

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

กรกานต์ พึ่งน้ำ, พย.ม.¹

เพ็ญพิศตร์ อุทิศ, Ph.D. (Nursing)²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และ 2) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 40 ครอบครัว แต่ละครอบครัวประกอบด้วยสมาชิก 3 คน คือ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรองในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการจับคู่ให้มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ในเรื่องคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ และอายุของผู้ป่วยจิตเภท จากนั้นจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 2) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และ 3) แบบประเมินพลังอำนาจของครอบครัว เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 2) และ 3) มีค่าความเที่ยง Cronbach's Alpha coefficient เท่ากับ .85 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติ dependent and in dependent t-test ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=26.61, p < .05$)

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 30.41, p < .05$)

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง, พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์, โรคจิตเภท

¹พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

The Effect of Family-Centered Empowerment Program on Drug Adherence of People with Schizophrenia in the Community

Kornkan Phuengnam, M.N.S¹

Penpaktr Uthis, Ph.D. (Nursing)²

Abstract

The purposes of this quasi-experimental pretest – posttest with control group research design were to compare: 1) medication adherence of people with schizophrenia in the community before and after receiving the family-centered empowerment program, and 2) medication adherence of people with schizophrenia in the community who received the family-centered empowerment program and those who received regular nursing care. The sample consisted of 40 families of people with schizophrenia in the community who received services at the psychiatric clinic in the outpatient department of one community hospital. Each family comprised of 3 members including the person with schizophrenia, and his/her primary and secondary caregiver. They were match-paired by drug adherence scores and the age of the patient, then randomly assigned to either the experimental or control group, 20 families in each group. The experimental group received the family-centered empowerment program whereas the control group received regular nursing care. Research instruments consisted of: 1) the family-centered empowerment program, 2) the drug adherence questionnaire, and 3) the Family Empowerment Scale. All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 2nd and 3rd instruments were reported by Cronbach's Alpha coefficient as of .85 and .93, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, dependent and independent t-test. Findings were summarized as follows:

1. The drug adherence of people with schizophrenia in the community after receiving the family-centered empowerment program was significantly higher than that before ($t=26.61, p < .05$);
2. The drug adherence of people with schizophrenia in the community who received the family-centered empowerment program was significantly higher than that of those who received regular nursing care ($t = 30.41, p < .05$).

Keywords: Family-Centered Empowerment, Drug Adherence, Schizophrenia

¹ Registered Nurse, Practitioner Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

บทนำ

โรคจิตเภทถือเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาว (Phanthunane, Vos, Whiteford, Bertram, & Udomratn, 2010) ปัจจุบันมีผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้เป็นจำนวนมาก ดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจขององค์การอนามัยโลก ปี 2016 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทสะสมทั่วโลก สูงถึง 21 ล้านคน (WHO, 2016) เช่นเดียวกับในประเทศไทย พบว่าในปีงบประมาณ 2559 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทรวมทั้งสิ้น 131,170 ราย (ระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต, 2559) ซึ่งในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เฉพาะในรายที่มีอาการกำเริบรุนแรงในช่วงสั้นๆ เฉลี่ยประมาณ 28 วัน และเมื่ออาการทางจิตสงบลงแล้วจะได้รับการจำหน่ายกลับสู่ชุมชนโดยเร็ว (กรมสุขภาพจิต, 2553) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เมื่ออาการสงบลงแล้ว ยังมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยการรับประทานยาและมาพบแพทย์ตามนัดเนื่องจากโรคจิตเภทนั้นถือเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน การเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมาก พลังอำนาจและเกิดความท้อแท้ที่จะรับประทานยา (Kiliana et al., 2003) เป็นเหตุของการเกิดปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตามมา จากการสำรวจพฤติกรรมการใช้ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก พบข้อมูลว่าผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยนั้นยังมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ถึงสูงถึงร้อยละ 51 % (Olivares et al., 2013) ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ส่งผลกระทบตาม

มาในหลายระดับ ทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ เช่น เพิ่มโอกาสการเกิดพยาธิสภาพที่ถาวรของโรค (Byerly, Nakonezny, & Lescouflair, 2007) เพิ่มอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น (Llorca, 2008) และที่สำคัญคือทำให้มีอัตราการกลับมาป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (Kozma & Weiden, 2009) นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว เช่น ทำให้ครอบครัวเกิดการระงับในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (Awad & Lakshmi, 2008) เกิดความตึงเครียด ซึ่งส่งผลต่อการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตามมา (จิติ เจริญสรรพ, 2542) ในส่วนของผลกระทบระดับประเทศ พบว่าทำให้ประเทศชาติขาดแรงงานจากการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วย และเกิดการระงับการดูแลต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมากที่สุด เป็นลำดับที่ 17 จาก 20 โรค (กรมสุขภาพจิต, 2550) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ตามเกณฑ์การรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา จำแนกเป็น 2 ด้าน คือ 1) ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การขาดความรู้ ทรัพยากร และประสบการณ์ที่เป็นแหล่งพลังอำนาจของบุคคล ในการแก้ไขปัญหา (Zou, Li, Nolan, Wang, & Lili, 2013) รวมถึงมีความตระหนักในการเจ็บป่วยลดลง รวมทั้งเมื่อหน้าต่อการรักษาที่ยาวนาน; (Sarath et al., 2014) และ 2) ปัจจัยภายนอกบุคคลพบว่า ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาส่วนใหญ่ล้วนเกี่ยวข้องกับครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Olivares et al. (2013) พบว่าร้อยละ 55-58 ของผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลในครอบครัวช่วยเหลือดูแลเรื่องการรับประทานยา ดังนั้นนอกจากตัวของผู้ป่วย

เองแล้วครอบครัวยังถือปัจจัยภายนอกหรือแหล่งพลังอำนาจที่สำคัญที่สุดซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับประทานยาของผู้ป่วย (Alhani, 2003 cited in Azimi et al., 2010)

สำหรับในประเทศไทยพบว่าที่ผ่านมามีการศึกษาโดยนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (2000) มาใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท เช่น การศึกษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) และผลทิพย์ ปานแดง (2545) พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาตัวแบบผู้ป่วยในมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ดีขึ้น อย่างไรก็ตามแม้จะมีศึกษาเรื่องนี้ในรูปแบบการบำบัดรายครอบครัวแล้ว แต่ยังไม่พบว่ามีโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนอย่างเป็นระบบและเป็นแบบรายกลