาไฟฟ้า (Electrophysiology) การศึกษาคลื่นไฟฟ้าสมองของผู้ป่วยจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติ กล่าวคือ พบว่าสมองมีความไวต่อการถูกกระตุ้น เช่น การกระตุ้นโดยการให้การอดนอนแล้วบันทึกคลื่นไฟฟ้าของสมองจะพบว่าคลื่นไฟฟ้าชนิด spike เพิ่มขึ้น ความผิดปกติชนิดอื่น ๆ ที่พบคือ คลื่นไฟฟ้าชนิด alpha ลดลง ส่วน theta และ delta เพิ่มขึ้น นอกจากนี้คลื่นไฟฟ้าของสมองอาจจะคล้ายของโรคลมบ้าหมูหรืออาจจะพบความผิดปกติ ดังที่กล่าวมาอยู่ที่สมองซีกซ้ายซีกเดียวได้

6) การติดเชื้อ หลักฐานเท่าที่มีอยู่ทำให้เกิดการแปลผลไปต่าง ๆ เช่น infectious agent ทำให้เกิดทั้งอาการทางจิตและภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือ infectious agent ทำให้เกิด autoimmune ต่อสมองส่วนใดส่วนหนึ่งเป็นการเฉพา หรือจิตเภทเป็น primary immune disorder ที่ทำให้เกิด autoimmune disorder ต่อสมอง

7) Psychoendocrinology พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติของระดับการหลั่ง endocrine dysregulation เช่น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีระดับ luteinizing hormone (LH) และระดับ follicle stimulating hormone (FSH) ในขณะที่ปกติลดลง ในช่วงที่เริ่มป่วย และขณะที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท

2.1.1.2 สาเหตุทางพันธุศาสตร์

มีการค้นพบ marker ที่อยู่บนโครโมโซมที่ 5 พบว่าน่าจะเชื่อมโยงกับจิตเภท แต่ยังไม่ได้รับการยืนยันอย่างกว้างขวาง

2.1.1.3 สาเหตุทางจิตสังคม

มีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 4 ทฤษฎี ดังนี้

1) ทฤษฎีทางด้านจิตวิเคราะห์ กล่าวถึง ความบกพร่องทางจิตที่สำคัญจนทำให้ป่วยเป็นจิตเภท คือการจัดระเบียบของอัตตา (ego organization) ผิดปกติอย่างมากจนมีผลกระทบต่อกระบวนการประมวลความคิด การตัดสินใจที่มีผลต่อการควบคุมอารมณ์ พบว่าในผู้ป่วยจิตเภทในวัยเด็กนั้นหากมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับมารดา คือเด็กไม่สามารถพัฒนาตนเองให้พ้นระยะการพึ่งพิงมารดา ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับมารดาทำให้เด็กเกิดความรู้สึกเกลียดชัง ต่อต้าน และก้าวร้าว จนทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกบิดเบี้ยว ทำให้การพัฒนารูปแบบบุคลิกภาพไม่เหมาะสมและไวต่อความเครียด



2) Learning theory อธิบายว่าในขณะที่ยังเด็กอยู่ ผู้ป่วยมีระบบการคิดอย่างไม่มีเหตุผลโดยเลียนแบบมาจากบิดามารดา ถ้าหากการเรียนรู้จากบิดามารดาที่ดีพอ จะให้เด็กมีความบกพร่องในทักษะทางสังคม เป็นเหตุให้ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างบุคคล

3) ทฤษฎีทางด้านครอบครัว อธิบายด้วยเหตุผล 4 ข้อ คือ

(1) มารดาที่เป็นสาเหตุของโรคจิตเภท (Schizophrenic mother) จะมีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ ความไม่เข้าใจบุตร (Emotional withholding) การครอบงำบุตร (Domineering) และการมีทัศนคติไม่ยอมรับบุตร ทำให้เมื่อโตขึ้นมีความขัดแย้งทางจิตใจในการไว้วางใจผู้อื่นจะโกรธผู้อื่นหรือมารดาที่มีลักษณะปกป้องบุตรจนเกินไปหรือปฏิเสธบุตรอย่างชัดเจน ทฤษฎีนี้ไม่ได้รับความเชื่อถือในปัจจุบัน เนื่องจากมีการกล่าวโทษมารดาเพียงฝ่ายเดียว

(2) การสื่อสารภายในครอบครัวเป็นแบบ double bind communication เป็นการสื่อสารชนิดที่บังคับบุตรให้อยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเลือก 2 ทางโดยทางเลือกทั้งสองทางเป็นทางเลือกที่ขัดแย้งเหมือนกัน แต่ต้องเลือกโดยไม่สามารถแสดงความคิดเห็นใด ๆ บิดามารดามักจะพูดแบบคลุมเครือไม่เที่ยงตรง (Imprecise)

(3) บิดามารดาอยู่ด้วยกันแบบ marital schism กล่าวคือ บิดามารดาอยู่ด้วยกันเพราะต้องพึ่งพิงกัน โดยที่มีความขัดแย้งกัน ขาดความไว้วางใจและขาดการสื่อสารกัน หรือครอบครัวมีลักษณะที่บิดามารดาจะมีความสนิทสนมกับบุตรเพศตรงกันข้ามอย่างมากผิดปกติ

(4) บิดามารดาอยู่ด้วยกันแบบ marital skew คือ บิดามารดาสัมพันธ์กันอย่างมีความเบ้ไปสู่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ซ่อนความไม่ลงรอยกันอย่างเรื่อรัง แต่กลับแสดงภาพที่ประสานกัน (Harmony) ให้เห็นมีบิดาหรือมารดาคนหนึ่งเป็น dominant ส่วนบิดาหรือมารดาอีกฝ่ายหนึ่งยอมเจ็บปวด (masochistic) ผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน อาการจิตเภทอาจจะกำเริบกลับได้เร็ว ถ้าประสบกับภาวะที่มีการแสดงทางอารมณ์ (expressed emotion) ภาวะแบบนี้หมายความว่าภายในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีการสื่อสารชนิดตำหนิติเตียน มีการเกลียดชัง มีการเข้าไปเกี่ยวข้องกันมากเกินไป (over involvement)

(5) ทฤษฎีทางสังคม การทำให้เป็นอุตสาหกรรมและการทำให้เป็นเมือง เป็นความเครียด มีผลต่อการดำเนินโรคของจิตเภท

2.1.2 อาการของโรคจิตเภท

อาการของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการหลัก คือ

2.1.2.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) ได้แก่

- 1) อาการประสาทหลอน (Hallucinations)
- 2) อาการหลงผิด (Delusions)
- 3) ความคิดผิดปกติ (Thought disorders)
- 4) พฤติกรรมผิดปกติ (Behavioral disorganization)
- 5) ประโยคคำพูดฟังไม่รู้เรื่อง ใช้ศัพท์แปลก ๆ (Disorganized Speech)
- 6) นิ่งไม่เคลื่อนไหว อยู่ในท่าทางแปลก ๆ หรืออะอะโวยวาย (Catatonia)



2.1.2.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เป็นอาการที่แสดงถึงการไม่ทำหน้าที่ หรือทำหน้าที่ลดลง ซึ่งหน้าที่นี้มีอยู่ในระยะก่อนเกิดโรค อาการในกลุ่มนี้ ได้แก่

- 1) สีหน้าอารมณ์เฉยเมย (Blunting of affect)
- 2) ชีวิตไม่มีจุดหมาย หหมดความกระตือรือร้นในชีวิต (Avolition)
- 3) ไม่มีสัมพันธภาพกับใคร (Lack of socialization)
- 4) ไม่พูดหรือพูดน้อย (Alogia)
- 5) ไม่ยินดีในร้าย (Anhedonia)
- 6) บกพร่องทางเชาวน์ความคิด (Cognitive deficit)

2.1.3 ชนิดของโรคจิตเภท

2.1.3.1 Paranoid Schizophrenia (F20.0)

โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง เป็นจิตเภทที่พบได้มากที่สุด อาการทางคลินิกที่เด่นคือ อาการหลงผิด โดยมักเป็นชนิดหวาดระแวงอย่างคงที่ ร่วมกับมีอาการประสาทหลอน เช่น อาการหูแว่ว และพบความแปรปรวนของการรับรู้

2.1.3.2 Hebephrenic Schizophrenia (F20.1)

โรคจิตเภทชนิดที่มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เป็นอาการเด่น อาจมีอาการหลงผิดและประสาทหลอนจะเป็นช่วงสั้น ๆ คาดการณ์พฤติกรรมไม่ได้และขาดความรับผิดชอบ และพบมีอาการอาการทำท่าทางซ้ำ ๆ ได้บ่อย (Mannerisms) และแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น ผู้ป่วยหัวเราะหรือยิ้มคนเดียว หรือทำท่าทางหยิ่งทำหน้าตาบูดบึ้ง ทำตลก บ่นว่าตนเองมีโรคใดโรคหนึ่งอยู่ และพูดประโยคซ้ำ ๆ ผู้ป่วยมีลักษณะความคิดไม่เป็นระบบ (Disorganized) และพูดจาไม่ต่อเนื่องทำให้ฟังไม่รู้เรื่อง ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะแยกตัวตามลำพังและพฤติกรรมดูเหมือนจะไร้จุดหมายและความรู้สึกจิตเภทชนิดนี้เริ่มแสดงอาการครั้งแรกระหว่างอายุ 15-25 ปี การพยากรณ์โรคทำได้ยากเนื่องจากเป็นอาการชนิด negative symptoms เกิดขึ้นรวดเร็ว โดยเฉพาะอาการไม่แสดงอารมณ์และความตั้งใจ นอกจากนี้พบว่า ความแปรปรวนทางอารมณ์และความตั้งใจ และความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น อาจพบอาการประสาทหลอนและหลงผิดแต่ไม่ใช่อาการเด่น แรงบันดาลใจความตั้งใจจะลดลง ดังนั้นพฤติกรรมของผู้ป่วยจึงดูไร้จุดหมายและไม่มีวัตถุประสงค์

2.1.3.3 Catatonic schizophrenia (F20.2)

เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกายและจิตใจ (Psychomotor) ผิดปกติ อาจมีการเคลื่อนไหวมาก (Hyperkinesias) สลับกับอาการเคลื่อนไหวน้อย (Stupor) หรืออาการเคลื่อนไหวตามคำบอก (Automatic obedience) สลับกับอาการคือไม่ทำตาม (Negativism) มีการเคลื่อนไหวทางกายมากและอย่างไร้จุดหมายและไม่อยู่ภายใต้อิทธิพลของสิ่งเร้าภายนอก ร่างกาย negativism อย่างรุนแรง เคลื่อนไหวแบบประหลาดพิกล เช่น อยู่ในท่าประหลาดไม่เหมาะสม echolalia หรือ echopaxia

2.1.3.4 Undifferentiated schizophrenia (F20.3)

เป็นสภาวะเข้าได้กับเกณฑ์ทั่วไป สำหรับการวินิจฉัยโรคจิตเภท แต่อาการไม่เข้ากับจิตเภทชนิดย่อยในรหัส F20.0 – F 20.2 หรือมีอาการของชนิดย่อยเหล่านั้นมากกว่า 1 อย่าง แต่อาการไม่เด่นพอที่จะวินิจฉัยเป็นชนิดย่อยชนิดใดชนิดหนึ่ง



2.1.3.5 Post-schizophrenic depression (F20.4)

เป็นภาวะซึมเศร้าที่อาจจะเป็นนานและเกิดตามหลังโรคจิตเภท อาการของโรคจิตเภทบางอย่างต้องคงอยู่แต่ไม่เด่น อาการเหล่านี้อาจเป็นชนิด positive หรือ negative ก็ได้แต่ชนิด negative พบได้มากกว่า

2.1.3.6 Residual schizophrenia (F20.5)

เป็นโรคจิตเภทที่มีลักษณะเรื้อรัง มีการดำเนินโรคตั้งแต่ระยะต้น คือ มีอาการของโรคจิตเภทตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป ถึงระยะท้ายอย่างชัดเจน ลักษณะของโรคจิตเภทชนิดนี้ มีอาการ negative symptoms ยาวนาน

2.1.3.7 Simple schizophrenia (F20.6)

เป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อย อาการค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่แปลกประหลาด ไม่ทำตามสิ่งที่สังคมต้องการและความสามารถทั้งหมดเสื่อมลงไป อาการโรคจิตไม่ชัดเจน โดยเริ่มจากความบกพร่องของสังคมที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ไม่สนใจสังคม จะตามมาด้วยอาการเรื้อรัง โดยผู้ป่วยสนใจแต่เรื่องราวของตนเอง เกียจคร้านและไร้จุดหมาย

2.1.4 การรักษาโรคจิตเภท

การรับไว้รักษาภายในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องให้การรักษาภายในโรงพยาบาลจะมีลักษณะต่อไปนี้คือ มีปัญหาในการวินิจฉัย ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนพฤติกรรมเสียระบบ (Disorganized) และไม่เหมาะสมจนไม่สามารถจัดหาความต้องการพื้นฐานให้ตนเอง ผู้ป่วยอาจจะฆ่าตัวตายหรือทำร้ายผู้อื่น

2.1.4.1 การรักษาทางกาย (Somatic treatment)

การใช้ยาจิตเวช (Antipsychotic) ทำให้อาการโรคจิตดีขึ้น แต่ไม่ได้ทำให้จิตเภทหาย ผู้ป่วยต้องรับการรักษาโดยมีหลักการคือ รักษาอาการเฉียบพลัน และให้ยาระยะยาวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การรักษาด้วยการทำให้ช็อกด้วยไฟฟ้า วิธีนี้ได้ผลดีไม่เท่ายาต้านโรคจิตไม่ได้ แต่จะใช้ได้ผลดีมากสำหรับจิตเภทชนิด catatonia และผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้ายาด้านโรคจิต การรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น จิตศัลยกรรม (Psychosurgery) โดยเฉพาะ frontal lobotomy ปัจจุบันไม่ใช้วิธีนี้ในการรักษาจิตเภทแล้ว

2.1.4.2 การรักษาทางจิตสังคม

การรักษาทางจิตสังคมจะช่วยเพิ่มพูนทำให้อาการทางจิตดีขึ้นจากการรักษาหลักด้วยยาต้านโรคจิตการรักษา ดังนั้นจึงควรจะทำควบคู่กันไปทั้งการรักษาด้วยยาและการรักษาทางจิตสังคม การรักษาด้วยจิตบำบัดใช้แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ มาใช้ในการบำบัด เช่น พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) กลุ่มบำบัด (Group Therapy) ครอบครัวบำบัด เพื่อให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย

เป้าหมายของการรักษา มี 3 ประการ คือ

1. รักษาอาการให้หายหรือบรรเทา (Symptoms reduction) เช่น การรักษาด้วยยา การช็อกด้วยไฟฟ้า
2. ป้องกันไม่ให้เกิดกลับป่วยซ้ำอีก (Prevention of relapse) เช่น การทำจิตบำบัดแบบบุคคลหรือกลุ่ม



3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Rehabilitation) เช่น เกษตรกรรม บำบัด อาชีวบำบัด จัดโปรแกรมให้ความรู้ การให้คำปรึกษา จิตบำบัดแบบประคับประคอง

สรุปได้ว่า การเกิดโรคจิตเภทมีสาเหตุหลักๆ ได้ 3 สาเหตุ คือ ทางชีวภาพ พันธุกรรม และทางสังคม อาการของโรคจิตเภทนั้นแบ่งได้ 2 กลุ่มอาการ คือ อาการทางด้านบวก ได้แก่ ประสาทหลอน หลงผิด พฤติกรรมผิดปกติ เป็นต้น อาการทางด้านลบ ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย พูดน้อย ไม่เข้าสังคม ไม่สูงส่งกับใคร เป็นต้น การรักษาโรคจิตเภท ประกอบด้วยการรักษาทางกาย ได้แก่ การรักษาด้วยยา การช็อตด้วยไฟฟ้า หรือการผ่าตัด เป็นต้น และการรักษาทางจิตสังคม เป็นการรักษาด้วยจิตบำบัดใช้ แนวคิดทฤษฎีต่างๆ มาใช้ในการบำบัด

2.2 ยาด้านโรคจิตและความร่วมมือในการรักษาโรคจิตเภทด้วยยาด้านโรคจิต (Adherence) (โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2558)

ยารักษาอาการทางจิต แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

- 2.2.1 ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic Drugs)
- 2.2.2 ยาคลายกังวล (Antianxiety Drugs)
- 2.2.3 ยารักษาอาการเศร้า (Antidepressant Drugs)
- 2.2.4 ยาทำให้อารมณ์คงที่ (Mood Stabilizers)

ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะยากลุ่มรักษาโรคจิตเภทเท่านั้น

- 2.2.1 ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic Drugs)

การรักษาแบ่งได้เป็น 3 ช่วง ดังนี้

1) ระยะเวลาควบคุมอาการ (Active phase) เป้าหมายการรักษานี้คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว โดยยาจะออกฤทธิ์ให้ผู้ป่วยสงบลง จะใช้เวลารักษานาน 2 สัปดาห์ จนผู้ป่วยมีอาการสงบแล้ว

2) ระยะเวลาให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization phase) หลังจากที่อาการสงบแล้ว ผู้ป่วยต้องได้รับยาต่อเนื่องอีก เพื่อควบคุมอาการต่อไปอีก 6 เดือน

3) ระยะเวลาอาการคงที่ (Maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้ว แต่ยังคงให้ยาต่อ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเป็นซ้ำ ขนาดยาจะต่ำกว่าในระยะแรก โดยถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการด้านบวกที่ชัดเจนแล้ว จะค่อยๆ ลดยาลงร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือนจนถึงขนาดต่ำสุดที่ควบคุมอาการได้ (จารุวรรณ ก้านศรี, 2556)

ยารักษาโรคจิตแต่ละกลุ่มจะมีฤทธิ์ในการรักษาแตกต่างกัน แต่มีผลอาการข้างเคียงคล้ายกัน โดยขึ้นอยู่กับการออกฤทธิ์ที่ receptor ชนิดต่าง ๆ ดังนี้

2.2.1.1 Adrenergic Receptors

การปิดกั้น alpha1 -adrenergic receptors

(-) ความดันโลหิตลดลง, มึนศีรษะ, ง่วงนอน และ reflex tachycardia

การปิดกั้น alpha2 -adrenergic receptors

(+) ลดอาการซึมเศร้า

(-) priapism (อวัยวะเพศชายแข็งตัวตลอดเวลา ทำให้มีอาการเจ็บปวด)



(-) ปิดกั้นการออกฤทธิ์ของยาลดความดันโลหิต เช่น methyl dopa

2.2.1.2 Cholinergic Receptors

การปิดกั้น muscarinic M1 receptors

(+) ลดอาการ extrapyramidal side effects

(-) peripheral antimuscarinic effects : ตาพร่า, การกำเริบของโรค ต้อหิน ชนิดมุมปิด (narrow angle glaucoma) , ปากแห้ง, หัวใจเต้นเร็ว, ท้องผูกและปัสสาวะคั่ง

(-) central antimuscarinic effects : ความจำ (Cognition) เสื่อม

2.2.1.3 Dopaminergic Receptors

การปิดกั้น dopamine D2 receptors

(+) ลดอาการโรคจิตชนิดบวก (Positive psychotic symptoms) เช่น การหลงผิด, ประสาทหลอน, หูแว่ว (ผ่าน mesolimbic pathway)

(-) Extrapyramidal side effects : dystonia, parkinsonism, akathisia และ tardive dyskinesia (ผ่าน nigrostriatal pathway)

(-) ผลต่อระบบต่อมไร้ท่อ : การเพิ่มขึ้นของ prolactin ทำให้เกิดอาการน้ำนมไหล, เต้านมโต, ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอและการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (ผ่าน tuberoinfundibular pathway)

2.2.1.4 Histaminergic Receptors

1) การปิดกั้น histaminergic H1 Receptors

(+) ง่วงนอน (Sedation)

(-) น้ำหนักเพิ่มและเสริมฤทธิ์ยากกดประสาทส่วนกลาง (central nervous system depressants)

2) การปิดกั้น histaminergic H2 Receptors

(+) ลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร

2.2.1.5 Serotonergic Receptors (HT)

1) การปิดกั้นตัว serotonin 5-HT_{2A} receptors

(+) ลดอาการโรคจิตชนิดลบ (Negative psychotic symptoms) เช่น อารมณ์ที่อ้อ (Blunted affect), การแยกตัวจากสังคม

(+) ลดอาการ extrapyramidal side effects

(-) ง่วงนอน และอ่อนเปลี้ย (Asthenia)

2) การกระตุ้น serotonin 5-HT_{1A} receptors

(+) ลดอาการซึมเศร้า

(+) ลดอาการย้ำคิด (Obsession) และย้ำทำ (Compulsion)

(+) ลดอาการตื่นตระหนก (Panic) และการกลัวสังคม (Social phobia)

(+) ลดอาการหิวไม่หาย (Bulimia)



- 3) การกระตุ้น serotonin 5-HT_{1D} receptors
(+) ลดอาการไมเกรน (Antimigraine actions)
- 4) การกระตุ้น serotonin 5-HT₂ receptors
(-) ภาวะกายใจไม่สงบ (Agitation), รู้สึกไม่สบายที่กล้ามเนื้อ (Akathisia), วิดกกังวล, อาการตื่นตระหนก (Panic attacks), นอนไม่หลับและการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ
- 5) การกระตุ้น serotonin 5-HT₃ receptors
(-) คลื่นไส้, ท้องไส้ปั่นป่วน (Gastrointestinal distress), ท้องเดิน และปวดศีรษะ

2.2.2 กลุ่มยารักษาโรคจิต (Antipsychotic drugs)

2.2.2.1 กลไกการออกฤทธิ์

ยารักษาโรคจิตทั่วไปจะออกฤทธิ์ในการรักษาโดยไปจับกับ D₂ receptor (D₂ receptor antagonism) ผลการออกฤทธิ์ของยาตาม dopamine pathway ในสมอง ได้แก่

- 1) Mesolimbic pathway เกี่ยวข้องกับการรักษาอาการด้านบวก (Positive symptoms)
- 2) Mesocortical pathway เกี่ยวข้องกับการรักษาอาการด้านลบ (Negative symptoms) และอาการด้าน cognitive
- 3) Nigrostriatal pathway เกี่ยวข้องกับการเกิดการข้างเคียงด้าน extrapyramidal (extrapyramidal side effects: EPS)
- 4) Tuberoinfundibular pathway ยารักษาโรคจิตทำให้ prolactin หลังมาก เกิด galactorrhea และ gynecomastia

ยารักษาโรคจิตเภทกลุ่มเดิม นอกจากออกฤทธิ์ในการรักษาแล้ว ยังเกิดอาการข้างเคียงจากการที่ dopamine pathways อื่น ๆ ถูกปิดกั้นด้วย พบว่ายาจะมีประสิทธิภาพในการรักษาเมื่อมีการจับกับ D₂ receptor ในสมองประมาณ ร้อยละ 60-80 การได้รับยาที่เกินกว่านี้จะทำให้เกิดผลข้างเคียง ดังนั้นหากพบผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิตเภทแสดงว่าผู้ป่วยได้รับยามากเกินระดับที่ใช้รักษา

ยารักษาโรคจิตเภทกลุ่มใหม่จะออกฤทธิ์บริเวณ mesolimbic และ mesocortical ของสมองมากกว่าบริเวณ nigrostriatal หรือ tuberoinfundibular อาการข้างเคียงทาง extrapyramidal จึงพบไม่มาก นอกจากนี้ยารักษาโรคจิตเภทกลุ่มใหม่ยังจับกับ 5HT_{2A} receptor เชื่อว่ามีผลยับยั้งการหลั่ง dopamine บริเวณ nigrostriatal ทำให้การเกิดอาการ EPS ลดลง พบว่ายารักษาโรคจิตเภทกลุ่มใหม่จะจับกับ D₂ receptor ไม่แน่นมากเท่ากับยากกลุ่มเดิม การที่ยาจับกับ receptor แล้วหลุดออกไปเร็ว ทำให้มี dopamine จากบริเวณนั้นเข้าไปจับกับ receptor แทนที่ จึงพบการเกิด EPS ซึ่งเกิดจากการทำงานของ dopamine ต่ำกว่าปกติน้อยกว่ายากกลุ่มเดิม

2.2.2.2 เภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacodynamic)

ยารักษาโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีการดูดซึมค่อนข้างดีในขณะท้องว่าง ดังนั้น การรับประทานยาร่วมกับอาหารหรือยาลดกรดอาจลดการดูดซึม หลังจากถูกดูดซึมยาจะผ่านตับก่อนจะไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายซึ่งส่วนหนึ่งของยาจะถูกทำลายที่ตับ (First-pass metabolism) ระดับยาที่กินจะสูงสุดภายในเวลา 2-4 ชั่วโมง ยาในรูปของยาฉีดจะดูดซึมได้เร็วและแน่นอนเห็นผลภายใน 15-20 นาที



และระดับยาจะสูงสุดใน 30-60 นาที ยารักษาโรคจิตจับกับโปรตีนและมีการละลายไขมันได้ดี และมี volume of distribution สูง ส่วนใหญ่ของยาจะถูกทำลายที่ตับโดยเอนไซม์ cytochrome P450 2D6 และขจัดออกทางไต ค่าครึ่งชีวิตของยารักษาโรคจิตจะอยู่ประมาณ 18-40 ชั่วโมง ระดับยาจะคงที่หลังจากได้ยาประมาณ 5-10 วัน

การจำแนกกลุ่ม

1. Typical Antipsychotic Drugs (ยารักษาโรคจิตเภทกลุ่มเก่า)
2. Atypical Antipsychotic Drugs (ยารักษาโรคจิตเภทกลุ่มใหม่)

ตาราง 2.1 ข้อมูลทั่วไปของยารักษาโรคจิตเภทกลุ่มเก่า (Typical Antipsychotic Drugs) ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา

ชื่อยา	ขนาดยาที่ใช้ตามปกติ (mg)	ขนาดยาที่เทียบเท่า Chlorpromazine (mg)	ความสามารถในการปิดกั้น receptor			
			Dopamine (D2)	Histamine (H1)	Muscarinic (M1)	Adrenergic (A1)
Phenothiazines						
1. Chlorpromazine	200-800	100-ต่ำ	+	+++	+++	+++
2. Thioridazine	200-600	100-ต่ำ	+	+++	+++	+++
3. Perphenazine	8-64	10-ปานกลาง	++	++	++	++
4. Trifluoperazine	6-30	5-สูง	++	++	++	++
5. Fluphenazine	1-20	2-สูง	+++	+	+	+
Butyrophenones						
1. Haloperidol	6-20	2-สูง	+++	+	+	+

(โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2558)



ตาราง 2.2 เปรียบเทียบผลข้างเคียงของยาการรักษาโรคจิตเภทกลุ่มเก่า (Typical antipsychotics Drugs) กับยาการรักษาโรคจิตเภทกลุ่มใหม่ (Atypical Antipsychotic Drugs) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา

Adverse effect	Typical	Clozapine	Risperidone
1. กระสับกระส่าย (Agitation)	+to++	0	++
2. เม็ดเลือดขาวต่ำ (Agranulocytosis)	น้อยมาก	+++	น้อยมาก
3. Anticholinergic effects	+to+++	+++	+
4. Liver enzyme elevation	+	+	0
5. Extrapyramidal side effect (EPS)	+to+++	0	+
6. ความดันต่ำ (Orthostatic hypotention)	+to+++	+++	+
7. น้ำนมไหล (Elevation of prolactin)	+to+++	0	++
8. ง่วงนอน (Sedation)	+to+++	+++	+
9. ชัก (Seizures)	+	+++	0
10. Tardive dyskinesia (TD)	+++	0	+/0
11. น้ำหนักเพิ่ม (Weight gain)	+to+++	+++	+

(โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2558)

2.2.2.3 ผลข้างเคียงของยาการรักษาโรคจิตเภท (Antipsychotic drugs)

ผลจากการเป็น dopamine blocker ใน pathway อื่น ๆ ซึ่งจะเห็นฤทธิ์ทางระบบประสาท คือ

1) ง่วงนอน

2) Extrapyramidal side effects (EPS)

Extrapyramidal side effects (EPS) แบ่งออกเป็น

1. Acute dystonia เกิดจากกล้ามเนื้อบิดเกร็งเป็นพัก ๆ อย่างรุนแรงจนบางครั้งผู้ป่วยเข้าใจว่าเป็นการชัก มักเกิดที่กล้ามเนื้อที่ตา (Oculogyric crisis) ที่คอ (Torticollis)

2. Akathisia คือ ความรู้สึกกระวนกระวายในใจและกล้ามเนื้อที่ขาและแขน ทำให้ต้องผุดลุกผุดนั่ง เดินไปมา ย่ำเท้า สั่นแขนขา บางคนถึงกับพยายามทำร้ายตนเองจากความกระวนกระวายนี้โดยผลข้างเคียงทั้ง 2 ชนิดนี้ เกิดขึ้นได้ในช่วงแรกของการได้ยา

3. Parkinsonism เป็นอาการเดินตัวแข็ง ๆ กล้ามเนื้อแข็ง มือสั่น ก้าวเดินสั้น ๆ หน้าตาเรียบเฉย กลืนน้ำลายลำบาก มักเกิดในช่วง 2-3 สัปดาห์แรกของการได้ยา

4. Tardive dyskinesia เป็นการขยับของกล้ามเนื้อที่ควบคุมไม่ได้ที่บริเวณปาก ลิ้น ใบหน้า แขนขาหรือลำตัว มักเกิดหลังจากได้ยาในนานกว่า 6 เดือนและอุบัติการณ์การเกิดอาการนี้จะสูงขึ้นเรื่อย ๆ หากยังคงได้รับยาอยู่



5. Neuroleptic malignant syndrome คือ การที่กล้ามเนื้อแข็งเกร็งอย่างรุนแรงต่อกันเป็นเวลานานมี autonomic nervous system ล้มเหลว ได้แก่ ชีพจรเร็วหรือช้า มีไข้สูง ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง และมีระดับความรู้สึกตัวเลวลง ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตสูงราวร้อยละ 10-20 ผลทางระบบต่อมไร้ท่อและต่อเรื่องทางเพศ เช่น amenorrhea, galactorrhea, impotence เป็นต้น

1) ผลจากการเป็น alpha-1 adrenergic blocker ทำให้เกิดความดันโลหิตลดต่ำเกิดอาการหน้ามืด ลูกขึ้น จึงควรระวังและเตือนคนไข้ หากมีความดันลดต่ำมากควรให้ norepinephrine รักษา และไม่ควรให้ epinephrine เนื่องจากจะกระตุ้น beta-adrenergic receptor ทำให้ความดันยิ่งลดลง

2) ผลจากการเป็น anticholinergic agent (Muscarinic type) ทำให้มีอาการปากคอแห้ง เกิดฟันผุ ตาพร่า เหงื่อไม่ออก ทนอากาศร้อนได้น้อยลง ท้องอืด ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก (หลีกเลี่ยงในผู้ที่มีปัญหาต่อมลูกหมากโต) ต้องแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ

3) ผลข้างเคียงอื่น ๆ ที่มีความสำคัญแต่พบไม่บ่อย ได้แก่

(1) Cardiotoxicity อาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ QT prolong โดยเฉพาะ chlorpromazine ส่วน thioridazine อาจมีผลให้ t-wave แบนราบลง

(2) Hematological effects มักเกิดใน 3 เดือนแรกของการได้ยา

(3) Ophthalmological effects: thioridazine ที่ขนาดมากกว่า 800 มก./วัน อาจทำให้เกิดการสะสมของเม็ดสีที่จอประสาทตาอย่างแก้ไขไม่ได้ ส่วน chlorpromazine อาจทำให้เลนส์ตาขุ่น

(4) Dermatological effects อาจทำให้ผิวหนังแพ้แสง ควรระวังกับเด็กเล็ก

(5) Weight gain น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

(6) Jaundice มักเกิดในเดือนแรกของการได้ยา ทำให้เกิดการชักได้ง่ายขึ้น ในคนที่เสี่ยงหรือมีโรคตับอยู่แล้ว โดยเฉพาะ chlorpromazine และ clozapine

(7) ผลทางเพศในเพศชายอาจทำให้มี retrograde ejaculation, Erectile dysfunction

(8) หลีกเลี่ยงการใช้ในมารดาที่ให้นมบุตร

2.2.2.4 การรักษา Extrapyramidal side effects (EPS)

Anticholinergic drugs เป็นยากลุ่มที่สามารถรักษา EPS ได้ดีทุกชนิด ยกเว้น akathisia ที่ใช้ propranolol และ benzodiazepine ได้ผลมากกว่า สำหรับ anticholinergic นี้ไม่จำเป็นที่จะให้กับผู้ที่ได้ยารักษาโรคจิตทุกรายเพื่อป้องกัน EPS ยกเว้นผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิด EPS เช่น ผู้ป่วยชายที่อายุไม่มาก เด็กหรือผู้ที่มีพยาธิสภาพทางสมอง สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการ acute dystonia ควรฉีด benztropine (Cogentin^(R)) 1-2 มก. โดยฉีดที่กล้ามเนื้อหรือหลอดเลือด หรือ diphenhydramine (Benadryl^(R)) 50 มก. เข้าหลอดเลือด หรือ diazepam 5-10 มก. เข้าหลอดเลือด สามารถทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการได้ใน 15 นาที ส่วนอาการ parkinsonism นั้นสามารถรักษาได้ด้วยยาในกลุ่มนี้ อาจให้ยานานราว 4-8 สัปดาห์ แล้วประเมินอีกครั้งว่ายังจำเป็นต้องได้ยาอีกหรือไม่ หากไม่จำเป็นควรลดยาลงจนหมดใน 2 สัปดาห์ เนื่องจากยามีฤทธิ์ anticholinergic จึงมีผลข้างเคียงได้แก่ ปากคอแห้ง ท้องผูก



ตาพร่า ปัสสาวะลำบาก ชีพจรเร็ว และอาจทำให้เกิด delirium หรือทำให้อาการ dementia แย่ลง นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจติดกับฤทธิ์ที่ทำให้สบายใจอย่างอ่อน ๆ ของยา

ตาราง 2.3 กลุ่มยา Anticholinergic

ชื่อสามัญ	ชื่อการค้า	ขนาดที่ใช้	ขนาดยาที่ฉีดในระยะเฉียบพลัน
1. Bntropine mesylate	Cogentin ^(R)	1-4 มก. 1-3 เวลาต่อวัน	1-2 มก.
2. Biperidine	Akineton ^(R)	2 มก. 1-3 เวลาต่อวัน	2 มก
3. Trihexyphenidyl hydrochloride	Artane ^(R) , Benzhexol ^(R)	2-5 มก. 1-3 เวลาต่อวัน	-

(โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2558)

2.2.3 ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาจิตเวช (Adherence)

2.2.3.1 ความหมายความร่วมมือในการรับประทานยาจิตเวช (Medication adherence)

นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์ (2555) กล่าวว่าความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence) คือ การที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาตัวเองมากขึ้น โดยที่ผู้ป่วยจะต้องไม่เป็นฝ่ายที่ต้องรอรับคำสั่งของแพทย์แล้วปฏิบัติตามเหมือนคำว่า “การใช้ยาตามแพทย์สั่ง” โดยที่ผู้ป่วยได้รับทราบและเข้าใจแผนการรักษาแล้วตกลงร่วมกับแพทย์ในการรักษาอาการเจ็บป่วย ดังนั้นความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Medication non adherence) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่แพทย์แนะนำให้ใช้

การวางแผนการรักษา บุคลากรทางการแพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาให้มาก Osterberg และ Blaschke (นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์, 2555 อ้างอิงจาก Osterberg and Blaschke, 2005) ให้ความเห็นไว้ว่า การศึกษาเรื่องความร่วมมือในการใช้ยา มักจะรายงานตัวแปรที่เกี่ยวข้องได้ทั้งความร่วมมือ และไม่ร่วมมือในการใช้ยา โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น จะยอมรับกันว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือ ในการใช้ยาเมื่อยานั้นถูกใช้ไป ร้อยละ 80-120 ของจำนวนยาที่แพทย์สั่งใช้หรือจ่ายให้ อัตราความร่วมมือในการใช้ยามักจะคำนวณในรูปของร้อยละของยาที่ผู้ป่วยใช้จริง เทียบกับยาที่สั่งจ่ายให้ในช่วงเวลา ตัวอย่างเช่น หากผู้ป่วยได้รับยาที่จ่ายให้รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 7 วัน แต่ผู้ป่วยรับประทานเพียงวันละ 2 เม็ดเป็นเวลา 5 วัน ผู้ป่วยรายนี้จะมีความร่วมมือในการใช้ยาเพียง ร้อยละ 36

2.2.3.2 ความสำคัญของการรับประทานยาจิตเวชอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

จันทร์เพ็ญ สุทธิโชติ และคณะ (2556) กล่าวว่า สาเหตุสำคัญของการป่วยเป็นโรคจิตเภท คือ ปัจจัยด้านชีวเคมีในสมอง ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติเนื่องจากยาสามารถควบคุมอาการทางจิตได้ ซึ่งการรักษาการรักษาโรคจิตเภทด้วยยาต้านโรคจิต จึงเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากช่วยลดความรุนแรง



ของโรค ควบคุมอาการ และส่งผลกระทบยาวต่อการรักษา และช่วยป้องกันการเกิดเป็นซ้ำหรือเกิดอาการกำเริบใหม่ ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องได้รับการบำบัดด้วยยาต้านโรคจิตอย่างต่อเนื่อง

2.2.3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรักษาด้วยยาจิตเวช

1) ปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย

ปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย เกี่ยวข้องด้าน เพศ อายุ การศึกษา

2) ปัจจัยทางด้านสังคม

บุญวดี เพชรรัตน์ (2545) กล่าวว่า ถ้าผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ จะส่งผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย

3) ปัจจัยเกี่ยวกับโรคและยา

กรมสุขภาพจิต (2557) กล่าวว่า ยาจิตเวชทุกตัวนั้นมีผลข้างเคียงที่ไม่ใช่อาการแพ้ยาและจะเกิดเฉพาะกับผู้ป่วยบางราย อาการดังกล่าวจะไม่เป็นอันตรายรุนแรง ดังนั้น ญาติจึงไม่ควรตกใจว่าแพ้ยาและให้ผู้ป่วยจิตเภทหยุดยา เพราะจะทำให้เกิดอาการป่วยซ้ำได้

4) ปัจจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย

ด้านบุคลากรทางการแพทย์ มีวิธีการที่หลากหลายในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยในรูปแบบต่าง ๆ การค้นหาสาเหตุของการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา การจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาด้วยวิธีการที่หลากหลาย พบว่าปัจจัยบางประการที่เป็นอุปสรรคต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่ จำนวนบุคลากรทางสุขภาพไม่เพียงพอต่อภาระงาน การไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปแบบเดียวกัน

2.2.3.4 กลวิธีในการเพิ่มความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยาจิตเวช

สุธีกาญจน์ ไชยลาภ และอังสนา วิริโยโกศล (2557) กล่าวว่า การติดตามเยี่ยมบ้านมีความสำคัญอย่างมากต่อการประเมินอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง การศึกษาทักษะ 4 ด้าน คือ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะในการทำงาน ทักษะด้านสังคม และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนพบว่าผู้ป่วยที่มีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะมีทักษะทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับสูงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับประทาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การติดตามเยี่ยมบ้านจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการติดตามอาการทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และได้พัฒนาทักษะต่าง ๆ ให้คงอยู่ ถือเป็นเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่สำคัญ เพื่อลดการเกิดเป็นซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวใช้ชีวิตในชุมชนได้ดีขึ้น

ปิยนิดา เสนาคำ และคณะ (2551) กล่าวว่า การติดตามอาการไม่พึงประสงค์ โดยผู้ป่วยโดยตรงพบว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้มากขึ้น และสามารถจัดการอาการดังกล่าวได้อย่างถูกวิธีซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ยาของผู้ป่วยได้โดยตรง

กรมสุขภาพจิต (2557) กล่าวว่า ปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือกับการรับประทานยา คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค ความจำเป็นและประโยชน์ของยาที่ช่วยลดอาการของโรค ซึ่งเป็นข้อมูลที่ทางโรงพยาบาลให้การรักษาแก่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะให้ความรู้ให้แก่ญาติและผู้ป่วย ดังนั้นเวลาที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือกับการรับประทานยา ผู้ดูแลควรพูดกับผู้ป่วยถึงประโยชน์และโทษของการหยุดยาเอง หรือไม่ยอมรับประทานยา ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบจนต้องถูกนำส่งโรงพยาบาลและอาจถูกปรับไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องการ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พิจารณาทางเลือกเองจะเป็นการเตือนให้ผู้ป่วยได้คิดและรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้มีสิทธิตัดสินใจเลือกด้วย



ตนเอง จะช่วยให้เกิดความร่วมมือ นอกจากนี้หากญาติหรือผู้ดูแลเองเอาใจเขามาใส่เราก็จะเข้าใจถึงความเปราะบางของผู้ป่วย ที่ต้องรับประทานยาเป็นประจำ ซึ่งเป็นเรื่องที่เกิดได้กับทุกคนที่ตกอยู่ใต้ภาวะนี้ การพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาจึงควรเป็นไปอย่างถ้อยทีถ้อยอาศัยซึ่งกันและกัน คือผู้ดูแลเป็นผู้บอกถึงความห่วงใยกังวลที่มีต่อผู้ป่วยเมื่อขาดยาซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และส่งผลเสียต่อตัวผู้ป่วยเป็นอันดับแรก ต่อมาอาจทำให้ผู้ดูแล ต้องเพิ่มภาระการดูแลในขณะเดียวกัน ผู้ดูแลต้องเข้าใจถึงความเปราะบางของผู้ป่วยที่มีต่อการรับประทานยา ดังนั้นการร่วมมือและพูดคุย เพื่อรับฟังความต้องการของกันและกันจึงเป็นทางออกที่ดีที่สุด

สรุปได้ว่า การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น หลักการรักษาหลัก ด้วยการใช้ยาต้านโรคจิตเวช แบ่งกลุ่มยาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม Typical Antipsychotic drug และกลุ่ม Atypical Antipsychotic drug ซึ่งพบว่า ยาต้านจิตเวชกลุ่มเก่าพบอาการไม่พึงประสงค์ที่มากกว่ายากลุ่มใหม่ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา สาเหตุประการหนึ่งมาจากการอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยาต้านโรคจิตเวช

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)

2.3.1 ที่มาและความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี (2552) กล่าวว่า Empower เกิดจากการรวมตัวของคำ 2 คำ คือ em และ power คำว่า em เป็นคำอุปสรรค หมายถึง “การทำให้เกิดขึ้น” คำว่า power หมายถึง “พลัง” ดังนั้นคำว่า “empower” จึงหมายถึง “ทำให้เกิดพลัง” หรือ “สร้างเสริมพลัง”

2.3.2 แนวคิดเรื่องพลังอำนาจ

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี (2552) กล่าวว่า การทำงานร่วมกับผู้อื่นหรือต้องทำงานผ่านผู้อื่น เช่น ผู้บริหาร นั้นจะต้องได้รับการร่วมมือที่ดีจากผู้อื่นด้วย ดังนั้นพลังอำนาจในการที่จะทำให้ผู้อื่นทำตามความต้องการของเรา จึงมีความจำเป็นอย่างมาก โดยขึ้นกับประเภทของอำนาจแต่ละประเภทที่เหมาะสมและเวลา

กุนนที พุ่มสงวน (2557) กล่าวว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ เป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ สามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ และดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ เป็นการสร้างเสริมพลังใจให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน ตระหนักรู้ และเห็นความสำคัญของสุขภาพ กลับมาดูแลเอาใจใส่เรื่องสุขภาพ ไม่ใช่แค่การป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วย แต่จะต้องมุ่งสร้างเสริมสุขภาพที่ดีด้วย

Gibson (1991 อ้างถึงใน ศิริพร ใจห้าว, 2556) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดแบบพลวัต (Dynamic concepts) ที่มีทั้งการให้และการรับ มีการแลกเปลี่ยนและมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นสร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคล เพื่อมุ่งเน้นการแก้ปัญหา โดยมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านผู้รับบริการ ด้านผู้ให้พยาบาล และด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาล



2.3.3 กระบวนการทำงานของกลุ่มเสริมพลังอำนาจ

2.3.3.1 แนวคิดของ Gibson (1991 อ้างถึงใน ศิริพร ใจท้าว, 2556) มีขั้นตอน ดังนี้

1) ด้านผู้รับบริการ ผู้รับบริการจะเป็นผู้ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Self-determination) มีสมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy) ควบคุมตนเองได้ (Self of control) มีแรงจูงใจ (Motivation) เรียนรู้ (Learning) เจริญเติบโต (Growth) มีความรู้สึกเป็นนายตนเอง (Sense of mastery) มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Sense of connectedness) การปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (Improved quality of life) มีสุขภาพดีขึ้น (Better health) และมีจิตสำนึกในการตัดสินใจสังคม (Sense of social justice)

2) ด้านผู้ให้พยาบาล ผู้ให้พยาบาลจะเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้รับบริการ โดยผู้ให้พยาบาลจะมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ (Helper) เป็นผู้สนับสนุน (Support) เป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) เป็นผู้สอน (Educator) ผู้ให้คำปรึกษาแหล่งทรัพยากร (Resource consultant) ผู้ใช้แหล่งทรัพยากร (Resource mobilizer) ผู้อำนวยการความสะดวก (Facilitator) ผู้ส่งเสริม (Enabler) และผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ให้ผู้รับบริการ (Advocate)

3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้พยาบาล เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยมีความไว้วางใจกัน (Trust) เห็นใจกัน (Empathy) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participatory decision-making) วางเป้าหมายร่วมกัน (Mutual goal-setting) ทำงานร่วมกัน (Co-operation) ให้ความร่วมมือกัน (Collaboration) เอาชนะอุปสรรค (Overcoming organizational barriers) มีการจัดกรอย่างเป็นระบบ (Organizing) มีการต่อรอง (Lobbying) และมีการดำเนินการอย่างชอบธรรม (Legitimacy)

จากองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน จะเห็นได้ว่าผู้ให้พยาบาลมีบทบาทในการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการดึงเอาแหล่งประโยชน์ทั้งภายในตนเองและแหล่งประโยชน์ในสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยมาใช้ในการสร้างเสริมให้ผู้รับบริการสามารถปรับตัวเองได้ และเห็นคุณค่าในตัวเอง Gibson ได้สรุปรูปแบบกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality)

เป็นการรับรู้และทำความเข้าใจและยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นตอนนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการคิดรู้ และด้านพฤติกรรม

การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional response) เมื่อบุคคลรับรู้และต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น จะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิตกกังวล ภาระกรวาย กลัว โกรธ ความรู้สึกดังกล่าวเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้น ในสภาพของความเป็นจริงได้ เนื่องจากการขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลที่จะเกิดขึ้น ทำให้บุคคลรู้สึกคับข้องใจคิดว่าตนเองป่วยและไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่ถ้าบุคคลมีการเปลี่ยนความคิด โดยมีความหวังว่าตนเองมีโอกาที่จะมีอาการดีขึ้นได้ แต่อาจจะต้องอาศัยระยะเวลาเป็นตัวช่วยในการคิดในลักษณะนี้ จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม



การตอบสนองทางการคิดรู้ (Cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถหรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง ภายใต้นี้บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ การถามแพทย์พยาบาล ผู้ป่วย อื่น ๆ ซึ่งประสบเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่าง ๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ต่อไป

การตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavioral responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่า การดูแลตนเองเป็นหน้าที่ และความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำเป็นสิ่งที่ดีที่สุด ที่สามารถทำได้ขณะนั้น และมองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี พยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จนสามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนเองต้องการ การดูแลอย่างแท้จริงคืออะไร เกิดความเข้าใจชัดเจนในการดูแล ตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องว่า ความวิตกกังวลจนเกินไป จะทำให้รู้สึกสับสนคับข้องใจและไม่มั่นใจ จนในที่สุดบุคคลจะตระหนักได้เองถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น และเปลี่ยนความคิดเป็นเชิงบวกว่าปัญหาทุกอย่างก็จะสามารถแก้ไขได้

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (Critical reflection)

การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ เป็นการทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแล สามารถค้นหาสภาพการณ์จริง แสวงหาทางเลือก การพินิจพิจารณาอย่างมีวิจารณ์ญาณ เกิดมุมมองใหม่ จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้กลับมามองปัญหา ประเมิน และคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ทำให้เข้าใจมากขึ้น นำไปสู่การแก้ปัญหา หรือการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนารู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (Sense of personal control) ถ้าบุคคลผ่านขั้นตอนนี้ไปได้ จะทำให้บุคคลรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge)

ในขั้นตอนนี้ บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิถีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด การที่บุคคลจะมีทางเลือกได้หลายวิธี ขึ้นกับการแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหาของบุคคลนั้น ถ้าบุคคลมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เกิดการยอมรับตนเอง (Self-determination) การจะตัดสินใจเลือกวิถีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด จะอยู่ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้ 1. เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเอง 2. สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ 3. ได้รับการเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง 4. ผ่านการปรึกษาและยอมรับจากทีมสุขภาพแล้ว และ 5. เป็นวิธีที่ยอมรับได้ และเปิดกว้างให้บุคคลอื่นนำไปใช้ได้ ดังนั้นในขั้นตอนนี้ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการต้องมีส่วนร่วมหาข้อมูล มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และร่วมอภิปรายกับทีมสุขภาพ และร่วมกันตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น



ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)

เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในระยะนี้ เมื่อเกิดปัญหา พยาบาลและผู้รับบริการจะร่วมมือแก้ไขปัญหา เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลก็รู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหาสำหรับใช้ในครั้งต่อไป

การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่มีความเชื่อมโยงและมีความต่อเนื่องกัน การที่บุคคลจะผ่านแต่ละขั้นตอน บุคคลต้องมีพลังใจ พลังความคิดจากปัจจัยต่าง ๆ มาช่วยกันสร้างเสริมแรงใจ ให้บุคคลรู้สึกมั่นใจที่จะแก้ปัญหาให้ได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยดังกล่าว มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับกลุ่มประชากรได้ เนื่องจากกระบวนการดังกล่าว เป็นข้อค้นพบจากกลุ่มตัวอย่างเฉพาะกลุ่มซึ่งต้องมีการพัฒนาโดยอาศัยการวิจัยเชิงปริมาณก่อน นำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าวมาใช้เป็นแนวคิด (Concept) ที่ใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ต่อไป

วิธีการสร้างพลังโดยเน้นที่ตัวบุคคล 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. เพิ่มความสามารถในตัวบุคคล (Increasing Self-efficacy) โดยเน้นที่ความรู้สึกภายในตัวบุคคล ส่งเสริมให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จึงจะเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ได้
2. พัฒนาความรู้สึกเรื่องการทำงานเป็นทีม (Teamwork) โดยปลูกจิตสำนึกในตัวบุคคลในเรื่องของความร่วมมือร่วมใจกันทำงาน มีเป้าหมายร่วมกันที่จะใช้พลังของทีมในการแก้ปัญหา
3. ลดการตำหนิตนเอง (Reducing Self-blame) โดยเปลี่ยนวิธีการมองปัญหาจากการกล่าวโทษตนเอง มาเป็นการนำปัญหาของตนมาพูดคุยในกลุ่ม โดยให้กลุ่มมีความรับผิดชอบร่วมกันในการมองและแก้ไขปัญหา วิธีที่จะช่วยให้ผู้ที่ประสบปัญหา รู้สึกเป็นอิสระจากสถานการณ์ทางสังคมที่ตนประสบอยู่
4. กำหนดความรับผิดชอบของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงในอนาคต (Assuming Personal Responsibility for Change) เพื่อให้บุคคลนั้นมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง และรับรู้พลังของตนเองในการมุ่งมั่นที่จะแก้ไขปัญหหรือปรับเปลี่ยนสถานการณ์ต่าง ๆ ให้ดีขึ้น

สรุปได้ว่า แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ คือ กระบวนการทำให้เกิดพลังที่ทำให้บุคคลเปลี่ยนความรู้สึกจากบุคคลที่ไม่มีคุณค่าไปสู่การยอมรับว่าตนเองเป็นผู้มีความสามารถ โดยมีแนวคิดของ Gibson (1991 อ้างถึงใน ศิริพร ใจห้าว, 2556) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแบบพลวัตรที่มีการให้และรับ การแลกเปลี่ยนและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจ (Motivation Theory)

พัสนี สิทธิคุณ (2551) กล่าวว่า แรงจูงใจ หมายถึง กระบวนการที่บุคคลถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้า เพื่อให้บรรลุจุดประสงค์ การจูงใจไม่ใช่เป็นเพียงการตอบสนองสิ่งเร้าปกติ แต่เกิดจากแรงจูงใจให้กระทำ (To move a person to a course of action) แรงจูงใจเป็นกระบวนการที่ชักนำโน้มน้าวให้บุคคลเกิดความพยายามเพื่อที่จะสนองตอบความต้องการบางประการให้บรรลุผลสำเร็จ



พัสนี สิทธิคุณ (2551 อ้างอิงจาก Domjan, 1996) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นภาวะในการเพิ่มพฤติกรรมให้กระทำในกิจกรรมใด ๆ ของบุคคล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

พัสนี สิทธิคุณ. (2551 อ้างอิงจาก Hanson, 1996) กล่าวว่า ความหมายของแรงจูงใจ คือ สภาพภายในที่กระตุ้นให้มีการกระทำ หรือการเคลื่อนที่ โดยมีช่องทางและพฤติกรรมที่นำไปสู่เป้าหมาย

สรุปได้ว่า การจูงใจเป็นกระบวนการที่บุคคลถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้า โดยจูงใจให้กระทำเพื่อให้บรรลุจุดประสงค์ จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมที่เกิดจากการจูงใจเป็นพฤติกรรมที่ไม่ใช่เป็นเพียงการตอบสนองสิ่งเร้าปกติธรรมดา เช่น ลักษณะของการตอบสนองสิ่งเร้าปกติคือ การขานรับเมื่อได้ยินเสียงเรียก แต่การตอบสนองสิ่งเร้าจัดว่าเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการจูงใจ เช่น พนักงานตั้งใจทำงานเพื่อหวังความดีความชอบเป็นกรณีพิเศษ

2.4.1 ทฤษฎีของการจูงใจ (Theories of Motivation)

แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. ทฤษฎีเนื้อหาของการจูงใจ (Content theories of Motivation)
2. ทฤษฎีกระบวนการ (Process Theories)
3. ทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement Theory)

2.4.1.1 ทฤษฎีเนื้อหาของการจูงใจ (Content theories of Motivation)

เมธา ทริมเทพาธิป (2559) อ้างอิงถึง ทฤษฎีความต้องการภายในของบุคคลที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม หรือเป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงกลไกความต้องการของพนักงาน คือ

ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ที่กำหนดโดยนักจิตวิทยา ชื่อ มาสโลว์ (Abraham Maslow) เป็นทฤษฎีการจูงใจที่มีการกล่าวถึงอย่างแพร่หลาย มาสโลว์ กล่าวว่า ความต้องการของมนุษย์มีลักษณะเป็นลำดับขั้นจากระดับต่ำสุดไปยังระดับสูงสุด เมื่อความต้องการในระดับหนึ่งได้รับการตอบสนองแล้วมนุษย์ก็จะมีความต้องการอื่นในระดับที่สูงขึ้นต่อไป ดังนี้

1. ความต้องการทางร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์เพื่อความอยู่รอด เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค อากาศ น้ำดื่ม การพักผ่อน เป็นต้น

2. ความต้องการความปลอดภัยและมั่นคง (Security or safety needs) เมื่อมนุษย์สามารถตอบสนองความต้องการทางร่างกายได้แล้ว มนุษย์จะเพิ่มความต้องการในระดับที่สูงขึ้นต่อไป เช่น ความต้องการความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความต้องการความมั่นคงในชีวิตและการทำงาน

3. ความต้องการความผูกพันหรือการยอมรับ (Needs for love and acceptance) เป็นความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งเป็นธรรมชาติอย่างหนึ่งของมนุษย์ เช่น ความต้องการให้และได้รับซึ่งความรัก ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ ความต้องการได้รับการยอมรับ การต้องการได้รับความชื่นชมจากผู้อื่น เป็นต้น

4. ความต้องการการยกย่อง (Needs for self-esteem) หรือ ความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นความต้องการ การได้รับการยกย่อง นับถือ และสถานะจากสังคม เช่น ความต้องการได้รับความเคารพนับถือ และความต้องการมีความรู้ความสามารถ เป็นต้น



5. ความต้องการรู้และเข้าใจตนเอง (Knowledge and understanding needs) ในด้านความสามารถ ความสนใจ สิ่งที่ชอบ แล้วเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม โดยไม่ยึดติดกับตำแหน่งหน้าที่ ทำเพื่อความสบายใจ

6. ความต้องการเข้าถึงสุนทรียะความงามของชีวิต (Needs for aesthetic /beauty) ความสามารถในการมองเห็นทุกสิ่งในโลกนั้นสวยงามและมีคุณค่าในตนเอง

7. ความต้องการเข้าถึงศักยภาพแห่งตน (Self - actualization needs) ความต้องการสำเร็จในสิ่งที่ปรารถนาของตนเอง ความเจริญก้าวหน้าในการพัฒนาทักษะ ความเป็นอิสระในการตัดสินใจและความคิดสร้างสรรค์ในการทำงาน เพื่อความก้าวหน้า

8. ความต้องการเป็นบุคคลที่ยอดเยี่ยมในการอุทิศตนเพื่อมวลมนุษยชาติ (Transcendence) เป็นอัจฉริยะบุคคลที่สามารถสร้างประโยชน์ให้กับมนุษยชาติอย่างถึงที่สุด

2.4.1.2 ทฤษฎีกระบวนการ (Process Theoretical)

จะมุ่งที่กระบวนการด้านความคิด ซึ่งมีผลกระทบต่อการศึกษาเกี่ยวกับทางเลือกในการปฏิบัติงานของบุคคล

2.4.1.3 ทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement Theory)

พอลพรอน เกิดพิทักษ์ (2530 อ้างอิงจาก Dollard and Miller, 2002) เพื่ออธิบายพัฒนาการของบุคลิกภาพว่า เป็นผลเนื่องมาจากการเรียนรู้โดยเงื่อนไขของสังคม

1) กลไกพื้นฐานในการเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีของการเรียนรู้ มีอยู่ 2 กลไก

(1) การสร้างความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนอง ซึ่งเป็นผลจากการวางเงื่อนไข

(2) การเรียนรู้จากการเลียนแบบหรือจากการเอาแบบอย่างจากตัวแบบ

2) องค์ประกอบพื้นฐานของการเรียนรู้ (Dollard and Miller, 2002 อ้างอิงใน พอลพรอน เกิดพิทักษ์, 2530) เน้นย้ำว่าพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ และองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญๆ ของการเรียนรู้มี 4 องค์ประกอบ ดังนี้

(1) แรงขับ (Drive) คือ พลังที่เร้าหรือผลักดันให้เกิดการกระทำ แรงขับที่สำคัญมี 2 ประเภท คือ

(1.1) แรงขับปฐมภูมิ (Primary Drive) หรือแรงขับที่ติดตัวมาแต่กำเนิด (Innate Drive) เป็นสิ่งจำเป็นต่อการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์ ได้แก่ ความหิว ความกระหาย ความเจ็บปวด ฯลฯ

(1.2) แรงขับทุติยภูมิ (Secondary Drive) หรือแรงขับที่เกิดจากการเรียนรู้ (Learned Drive) เป็นแรงขับที่จะมีพลังของแรงขับได้ ภายหลังที่มาสัมพันธ์หรือมาวางเงื่อนไขควบคู่กับแรงขับปฐมภูมิในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ และแม้ว่าแรงขับปฐมภูมิ จะเป็นสิ่งจำเป็นต่อการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์ แต่แรงขับทุติยภูมิมีความสำคัญไม่น้อย เช่น ความต้องการสถานภาพทางสังคม ความมั่งคั่ง อำนาจ ซึ่งความต้องการเหล่านี้มีพลังแรงขับมาก เป็นต้น



(2) สิ่งบอกแนะ (Cue) เป็นตัวกำหนดว่า บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองเมื่อไร ที่ไหน และแบบใด สิ่งบอกแนะหรือสิ่งเร้า (Stimulus) อาจเป็นสิ่งภายนอกตัวบุคคล เช่น น้ำ ฯลฯ หรือเป็นสิ่งภายในตัวบุคคล เช่น ต้องการน้ำ ฯลฯ สิ่งบอกแนะซึ่งมีความรุนแรงต่างกัน อาจจะทำให้เกิดการตอบสนองแตกต่างกัน การตอบสนองของบุคคลจะรุนแรงหรือแตกต่างกันแค่ไหนเพียงใด หรืออย่างไรจะขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งเร้า หรือความแตกต่างของสิ่งเร้า ซึ่งสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวนี้นี้ทำหน้าที่เป็นสิ่งบอกแนะให้บุคคลนั้นๆ มีการตอบสนอง

(3) การตอบสนอง (Response) เป็นการกระทำที่เกิดขึ้น เนื่องจากสิ่งบอกแนะหรือสิ่งเร้า โดยที่สิ่งบอกแนะหรือสิ่งเร้าจะนำไปสู่การตอบสนอง การตอบสนองจะมีลำดับความมากน้อยแตกต่างกัน การตอบสนองที่เด่น หมายถึง การตอบสนองที่อยู่ในอันดับขั้นที่สูงคือ จะมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับสิ่งเร้าหรือสิ่งบอกแนะนั้นๆ แต่ถ้าสภาพแวดล้อมครอบคลุมการตอบสนองโดยป้องกันไม่ให้มีปฏิกิริยาการตอบสนองเกิดขึ้น การตอบสนองครั้งต่อไปก็อาจจะถูกทดแทน ตัวอย่างในสภาพของโรคประสาทบางชนิด การปิดกั้นอารมณ์เครียด อาจเกิดขึ้นเมื่อถูกบังคับให้มีการตอบสนองน้อย ฯลฯ

(4) การเสริมแรง (Reinforcement) หมายถึง สภาพการณ์ใดๆ หรือ เหตุการณ์ใดๆ ที่ทำให้ความถี่ที่ตอบสนองของอินทรีย์เพิ่มสูงขึ้นการเสริมแรงมี 2 ประเภทคือ

(4.1) การเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) หมายถึง สภาพการณ์ใดสภาพการณ์หนึ่งที่มีการเสนอสิ่งเร้าที่มีคุณค่าทางบวก (Positive Stimulus) อย่างต่อเนื่องหรือทุกครั้งที่มีเหตุการณ์เกิดขึ้นเกี่ยวกับสภาพการณ์นั้นๆ ทำให้บุคคลที่ได้รับสิ่งเร้าที่คุณค่าทางบวกนั้น มีแนวโน้มในการตอบสนองบ่อยครั้งขึ้น ทั้งนี้เพราะว่าบุคคลนั้นได้รับผลกรรมที่พึงพอใจหลังจากแสดงพฤติกรรมนั้นๆ

(4.2) การเสริมแรงทางลบ (Negative Reinforcement) หมายถึง สภาพการณ์ใดสภาพการณ์หนึ่งที่มีการนำสิ่งเร้าที่ไม่พึงประสงค์ หรือสิ่งเร้าที่มีผลทางลบ (Aversive stimulus) ออกไปจากสภาพการณ์นั้นๆ ผลของการนำสิ่งเร้าที่ไม่พึงประสงค์ออกไปจากสภาพการณ์นั้นๆ ก่อให้เกิดความพอใจแก่บุคคลนั้น เพราะได้ขจัดสิ่งเร้าที่ไม่พึงประสงค์ออกไป และหากบุคคลนั้นไปพบหรือประสบสถานการณ์นั้น ต่อไปบุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะตอบสนอง เพื่อขจัดสิ่งเร้าไม่พึงประสงค์นั้นบ่อยครั้งขึ้น

(4.3) การเรียนรู้พฤติกรรมวิปลาส Dollard และ Miller (2002 อ้างถึงใน ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, 2530) อธิบายว่าพฤติกรรมวิปลาสพัฒนาจากการเรียนรู้ที่ผิดไม่เหมาะสม บุคคลที่มีอาการวิปลาสทางประสาทจะเป็นบุคคลที่มีความขมขื่นในชีวิต มีวิธีแก้ปัญหาอย่างไม่ฉลาด และต้องทนทุกข์อยู่กับอาการต่างๆ เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด รำคาญ สงบจิตใจไม่ได้ ไม่พึงพอใจในชีวิต ไม่มีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจน มีการเก็บกดทางเพศ ปวดศีรษะ เป็นต้น อาการต่างๆ เหล่านี้ แม้จะทำให้บุคคลนั้นต้องมีอาการทนกับความทุกข์ แต่ความจริงแล้ว อาการเหล่านี้สามารถลดความขัดแย้งในใจของบุคคลนั้นได้ เช่น การปวดศีรษะหรือหงุดหงิด แม้จะทำให้ไม่สบาย แต่ก็อาจช่วยให้หลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งในใจได้ ฉะนั้นอาการวิปลาสต่างๆ ที่ปรากฏหรือเกิดขึ้น ถูกเสริมแรงเพราะช่วยลดความขัดแย้งในใจของบุคคลนั้น ทำให้บุคคลนั้นเรียนรู้เป็นนิสัยในการแสดงออก Dollard และ Miller (2002 อ้างถึงใน ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, 2530) กล่าวว่า เงื่อนไขที่ทำให้เกิดอาการวิปลาสทางประสาทคือ ความขัดแย้งในใจที่รุนแรง ซึ่งนำไปสู่การตอบสนองที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น สามารถกล่าว



ได้ว่า บุคคลที่มีอาการวิปลาสทางประสาท มักจะเป็นบุคคลที่ไม่สามารถแก้ไขความขัดแย้งของตนเองได้ เนื่องจากมองไม่เห็นความขัดแย้งที่กระจ่างชัด อีกทั้งบุคคลนั้นจะเก็บความรู้สึกที่เกี่ยวกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่ทราบว่าเป็นปัญหาที่แท้จริงคือปัญหาอะไร อีกทั้งยังมีวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่ฉลาด จึงทำให้ไม่สามารถจะมีความสุขในชีวิตได้ แต่บุคคลนั้น สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ แต่ไม่ปกติ

นอกจากนี้ Dallard และ Miller (2002 อ้างถึงใน ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, 2530) เชื่อว่า

1. พฤติกรรมวิปลาสทางประสาท เป็นผลของประสบการณ์มากกว่าเรื่องสัญชาตญาณหรือความบกพร่องทางร่างกาย เพราะฉะนั้น พฤติกรรมวิปลาสทางประสาทหรือโรคประสาทจึงเกิดการเรียนรู้
2. พฤติกรรมวิปลาสทางประสาท มีพื้นฐานมาจากความขัดแย้งทางอารมณ์ในจิตใต้สำนึก ซึ่งมักจะเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งเด็กจะเรียนรู้เกี่ยวกับความขัดแย้งมาจากบิดามารดา การเลี้ยงดูของบิดามารดา
3. สภาพบรรยากาศ วิธีการและแบบแผนของการอบรมเลี้ยงดูที่เร่งรีบไม่เป็นมิตร เข้มงวด และก่อให้เกิดความกลัวและหวาดหวั่นแก่เด็ก ฯลฯ จะนำไปสู่อาการวิปลาสทางประสาท

Dallard และ Miller (2002 อ้างถึงใน ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, 2530) สรุปเกี่ยวกับลักษณะของบุคคลที่มีพฤติกรรมวิปลาสทางประสาท ไว้ว่า บุคคลที่มีความขัดแย้งระหว่างแรงขับต่างๆ เช่น แรงขับทางเพศ ความก้าวร้าว ความขัดแย้งในใจ ความคับข้องใจ และ ความกลัวอย่างรุนแรง ฯลฯ หากแรงขับต่างๆ ไม่ได้รับการตอบสนอง จะทำให้บุคคลนั้นมีแรงขับเหล่านี้สูงและเรื้อรัง ทำให้เกิดความทุกข์ใจ อีกทั้งอาจผลักดัน ให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่นำไปสู่ความกลัว และบุคคลนั้นอาจจะตอบสนองสภาพการณ์นั้น ด้วยการหลีกเลี่ยงที่จะแสดงพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลให้พฤติกรรมไม่ได้ไปสู่เป้าหมาย แต่ช่วยลดความกลัว ซึ่งกลายเป็นการเสริมแรงการตอบสนองแบบนี้ แต่บุคคลบางคนอาจจะใช้การเก็บกดเป็นการตอบสนองโดยอัตโนมัติ เช่น ไม่คิด ไม่แสดงออก ไม่เข้าร่วม ฯลฯ การตอบสนองด้วยวิธีการต่างๆ ดังกล่าวนี้ จะเป็นการขัดขวางความคิด การตระหนักในเหตุผลทำให้บุคคลนั้นๆ มีวิธีคิดที่ไม่ฉลาด นอกจากนี้ บุคคลที่มีอาการทางประสาท ยังมีความสามารถน้อยในการเผชิญความขัดแย้งในใจ หรืออาจจะถูกใจให้แสดงการตอบโต้พฤติกรรมวิปลาสทางประสาทได้ง่ายกว่าบุคคลอื่น

2.4.2 แนวคิดของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

พยอม ตันจรรยา และคณะ (2558) กล่าวว่า การบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นรูปแบบการบำบัดที่มีแนวคิดว่า ถ้าผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงแล้ว ผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมได้ด้วยตนเอง ดังนั้นผู้บำบัดจึงมีหน้าที่ในการกระตุ้นหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วย เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยไม่ใช่จากการสอน หรือฝึกทักษะเป็นรูปแบบการบำบัดที่เน้นประเมินและบำบัดเป็นรายบุคคลให้ความสำคัญที่ตัวของผู้ป่วย โดยญาติหรือผู้ใกล้ชิดจะเข้ามามีส่วนร่วมในระยะต้นของการบำบัดเท่านั้น



เทคนิคของการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy-MET) ดังนี้

1. Express empathy (E) ผู้บำบัดแสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้ป่วย
2. Develop discrepancy (D) ผู้บำบัดทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างสถานภาพในปัจจุบันกับ เป้าหมายที่อยากเป็น
3. Avoid argumentation (A) ผู้บำบัดหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย ไม่จำเป็นต้องยืนยันความถูกต้องหรือ ชักชวนโดยพยายามโต้เถียงเอาชนะผู้ป่วย แต่ควรหาวิธีอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์และโทษที่เกิดขึ้นหลังการดื่ม
4. Roll with resistance (R) ผู้บำบัดตะล่อมหมุนไปกับแรงต้านเมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อต้าน โดยมีเป้าหมาย ที่จะปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วย อาจเสนอแนวทางใหม่ในการคิดเกี่ยวกับปัญหา ไม่ใช่การบังคับให้เชื่อหรือปฏิบัติตาม
5. Support self-efficacy (S) ผู้บำบัดส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วย ซึ่งโดยปกติผู้ป่วยจะยังไม่ทำการเปลี่ยนแปลงจนกว่าจะรู้สึกว่ามีความหวังที่จะทำให้สำเร็จได้

2.4.3 หลักการสำคัญของ Motivational Interviewing (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553)

หลักการสำคัญของแรงจูงใจ มีขั้นตอนดังนี้

1. กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง
2. ผู้รับการปรึกษาต้องแก้ไขความรู้สึกแง่ลบด้วยตนเอง ความลังเลที่มาจากความรู้สึกขัดแย้งระหว่างการยอมที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองและความรู้สึกไม่เห็นด้วยที่ต้องเปลี่ยนแปลง สิ่งที่ทำให้การปรึกษาพึงกระทำคือการเอื้อให้ผู้รับการปรึกษาระบายความรู้สึกทั้งสองด้านที่ลังเลอยู่ออกมา โดยผู้รับการปรึกษาจะได้วิเคราะห์และพิจารณาที่ละด้านด้วยตนเอง
3. การชักจูงหรือชักชวนโดยตรง ไม่ใช่วิธีการที่มีประสิทธิภาพสำหรับการแก้ไขความรู้สึกลังเล เป็นการพยายาม ที่จะช่วยเหลือโดยเร่งรัดให้เห็นข้อดีของการเปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตาม การชักจูงนี้ เป็นวิธีการทั่วไปที่ผู้รับการปรึกษาจะต่อต้านและโอกาสเปลี่ยนแปลงนั้นอาจลดลงได้
4. รูปแบบการปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ การเจียบและกระตุ้นผู้รับการปรึกษา ส่วนการชักชวน การเผชิญหน้า และการโต้แย้งเป็นทักษะที่ตรงข้ามกับการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้ให้การปรึกษามักคุ้นเคยกับการเผชิญหน้าและการให้คำแนะนำเป็นส่วนใหญ่ เพราะการชี้แนะหรือการให้คำแนะนำอาจทำให้ผู้รับการปรึกษา ทำตามแต่ยังไม่พร้อมเปลี่ยนแปลง
5. ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยเหลือให้ผู้รับการปรึกษาตรวจสอบหรือแก้ไขความรู้สึกลังเลของเขา ไม่ได้เป็นการสอนทักษะการจัดการกับพฤติกรรม การให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการกระตุ้น การทำให้กระจ่างชัด และแก้ไขความรู้สึกลังเลในบรรยากาศ การพูดคุยแบบยืดหยุ่นผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลางและการใส่ใจ
6. การพร้อมเปลี่ยนแปลงไม่ใช่ลักษณะของผู้รับการปรึกษา แต่ผู้รับการปรึกษาจะมีความรู้สึกกลับไปกลับมา หลังจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาต้องเอาใจใส่และตอบสนองต้องมีลักษณะของแรงจูงใจของผู้รับการปรึกษา การต่อต้านและการปฏิเสธเป็นลักษณะของผู้รับการปรึกษา จะพบได้บ่อยครั้งที่การต่อต้านจะเกิดจากผู้ให้การปรึกษาคาดหวังกับการเปลี่ยนแปลงของผู้รับการปรึกษา หรือบางครั้งไม่ถึงขั้นของความรู้สึกต่อต้านหรือปฏิเสธเป็นเพียงการโต้กลับของ “พฤติกรรมเอาใจใส่หรือคาดหวัง” ของผู้ให้การปรึกษา



7. ความสัมพันธ์ของการรักษามีบทบาทเสมือนร่วมกันแสดงความคิดเห็นมากกว่าสรุปได้ว่า แนวคิดแรงจูงใจ กระบวนการที่บุคคลกระตุ้นบทบาทของผู้รับการ ช่วยเหลือกับผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้การปรึกษาเคารพความเป็นตัวตนและอิสระในการเลือกของผู้รับการปรึกษาจากสิ่งเร้าเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา

ณิชน อารณ และคณะ (2555) กล่าวว่า การศึกษาการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างใกล้ชิดของยา 17 รายการ ที่ได้มีการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยใช้ Naranjo's algorithm ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างยากับอาการไม่พึงประสงค์รวมทั้งศึกษาค่าใช้จ่ายทางตรงในการรักษาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา รูปแบบการศึกษาเป็นแบบสังเกตไปข้างหน้า (Prospective observational study) ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง 31 มกราคม 2554 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 53 คน พบว่า ผู้ป่วยนอกที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจำนวน 12 คน และเกิดเหตุการณ์อาการไม่พึงประสงค์ 13 เหตุการณ์ คิดเป็นอุบัติการณ์ร้อยละ 22.6 พบความผิดปกติ เกี่ยวกับผิวหนังมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 61.5 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบมากที่สุดคือ maculopapular rash ร้อยละ 53.8 ยาที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์มากที่สุด คือ efavirenz เหตุการณ์ ร้อยละ 42.9 แบ่งตามชนิดของอาการไม่พึงประสงค์ พบเป็น Type B มากที่สุด ร้อยละ 92.3 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่รุนแรง คือ ระดับ E คิดเป็นร้อยละ 69.2 โดยจัดเป็นอาการไม่พึงประสงค์ชนิดป้องกันไม่ได้ ร้อย 92.3 เมื่อพิจารณาถึงความน่าจะเป็นจะพบว่าส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับ อาจจะใช้ (Possible) ร้อยละ 53.8 ผลการติดตามเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์พบผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับ การแก้ไข โดยการหยุดยาและให้การรักษาอาการที่เกิดขึ้นหรือให้ยา ร้อยละ 30.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่หายเป็นปกติ ร้อยละ 61.5 และค่าใช้จ่ายทางตรง (บาท/1 course การรักษา) ทั้งหมดในการรักษาอาการไม่พึงประสงค์ ในการศึกษาครั้งนี้คิดเป็น 2,279.25 บาท การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างใกล้ชิด สามารถใช้ในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังเพื่อเป็นแนวทาง ในการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เหมาะสม

2.5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการใช้ยา

จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ และคณะ (2554) กล่าวว่า การศึกษาการให้การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเวชและการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล การศึกษาแบบเชิงทดลองแบบมีการสุ่ม (Randomized control trial) เป็นเวลา 3 เดือน ในกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ดูแลที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา นครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาจิตเวชมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 91.0 ±14.2) และ ร้อยละ 78.4±17.9; $p<0.01$) พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (15 ปัญหา และ 31 ปัญหา; $p=0.02$) คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคจิตเภทและการดูแลปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (10.7 ± 1.4 และ 9.4 ±1.7) ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (11.1 ±1.2 และ 9.6±1.6; $p<0.01$) และหลังการให้การบริหารทางเภสัชกรรม พบว่าสามารถประหยัด



ต้นทุนการรักษาได้เป็นจำนวน 50.16 ± 179.87 บาท ทำให้สรุปผลได้ว่าการให้บริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทและการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ช่วยเพิ่มความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยาจิตเวชของผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งยังสามารถลดต้นทุนการรักษาได้

หทัยรัตน์ มุลารัตน์สถียร (2554) กล่าวว่า การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจิตเวช ในโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาจิตเวชส่งผลต่อการควบคุมภาวะโรคความล้มเหลวในการรักษา การศึกษานี้เป็นการศึกษาหาความชุกของความร่วมมือในการใช้ยาจิตเวชและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจิตเวชของผู้ป่วยนอก ในระยะคงที่ โดยการประเมินด้วยวิธีการนับเม็ดยาและการสอบถามจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทด้วยการถดถอยโลจิสติก พบว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจิตเวชในผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับความถี่การรับประทานยาต่อวัน ความรู้เรื่องโรคและยาของผู้ป่วย ทศนคติของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความถี่การรับประทานยาจิตเวชต่อวัน ทศนคติและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล

สุกัญญา คำผา (2555) กล่าวว่า การศึกษาการบริหารเภสัชกรรมแบบบูรณาการ เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร ศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมบริการตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมาเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์กลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการตามปกติ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคเอดส์และการรักษาด้วยต้านไวรัส การรับรู้พลังอำนาจ แรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการตี้อาย การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และมีค่าสัดส่วนความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น จากก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยสรุปได้ว่า โปรแกรมนี้ประสบความสำเร็จ สามารถที่นำไปใช้พัฒนาการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และเพิ่มความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยเอดส์กับพื้นที่อื่นที่มีกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้

สุธิกาญจน์ ไชยลาภ และอังสนา วิริยโกศล (2557) กล่าวว่า การศึกษาเกี่ยวกับการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังกลับคืนสู่สังคมเพื่อประเมินอาการทางจิต อธิบายทักษะในการดูแลตนเองการทำงาน ทางด้านสังคม และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีอาการทางจิตที่ควบคุมตนเองได้ ระดับทักษะในการดูแลตนเองพบว่าอยู่ในระดับดี โดยที่ทักษะในการดูแลตนเองได้ทำได้ดีที่สุดคือ เรื่องการรับประทานอาหาร ระดับทักษะในการทำงานพบว่าต้องได้รับความช่วยเหลือในบางครั้ง โดยที่ทักษะในการทำงานที่ทำได้ดีที่สุดคือความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย ระดับทักษะทางด้านสังคมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่ทักษะทางด้านสังคมที่ทำได้ดีที่สุดคือเรื่อง การแต่งกายได้เหมาะสม และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน พบว่าทำได้ในระดับปานกลาง โดยที่ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนที่ผู้ป่วยทำได้ดีที่สุด คือ การรู้จักดูแล เปิด-ปิด เครื่องใช้ภายในบ้านได้ ทักษะทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์กันทางทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) พบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จะมีทักษะทั้ง 4 ด้านที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับประทานยา ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้คือ การติดตามเยี่ยมบ้านมีความสำคัญอย่างมากต่อการ ประเมินอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาทักษะในด้านต่าง ๆ ควรทำควบคู่กันไป โดยเฉพาะการรักษาด้วยยามีส่วนสำคัญใน



การพัฒนาทักษะต่าง ๆ ให้คงอยู่ ผู้ป่วยจิตเวชยังมีความจำเป็นต้องได้รับยาจิตเวชอย่างสม่ำเสมอ ภายหลังกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน ซึ่งถือเป็นเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่สำคัญ เพื่อลดการเกิดเป็นซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวใช้ชีวิตในชุมชนได้ดีขึ้น

นฤมล สุริยะ และคณะ (2556) กล่าวว่า การศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ ได้ศึกษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ โดยศึกษาวิจัยคุณภาพแบบกรณีศึกษา ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 8 คน วิเคราะห์เชิงเนื้อหา และแก่นสาระ พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ ส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นตัวเองป่วย มีความรู้สึกที่ต้องทำใจในการต้องรับประทานยา ถ้าแพทย์สั่งให้กินก็ต้องกิน เวลาที่กินจำนวนมีดยาที่ต้องกินจำนวนมาก อาการข้างเคียงที่เกิดจากยา และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการกินยา จึงส่งผลให้ผู้ป่วยหยุดกินยา สรุปผลได้ว่า พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ คือผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสที่จะขาดยา ถ้าหากว่าผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น และกระบวนการรักษาที่ถูกต้อง การเกิดอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาและการจัดการอาการดังกล่าว รวมทั้งการไม่ตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องกินยาต่อเนื่อง รวมทั้งความเอาใจใส่ของญาติผู้ดูแลเรื่องการกินยา ความมีการปรับเปลี่ยนความเข้าใจพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดยาเพื่อนำไปสู่วิธีการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากมีผลต่อการที่ผู้ป่วยจะต้องดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามศักยภาพ

2.5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการสร้างพลังอำนาจ

ปริศนา เฉลิมฤกษ์ และโสธยา ศุภโรจน์ (2557) กล่าวว่า การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชาย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ทดสอบในผู้ป่วยชาย ด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ และแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชาย หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

นิตยา เจริญยุทธ (2555) กล่าวว่า การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อแหล่งอำนาจ ความมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหญิง ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ให้ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แล้วประเมินด้วยแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองและคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหญิง ผลการศึกษาพบว่าคะแนนแหล่งพลังอำนาจในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2.5.4 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจ

เยาวภา ไตรพฤษชาติ (2554) กล่าวว่า การศึกษาเกี่ยวกับการเสริมแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาในโรคจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจในการร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาที่ตึกเฟื่องฟ้า โดยศึกษาในกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา เข้ารับการรักษาตั้งแต่ 1 ครั้ง ขึ้นไปจำนวน 7 คน มีอาการทางจิตสงบและไม่มีภาวะปัญญาอ่อน จำนวน 7 คน ด้วยการให้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทแบบรายบุคคล โดยทำ



ทั้งหมด 4 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที ประกอบด้วย 1. การค้นหาปัญหาอุปสรรค และความกังวลในการรับประทานยาจิตเวช 2. การสรุปข้อดีข้อเสียและเสนอทางเลือก 3. การประเมินคุณค่าและเป้าหมาย และ 4. เป็นการบำบัดผู้ป่วยพร้อมญาติ เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 3 ระยะ คือ ก่อนการบำบัด หลังการบำบัด และระยะติดตามประเมินผลติดต่อกันทุกเดือน เป็นระยะเวลา 3 เดือน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์จากผลการศึกษาพบว่า หลังการบำบัดและในระยะติดตามผล ผู้ป่วยทั้ง 7 คน มีแรงจูงใจในการรับประทายามากขึ้น มีความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะรับประทายยาจิตเวชมากขึ้นและมีพฤติกรรมในการรับประทายตามแผนการรักษาของแพทย์ได้อย่างถูกต้องในระดับสูง และมีอาการทางจิตลดลงทั้งผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการบำบัดในระดับมาก

พสนี สิทธิคุณ (2551) กล่าวว่า การศึกษาเกี่ยวกับ การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเภทหญิง 2 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี มีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรับประทายยาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 30 คน และญาติผู้ดูแลจำนวน 30 คน เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1. การสร้างสัมพันธภาพบำบัดและการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ 2. การค้นหาความเชื่อความเล็งเลใจเกี่ยวกับการรักษา 3. การปรับโครงสร้างทางความคิด ความเชื่อให้ถูกต้องเหมาะสม 4. การปรับพฤติกรรมด้านการรับประทายยาด้วยตนเองอย่างถูกต้อง 5. การส่งเสริมการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวที่เหมาะสม 6. การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย โดยใช้เวลาในแต่ละขั้นตอนจำนวน 45- 60 นาที บำบัดต่อเนื่อง นาน 1 สัปดาห์ ประเมินผลก่อนหลังการศึกษา และนัดประเมินผลทุก 1 เดือน ต่อเนื่อง ถึง 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อเนื่อง มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะได้รับการรักษาด้วยยาจิตเวชสูงกว่าก่อนการศึกษา ญาติผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีและมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยเหมาะสม

จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ และคณะ (2556) กล่าวว่า การศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นการศึกษาผลการเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเภทต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ศึกษาในผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 58 คน โดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

สรุปได้ว่า การนำแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจมาใช้ในผู้ป่วยจิตเภท มีพฤติกรรมในการรักษาตนเองได้



2.5.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการดำเนินการวิจัย

ยุภาพร มีหนองหว้า (2552) กล่าวว่า การศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและการลดน้ำหนักของบุคลากรที่มีน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 และวัดซ้ำหลังสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 16 และ 24 มีกลุ่มตัวอย่าง 31 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มสัมพันธ์กัน พบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีประสิทธิผลทำให้บุคลากรโรงพยาบาลรามันที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น

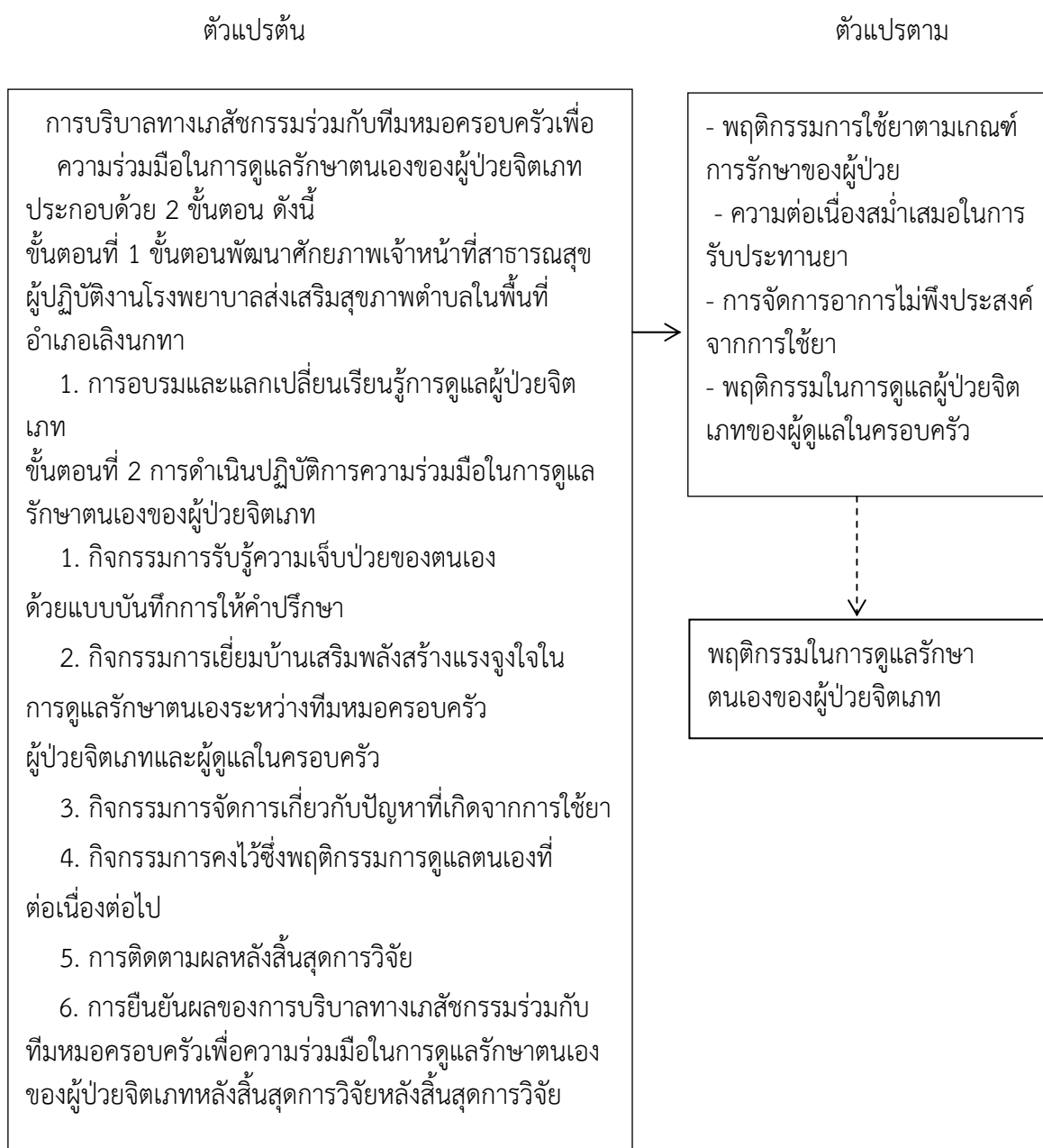
สมกมล อรรถทิมากุล และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2558) กล่าวว่า การศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลกับการลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน โดยศึกษาในโรงพยาบาลกาญจนบุรี โดยศึกษาแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน กิจกรรมที่ 3 การให้ครอบครัวมีการดำเนินการร่วมกันแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ต่อปัญหาทางร่างกายและจิตใจ และกิจกรรมที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา เก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้นำแนวทางการบำบัดจากการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังและทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจ มาใช้บำบัดรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาด้วยยา โดยการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและอาศัยความร่วมมือจากผู้ดูแลในครอบครัว



2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมได้นำทฤษฎีเสริมสร้างแรงจูงใจและทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ มาช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาตนเองของผู้ป่วย



ภาพประกอบ 2.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



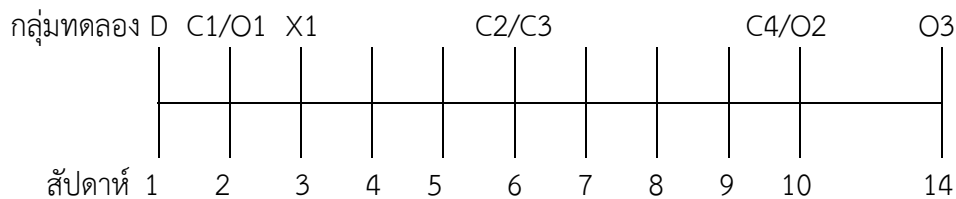
บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment Study) แบบกลุ่มเดี่ยว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีดำเนินการศึกษาในช่วง 1 ตุลาคม 2559 – 31 มกราคม 2560 ผู้วิจัยได้กำหนดผังการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง และมีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีแผนภูมิการวิจัย ดังนี้

แผนภูมิการทดลอง



- O1 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลอง
- O2 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง
- O3 หมายถึง การยืนยันผลของการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดการวิจัย
- X1 หมายถึง กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเสริมพลังสร้างแรงจูงใจในการดูแลรักษาตนเองระหว่างทีมหมอครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว
- C1 หมายถึง กิจกรรมการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองด้วยแบบบันทึกการให้คำปรึกษา
- C2 หมายถึง กิจกรรมการจัดการเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา
- C3 หมายถึง กิจกรรมการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองที่ต่อเนื่องต่อไป
- C4 หมายถึง การติดตามผลหลังสิ้นสุดการวิจัย
- D หมายถึง การอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท



3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 กลุ่มตัวอย่าง คือ

3.2.1.1 ขนาดตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1) ผู้ป่วยจิตเภทการวินิจฉัยจากแพทย์โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ระบุว่าเป็นโรคจิตเภทและได้รับการส่งต่อมารักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ที่ได้รับการประเมินตามเกณฑ์ที่จะต้องได้รับการส่งต่อเยี่ยมบ้าน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 – 31 มกราคม 2560 จำนวนทั้งหมด 20 คน

2) ผู้ดูแลในครอบครัว เป็นผู้ดูแลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยจิตเภท เช่น บิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย หรือเป็นสามี ภรรยา โดยที่ผู้วิจัยสามารถนัดหมายผู้ดูแลในการเข้าเยี่ยมบ้านหรือสามารถเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมผู้ป่วยได้เสมอที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 - 31 มกราคม 2560 จำนวนทั้งหมด 20 คน

3.2.1.2 การสุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ โดยการกำหนดคุณสมบัติการคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่การศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้

1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามระบบบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ครั้งที่ 10 (International Statistical Classification of Disease [ICD-10] (World Health Organization, 1992) ที่มีรหัสโรค F20.0 – F20.9

2) เป็นผู้ป่วยจิตเภทระยะอาการคงที่ (Maintenance phase) ที่ผ่านการวินิจฉัยรักษาโรคจิตเภทในระยะเฉียบพลันแล้ว จากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์แล้วส่งต่อมารับการรักษาด้วยยาต่อที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา

3) สามารถสื่อสารพูดคุยโต้ตอบในการสัมภาษณ์ได้

4) เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถดำรงชีวิตในปัจจุบัน ช่วยเหลือตัวเองได้ปกติและสามารถมารับยาที่งานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา

5) เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดรับประทานอย่างเดี่ยวหรือมีการใช้ยาชนิดฉีดอย่างเดี่ยว หรือใช้ยาทั้งสองชนิดร่วมกัน

6) เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีโรคเรื้อรังชนิดอื่น ๆ ร่วมด้วย

7) เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาจิตเวช ขาดยา อาการไม่พึงประสงค์จากยา หรือปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องขณะรักษาด้วยยาจิตเวช

8) เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 – มกราคม พ.ศ. 2560 แล้วติดตามต่อจนครบ 13 สัปดาห์

9) ผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท 8 ข้อ ฉบับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8) ในระดับปานกลางขึ้นไป



เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภทฉบับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Interviewing Guide : PIG) ก่อนการส่งต่อเยี่ยมบ้าน ในระดับเกณฑ์ ไม่มีอาการ

เกณฑ์เกณฑ์ในการพิจารณาออกตัวอย่างเพื่อยุติการเข้าร่วมวิจัย (Drop out criteria)

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่เปลี่ยนจากการรักษาด้วยยาเปลี่ยนเป็นการรักษาในรูปแบบอื่น
2. ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคกำเริบ ไม่สามารถสื่อสาร พูดคุยตอบโต้ในการสัมภาษณ์หรือพูดคุยได้
3. ผู้ป่วยออกจากการศึกษาวิจัยโดยสมัครใจ

3.3 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

3.3.1 ตัวแปรต้น (Independent variable)

การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอบรรเทา เพื่อปรับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

3.3.2 ตัวแปรตาม (Dependent variable)

3.3.2.1 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

3.3.2.2 ความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท

3.3.2.3 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

3.3.2.4 พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ชุดที่ 1 แบบแผนปฏิบัติการการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอบรรเทาเพื่อปรับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ชุดที่ 2 แบบบันทึกกิจกรรม

3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นซ้ำของโรคจิตเภท ฉบับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Interview Guide : PIG)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท 8 ข้อ ฉบับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS8)



เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท
- ส่วนที่ 4 แบบประเมินการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว
- ส่วนที่ 6 แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว

3.4.3 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล

3.4.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย

ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นซ้ำของโรคจิตเภท ฉบับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Interview Guide : PIG)

เกณฑ์การแปลผล

ไม่มีอาการ แปลว่า อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่มีความเสี่ยงต่อการเป็นซ้ำของโรคจิตเภท มีอาการ ในข้อที่ 1, 3 และ 4 แปลว่า ส่งต่อให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่นั้น ดำเนินการแก้ไขตามข้อที่มีปัญหา

มีอาการในข้อที่ 2 แปลว่า ส่งต่อให้โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จัดการตามแนวทางการรักษาผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท 8 ข้อ ฉบับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS8)

เกณฑ์การให้คะแนน

- 1) ไม่มีอาการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- 2) มีอาการ ดังนี้

(1) อาการเล็กน้อย เช่น เข้าร่วมกิจกรรมเมื่อคนอื่นเข้าหาก่อน, หลงผิด 1-2 ประการ, เนื้อหาความคิดมีลักษณะเฉพาะตัว, การรับรู้ที่ผิดปกติซึ่งไม่ชัดเจน, สีหน้าไม่เป็นธรรมชาติ หรือไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลง, คิดอ้อมค้อม ไม่อยู่ในประเด็น, ตอบคำถามสั้น ๆ, การเคลื่อนไหวแก้งก้าง ไม่สัมพันธ์กัน

(2) อาการปานกลาง เช่น เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างแแกน ๆ, หลงผิดหลายเรื่อง, มีแนวคิดบิดเบือนจากความจริง, มีประสาทหลอนบ่อย ๆ แต่ไม่ต่อเนื่อง, แสดงท่าทางประกอบคำพูดน้อย ดูแข็งทื่อ, ความคิดไม่ปะติดปะต่อ, การสนทนาหยุดชะงัก ไม่รื่นไหล, มีท่าทางแปลกๆ ค้างอยู่นานๆ

(3) อาการรุนแรง เช่น ใช้เวลาอยู่กับคนอื่นน้อยมาก, หลงผิดเรื่องที่ตายตัวไม่เปลี่ยนแปลง, ความคิดเพ้อฝันหลายเรื่อง, ความคิดและพฤติกรรมผิดปกติ, แทบไม่มีการแสดงอารมณ์เลย, ความคิดเรื่อยเปื่อย, การสนทนาไม่เปิดเผย พูดน้อย, พฤติกรรมผิดปกติซ้ำ ๆ ค้างอยู่ในท่านั้นนาน ๆ

(4) อาการรุนแรงมาก เช่น แยกตัวจากสังคม ไม่สนใจดูแลตัวเอง, หลงผิดรุนแรงแบบครอบงำ, ความคิดประหลาด, มีอาการประสาทหลอนต่อเนื่องกันตลอดเวลา, ไม่มีการ



เปลี่ยนแปลงของสีหน้า, คำพูดไม่ปะติดปะต่ออย่างมาก, ไม่มีการพูดเลย, ทำท่าทางแปลก ๆ ค้างอยู่เกือบตลอดเวลา

การแปลผล

1. ระดับปกติ/น้อย : คะแนนรวม 8-16 โดยข้อ 2, 3, 4, 6, 8 ทุกข้อ มีค่าคะแนนน้อยกว่า 4 คะแนน
2. ระดับปานกลาง : คะแนนรวม 17-30 โดยข้อ 2, 3, 4, 6, 8 ทุกข้อ มีค่าคะแนนน้อยกว่า 4 คะแนน
3. ระดับรุนแรง : คะแนนตั้งแต่ 31 ขึ้นไป มีค่าคะแนนในข้อ 2, 3, 4, 6, 8 ข้อใดข้อหนึ่ง มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน

3.4.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ โดยให้ทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องว่างและเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่ได้พัฒนามาจาก Farragher (1999 อ้างถึงใน สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยนอก ซึ่งประกอบด้วย การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยา และความสามารถในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ลักษณะของเครื่องมือ

ใช้มาตราวัดค่า 4 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคย จำนวน 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้านโดยคำถาม ข้อที่ 1-8 เป็นด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาและ ข้อที่ 9-16 เป็นด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ข้อคำถาม แบ่งออกเป็นข้อความทางลบ 7 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 3, 5, 8, 12, 15 และข้อความทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 16 โดยมีเกณฑ์ดังนี้ เกณฑ์การวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน คะแนน ข้อความทางบวก 4 คะแนน ข้อความทางลบ 1 คะแนน บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกวัน ข้อความทางบวก 3 คะแนน ข้อความทางลบ 2 คะแนน นาน ๆ ครั้ง หมายถึง นาน ๆ ปฏิบัติครั้ง ข้อความทางบวก 2 คะแนน ข้อความทางลบ 3 คะแนน ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย ข้อความทางบวก 1 คะแนน ข้อความทางลบ 4 คะแนน

การแปลผลคะแนน ภาพรวมโดยคะแนนเต็มทั้งฉบับ 64 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วงดังนี้

คะแนน < 21 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ

คะแนน 21-42 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องปานกลาง

คะแนน > 42 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสของ สุกัญญา คำผา (2555) มาประยุกต์ใช้ในการวัดพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของ



ผู้ป่วยจิตเภท โดยสร้างแบบประเมินให้เหมาะสมกับการวัดในการรับประทานยาจิตเวช โดยมีวิธีวัด 2 วิธี ได้แก่ การรายงานโดยผู้ป่วย (Self-report) และการนับเม็ดยา (Pill count)

1. การรายงานโดยผู้ป่วย (Self-report) ลักษณะคำถามเป็นแบบลักษณะวัดปริมาณความถี่ โดยสอบถามจำนวนครั้งการรับประทานยาต้านโรคจิตไม่ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่งหรือไม่ตรงเวลาก่อนหรือหลัง 30 นาที ในรอบ 4 สัปดาห์ หรือ 28 วันที่ผ่านมา การตอบคำถามกำหนดให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มีและมี โดยให้ ระบุจำนวน แล้วนำมาคำนวณพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ตามสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\%Adherence = \frac{\text{จำนวนครั้งในการกินยา} - \text{จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบ}}{\text{จำนวนครั้งในการกินยา}} \times 100$$

2. การนับเม็ดยา (Pill count) ลักษณะคำถามเป็นแบบลักษณะวัดปริมาณความถี่ โดยสอบถามและนับจำนวน เม็ดยาที่เหลือในวันที่มาพบเจ้าหน้าที่ตามนัด แล้วนำมาคำนวณพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทตามสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\%Adherence = \frac{\text{จำนวนเม็ดยาที่จ่าย} - \text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ}}{\text{จำนวนวันที่ติดตาม} \times \text{จำนวนเม็ดยาต่อวัน}} \times 100$$

ค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงร้อยละ 0 - 100 ค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 สามารถลดความเสี่ยงของอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

แบบประเมินที่ใช้บันทึกอาการไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช เลิงนกทา

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ โดยให้ทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องว่างและเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 6 แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว

เพื่อประเมินพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารคู่มือการดูแลโรคจิตเภทสำหรับครอบครัวและผู้นำชุมชน ของ ณรงค์ อึ้งตระกูล (2552) ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบผิดหรือไม่รู้ ให้ 0 คะแนน

ผลคะแนนของการวัดพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล อยู่ในช่วงคะแนน 0-10 คะแนน การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวมใช้วิธีอิงเกณฑ์ (Criterion Reference) ของ Bloom (1971) มีเกณฑ์แบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้



คะแนนเฉลี่ย 8 - 10 (>80%) หมายถึง ความรู้ระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 6 - 7 (60-79%) หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0 - 5 (<60%) หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ

3.4.4 การสร้างเครื่องมือในการวิจัย

3.4.4.1 ศึกษาเอกสาร เนื้อหา แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.4.4.2 กำหนดขอบเขต โครงสร้างเนื้อหา และทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ นำมาสร้างข้อความให้ครอบคลุมเนื้อหา วัตถุประสงค์ของการวิจัยและวัตถุประสงค์

3.4.4.3 สร้างคำถาม เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกินยา พฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์ ความต่อเนื่องในการรับประทานยาและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

3.5 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.5.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้มีประสบการณ์และเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านโรคจิตเวชจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษา ก่อนนำไปเก็บข้อมูล ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ประกอบด้วย

1. นายแพทย์ราชันย์ จันทร์อ่อน นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร

2. เกศษกรหญิงพิชญภา สีกา เกศษกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม และคุ้มครองผู้บริโภคโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

3. นางจินตนา พลมีศักดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดยโสธร จังหวัดยโสธร

โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาให้คะแนนดังนี้

ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

แล้วนำผลคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา และวัตถุประสงค์ (Index of item – objective congruence : IOC) ตามสูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{n}$$

เมื่อ IOC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์และเนื้อหา

$\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

n แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

ใช้เกณฑ์พิจารณาค่า IOC แต่ละหัวข้อ ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปถือว่ามีความเที่ยงตรง ใช้ได้ จากนั้นทำการตรวจสอบแก้ไขให้ถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ตรงตามเนื้อหา หากพบว่าผู้เชี่ยวชาญ



มีความเห็นไม่ตรงกัน ผู้วิจัยเลือกใช้ความเห็นที่สอดคล้องกันจาก 2 ใน 3 คน แล้วนำไปปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ หลังจากนั้นนำไปเสนออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์อีกครั้ง เพื่อแก้ไขให้มีความถูกต้อง และมีความครอบคลุมเนื้อหามากขึ้นในทุกหัวข้อ

3.5.2 การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่รับยาจิตเวชที่โรงพยาบาลกุดชุม อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นอำเภอที่มีลักษณะประชากร การให้บริการและคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย จากนั้นนำผลการทดลองใช้เครื่องมือมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราซ (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้านเนื้อหา จากผลการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.710

3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

3.6.1 ผู้วิจัยได้ดำเนินงานวิจัยตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

3.6.1.1 ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการก่อนการวิจัยและการพัฒนาเครื่องมือ

1) ผู้วิจัยนำหนังสือจากฝ่ายบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม แจ้งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา โรงพยาบาลกุดชุม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธรเพื่อขออนุญาตผู้บริหารหน่วยงานในการศึกษาวิจัย

2) ติดต่อประสานงานเพื่อสร้างความเข้าใจกับผู้บริหารของหน่วยงาน เจ้าหน้าที่หน่วยงาน ต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และ บทบาทต่าง ๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้หน่วยงานต่าง ๆ ให้ความร่วมมือ และเพื่อการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ

3) เตรียมความพร้อมทีมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เทคนิคและขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ทำความเข้าใจกับแบบสอบถาม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

4) จัดเตรียมรายชื่อผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ตามคุณสมบัติที่ตั้งไว้จากทะเบียนผู้ป่วย

5) ผู้วิจัยเข้าพบกับผู้ป่วยและผู้ดูแลตามคุณสมบัติ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

6) ชี้แจงแนวทางการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเข้าใจ

7) เก็บข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง

8) เตรียมจัดอุปกรณ์สำหรับการวิจัย ดังนี้

(1) แผนการจัดดำเนินการกิจกรรม และเครื่องมือการเก็บข้อมูล

(2) อุปกรณ์และเอกสารเกี่ยวกับแผนการสอน ประกอบด้วย

(2.1) แผ่นพับเรื่องโรคจิตเภทและยา การจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและแนวทางแก้ไขเบื้องต้น

(2.2) สมุดบันทึกกิจกรรมและการรับประทานยา



(2.3)อุปกรณ์ในการเตือนการรับประทานยา ได้แก่ ปฏิทินการรับประทานยา
ฉลากช่วยในการรับประทานยา

(2.4)แบบบันทึกการให้คำปรึกษาด้านยา

(2.5)แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน

3.6.1.2 ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ตามโปรแกรมการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอ
ครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร
โดยผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาขึ้น มีระยะเวลา 13 สัปดาห์ ดังนี้

ตาราง 3.1 แผนการวิจัยการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัว เพื่อความร่วมมือใน
การดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

สัปดาห์ที่	กิจกรรม
1	<p>การอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับ โรคจิตเภท ยา แนวทางการปฏิบัติ 2. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภท ที่ผ่านมา ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ที่ผ่าน 3. เพื่อหาแนวทางในการดำเนินงานร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท <p>อุปกรณ์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สไลด์นำเสนอ 2. เอกสารประกอบการประชุม <p>สถานที่ - ห้องประชุมหลวงพ่อสิงห์ทอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ระยะเวลา 6 ชั่วโมง</p>
2	<p>กิจกรรมการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองด้วยแบบบันทึกการให้คำปรึกษา วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อตั้งเป้าหมายในรักษาตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว เป็นแรงจูงใจที่นำไปสู่อาการความเจ็บป่วยที่ดีขึ้น 2. เพื่อให้ผู้ดูแลได้ทราบปัญหาด้านยาของผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการดูแล 3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้และเข้าใจภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง <p>อุปกรณ์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แผ่นพับความรู้ 2. สมุดประจำตัวผู้ป่วย 3. แบบสอบถาม 4. แบบบันทึกการให้คำปรึกษา <p>สถานที่ - ห้องให้คำปรึกษาด้านยา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ระยะเวลา 30 นาที</p>



ตาราง 3.1 (ต่อ)

ลำดับที่	กิจกรรม (ต่อ)
3	<p>กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเสริมพลังสร้างแรงจูงใจในการดูแลรักษาตนเองระหว่างทีมหมอครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว</p> <p>วัตถุประสงค์ทั่วไป</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสร้างแรงบันดาลใจและเสริมพลังให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องในเรื่องการใช้ยา และการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 3. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเข้าใจ <p>อุปกรณ์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภท 2. สมุดประจำตัวผู้ป่วย 3. แผ่นพับการให้ความรู้เรื่องยา การจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากยา <p>สถานที่ - บ้านกลุ่มตัวอย่าง</p> <p>ระยะเวลา 30 นาที</p>
6	<p>กิจกรรมการจัดการเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อประเมินผลและกระตุ้นการกินยาและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากยาของผู้ป่วยและผู้ดูแล 2. เพื่อแนะนำ กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยกินยาได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ <p>อุปกรณ์ - แบบบันทึกการให้คำปรึกษาผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>สถานที่ - ห้องให้คำปรึกษาด้านยา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา</p> <p>ระยะเวลา 15 นาที</p> <p>กิจกรรมการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองที่ต่อเนื่องต่อไป</p> <p>วัตถุประสงค์ทั่วไป</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อประเมินผลและติดตามความก้าวหน้าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย 2. เพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ



ตาราง 3.1 (ต่อ)

ลำดับที่	กิจกรรม (ต่อ)
6 (ต่อ)	<p>อุปกรณ์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แบบบันทึกการให้คำปรึกษาผู้ป่วยจิตเภท <p>สถานที่ - ห้องให้คำปรึกษาด้านยา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ระยะเวลา 15 นาที</p>
10	<p>การติดตามผลหลังสิ้นสุดการวิจัย</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อติดตามผลการรักษาหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมเยี่ยมบ้าน 2. ประเมินผลการวิจัยในการเยี่ยมบ้าน <p>อุปกรณ์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แบบบันทึกการให้คำปรึกษาผู้ป่วยจิตเภท 2. แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 3. แบบประเมินพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท 4. แบบประเมินการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 5. แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล <p>สถานที่ - ห้องให้คำปรึกษาด้านยา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ระยะเวลา 30 นาที</p>
14	<p>การยืนยันผลของการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดการวิจัย</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อยืนยันผลของการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อ ความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท <p>อุปกรณ์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แบบบันทึกการให้คำปรึกษาผู้ป่วยจิตเภท <p>อุปกรณ์ (ต่อ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 3. แบบประเมินพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท 4. แบบประเมินการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 5. แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล <p>สถานที่ - ห้องให้คำปรึกษาด้านยา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ระยะเวลา 30 นาที</p>



3.6.1.3 ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลหลังการทดลอง

หลังเสร็จสิ้นการทดลอง 13 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลหลังการทดลอง แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ

3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยเก็บโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้น โดยการเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการใช้ยาและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลหลังจากที่ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมการทดลองตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ และรวบรวมข้อมูล ก่อนและหลังการทดลองจากแบบสัมภาษณ์ รวมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ ครบถ้วนแล้ว จึงนำมาประมวลในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย และวัตถุประสงค์ของการวิจัยด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ดังนี้

3.8.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มผู้ดูแล ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

3.8.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon Matched pairs signed Ranks Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.9 จริยธรรมนักวิจัย

เนื่องจากการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี โดยเคารพในสิทธิผู้ร่วมวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุมัติดำเนินการวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทตามโปรแกรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การ รับรอง PH 055/2559 วันที่ 30 สิงหาคม 2559 และก่อนดำเนินการตามโปรแกรม ผู้วิจัยได้มีการแนะนำตนเองและชี้แจง วัตถุประสงค์ในการวิจัยและขอความยินยอมจากผู้ป่วยจิตเภทก่อนทำการเก็บข้อมูลหรือสัมภาษณ์ ทั้งด้วยวาจาและเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งชี้แจงเรื่องการจัดเก็บข้อมูลเป็นความลับ การใช้ชื่อเป็นเลขรหัส และข้อมูลที่ได้จะไม่นำไปเปิดเผยเป็นรายบุคคล แต่สรุปผลเป็นภาพรวม



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอเลิงนงกา จังหวัดยโสธร เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) โดยการนำทฤษฎีและผลการวิจัยที่ได้ศึกษามาแล้วในบทที่ 2 มาเป็นแนวคิดในการศึกษา โดยศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Desing) โดยกลุ่มทดลองเป็นประชากรกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทและได้รับการส่งต่อมารับยาต่อเนื่องในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนงกาและที่เข้าเกณฑ์ส่งต่อเยี่ยมบ้านจำนวน 20 คน และผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน 20 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ซึ่งได้ผ่านการหาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมระหว่างเดือนตุลาคม 2559- มกราคม 2560 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ในการสื่อความหมายของการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ ที่ใช้ในการนำเสนอ ดังนี้

n แทน จำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่าง

\bar{x} แทน ค่าเฉลี่ย

S.D. แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

p-value แทน ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level)

Z แทน ค่า Wilcoxon ที่ข้อมูลมีจำนวนมาก ค่า Z จากคู่ที่มีผลต่างเป็นลบ จะใช้ค่านี้สำหรับการสรุปผลที่ต้องอาศัยตารางสถิติมาตรฐานของ Z

Wilcoxon Matched pairs signed Ranks Test แทน สถิติทดสอบ เพื่อหาความแตกต่างตามสมมติฐาน

4.2 ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง

4.2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

4.2.3 ประเมินความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท

4.2.4 ประเมินการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

4.2.5 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของลักษณะของกลุ่มผู้ดูแล

4.2.6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล



4.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

4.3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง

ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากร

	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)	
		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	13	65.00
	หญิง	7	35.00
อายุ (ปี)			
	20-30	5	25.00
	31-40	3	15.00
	41-50	6	30.00
	51-60	6	30.00
	Mean = 41.60, S.D. = 11.05, Min = 24.00, Max = 55.00		
ระดับการศึกษา			
	ประถมศึกษา	15	75.00
	มัธยมศึกษา	4	20.00
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	1	5.00
	ปริญญาตรี	0	0.00
	สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00
อาชีพ			
	งานบ้าน	1	5.00
	รับจ้าง	1	5.00
	เกษตรกร	6	30.00
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0.00
	ว่างงาน	12	60.00
รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/เดือน (บาท)			
	น้อยกว่า 3,000 บาท	15	75.00
	มากกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท	5	25.00
	Mean = 3,485.00, S.D. = 2,726.33, Min = 800.00, Max = 10,000.00		



ตาราง 4.1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	14	70.00
คู่	2	10.00
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	4	20.00
อาการข้างเคียงของยาโรคจิตที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน		
น้อย	15	75.00
ปานกลาง	4	20.00
มาก	1	5.00
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
น้อยกว่า 1 ปี	1	5.00
1 – 5 ปี	3	15.00
มากกว่า 5 ปี	16	80.00
Mean = 12.55, S.D. = 9.18, Min = 1.00, Max = 38.00		
ผู้ให้การดูแลท่านเมื่อมีอาการเจ็บป่วย		
บิดา/มารดา	9	45.00
สามี/ภรรยา	1	5.00
บุตร	2	10.00
พี่/น้อง	6	30.00
ญาติ	2	10.00

ตาราง 4.1 พบว่ากลุ่มทดลองมีเพศชายมากที่สุด ทั้งหมด 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 65 มีอายุในช่วง 41-50 ปี และ 51-60 ปี มากที่สุด มีจำนวนเท่ากันคือ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา มากที่สุด จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 มีรายได้เฉลี่ยในครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท มากที่สุด จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 มีสถานภาพโสดมากที่สุด 14 ราย ร้อยละ 70 พบอาการข้างเคียงของยาโรคจิตเวชที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับน้อย มากที่สุดจำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 มีระยะเวลาเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี มากที่สุดจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 และมีผู้ให้การดูแล เมื่อเจ็บป่วยเป็น บิดาหรือมารดามากที่สุดเป็น 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 45



4.3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

ตาราง 4.2 จำนวนของระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง (n = 20)

ระดับคะแนน	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	หลังการทดลอง 1 เดือน
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ (คะแนน < 21)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง (คะแนน 21-42)	3 (15.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับสูง (คะแนน > 42)	17 (85.00)	20 (100.00)	20 (100.00)

จากตาราง 4.2 พบว่าระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา วัดผลก่อนการทดลอง ผู้ป่วยมีระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้องสูงมากที่สุด 17 ราย คิดเป็น ร้อยละ 85 หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้ป่วยมีระดับคะแนนมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้องสูงมากที่สุด 20 ราย คิดเป็น ร้อยละ 100 และหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีระดับคะแนนมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้องสูงมากที่สุด 20 ราย คิดเป็น ร้อยละ 100



ตาราง 4.3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>p</i> - value	Z
		\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการใช้ ยาตามเกณฑ์ การรักษา	20	47.00	5.47	53.65	3.31	<.0001	3.608*

*ระดับนัยสำคัญ 0.05 Wilcoxon Signed Ranks Test

จากตาราง 4.3 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 47.00 และหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เท่ากับ 53.65 พบว่ามีค่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p -value<0.001)

ตาราง 4.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	หลังการทดลอง		หลังการทดลอง 1 เดือน		<i>p</i> - value	Z
		\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา	20	53.65	3.31	54.45	4.48	0.400	-0.842

จากตาราง 4.4 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ตามเกณฑ์การรักษา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 53.65 และหลังการทดลอง 1 เดือน ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย 54.45 พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยที่วัดได้ไม่มีความแตกต่างทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ (p -value=0.40)



ตาราง 4.5 บันทึกอาการทั่วไปผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคล ก่อนและหลังการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน

ผู้ป่วย รายที่	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	หลังการทดลอง 1 เดือน
1	มีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียง คนคุยกัน เสียงคนมาตำหนิ ระแวงกลัวคนมาฆ่า นอนไม่ หลับกลางคืน เลยเปลี่ยนมา นอนกลางวัน ทำงานบ้านได้	ตาเหม่อลอย ถามตอบรู้ เรื่อง ยังมีอาการหูแว่ว	หูแว่วได้ยินเสียงคนคุยกัน มี อาการสีหน้าเรียบเฉย ระแวง กลัวคนมาฆ่า กลางคืนนอนไม่ หลับ นอนกลางวัน ทำงาน บ้านเล็กๆ น้อยๆ ได้ ถามตอบ ได้รู้เรื่อง สอบถามจำนวนยาที่ กินได้ถูกต้อง
2	พูดคุยรู้เรื่อง แต่ไม่ยอมกิน ยากันชัก แนะนำเข้าใจจะ ยอมกินยากันชัก	ทั่วไป ไม่มีหูแว่วและ ภาพหลอน	นอนหลับได้ ไม่มีหูแว่วและ ภาพหลอน ทำงานบ้าน ได้ปกติ
3	มีอาการหงุดหงิดง่าย ถาม ตอบได้ตรงคำถาม มีอาการ เดินไปเดินมา	มีอาการลั่นแข็ง พูดรัว สามารถถามตอบได้รู้เรื่อง	พูดคุยได้รู้เรื่อง ไม่มีอาการ หงุดหงิด พูดชัดเจน อาการลั่นแข็งลดลง
4	มีอาการสับสน พูดตอบไม่รู้ เรื่อง ไม่ค่อยตอบคำถามมี อาการหงุดหงิดเป็นบางครั้ง	ถามตอบตรงคำถาม บางครั้งมีการการพูดคน เดียว หัวเราะคนเดียว กลางคืนนอนหลับได้	ถามตอบตรงคำถาม ยังมีอาการบางครั้งมี การพูดคนเดียว หัวเราะคนเดียว
5	มีอาการระแวงกลัวว่าคนจะ มาทำร้าย	อาการทั่วไปปกติ ไม่มีอาการหูแว่ว กินยาได้เอง	มีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงคน คุยกัน ไม่มีระแวง
6	ไม่ชอบพูด เงียบ ชอบอยู่คน เดียว	ถามตอบตรงคำถาม ไม่ชอบพูด ไม่ชอบไปคุยกับใคร	สีหน้าเรียบเฉย ถามตอบได้ ตรงคำถาม ไม่ชอบพูด มีหงุดหงิดบางครั้ง
7	ผู้ป่วยพูดจารู้เรื่อง รู้ตัวว่า ป่วยเป็นโรคอะไร แต่ยังมี อาการหลงผิด คิดว่าตัวเอง เป็นภรรยาเกษัตริย์	อาการคงเดิม ไม่มีประสาท หลอน หูแว่ว	อาการคงเดิม พูดจาเรื่อย เปื่อย ไม่มีอาการหลงผิด
8	อารมณ์ดี ไม่มีหูแว่ว ภาพ หลอน พูดคุยตอบรู้เรื่อง ผู้ป่วยอยากหายป่วยให้เร็ว ที่สุด	พูดถามตอบรู้เรื่องตรง คำถาม ออกกำลังกายเป็น ประจำ ไม่มีหูแว่ว ภาพ หลอน	พูดถามตอบรู้เรื่องตรงคำถาม ออกกำลังกายเป็นประจำ ไม่มีหูแว่ว ภาพหลอน



ตาราง 4.5 (ต่อ)

ผู้ป่วย รายที่	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	หลังการทดลอง 1 เดือน
9	มีอาการหูแว่ว เหมือนมีคน มาทำร้าย พุดซ้าง นอน หลับได้ ทำงานได้	ไม่มีอาการหูแว่ว ภาพหลอน นอนหลับยาก ไม่มีเรื่อง ระแวงช่วยทำงานบ้านได้	นอนหลับได้ ไม่มีหูแว่วและ ภาพหลอน
10	ถามตอบได้ ตรงคำถาม พุด ตอบได้ ไม่มีหงุดหงิด	ถามตอบตรงคำถาม พุดตอบได้ ไม่มีหงุดหงิด ไม่มีหวาดระแวง	กินยาได้ปกติ ถามตอบได้ พุดตอบได้ ไม่มีหงุดหงิด ไม่มีหวาดระแวง
11	เวลาพุดมีอาการลั่นแข็ง มี อาการเดินไปมา ตลอดเวลา กลางวัน ตัวสั่น ขาสั่น กลางคืนนอนหลับได้ ไม่มีหู แว่ว ภาพหลอน ทำปาก ขมขมิบเหมือนพุดคนเดียว	ถามตอบได้ตรงคำถาม ไม่มีหูแว่ว ภาพหลอน	ถามตอบได้ตรงคำถาม คำถาม ไม่มีหูแว่วและ ภาพหลอน
12	มีเรื่องกังวล นอนหลับได้ ไม่ มีอาการหูแว่ว ภาพหลอน มี มารดาช่วยดูแลเรื่องยา	ไม่มีอาการหูแว่ว ภาพหลอน มีมารดาช่วยดูแลเรื่องยา ไม่ขาดยา	อารมณ์ดี ถามตอบได้ตรง คำถาม ทำงานเป็นหมอดู
13	มาตามนัด กลางคืนนอน หลับได้ พี่สาวดูแล ไม่มี ระแวง หูแว่ว	ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ ของแพทย์ มีครอบครัวดูแล ใกล้ชิด	พุดคุยรู้เรื่อง ไม่มีหงุดหงิด
14	มีอาการอารมณ์ดี มักจะ หัวเราะคนเดียว ไม่มี หงุดหงิด อยู่บ้านช่วยทำงาน ได้ ปลูกมันสำปะหลัง	ไม่มีอาการระแวงและหูแว่ว ทำงานได้ตามปกติ ช่วย ทำงานได้	ไม่มีอาการระแวงและหูแว่ว บางครั้งลืมกินยา
17	สีหน้าเรียบเฉย ถามคำตอบ คำ พุดน้อย กลางคืนนอนได้ ไม่มีพุดบ่นคนเดียว กิจวัตร ประจำวันต้องกระตุ้น อาการตัวแข็งลดลง ตาค้าง เป็นบางครั้ง ไม่มีพฤติกรรม หรือคำพุดที่พยายาม ฆ่าตัวตาย	พุดน้อย ถามตอบได้แต่ไม่ สบตาผู้พุด กิจวัตรประจำวัน ต้องกระตุ้น	พุดน้อย ไม่สบตาผู้พุด ถามตอบได้ ต้องกระตุ้นให้ทำ กิจวัตรประจำวัน



ตาราง 4.5 (ต่อ)

ผู้ป่วย รายที่	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	หลังการทดลอง 1 เดือน
18	ขณะพูดคุย ไม่สบตา นอนหลับได้ ไม่มีหูแว่ว มีภาพหลอน ระแวงคนมาฆ่า	ไม่สบตาขณะพูด มีอาการลึนแข็ง ไม่มีหูแว่วและภาพหลอน พูดคนเดียวเป็นบางครั้ง บิดาเป็นคนดูแล เรื่องการกินยาให้ตรงเวลา	ไม่สบตาขณะพูด มีอาการเหมือนลึนแข็งเวลาที่พูด
19	พูดคุยรู้เรื่องดี ไม่มีหูแว่ว ภาพหลอน มีอาการระแวงกลัวคนมาทำร้าย ได้ยินเสียงอื้อๆ ไม่เป็นภาษา นอนหลับได้ มีอาการแน่นหน้าอกเป็นบางครั้ง น้องสาวดูแลจัดยาให้	มีสีหน้ายิ้มแย้ม ไม่มีหูแว่ว ภาพหลอน มีอาการระแวงกลัวคนมาฆ่า ตกใจง่าย หงุดหงิดง่าย แต่เลิกทำลายข้าวของ ทำงานบ้าน เลี้ยงวัวได้	ไม่มีหูแว่วและภาพหลอน มีอาการระแวง กลัวคนมาฆ่า ตกใจง่าย
20	ผู้ป่วยมีความต้องการหยุดกินยา เนื่องจากเชื่อว่าไม่มีอาการผิดปกติแล้ว เพราะกินยามานานหลายปีพูดคุยได้ปกติ ถามตอบได้รู้เรื่อง	พูดคุยได้รู้เรื่อง ไม่มีหูแว่ว และประสาทหลอน อยากหยุดกินยา แต่เข้าใจแล้วว่าไม่สามารถหยุดยาได้	อยากหยุดกินยา แต่ก็ยอมรับที่จะกินยาต่อ ยอมรับว่าตัวเองป่วย

สรุปประเด็นอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้จากการสังเกต

ด้านอาการแสดงของโรคจิตเภท ผู้ป่วยยังมีอาการหูแว่ว มีภาพหลอน แต่สามารถตอบคำถามได้ ถามตอบได้รู้เรื่อง อาการหวาดระแวงลดลง หลังการทดลอง 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยยังคงมีอาการหูแว่ว ภาพหลอน แต่อาการหวาดระแวงกลัวคนมาทำร้ายลดลง ไม่มีอารมณ์หงุดหงิด

ด้านสังคม ผู้ป่วยบางรายที่มีพฤติกรรมไม่ชอบออกไปพบปะสังคม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่า พฤติกรรมดังกล่าวก็ยังคงอยู่เช่นเดิม ผู้ป่วยยังคงอยู่แต่ในบ้านไม่ออกไปพูดคุยกับเพื่อนบ้านเช่นเดิม

ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย หลังการทดลองผู้ป่วยบางรายสามารถจัดยากินเองได้ หลังการทดลอง 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยบางราย ยังคงลืมหินยาเป็นบางครั้ง

ด้านอาการข้างเคียงจากยา พบว่า ผู้ป่วยที่มีพุดรั้ว คล้ายอาการลึนแข็ง หลังการทดลอง 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยเริ่มพุดชัดเจนนมากขึ้น อาการลึนแข็ง พุดรั้วลดลง



4.3.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาผู้ป่วยจิตเภท

ตาราง 4.6 จำนวนและร้อยละค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยวิธีการรายงานโดยผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	หลังการทดลอง		หลังการทดลอง 1 เดือน	
		จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
		<80.00	≥80.00	<80.00	≥80.00
ค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการ รับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลอง	20	0 (0.00)	20 (100.00)	2 (10.00)	18 (90.00)

จากตาราง 4.6 ตารางประเมินค่าความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยวิธีการรายงานโดยผู้ป่วย หลังการทดลองพบว่า ค่าความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง วัดด้วยวิธีการรายงานโดยผู้ป่วยมีค่าความร่วมมือมากกว่าร้อยละ 80 จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 และหลังการทดลอง 1 เดือน ค่าความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าร้อยละ 80 จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 90 พบว่ามีค่าความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทลดลง

ตาราง 4.7 จำนวนและร้อยละค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท วัดโดยวิธีนับเม็ดยา

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	หลังการทดลอง		หลังการทดลอง 1 เดือน	
		จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
		<80.00	≥80.00	<80.00	≥80.00
ค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการ รับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลอง	20	2 (10.00)	18 (90.00)	6 (30.00)	14 (70.00)

จากตาราง 4.7 ตารางประเมินพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยวิธีนับเม็ดยาหลังการทดลองพบว่า ค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วย



จิตเภทหลังการทดลอง วัดด้วยวิธีการรายงานโดยผู้ป่วยมีค่าความร่วมมือมากกว่าร้อยละ 80 จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 90 และหลังการทดลอง 1 เดือน ค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าร้อยละ 80 จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 พบว่ามีค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทลดลง

4.3.4 ประเมินการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ตาราง 4.8 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเวช ก่อนและหลังการทดลอง

ผู้ป่วยรายที่	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	หลังการทดลอง 1 เดือน
1	ปากแห้ง คอแห้ง	ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการ
2	Sedation	ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการ
3	ไม่มีอาการ	Acute dystonia	Acute dystonia
4	Acute dystonia	ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการ
7	Constipation	ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการ
8	ปากแห้ง คอแห้ง	ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการ
11	Acute dystonia	ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการ
15	Tardive dyskinesia	Tardive dyskinesia	Tardive dyskinesia
17	Acute dystonia	ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการ

จากตาราง 4.8 พบว่า ก่อนการทดลองพบผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์จากยาจิตเวชทั้งหมด 9 ราย หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการอาการไม่พึงประสงค์จากยาลดลง เหลือ 2 ราย และหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยที่ยังมีอาการไม่พึงประสงค์จากยา 2 ราย

ตาราง 4.9 จำนวนและร้อยละการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเวช ก่อนและหลังการทดลอง

	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	หลังการทดลอง 1 เดือน
การเกิดอาการไม่พึง ประสงค์จากยาจิตเวช	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
พบ	8 (40.00)	2 (10.00)	2 (10.00)
ไม่พบ	12 (60.00)	18 (90.00)	18 (90.00)



จากตาราง 4.9 พบว่าก่อนการทดลอง มีผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาจิตเวช จำนวนทั้งสิ้น 8 ราย มี 6 ราย เกิดจากยาต้านจิตเวชกลุ่มเก่า อีก 2 รายเกิดจากยาในกลุ่ม Anticholinergic drugs หลังติดตามอาการไม่พึงประสงค์ หลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์ลดลงเหลือ 2 ราย

กรณีศึกษาการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านจิตเวช

ผู้ป่วยรายที่ 3 เมื่อเริ่มต้นผู้ป่วยไม่มี อาการไม่พึงประสงค์จากยา หลังจากเข้าร่วมการทดลอง พบว่า มีอาการคลื่นไส้ พุดไม่ชัด ทำการแก้ไข โดยการปรับเพิ่มยาในกลุ่ม Anticholinergic : Trihexylphrenedyl เพิ่ม เพื่อลดอาการ

ผู้ป่วยรายที่ 15 ผู้ป่วยมีอาการ Tardive dyskinesia ตั้งแต่แรกรับ ทำการแก้ไข โดยการปรับเพิ่มยาในกลุ่ม Anticholinergic : Trihexylphrenedyl เพิ่ม เพื่อลดอาการ แต่อาการไม่ดีขึ้น เมื่อติดตามอาการต่อไป อาการไม่ดีขึ้น จึงให้ส่งปรึกษา จิตแพทย์ เพื่อทำการปรับยาใหม่ พบว่า ล่าสุดอาการข้างเคียงจากยาดังกล่าวดีขึ้น

4.3.5 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของลักษณะของกลุ่มผู้ดูแล

ตาราง 4.10 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	30.00
หญิง	14	70.00
อายุ		
20-30 ปี	2	10.00
31-40 ปี	1	5.00
41-50 ปี	7	35.00
51-60 ปี	5	25.00
มากกว่า 60 ปี	5	25.00
Mean = 50.80 ,S.D. = 13.20 ,Min = 23.00 ,Max = 76.00		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	16	80.00
มัธยมศึกษา	4	20.00
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	0	0.00
ปริญญาตรี	0	0.00
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00



ตาราง 4.10 (ต่อ)

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
งานบ้าน	0	0.00
รับจ้าง	2	10.00
เกษตรกร	15	75.00
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0.00
อื่นๆ	3	15.00
รายได้ของผู้ดูแลเฉลี่ย/เดือน		
น้อยกว่า 3,000	15	75.00
มากกว่า 3,000	5	25.00
Mean = 2,965.00, S.D. = 2560.07, Min = 0.00, Max = 10,000.00		
สถานภาพสมรส		
โสด	2	10.00
คู่	13	65.00
หย่า/หม้าย/ร้าง/แยกคู่	5	25.00
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา/มารดา	9	45.00
สามี/ภรรยา	1	5.00
พี่/น้อง	6	30.00
ญาติ	3	15.00
การดูแลผู้ป่วยด้านการรับประทานยา		
ญาติจัดให้กินทุกครั้ง	8	40.00
ญาติจัดให้กินบางครั้ง	4	20.00
ผู้ป่วยกินยาเอง ญาติมีหน้าที่คอยเตือน	8	40.00
ผู้ป่วยกินยาเอง ญาติมีหน้าที่พามาพบแพทย์ทุกครั้งที่นัด	0	0.00
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย		
น้อยกว่า 1 ปี	4	20.00
1-5 ปี	2	10.00
มากกว่า 5 ปี	14	70.00
Mean = 11.15, S.D. = 9.44, Min = 1.00, Max = 38.00		
ระยะเวลาที่ผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน		
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	3	15.00
6-12 ชั่วโมง	5	25.00
13-18 ชั่วโมง	0	0.00
18-24 ชั่วโมง	12	60.00
Mean = 17.60, S.D. = 9.44, Min = 2.00, Max = 24.00		



จากตาราง 4.10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 มีอายุในช่วงอายุ 41-50 ปี มากที่สุด 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 35 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มากที่สุด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 80 ประกอบอาชีพเกษตรกร มากที่สุดจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 75 รายได้ของผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 สถานภาพของผู้ดูแลมีสถานภาพเป็นคู่ มากที่สุด จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 65.00 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดาหรือมารดา มากที่สุด จำนวน 9 ราย คน คิดเป็นร้อยละ 45.00 มีการดูแลผู้ป่วยด้านการรับประทานยาโดยทำหน้าที่ญาติจัดให้กินทุกครั้งและผู้ป่วยกินยาเอง ญาติมีหน้าที่คอยเตือน มากที่สุดเท่ากันจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลามากกว่า 5 ปี มากที่สุด 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 และระยะเวลาที่ผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันเป็น 18-24 ชั่วโมงมากที่สุด จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.00

4.3.6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

ตาราง 4.11 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

ระดับคะแนน	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	หลังการทดลอง 1 เดือน
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
พฤติกรรมในการดูแลระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 5 (<60%)	9 (45.00)	0 (0.00)	1 (5.00)
พฤติกรรมในการดูแลระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 6 - 7 (60-79%)	4 (20.00)	4 (20.00)	0 (0.00)
พฤติกรรมในการดูแลระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 8 - 10 (>80%)	7 (35.00)	16 (80.00)	19 (95.00)

จากตาราง 4.11 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล คะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนการทดลอง อยู่ในระดับ ความรู้ระดับต่ำมากที่สุดทั้งสิ้น 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.00 ค่าคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล หลังการทดลองอยู่ในระดับ ความรู้ระดับสูงมากที่สุด ทั้งสิ้น 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.00 และค่าเฉลี่ยคะแนนของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล พบว่ามีค่าเพิ่มขึ้น และหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่าอยู่ในระดับความรู้ ระดับสูงมากที่สุด ทั้งสิ้น 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.00



ตาราง 4.12 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p - value	Z
		\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
คะแนน พฤติกรรมใน การดูแลผู้ป่วย จิตเภทของผู้ดูแล	20	6.75	1.71	8.70	1.12	<.0001	3.280*

*ระดับนัยสำคัญ 0.05 Wilcoxon Signed Ranks Test

จากตาราง 4.12 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเท่ากับ 6.75 และค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองมีค่าคะแนนเท่ากับ 8.70 พบว่ามีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

ตาราง 4.13 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล หลังการทดลอง 1 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	หลังการทดลอง		หลังการทดลอง 1 เดือน		p - value	Z
		\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
คะแนนพฤติกรรมใน การดูแลผู้ป่วยจิต เภทของผู้ดูแล	20	8.70	1.1 2	8.95	1.19	0.219	-1.228

จากตาราง 4.13 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองมีค่าคะแนนเท่ากับ 8.70 และค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง 1 เดือน มีค่าคะแนนเท่ากับ 8.95 พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ($p\text{-value}=0.219$)



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment Study) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) โดยการนำทฤษฎีและผลการวิจัยที่ได้ศึกษามาแล้วในบทที่ 2 เพื่อนำมาใช้เป็นแนวคิดในการศึกษาเรื่องการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง โดยศึกษาในกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน ในพื้นที่อำเภอลำปาง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ซึ่งได้สรุปผลการศึกษาดังนี้

- 5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 5.2 สรุปผล
- 5.3 อภิปรายผล
- 5.4 ข้อเสนอแนะ
- 5.5 ข้อจำกัดในการวิจัย

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง

- 5.1.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตัวของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอลำปาง
- 5.1.2 เพื่อศึกษาพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอลำปาง
- 5.1.3 เพื่อศึกษาการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอลำปาง
- 5.1.4 เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว ในอำเภอลำปาง

5.2 สรุปผล

5.2.1 ข้อมูลและร้อยละของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองมีเพศชายมากที่สุด ทั้งหมด 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 65 มีอายุในช่วง 41-50 ปี และ 51-60 ปี มากที่สุด มีจำนวนเท่ากันคือ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา มากที่สุด จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด จำนวน



12 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 มีรายได้เฉลี่ยในครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท มากที่สุด จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 มีสถานภาพโสดมากที่สุด 14 ราย ร้อยละ 70 พบอาการข้างเคียงของยาโรคจิตเวชที่มีผลกระทบต่อการทำงานประจำวันในระดับน้อย มากที่สุดจำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.00 มีระยะเวลาเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี มากที่สุดจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 และมีผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยเป็น บิดาหรือมารดามากที่สุดเป็น 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 45

5.2.2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

5.2.2.1 การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

วัดผลก่อนการทดลอง ผู้ป่วยมีระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องสูงมากที่สุด หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ผู้ป่วยมีระดับคะแนนมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องสูงมากที่สุด และทำการวัดหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องที่ระดับสูงมากที่สุด พบว่าค่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังการทดลองมีค่าคะแนนระดับสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์เมื่อทำการวัดหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน ค่าคะแนนเฉลี่ยที่วัดได้ไม่มีความแตกต่างทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value}=0.400$)

5.2.2.2 พฤติกรรมการใช้ยาจากการสังเกตผู้ป่วย

สรุปเป็นประเด็นในด้านการสังเกตได้ ทั้งหมด 4 ด้าน

ด้านอาการแสดงของโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยยังคงมีอาการทางจิต แต่สามารถสนทนาได้ปกติ ดำเนินชีวิตประจำวันได้

ด้านสังคม พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมชอบอยู่คนเดียว ไม่พบปะสังคม อาการดังกล่าวยังคงอยู่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมเดิมของผู้ป่วยที่ไม่ชอบพบปะสังคม

ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายสามารถจัดยากินเองได้ ผู้ป่วยบางราย ยังคงลืมกินยาเป็นบางครั้ง

ด้านอาการข้างเคียงจากยา พบว่า อาการข้างเคียงจากยามีอาการลดลง เมื่อรับประทานยาไประยะเวลาหนึ่งอาการไม่พึงประสงค์จะดีขึ้น บางรายจะไม่มีอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าว

5.2.3 พฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท

5.2.3.1 พฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยวิธีการรายงานโดยผู้ป่วย

พฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยวิธีการรายงานโดยผู้ป่วย หลังการทดลองพบว่า ค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง วัดด้วยวิธีการรายงานโดยผู้ป่วยมีค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาร้อยละ 80 มีค่ามากกว่าผู้ป่วยมีค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาน้อยกว่าร้อยละ 80 และทำการวัดหลังการทดลอง 1 เดือน ค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยามากกว่าร้อยละ 80 พบว่าค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทลดลง



5.2.3.2 พฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยวิธีนับเม็ดยา

พฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยวิธีนับเม็ดยาลหลังการทดลองพบว่า ค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองวัดด้วยวิธีการรายงานโดยผู้ป่วยมีค่าความร่วมมือมากกว่าร้อยละ 80 มากกว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาน้อยกว่าร้อยละ 80 ทำการวัดหลังการทดลอง 1 เดือน ค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าร้อยละ 80 พบว่ามีค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาลดลง

5.2.4 การจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

ก่อนการทดลอง มีผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาจิตเวชจำนวนทั้งสิ้น 8 ราย หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์ลดลง เหลือ 2 ราย เนื่องจากว่าการใช้ยาต้านจิตเวช การเกิดอาการไม่พึงประสงค์สามารถแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ได้ด้วยยากลุ่ม Anticholinergic drugs หรือจากการที่ร่างกายสามารถปรับตัวได้กับยา ดังนั้นอาการข้างเคียงดังกล่าวผู้ป่วยสามารถจัดการอาการดังกล่าวได้และสามารถหายได้เอง

5.2.5 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้ดูแล

พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 มีอายุในช่วงอายุ 41-50 ปี มากที่สุด 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 35 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มากที่สุด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 80 ประกอบอาชีพเกษตรกร มากที่สุดจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 75 รายได้ของผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 สถานภาพของผู้ดูแลมีสถานภาพเป็นคู่ มากที่สุด จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 65.00 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดาหรือมารดา มากที่สุด จำนวน 9 ราย คน คิดเป็นร้อยละ 45.00 มีการดูแลผู้ป่วยด้านการรับประทานยาโดยทำหน้าที่ญาติจัดให้กินทุกครั้งและผู้ป่วยกินยาเอง ญาติมีหน้าที่คอยเตือน มากที่สุดเท่ากัน จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลามากกว่า 5 ปี มากที่สุด 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 และระยะเวลาที่ผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันเป็น 18-24 ชั่วโมงมากที่สุด จำนวน 12 รายคิดเป็นร้อยละ 60.00

5.2.6 พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

ค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ค่าคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนการทดลอง อยู่ในระดับ ความรู้ระดับต่ำมากที่สุด ค่าคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังการทดลอง อยู่ในระดับ ความรู้ระดับสูงมากที่สุด และค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล เมื่อทำการวัดหลังการทดลอง 1 เดือนพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมอยู่ในระดับ ความรู้ระดับสูงมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองกับค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.219$)



5.3 อภิปรายผล

5.3.1 ระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องสูงมากที่สุด 17 ราย คิดเป็น ร้อยละ 85 หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ผู้ป่วยมีระดับคะแนนมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องสูงมากที่สุด 20 ราย คิดเป็น ร้อยละ 100 และทำการวัดการทดลอง 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีระดับคะแนนมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องสูงมากที่สุด 20 ราย คิดเป็น ร้อยละ 100 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 47.00 และหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เท่ากับ 53.65 พบว่ามีค่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เมื่อทำการวัดหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์พบว่าคะแนนหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย 54.45 ค่าคะแนนเฉลี่ยที่วัดได้ ไม่มีความแตกต่างทางสถิติความเชื่อมั่น ($p\text{-value} > 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรเพ็ญ สุทธิชัยโชติ และคณะ (2556: 75-86) กล่าวว่า การสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเภทต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลอง เท่ากับ 46.83 และหลังการทดลองใน 2 สัปดาห์ 1, 3 และ 6 เดือนตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 76.24, 71.45 และ 58.75 คะแนนตามลำดับ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภท

สอดคล้องกับการศึกษาของ เขียวภา ไตรพฤษชาติ (2554) ศึกษาเกี่ยวข้อผลการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจในการร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาที่ตึกเฟื่องฟ้า ด้วยการให้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทแบบรายบุคคล จากผลการศึกษาพบว่า หลังการบำบัดและในระยะติดตามผล ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการรับประทานยามากขึ้น มีความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะรับประทานยาจิตเวชมากขึ้นและมีพฤติกรรมในการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ได้อย่างถูกต้องในระดับสูง และมีอาการทางจิตลดลง ทั้งผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการบำบัดในระดับมาก

สอดคล้องกับการศึกษาของ พัสนี สิทธิคุณ (2551) การศึกษาเกี่ยวกับ การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อเนื่อง มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะได้รับการรักษาด้วยยาจิตเวชสูงกว่าก่อนการศึกษา ญาติผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีและมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยเหมาะสม

5.3.2 ข้อมูลจากการสังเกตของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับอาการทั่วไปของผู้ป่วย

สรุปประเด็นอาการที่ได้จากการสังเกต เป็น 4 ด้าน

ด้านอาการแสดงของโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยยังคงมีอาการทางจิต แต่สามารถสนทนาได้ปกติ ดำเนินชีวิตประจำวันได้



ด้านสังคม พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมชอบอยู่คนเดียว ไม่พบปะสังคม อาการดังกล่าว ยังคงอยู่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมเดิมของผู้ป่วยที่ไม่ชอบพบปะสังคม

ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายสามารถจัดยากินเองได้ ผู้ป่วยบางราย ยังคงลืมกินยาเป็นบางครั้ง

ด้านอาการข้างเคียงจากยา พบว่า อาการข้างเคียงจากยามีอาการลดลง เมื่อรับประทานยา ไประยะเวลาหนึ่งอาการไม่พึงประสงค์จะดีขึ้น บางรายจะไม่มีอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าว

5.3.3 การประเมินพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประชนานยาของผู้ป่วยจิตเภท

5.3.3.1 การประเมินพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประชนานยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยวิธีการรายงานโดยผู้ป่วย หลังการทดลองพบว่า ค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประชนานยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง วัดด้วยวิธีการรายงานโดยผู้ป่วยมีค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประชนานยามากกว่าร้อยละ 80 และทำการวัดสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน ค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประชนานยาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประชนานยาของผู้ป่วยจิตเภทลดลง

5.3.3.2 การประเมินพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประชนานยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยวิธีนับเม็ดยาหลังการทดลองพบว่า ค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประชนานยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง วัดด้วยวิธีการรายงานโดยผู้ป่วยมีค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประชนานยา ร้อยละ 80 และทำการวัดหลังการทดลอง 1 เดือน ค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประชนานยาของผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าร้อยละ 80 พบว่ามีค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประชนานยาของผู้ป่วยจิตเภทลดลง

ผลการประเมินหลังการทดลอง ด้านพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประชนานยาโดยวิธีการรายงานโดยผู้ป่วยและพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประชนานยาโดยวิธีการรายงานโดยวิธีนับเม็ดยา พบว่าการวัดด้วยการนับเม็ดยา ค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประชนานยามีค่าน้อยกว่าวิธีการรายงานโดยผู้ป่วย เมื่อทำการวัดหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่าการประเมินด้านพฤติกรรมความต่อเนื่องการรับประชนานยา โดยวิธีการรายงานโดยผู้ป่วย และพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประชนานยาโดยวิธีการรายงานโดยวิธีนับเม็ดยา พบว่าการประเมินด้านพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประชนานยาด้วยวิธีนับเม็ดยา มีค่าน้อยกว่าวิธีการรายงานโดยผู้ป่วย ทั้งหลังการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน เนื่องจากการที่ผู้ตอบแบบสอบถามอาจตอบตามความต้องการให้เป็นไปตามที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องการให้เป็นอย่างมากที่สุด จึงทำให้ค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประชนานยาโดยวิธีการรายงานโดยผู้ป่วยมีค่ามากกว่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประชนานยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยวิธีนับเม็ดยา สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ มุลารัตน์เสถียร (2554) ศึกษาพบว่า วิธีการวัดความร่วมมือทั้ง 2 แบบ คือ การวัดพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประชนานยาโดยวิธีการรายงานโดยผู้ป่วยและวิธีการนับเม็ดยา ได้อัตราความร่วมมือที่ใกล้เคียงกัน พบว่าการวัดพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประชนานยาโดยวิธีการรายงานโดยผู้ป่วย และพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประชนานยาโดยวิธีการรายงานโดยวิธีนับเม็ดยา พบว่าการรายงานโดยผู้ป่วยโดยตรงจะมีค่ามากกว่าด้วยวิธีนับเม็ด



สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธีกาญจน์ ไชยลาภ และอังสนา วิริยโกศล (2557: 139-154) ศึกษาการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนหลังกลับคืนสู่สังคม พบว่าการพัฒนาทักษะในด้านต่าง ๆ ทั้ง 4 ด้าน คือ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการทำงาน ทักษะด้านสังคม และทักษะการใช้ชีวิตในสังคม พบว่าผู้ป่วยที่มีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะมีทักษะทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับสูงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับประทาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.3.4 การจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

ก่อนการทดลอง มีผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาจิตเวชจำนวนทั้งสิ้น 9 ราย โดย 6 ราย เกิดจากยาต้านจิตเวชกลุ่มเก่า อีก 3 รายเกิดจาก ยากลุ่ม Anticholinergic drugs หลังติดตามอาการไม่พึงประสงค์ หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์ลดลง เหลือ 2 ราย เนื่องจากว่าการใช้ยาต้านจิตเวชนั้น การเกิดอาการไม่พึงประสงค์สามารถแก้อาการไม่พึงประสงค์ได้ด้วยยากลุ่ม Anticholinergic drugs หรือจากการที่ร่างกายสามารถปรับตัวเมื่อรับยาต่อเนื่อง ดังนั้นอาการข้างเคียงดังกล่าวจะหายได้เอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนิดา เสนาคำ (2551) พบว่าการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ โดยผู้ป่วยโดยตรง สามารถทำให้ผู้ป่วยป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้มากขึ้น และสามารถจัดการอาการดังกล่าวได้อย่างถูกวิธี

5.3.5 พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

ค่าคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนการทดลองอยู่ในระดับความรู้ระดับต่ำ มากที่สุด ค่าคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังการทดลองอยู่ในระดับความรู้ระดับสูง มากที่สุด และค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล พบว่ามีค่าเพิ่มขึ้น เมื่อทำการวัดหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน พบว่า อยู่ในระดับความรู้ระดับสูงมากที่สุด เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังการทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองมีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ความเชื่อมั่น ($p\text{-value} < 0.05$) และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังการทดลองเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างทางสถิติความเชื่อมั่น ($p\text{-value} = 0.219$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมกมล อรรถทิมากุล และ อรพรรณ ลีอนุชวัช (2558) พบว่า การศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวแก่ผู้ดูแลกับการลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว ซึ่งทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น สมาชิกในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเองและดูแลสุขภาพครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทได้ ช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบป่วย



5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ควรมีการศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงรูปแบบการให้บริการของคลินิกสุขภาพจิต ในโรงพยาบาลให้เหมาะสม และความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

5.4.2 ควรมีการศึกษาผลความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการตีมีสุรา สูบบุหรี่ และความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับชุมชน ที่มีผลต่อการใช้รักษา ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวส่งผลต่อการรักษาตนเองของผู้ป่วย

5.4.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

5.4.3.1 หากจะทำการศึกษาวิจัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครั้งต่อไป ในลักษณะเดียวกับงานวิจัยในครั้งนี้ ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาวิจัยให้มากขึ้น เพื่อติดตามพฤติกรรมการใช้ยาว่ามีการปฏิบัติที่ถูกต้องไปโดยตลอดหรือไม่ เพื่อความยั่งยืนในการร่วมมือในการรักษา

5.4.3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบเดิมในพื้นที่ชุมชนที่ใกล้เคียงกัน เพื่อยืนยันผลการวิจัยให้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

5.4.3.3 ควรศึกษากลวิธี และรูปแบบอื่นๆ ที่สนับสนุน หรือมีปัจจัยเกื้อหนุนที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต่อเนื่อง เช่น ความร่วมมือในชุมชน ร้านค้า การใช้มาตรการสังคมเข้ามาช่วยเหลือ เช่น การไม่ขาย สุรา บุหรี่ เครื่องดื่มบำรุงกำลังให้กับผู้ป่วย

5.5 ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย

5.5.1 ในการประเมินด้วยแบบสอบถามครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ผู้ทดลองเป็นคนตอบคำถาม ดังนั้นคำตอบที่ได้มาบางครั้งผู้ทดลองเกรงใจในการตอบคำถาม ทำให้คำตอบที่ได้มาอาจไม่ตรงกับความเป็นจริงก็เป็นได้

5.5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการตอบคำถามครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามหลายชุด ทำให้ต้องใช้เวลานานในการตอบแบบสอบถาม ส่งผลทำให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการควบคุมอารมณ์ เกิดอาการหงุดหงิด แล้วไม่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามได้

5.5.3 การประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการการใช้ยาด้วยวิธีการนับเม็ดยา อาจมีความคลาดเคลื่อนการประเมิน เนื่องจากผู้ป่วยอาจไม่ได้มีการรับประทานยาทั้งหมดตามจำนวนเม็ดยาที่ใช้ไป โดยผู้ป่วยอาจเก็บไว้ส่วนหนึ่งที่บ้าน ไม่ได้นำมาให้ดูทั้งหมด หรือผู้ป่วยอาจมีการแบ่งยาส่วนหนึ่งให้กับผู้ป่วยรายอื่นนำไปรับประทานด้วยได้เช่นกัน



ประวัติย่อผู้วิจัย



ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	นางสาวศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์
วัน เดือน ปี เกิด	วันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2523
จังหวัด และประเทศที่เกิด	จังหวัดยโสธร ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2539 มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเลิงนกทา อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร พ.ศ. 2542 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนจุฬาภรณราชวิทยาลัยมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร พ.ศ. 2547 ปริญญาเกสัชศาสตรบัณฑิต (ภ.บ.) มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พ.ศ. 2560 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน	เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร 35120
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา เลขที่ 284 หมู่ 1 ตำบลสวาท อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร 35120



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ



รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. นายราชันย์ จันทร์อ่อน
นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลมุกดาหาร
จังหวัดมุกดาหาร
2. นางสาวพิชญภา สীগา
เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา
อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร
3. นางจินตนา พลมีศักดิ์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
จังหวัดยโสธร



ภาคผนวก ข
หนังสือขอจริยธรรมและขอความร่วมมือการวิจัย





คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : PH 055 / 2559

ชื่อโครงการวิจัย : การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอเสิงสาง จังหวัดยโสธร

ผู้วิจัย : นางสาวศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดยโสธร

วันที่รับรอง : 31 สิงหาคม 2559

วันหมดอายุ : 30 สิงหาคม 2560

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะอนุกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สงครามชัย ลีทองดี)

ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสาธารณสุขศาสตร์





ที่ ศธ ๐๕๓๐ ๑๘(๑๒๒)/ ๖๒๗๘

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา

ด้วย นางสาวศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์ รหัสนิสิต ๕๗๐๕๑๔๘๐๐๑๒ นิสิตระดับปริญญาโท สาขา การจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ดร.ภก.สมศักดิ์ อากาศรือทองสกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้อนุญาตให้ นางสาวศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์ เก็บรวบรวมข้อมูล กับประชากรในพื้นที่ของท่าน จำนวน ๖๐ คน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน-กรกฎาคม ๒๕๕๙ เพื่อที่นิสิตจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุพรรณ นุอินทร์)
รองคณบดีฝ่ายการนิเทศการพยาบาล
คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒)/๖ ๒๗๙



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน สาธารณสุขอำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

ด้วย นางสาวศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์ รหัสนิสิต ๕๗๐๕๑๔๘๐๐๑๒ นิสิตระดับปริญญาโท สาขา การจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ดร.ภก.สมศักดิ์ อภาศิริทองสกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้อนุเคราะห์ให้ นางสาวศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์ เก็บรวบรวมข้อมูล กับประชากรในพื้นที่ของท่าน จำนวน ๒๐ คน ระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม ๒๕๕๙ เพื่อที่นิสิตจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุธรรม เทรินโบล์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ อธิการบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒)/ ๐๗๗



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ยืมเครื่องมือในการทำวิจัย

เรียน พันตรีหญิง สรินทร เชี่ยวโสธร

ด้วย นางสาวศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์ รหัสนิสิต ๕๗๐๕๑๔๘๐๐๑๒ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ดร.ภก.สมศักดิ์ อภาศิริทองสกุล เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้อนุเคราะห์ให้ นางสาวศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์ ยืมเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย คือ แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ เพื่อที่นิตินจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ รักษาราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒) / ๑ ๒๗๖

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ยืมเครื่องมือในการทำวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ด้วย นางสาวศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์ รหัสนิสิต ๕๗๐๕๑๔๘๐๐๑๒ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ดร.ภก.สมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้อนุเคราะห์ให้ นางสาวศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์ ยืมเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย คือ แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุธรรม เทรินโปล)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยการแพทย์
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒) / ๑ ๒๓๖



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ยืมเครื่องมือในการทำวิจัย

เรียน เกสัชกรหญิงสุกัญญา คำมา

ด้วย นางสาวศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์ รหัสนิสิต ๕๗๐๕๑๔๘๐๐๑๒ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ดร.ภก.สมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้อนุเคราะห์ให้ นางสาวศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์ ยืมเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย คือ แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุตตรณ เทรินปัส)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ รักษาการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒





ที่ ศอ ๐๕๓๐ ๑๘(๑.๒.๒) ๑ (๒๕๖)

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน นายแพทย์ราชันย์ จันทร์อ่อน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เค้าโครงการวิทยานิพนธ์

จำนวน ๑ เล่ม

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์ รหัสนิสิต ๕๗๐๕๓๔๘๐๐๑๒ นิสิตระดับปริญญาโท สาขา การจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิต เภท อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ดร.ภก.สมศักดิ์ อากาศศรีทองสกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุข ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมี ประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เกจิโน้ต)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ รักษาการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ PB ๔๕๐๖





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒)/ ๑ ๒๕๕๑

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน เกสัชกรหญิงพิชญภา สีกา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำาโครงการวิทยานิพนธ์

จำนวน ๑ เล่ม

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวศิวาภรณ์ พุทธิวงค์ รหัสนิสิต ๕๗๐๕๑๔๘๐๐๑๒ นิสิตระดับปริญญาโท สาขา การจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ดร.ภก.สมศักดิ์ อภาศิริทองสกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ รักษาราชการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒๒)/ว ๒๗๑

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน นางจินตนา พลมีศักดิ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ค่าโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์ รหัสนิสิต ๕๗๐๕๑๔๘๐๐๑๒ นิสิตระดับปริญญาโท สาขา การจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิต เภท อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ดร.ภก.สมศักดิ์ อภาศิริทองสกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุข ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมี ประสบการณ์ ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรารณ เทรินโบล์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ รักษาการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒



ภาคผนวก ค
ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม



ตารางภาคผนวก ค-1 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามแบบสอบถามข้อมูล
ทั่วไป (ข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาล)

วัตถุประสงค์/ นิยาม	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC
		เหมาะสม	ไม่แน่ใจ	ไม่เหมาะสม	
		(+1)	(0)	(-1)	
เพื่อสอบถาม ข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วยจิต เภท	1. เพศ	3	0	0	1
	2. อายุ	3	0	0	1
	3. ระดับการศึกษา	3	0	0	1
	4. อาชีพ	3	0	0	1
	5. รายได้ของครอบครัว	2	0	0	1
	6. สถานภาพสมรส	3	0	0	1
	7. อาการข้างเคียงของยาโรคจิตที่ ส่งผลกระทบต่อการทำงาน ชีวิตประจำวันของคุณ	2	0	-1	0.33
	8. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	3	0	0	1
	9. ผู้ให้การดูแลในครอบครัวเมื่อ เจ็บป่วย	2	0	-1	0.33

ตารางภาคผนวก ค-2 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล
ในครอบครัว

วัตถุประสงค์/ นิยาม	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC
		เหมาะสม	ไม่แน่ใจ	ไม่เหมาะสม	
		(+1)	(0)	(-1)	
ข้อมูลทั่วไป ของผู้ดูแลใน ครอบครัว	1. อายุ	3	0	0	1
	2. เพศ	3	0	0	1
	3. ระดับการศึกษา	3	0	0	1
	4. อาชีพ	3	0	0	1
	5. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย/ เดือน	2	0	0	0.67
	6. สถานภาพสมรส	3	0	0	1
	7. มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	3	0	0	1



ตารางภาคผนวก ค-2 (ต่อ)

วัตถุประสงค์/ นิยาม	ข้อความถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC
		เหมาะสม (+1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่เหมาะสม (-1)	
ข้อมูลทั่วไป ของผู้ดูแลใน ครอบครัว	8. การดูแลผู้ป่วยด้านการ รับประทานยา	3	0	0	1
	9. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย	3	0	0	1
	10. ระยะเวลาที่ผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วย เฉลี่ยต่อวัน	3	0	0	1

ตารางภาคผนวก ค-3 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามแบบประเมินพฤติกรรม
ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

วัตถุประสงค์/ นิยาม	ข้อความถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC
		เหมาะสม (+1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่เหมาะสม (-1)	
เพื่อประเมิน พฤติกรรมใน การดูแลผู้ป่วย จิตเภทของ ผู้ดูแล	1. เมื่อผู้ป่วยพูดหรือหัวเราะคนเดียว หรือมีท่าทางหวาดกลัว ท่านจะ ตำหนิตัวด้วยคำพูดหรือน้ำเสียงที่ไม่ พอใจ	3	0	0	1
	2. เมื่อผู้ป่วยพูดจาไม่สุภาพ ท่านจะ ไม่กล่าวแต่อย่างใด แต่จะกล่าวตอบ ด้วยคำ	3	0	0	1
	3. เมื่อผู้ป่วยช่วยงานบ้านเล็กน้อย ท่านจะกล่าวชมเชยและให้กำลังใจ ผู้ป่วยเสมอ	3	0	0	1
	4. เมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับเดินไปมา หลังจากเข้านอนไปแล้วนาน 30 นาที ท่านจะให้ผู้ป่วยกินยานอน หลับตามแพทย์สั่งเพิ่มเติม	3	0	0	1



ตารางภาคผนวก ค-3 (ต่อ)

วัตถุประสงค์/ นิยาม	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC
		เหมาะสม (+1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่เหมาะสม (-1)	
เพื่อประเมิน พฤติกรรมใน การดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ของผู้ดูแล	5. เมื่อท่านพบว่าผู้ป่วยนอนไม่หลับ ติดต่อกัน 3 วัน ท่านจะให้ผู้ป่วยกิน ยานอนหลับตามแพทย์สั่งเพิ่มเติม	2	0	0	0.67
	6. เมื่อท่านพบว่าผู้ป่วยมีอาการปาก แห้ง คอแห้งบ่อยๆ ท่านจะให้ผู้ป่วย ดื่มน้ำมากๆ ในระหว่างที่รับประทาน ยา	3	0	0	1
	7. เมื่อท่านพบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หลังจากรับประทานยาไป 6 เดือน แล้ว ท่านจะให้ผู้ป่วยลดขนาดยาเอง	3	0	0	1
	8. ท่านจะผ่อนผันเวลาการ รับประทานยาของผู้ป่วย ไม่เคร่งครัด จนเกินไป	2	0	0	0.67
	9. ท่านอนุญาตให้ผู้ป่วยได้ดื่มสุรา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง และสูบบุหรี่ บ้างเป็นบางครั้ง	3	0	0	1
	10. เมื่อผู้ป่วยมีอาการ ตัวบิต ตาค้าง น้ำลายไหล ไม่สามารถควบคุมตัวเอง ได้ ท่านจะให้ผู้ป่วยรับประทานยา แก้อาการเพิ่มเติมได้ตามที่แพทย์สั่ง	2	0	-1	0.33

หมายเหตุ ข้อคำถามที่มีค่า IOC > 0.5 แสดงว่าคำถามนั้นสามารถใช้ได้



ภาคผนวก ง
ผลการทดสอบค่า Reliability Analysis ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์ Alpha ของ Cronbach
ด้านพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล



ผลการทดสอบค่า Reliability Analysis ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์ Alpha ของ Cronbach ด้าน
พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.710	10

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
คำถามข้อที่ 1	.2000	.40684	30
คำถามข้อที่ 2	.7667	.43018	30
คำถามข้อที่ 3	.9333	.25371	30
คำถามข้อที่ 4	.5000	.50855	30
คำถามข้อที่ 5	.5667	.50401	30
คำถามข้อที่ 6	.9333	.25371	30
คำถามข้อที่ 7	.2333	.43018	30
คำถามข้อที่ 8	.1333	.34575	30
คำถามข้อที่ 9	.1333	.34575	30
คำถามข้อที่ 10	.8333	.37905	30



Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
คำถามข้อที่ 1	5.0333	3.826	.208	.715
คำถามข้อที่ 2	4.4667	3.430	.444	.674
คำถามข้อที่ 3	4.3000	3.941	.315	.698
คำถามข้อที่ 4	4.7333	3.030	.584	.642
คำถามข้อที่ 5	4.6667	3.057	.574	.645
คำถามข้อที่ 6	4.3000	3.941	.315	.698
คำถามข้อที่ 7	5.0000	3.310	.529	.658
คำถามข้อที่ 8	5.1000	3.886	.233	.708
คำถามข้อที่ 9	5.1000	3.817	.286	.701
คำถามข้อที่ 10	4.4000	3.903	.184	.717

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
5.2333	4.323	2.07918	10



ภาคผนวก จ
แบบสอบถาม



แบบสอบถาม
การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของ
ผู้ป่วยจิตเภท อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเรื่อง “การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร” แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	จำนวน 16 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน 2 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบประเมินการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเวช	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัว	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล	จำนวน 10 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากท่านจะถือเป็นความลับ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะไม่มีผลต่อตัวท่านแต่ประการใด จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้อ่านคำถามโดยละเอียด แล้วตอบคำถามทุกข้อที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด หากมีข้อซักถามเพิ่มเติม กรุณาติดต่อไปที่ นางสาวศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์ โทร. 085-0095427

ขอขอบพระคุณทุกท่าน ที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี เพื่อการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ

นางสาวศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (ข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาล)

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ตามความเป็นจริงที่ตรงกับท่านมากที่สุด

1.แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา
 1. ประถมศึกษา 2. มัธยมศึกษา 3. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
 4. ปริญญาตรี 5. สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพ
 1. งานบ้าน 2. รับจ้าง 3. เกษตรกร
 4. รับราชการ/วิสาหกิจ 5. อื่น ๆ ระบุ.....
5. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย/เดือน.....บาท
6. สถานภาพสมรส
 1. โสด 2. คู่ 3. หย่า/ม่าย/ร้าง/แยกกันอยู่
7. อาการข้างเคียงของยาโรคจิตที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน
 1. อาการน้อย
 2. อาการปานกลาง
 3. อาการมาก
8. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี.....เดือน (โดยประมาณ)
9. ผู้ให้การดูแลท่านเมื่อมีอาการเจ็บป่วยคือ.....(พ่อ/แม่/พี่/น้อง/ลูก/อื่นๆ.....)

หมายเหตุ :

อาการน้อย หมายถึงมีอาการเล็กน้อย ที่ไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ไม่ต้องมีการดำเนินการแก้ไข

อาการปานกลาง หมายถึงมีอาการที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน แต่สามารถจัดการได้เอง และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

อาการมาก หมายถึงไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ต้องได้รับการแก้ไข โดยส่งพบแพทย์



ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยมากที่สุดในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

ข้อความ	เป็น ประจำ	บ่อย ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ เคย
1. ท่านหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น				
2. ท่านลืมกินยา				
3. ท่านกินยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น				
4. ท่านกินยาตรงตามเวลา				
5. ท่านเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง				
6. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ในเรื่องการใช้ยา				
7. ท่านกินยาครบตามที่แพทย์สั่ง				
8. ท่านเคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง				
9. เมื่อท่านมีอาการผิดปกติ จากอาการข้างเคียงของยารักษา อาการทาง จิต ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที				
10. เมื่อท่านมีอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ท่านจะกินยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งให้				
11. ท่านขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษา เมื่อมีอาการทางจิตไม่ดีขึ้น				
12. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย ท่านหยุดกินยารักษาโรคจิต ทันที โดย ไม่ได้ปรึกษาแพทย์				
13. แม้มีอาการทางจิตดีขึ้น ท่านยังมารับยาสม่ำเสมอ				
14. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง				
15. เมื่อヤหมด ท่านซื้อยารักษาอาการทางจิตตามร้านขายยามา กินเอง โดยไม่ได้พบแพทย์				
16. ท่านปรึกษาแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาลเมื่อมีปัญหาหรือ มีอาการผิดปกติจากการใช้ยา				

แบบบันทึกอาการทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรม (บันทึกโดย จนท.)

.....
.....

หมายเหตุ : เป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน

บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง)

นาน ๆ ครั้ง หมายถึง นาน ๆ ปฏิบัติสักครั้งหนึ่ง (เดือนละ 1 ครั้ง)

ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย



ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตามการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท
(ประเมินโดยจนท.)

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน เพียง 1 คำตอบ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง

วิธีการประเมิน					% Adherence
ก.วิธีรายงานโดยผู้ป่วย (Self Report)					
ในรอบ 4 สัปดาห์ หรือ 28 วันที่ผ่านมา ผู้ป่วยรับประทานยาต้านโรคจิตไม่ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง หรือ ไม่ตรงเวลาที่ครั้ง (ไม่ตรงเวลา หมายถึง กินยาก่อนเวลาที่กำหนดมากกว่า 30 นาที หรือ กินยาหลังเวลาที่กำหนดเกิน 30 นาที)					
<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> 1 ครั้ง <input type="checkbox"/> 2 ครั้ง <input type="checkbox"/> 3 ครั้ง <input type="checkbox"/> 4 ครั้ง <input type="checkbox"/> มากกว่า 4 ครั้ง ระบุ.....ครั้ง					
คำนวณจากสูตร % Adherence = $\frac{\text{จำนวนครั้งที่กิน} - \text{จำนวนครั้งที่ลืมกิน}}{\text{จำนวนครั้งที่กิน}} \times 100$					
ข.วิธีนับเม็ดยา (Pill Count)					
รายการยา	จำนวนเม็ดยา ที่ กินต่อวัน (เม็ด)	จำนวนเม็ดยา ที่ ได้ในครั้ง ก่อน (เหลือ+ ได้ใหม่)	จำนวนเม็ดยา ที่ใช้ไป (เม็ด)	จำนวนเม็ดยา ที่ เหลือในครั้ง นี้ (เม็ด)	% Adherence
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
คำนวณจากสูตร % Adherence = $\frac{\text{จำนวนเม็ดยาที่จ่าย} - \text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ}}{\text{จำนวนวันที่ติดตาม} \times \text{จำนวนเม็ดยาต่อวัน}} \times 100$					
					<input type="checkbox"/> 1.>80% <input type="checkbox"/> 2.<80%



ส่วนที่ 4 แบบประเมินการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

1. ข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ-สกุล.....HN..... เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี
 ประเภทผู้ป่วย นอก ใน วันที่เข้ารับการรักษา..... แผนก..... เตียง.....
 สถานบริการหลักที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นประจำ.....เบอร์โทรศัพท์ของผู้ป่วย.....
 เคยประวัติการแพ้ผลิตภัณฑ์ ไม่มี มี ระบุ..... แหล่งที่ได้รับยาที่มีประวัติการแพ้ ระบุ.....
2. รายละเอียดของอาการไม่พึงประสงค์
 สาเหตุที่ต้องใช้ยาเพื่อ.....
 วันที่เกิดอาการ..... วันที่ได้รับยา..... วันที่หยุดยา.....
3. ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ชื่อยาที่สงสัยและยาที่รับร่วม						
ชื่อสามัญ	ชื่อการค้า	ขนาดที่ใช้	S,O,I	วันที่เริ่มใช้	วันที่หยุดใช้	แหล่งที่ได้รับยา

S,O,I : S = ผลิตภัณฑ์ที่สงสัย , O = ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ร่วม , I = การเกิดปฏิกิริยาต่อกันของผลิตภัณฑ์

4. การรักษาอาการไม่พึงประสงค์

.....

ชื่อผู้วินิจฉัยอาการ.....เป็น 1. แพทย์ 2. เภสัชกร 3. พยาบาล
 4. อื่น ๆ

ผู้เก็บข้อมูล..... วันที่บันทึกรายงาน.....
 รายละเอียดเพิ่มเติมอื่น ๆ



ส่วนที่ 5 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัว

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย \checkmark ใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ตามความเป็นจริงที่ตรงกับท่านมากที่สุด

1. อายุ.....ปี
2. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
3. ระดับการศึกษา
 1. ประถมศึกษา 2. มัธยมศึกษา 3. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
 4. ปริญญาตรี 5. สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพ
 1. งานบ้าน 2. รับจ้าง 3. เกษตรกร
 4. รับราชการ/วิสาหกิจ 5. อื่น ๆ ระบุ.....
5. รายได้ของผู้ดูแลเฉลี่ย/เดือน.....บาท
6. สถานภาพสมรส
 1. โสด 2. คู่ 3. หย่า/ม่าย/ร้าง/แยกกันอยู่
7. มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 1. บิดา/มารดา 2. สามี/ภรรยา
 3. พี่/น้อง 4. อื่นๆระบุ.....
8. การดูแลผู้ป่วยด้านการรับประทานยา
 1. ญาติจัดยาให้กินทุกครั้ง
 2. ญาติจัดยาให้กินบางครั้ง
 3. ผู้ป่วยกินยาเอง ญาติมีหน้าที่คอยเตือน
 4. ผู้ป่วยกินยาเอง ญาติมีหน้าที่พามาพบแพทย์ทุกครั้งที่นัด
9. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน (โดยประมาณ)
10. ระยะเวลาที่ผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน.....ชั่วโมง.....นาที



ส่วนที่ 6 แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล
โปรดอ่านข้อความข้างล่างดังต่อไปนี้ แล้ว ✓ ช่องถูกหรือผิดตามความเข้าใจของท่านในแต่ละข้อความ

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. เมื่อผู้ป่วยพูดหรือหัวเราะคนเดียว หรือมีท่าทางหวาดกลัว ท่านจะตำหนิด้วยคำพูดหรือน้ำเสียงที่ไม่พอใจ		
2. เมื่อผู้ป่วยพูดจาไม่สุภาพ ท่านจะไม่กล่าวแต่อย่างใด แต่จะกล่าวตอบด้วยคำสุภาพและไม่แสดงอารมณ์โกรธออกมา		
3. เมื่อผู้ป่วยช่วยงานบ้านเล็กๆน้อยๆ ท่านจะกล่าวชมเชยและให้กำลังใจผู้ป่วยเสมอ		
4. เมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับเดินไปมา หลังจากเข้านอนไปแล้วนาน 30 นาที ท่านจะให้ผู้ป่วยกินยานอนหลับตามแพทย์สั่งเพิ่มเติม		
5. เมื่อท่านพบว่าผู้ป่วยนอนไม่หลับติดต่อกัน 3 วัน ท่านจะให้ผู้ป่วยกินยานอนหลับตามแพทย์สั่งเพิ่มเติม		
6. เมื่อท่านพบว่าผู้ป่วยมีอาการปากแห้ง คอแห้งบ่อยๆ ท่านจะให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ ในระหว่างที่รับประทานยา		
7. เมื่อท่านพบว่าผู้ป่วยมีอาการตีขึ้น หลังจากรับประทานยาไป 6 เดือนแล้ว ท่านจะให้ผู้ผู้ป่วยลดขนาดยาเอง		
8. ท่านจะยึดหยุ่นการรับประทานยาของผู้ป่วย ไม่เคร่งครัดจนเกินไป		
9. ท่านอนุญาตให้ผู้ผู้ป่วยได้ดื่มสุรา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง และสูบบุหรี่บ้างเป็นบางครั้ง		
10. เมื่อผู้ป่วยมีอาการ ตัวบิด ตาค้าง น้ำลายไหล ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ท่านจะให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาแก้อาการดังกล่าวข้างต้นเพิ่มเติมได้ตามที่แพทย์สั่ง		



ภาคผนวก ฉ
แบบประเมินคัดกรองผู้ป่วย



แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท ฉบับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
Prasri Interviewing Guide (PIG)

ใช้สำหรับประเมินในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา รวมวันที่ตอบแบบสอบถามด้วย

ชื่อผู้ป่วย.....รพสต.....

1. กินยา/มาฉีดยา ทุกเวลาตามแผนการรักษา

ใช่ ไม่ใช่ เนื่องจาก

- ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย
- รู้สึกว่าเป็นตราบาป
- ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา
- ไม่สามารถดูแลตนเองได้ /ขาดผู้ดูแลหลัก
- มีปัญหาการเดินทางมารับยา
- มีผลข้างเคียงจากการใช้ยา
- สาเหตุอื่น ๆ

2. ผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา (ถ้ามีอาการใดอาการหนึ่งให้ถือว่า มี)

1. ปากคอแห้งจนทนไม่ไหว
2. คอ/ตัวบิดแข็ง ลิ้นแข็ง ตาเหลือกค้าง
3. มือสั่น ตัวสั่น
4. กระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง
5. น้ำลายไหลมากจนรบกวนชีวิตประจำวัน
6. ความผิดปกติของการนอน

นอนมาก ง่วงซึม ไม่ยอมนอน เดินไปมา

7. อื่น ๆ

3. มีเรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจ/คับข้องใจ กังวลใจ

ไม่มี

มี

4. การใช้สุรา หรือ สารเสพติด

ไม่มี

มี ระบุ สุรา กัญชา ยาบ้า สารระเหย อื่น ๆ



แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท 8 ข้อ ฉบับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8

ให้เน้นการถามเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา

เกณฑ์การให้คะแนน ไม่มีอาการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

1. อาการเล็กน้อย เช่น เข้าร่วมกิจกรรมเมื่อคนอื่นเข้ามาก่อน ,หลงผิด 1-2 ประการ, เนื้อหาความคิดมีลักษณะเฉพาะตัว, การรับรู้ที่ผิดปกติซึ่งไม่ชัดเจน, สีหน้าไม่เป็นธรรมชาติหรือไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลง, คิดอ้อมค้อม ไม่อยู่ในประเด็น, ตอบคำถามสั้น ๆ, การเคลื่อนไหวแก้ง้างไม่สัมพันธ์กัน

2. อาการปานกลาง เช่น เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างแแกน ๆ, หลงผิดหลายเรื่อง, มีแนวคิดบิดเบือนจากความจริง, มีประสาทหลอนบ่อย ๆ แต่ไม่ต่อเนื่อง, แสดงท่าทางประกอบคำพูดน้อย ดูแข็งทื่อ, ความคิดไม่ปะติดปะต่อ, การสนทนาหยุดชะงัก ไม่รื่นไหล, มีท่าทางแปลก ๆ ค้างอยู่นาน ๆ

3. อาการรุนแรง เช่น ใช้เวลาอยู่กับคนอื่นน้อยมาก, หลงผิดเรื่องที่ตายตัวไม่เปลี่ยนแปลง, ความคิดเพ้อฝันหลายเรื่อง, ความคิดและพฤติกรรมผิดปกติ, แทบไม่มีการแสดงอารมณ์เลย, ความคิดสเปะสะปะ, การสนทนาไม่เปิดเผย พูด 2-3 คำ, พฤติกรรมผิดปกติซ้ำ ๆ ค้างอยู่ในท่านาน ๆ

4. อาการรุนแรงมาก เช่น แยกตัวจากสังคม ไม่สนใจดูแลตัวเอง, หลงผิดรุนแรงแบบครอบงำ, ความคิดประหลาด, มีอาการประสาทหลอนต่อเนื่องกันตลอดเวลา, ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสีหน้า, คำพูดไม่ปะติดปะต่ออย่างมาก, แทบไม่มีการพูดเลย, ท่าทางแปลก ๆ ค้างอยู่เกือบตลอดเวลา

ข้อ	คำถาม	ระดับคะแนน				
		1	2	3	4	5
1.	อาการแยกตัวจากสังคม					
2.	อาการหลงผิด					
3.	เนื้อหาความคิดผิดปกติ					
4.	อาการประสาทหลอน					
5.	การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ					
6.	ความคิดสับสน					
7.	กระแสนทนาขาดการต่อเนื่องไม่ราบรื่น					
8.	ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ					

การแปลผล

- ระดับปกติ/น้อย : คะแนนรวม 8-16 โดยข้อ 2, 3, 4, 6, 8 ทุกข้อ มีค่าคะแนนน้อยกว่า 4 คะแนน
- ระดับปานกลาง : คะแนนรวม 17-30 โดยข้อ 2, 3, 4, 6, 8 ทุกข้อ มีค่าคะแนนน้อยกว่า 4 คะแนน
- ระดับรุนแรง : คะแนนตั้งแต่ 31 ขึ้นไป มีค่าคะแนนในข้อ 2, 3, 4, 6, 8 ข้อใดข้อหนึ่ง มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน

หมายเหตุ ถ้ามีค่าคะแนนในช่องที่แรเงา แค่เพียงช่องใดช่องหนึ่ง ให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง



ภาคผนวก ข
แผนปฏิบัติการการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือ
ในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท



รายละเอียดกิจกรรม

การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการ/ขั้นตอนการดำเนินงาน	วัสดุ-อุปกรณ์-สถานที่/ระยะเวลา	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	วิธีการประเมินผล
<p>กิจกรรมที่ 1</p> <p>การอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท วัตถุประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับ โรคจิตเภท ยา แนวทางการปฏิบัติ - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภท ที่ผ่านมา ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ที่ผ่าน - เพื่อหาแนวทางในการดำเนินงานร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 	<ul style="list-style-type: none"> - อบรมเจ้าหน้าที่ รพสต และอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ เรื่อง โรคจิตเภท ยา และการพยาบาลและช่วยฟื้นฟูการดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน - แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน จากประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละพื้นที่ - ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานวิจัย 	<p>อุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - สไลด์นำเสนอ - เอกสารประกอบการประชุม <p>สถานที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้องประชุมพระ <p>อาจารย์บุญชวน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ระยะเวลา 6 ชั่วโมง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - คณะทำงานวิจัย มีความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการวิจัย รับทราบปัญหาและแนวทางการดำเนินงานวิจัย 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการซักถามความเข้าใจเมื่อสิ้นสุดการประชุม - สรุปรายงานการประชุมอบรมชี้แจงอีกครั้ง



รายละเอียดกิจกรรม

การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการ/ขั้นตอนการดำเนินงาน	วัสดุ-อุปกรณ์-สถานที่/ ระยะเวลา	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	วิธีการ ประเมินผล
<p>กิจกรรมที่ 2</p> <p>กิจกรรมการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองด้วยแบบบันทึกการให้คำปรึกษา</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อตั้งเป้าหมายในรักษาตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว เป็นแรงจูงใจที่นำไปสู่อาการความเจ็บป่วยที่ดีขึ้น - เพื่อให้ผู้ดูแลได้ทราบปัญหาด้านยาของผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการดูแล - เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้และเข้าใจภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง 	<ul style="list-style-type: none"> - การวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ตั้งเป้าหมายที่นำไปสู่ความสำเร็จในการรักษา - การให้คำแนะนำทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น และ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล - วัดผลก่อนทดลอง (O1) เพื่อประเมินความรู้ พฤติกรรม อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และนับจำนวนเม็ดยาเริ่มต้น 	<p>อุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - แผ่นพับความรู้ - สมุดประจำตัวผู้ป่วย - แบบสอบถาม - แบบบันทึกการให้คำปรึกษาผู้ป่วยจิตเภท สถานที่ - ห้องให้คำปรึกษาด้านยา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ระยะเวลา 30 นาที 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยมีความรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น - ผู้ดูแลมีความเข้าใจอาการป่วยของผู้ป่วยมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - จากการสังเกต - มีการซักถามความเข้าใจ



รายละเอียดกิจกรรม

การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการ/ขั้นตอนการดำเนินงาน	วัสดุ-อุปกรณ์-สถานที่/ระยะเวลา	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	วิธีการประเมินผล
<p>กิจกรรมที่ 3</p> <p>กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเสริมพลังสร้างแรงจูงใจในการดูแลรักษาตนเองระหว่างทีมหมอครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว</p> <p>วัตถุประสงค์ทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อสร้างแรงบันดาลใจและเสริมพลังให้กำลังใจผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีพลังใจในการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง - เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องในเรื่องการใช้ยาและการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา - เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเข้าใจ 	<p>ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง</p> <ol style="list-style-type: none"> ด้านร่างกาย <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจร่างกายทั่วไป โดยแพทย์ ด้านจิตใจและสังคม ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - การรับรู้และความคาดหวังต่อความเจ็บป่วย - การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต - แบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ กิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย - ระบบครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว สภาพฐานะทางเศรษฐกิจ - การใช้ชีวิตในสังคม การแยกตัวจากสังคม - แหล่งที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม 	<p>อุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภท - สมุดประจำตัวผู้ป่วย - แผ่นพับการให้ความรู้เรื่องยา - การจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากยา <p>สถานที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - บ้านกลุ่มตัวอย่าง <p>ระยะเวลา 30 นาที</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยเข้าใจอาการเจ็บป่วยของตนเอง - ผู้ดูแลเข้าใจอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากขึ้น และเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินโดยการสังเกตและซักถามผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว - ประเมินโดยการตรวจร่างกายทั่วไป อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา



รายละเอียดกิจกรรม

การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	วิธีการ/ขั้นตอนการดำเนินงาน	วัสดุ-อุปกรณ์- สถานที่/ระยะเวลา	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	วิธีการประเมินผล
กิจกรรมที่ 3 (ต่อ)	<p>ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การให้ผู้ป่วยและครอบครัวพูดถึงปัญหาในปฏิบัติตน ที่ผ่านมาและความต้องการ เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการ ของผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องความรู้และ การปฏิบัติตัว</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับ ตนเองของผู้ป่วย ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ประโยชน์จากการ รักษาด้วยยา - การจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา - การสอนการจัดการจิตยา การอ่านและทำความเข้าใจฉลากยา <p>ให้ผู้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการหยาบยาเอง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัวในเรื่องการช่วยเหลือใน เรื่องให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง <p>ผู้วิจัยสร้างแรงจูงใจ ด้วยการตกลงรางวัลให้กับผู้ป่วยและ ผู้ดูแลในครอบครัวถ้าสำเร็จ</p> <ul style="list-style-type: none"> - กล่าวให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลว่าสามารถทำได้ 			

รายละเอียดกิจกรรม

การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการ/ขั้นตอนการดำเนินงาน	วัสดุ-อุปกรณ์-สถานที่/ ระยะเวลา	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	วิธีการ ประเมินผล
<p>กิจกรรมที่ 4</p> <p>กิจกรรมการจัดการเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อประเมินผลและกระตุ้นการกินยาและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากยาของผู้ป่วยและผู้ดูแล - เพื่อแนะนำ กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยกินยาได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ 	<ul style="list-style-type: none"> - ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ซักถามในส่วนที่สงสัย หรือทำไม่ได้ เพื่อช่วยหาทางแก้ไข และกระตุ้นเตือนให้รับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ 	<p>อุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบบันทึกการให้คำปรึกษา <p>สถานที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้องให้คำปรึกษาด้านยา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา <p>ระยะเวลา 15 นาที</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยสามารถแก้ไข ปัญหาเบื้องต้นจากการใช้ยา - ผู้ดูแลมีพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินโดยการสังเกตและซักถามผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว
<p>กิจกรรมที่ 5</p> <p>กิจกรรมการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ต่อเนื่องต่อไป</p> <p>วัตถุประสงค์ทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อประเมินผลและติดตามความก้าวหน้าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย 	<p>ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การทบทวนความรู้และการปฏิบัติตนในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย - กล่าวชื่นชม ให้แรงเสริมทางบวก <p>ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ในกรณีนี้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ ผู้วิจัยควรให้กำลังใจและพยายามทำต่อไป สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย</p>	<p>อุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบบันทึกการให้คำปรึกษา <p>สถานที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้องให้คำปรึกษาด้านยา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา <p>ระยะเวลา 15 นาที</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยกินยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและถูกต้อง - ผู้ดูแลเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินโดยการสังเกตและซักถามผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว



รายละเอียดกิจกรรม

การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการ/ขั้นตอนการดำเนินงาน	วัสดุ-อุปกรณ์-สถานที่/ระยะเวลา	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	วิธีการประเมินผล
<p>กิจกรรมที่ 5 (ต่อ)</p> <p>วัตถุประสงค์ (ต่อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ 	<p>สามารถทำได้ ไม่กล่าวติเตียน มีการชื่นชมให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเพื่อเป็นกำลังใจในการดูแลสุขภาพต่อไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ปฏิบัติตนไม่ถูกต้องในการแก้ปัญหาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง มีการสนับสนุนและให้การกระตุ้นเตือนด้วยวาจาที่น่าเชื่อถือให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ พร้อมทั้งแนะนำให้ศึกษาเพิ่มเติมในเอกสารที่ให้ไว้ให้ทบทวน - ทบทวนทำความเข้าใจกับบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวในการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัย - สรุปผลการดูแลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจ 			



รายละเอียดกิจกรรม

การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการ/ขั้นตอนการดำเนินงาน	วัสดุ-อุปกรณ์-สถานที่/ ระยะเวลา	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	วิธีการประเมินผล
<p>กิจกรรมที่ 6</p> <p>การติดตามผลหลังสิ้นสุด การวิจัย</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อติดตามผลการรักษา หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมเยี่ยม บ้าน - ประเมินผลการวิจัยใน การเยี่ยมบ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> - การติดตามผลหลังสิ้นสุดกิจกรรม การให้บริการทางเภสัชกรรมร่วมกับทีม เยี่ยมบ้าน เพื่อวัดผลการให้กิจกรรม ว่า สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษา แก่ผู้ป่วยได้หรือไม่ - วัดผลหลังทดลอง เพื่อประเมิน พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาความ ต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา และประเมินพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย จิตเภทของผู้ดูแล 	<p>อุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบบันทึกการให้ คำปรึกษาผู้ป่วยจิตเภท - แบบสอบถาม พฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา - แบบประเมินความ ต่อเนื่องสม่ำเสมอใน การรับประทานยาของ ผู้ป่วยจิตเภท - แบบประเมินติดตาม อาการไม่พึงประสงค์จากการ ใช้ยา 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัย สามารถติดตาม ผลการรักษาได้ ครบสมบูรณ์ 	<ul style="list-style-type: none"> - วัดผลคะแนน จากแบบสอบถาม



รายละเอียดกิจกรรม

การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท(ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการ/ขั้นตอนการดำเนินงาน	วัสดุ-อุปกรณ์-สถานที่/ ระยะเวลา	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	วิธีการประเมินผล
กิจกรรมที่ 6 (ต่อ)		อุปกรณ์ (ต่อ) - แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล สถานที่ - ห้องให้คำปรึกษาด้านยา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช เลิงนกทา ระยะเวลา 30 นาที		
กิจกรรมที่ 7 การยืนยันผลของการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดการวิจัยหลังสิ้นสุดการวิจัย	- การติดตามผลหลังสิ้นสุดกิจกรรมการให้บริการทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อวัดผลการให้กิจกรรม ว่าสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาแก่ผู้ป่วยได้หรือไม่ - วัดผลหลังทดลองยืนยันผลหลังการให้กิจกรรมตามแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา และ	อุปกรณ์ - แบบบันทึกการให้คำปรึกษาผู้ป่วยจิตเภท - แบบสอบถามพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	- ผลการประเมินที่ได้ ไม่มีความแตกต่างจากผลการประเมินหลังสิ้นสุดกิจกรรม	- วัดผลคะแนนจากแบบสอบถาม

รายละเอียดกิจกรรม

การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท(ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการ/ขั้นตอนการดำเนินงาน	วัสดุ-อุปกรณ์-สถานที่/ ระยะเวลา	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	วิธีการประเมินผล
<p>กิจกรรมที่ 7 (ต่อ)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>- เพื่อยืนยันผลของการให้</p> <p>การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีม</p> <p>หมอครอบครัวเพื่อความร่วมมือใน</p> <p>การดูแลรักษาตนเองของ</p> <p>ผู้ป่วยจิตเภท</p>	<p>พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>ของผู้ดูแล</p>	<ul style="list-style-type: none"> - แบบประเมินความต่อเนื่อง สม่ำเสมอในการรับประทานยา ของผู้ป่วยจิตเภท - แบบประเมินติดตามอาการไม่ พึงประสงค์จากการใช้ยา - แบบประเมินพฤติกรรมใน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล สถานที่ - ห้องให้คำปรึกษาด้านยา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช เลิงนกทา ระยะเวลา 30 นาที 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัยสามารถ ติดตาม ผลการรักษาได้ ครบสมบูรณ์ 	



ภาคผนวก ซ
แบบบันทึกข้อมูล



แบบบันทึกการให้คำปรึกษาผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา

1. ข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....
2. ข้อมูลผู้ดูแลชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....
3. การวินิจฉัย.....
4. ภาวะอื่นๆที่เกี่ยวข้อง(ถ้ามี).....
5. แพทย์ผู้ทำการรักษา.....
6. ประวัติการรักษาในอดีต

ว/ด/ป	รายการยาที่ได้รับ	โรคหรือสาเหตุที่ใช้	หมายเหตุ

7. ประวัติการรักษาในปัจจุบัน

ว/ด/ป	รายการยาที่ได้รับ	โรคหรือสาเหตุที่ใช้	หมายเหตุ



ผู้ให้คำปรึกษา.....ครั้งที่.....วันที่.....

แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภท

1. ข้อมูลผู้ป่วยชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....
2. ข้อมูลผู้ดูแลชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....
3. การวินิจฉัย.....
4. ภาวะอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี).....
5. การประเมินอาการผู้ป่วย

5.1.อาการ

- ไม่มีอาการ หมายถึง ผู้ป่วยพูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้
- มีบ้าง หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิมน้อยกว่า 10 วันใน 1 เดือน
- มีบ่อย หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิมมากกว่า 10 วัน ใน 1 เดือน
- ผู้ป่วยมีความคิดอยากตาย หรืออยากฆ่าตัวตาย
- ผู้ป่วยวางแผนฆ่าตัวตาย หรือเคยพยายามฆ่าตัวตาย
- ผู้ป่วยมีพฤติกรรม หงุดหงิด ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ทำร้ายคนอื่น

5.2 การกินยา

- สม่าเสมอ หมายถึง รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งทุกวัน
- ไม่กินยา หมายถึง ไม่รับประทานยาเลยใน 1 วัน
- ไม่สม่าเสมอ หมายถึง รับประทานยาไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง แต่ยังรับประทานยา

เป็นบางเวลาทุกวัน

5.3 การไปรับการตรวจรักษาต่อเนื่อง

- ไปรับยาด้วยตนเองที่โรงพยาบาล ญาติไปรับแทน/ไปพร้อมญาติ
- อื่นๆระบุ.. ไม่ไปเลย

5.4 การดูแลในครอบครัว/ชุมชน

- ญาติให้ความสนใจ เอาใจใส่ ดูแลดี ญาติไม่สนใจดูแลผู้ป่วย
- ไม่มีญาติดูแลผู้ป่วย อื่นๆ

5.5 การประกอบอาชีพ

- ทำได้บ้าง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถช่วยครอบครัวประกอบอาชีพได้ แต่ต้องมีคนกระตุ้นให้ทำ
- ทำไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยครอบครัวประกอบอาชีพได้เลย
- ช่วยทำกิจกรรมในครอบครัวได้ ระบุ.....
- อื่น.....

5.6 ความสัมพันธ์ในชุมชน

- เพื่อนบ้านเอาใจใส่ เปิดโอกาสให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน
- เพื่อนบ้านไม่สนใจ/พูดล้อเลียน
- เพื่อนบ้านช่วยดูแลเอาใจใส่ และให้การสนับสนุนช่วยเหลือ
- เพื่อนบ้านไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน



5.7 การใช้สารเสพติด สุรา เปียร์ ยาบ้า อื่นๆ ระบุ.....

เลิกได้ นาน.....เดือน กลับไปใช้อีก

ใช้ลดลงกว่าเดิม ใช้มากกว่าเดิม

สารเสพติดที่ใช้คือ.....ปริมาณที่ดื่ม...../ครั้ง ความถี่ที่ใช้...../วัน/สัปดาห์/เดือน

6. ประวัติการรักษาในอดีต

ว/ด/ป	รายการยาที่ได้รับ	โรคหรือสาเหตุที่ใช้	หมายเหตุ

7. ประวัติการรักษาในปัจจุบัน

ว/ด/ป	รายการยาที่ได้รับ	โรคหรือสาเหตุที่ใช้	หมายเหตุ



ใบยินยอมให้ตรวจร่างกาย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย ที่เป็นผลดี และผลเสียของการวิจัยในครั้งนี้ เป็นที่เข้าใจแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้วิจัยตรวจร่างกายทั่วไป

ผู้วิจัยได้อธิบายและข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นโดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อหรือพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

<p>ยินยอมรับการตรวจร่างกาย</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม (.....)</p> <p>ลงชื่อ.....พยาน (.....)</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>	<p>ปฏิเสธรับการตรวจร่างกาย</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม (.....)</p> <p>ลงชื่อ.....พยาน (.....)</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>
---	---

หมายเหตุ ให้ชี้แจงทุกครั้งก่อนลงลายมือชื่อในหนังสือให้คำยินยอมในการตรวจร่างกาย



ภาคผนวก ฅ
รูปภาพประกอบการดำเนินงานวิจัย



กิจกรรม ประชุมอบรมเจ้าหน้าที่ รพสต และ อาสาสมัครสาธารณสุข ในอำเภอเลิงนกทา



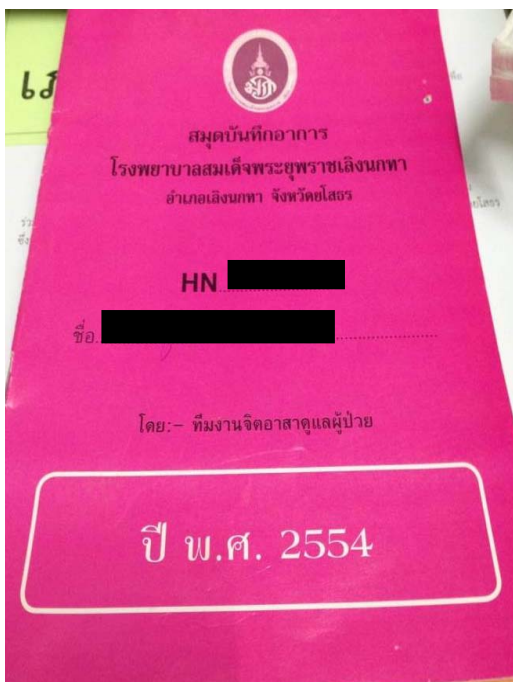
กิจกรรมการให้คำปรึกษา ห้องให้คำปรึกษาด้านยาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา
อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร



กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภท ในพื้นที่อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร



เอกสารประกอบกิจกรรม



เอกสารอ้างอิง



เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2557). *สายสุขภาพจิต 1667*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กุนนที พุ่มสงวน. (2557). การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ : บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. *สารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 86-90.
- คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2552). Empowerment กับการเสริมสร้างสุขภาพ. [ออนไลน์] ได้จาก: <https://www.doctor.or.th/article/detail/10287> [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2558].
- จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, สุกฤติยา กุลศรี และวัฒนาภรณ์ พิบูลย์อลักษณ์. (2556). ผลของการสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(3), 75-86.
- จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, จิตรา เกณฑ์กระโทก, จุฑามณี ดุษฎีประเสริฐ และอารีรัตน์ ลีละธนาฤกษ์. (2554). ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทและการให้ความรู้ด้านยาแก่ผู้ดูแล. *วารสารโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์*, 11(1), 40-50.
- จารุวรรณ ก้านศรี. (2556). *โรคจิตเภท*. ชัยนาท: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท.
- ณรงค์ อังตระกูล, ปาลิดา เฉลิมแสน และอรพรรณ สุนทวง. (2552). *การดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับครอบครัวและชุมชน*. ร้อยเอ็ด: โครงการเสริมสร้างพลังครอบครัวและสร้างเครือข่ายครอบครัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยทางจิต.
- ณิชน อารรณ์, ณัฐกานต์ ศรีกรินทร์, ศรินทรดา ยุระไชย, จุฬาลักษณ์ ขำขันมะลี, ภาณุมาศ ภูมาศ, ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช และศุภิญญา ธิรศิลาเวทย์. (2555). ผลการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างใกล้ชิด ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม. ใน: *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานระดับชาติ ณ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ 11-12 กุมภาพันธ์ 2555*. ขอนแก่น: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. หน้า 20-28.
- เมธา หริมเทพาธิป. (2559). *ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์*. [ออนไลน์] ได้จาก: <https://www.gotoknow.org/posts/629839> [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2558].
- นฤมล สุริยะ, จำเนียร สุรวรางกูร และกัญญา กลิ่นขจร. (2556). *พฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ*. *วารสารสุขภาพจิตชุมชนแห่งประเทศไทย*, 1(2), 69-76.
- นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. (2555). ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence). *วารสารไทยเภสัชชนิพนธ์*, 17(1), 23-39.
- นิตยา เจริญยุทธ. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อแหล่งอำนาจ ความมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหญิง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(3), 41-56.
- บุณวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์. (2545). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 21(4), 249-258.



- ปรีศนา เณลิมฤกษ์ และโสธยา ศุภโรจน์. (2557). การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชาย. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพจิต*, 28(1), 56-67.
- ปิยนิดา เสนาคำ, นฤมล เจริญศิริพรกุล และวีรวรรณ อุชายภิกษาคี. (2551). การรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยากันชักโดยผู้ป่วยรายงานโดยตรง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 23(4), 373-382.
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2530). *ทฤษฎีการเสริมแรงของจอร์น ดอลลาร์ด และ นีล อี มิลเลอร์. สุขภาพจิตเบื้องต้น*. [ออนไลน์] ได้จาก: <http://mcru-pr1-564188019.blogspot.com/p/1.html> [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2558].
- พยอม ตันทจรรยา, สุนัญญา พรหมดวง และวันเพ็ญ ทัดศรี. (2558). *ผลการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ในผู้ป่วยโรคจิตเภทขาดยา หอผู้ป่วยจิตเวช*. รายงานการวิจัย. สุรินทร์: โรงพยาบาลสุรินทร์.
- พัสนี สิทธิคุณ. (2551). *การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิชัย แสงชาญชัย, ดรุณี ภู่อ่าว, สัจจ สมนัติใหม่, ณัฐนาฏ สระอุบล, สายรัฐ นกน้อย และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2553). *คู่มือการให้คำปรึกษาและการบำบัด เพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์
- เยาวภา ไตรพรฤชชาติ (2554). *การเสริมแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาในโรคจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- ยุภาพร มีหนองหว้า. (2552). *ผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2551). *ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท*. [ออนไลน์] ได้จาก: http://www.jvkk.go.th/newweb/CPG/schiz_lesson2.aspx [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2558].
- โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์. (2558). *คู่มือยาจิตเวชชุมชน*. สงขลา: โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์.
- ศิริพร คำภูไทย. (2558). *โรคซึมเศร้า*. [ออนไลน์] ได้จาก: http://www.hiso.or.th/hiso/health_event/ghealth_event16.php [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2558].
- ศิริพร ใจห้าว. (2556). *การเสริมสร้างพลังอำนาจครู*. [ออนไลน์] ได้จาก: http://bantungsan.blogspot.com/2013/06/blog-post_15.html [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2558].
- สมกมล อรรถทิมากุล และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2558). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลกับการลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(2), 64-76.



- สรินทร์ เขียวโสธร. (2545). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุกัญญา คำผล. (2555). การบริหารเภสัชกรรมแบบบูรณาการ เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลกุดชุม จังหวดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุธาร จันทวงศ์, สมัย จันทร์นามอม, สุภัทร์ สุปงกช, เด่นพงศ์ พัฒนเศรษฐานนท์, วิไลวรรณ บุญทวี, อมรรัตน์ ชูรา และสุชาติ พหลภาคย์. (2555). การทบทวนการใช้ยา Olanzapine รักษาผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(4), 447-454.
- สุธีกาญจน์ ไชยลาภ และอังสนา วิริยโกศล. (2557). การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนภายหลังกลับคืนสู่สังคม. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21(พิเศษ), 139-153.
- หทัยรัตน์ มุลรัตน์เสถียร. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาโรคจิตของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการเภสัชกรรม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิชัย มงคล. (2555). รายงานอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย. [ออนไลน์] ได้จาก: <http://www.dmh.go.th/report/suicide/> [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2558].
- อำเภอพิษณุ สมานวงศ์ไทย. (2544). ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเภท กรณีศึกษา : โรงพยาบาลศรีธัญญา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 9(3), 128-139.
- Bloom, Benjamin S. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill.
- World Health Organization. (1992). *ICD-10 Interactive Self Learning Tool*. [Online]. Available from: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10training/> [cited 2015 October 20].

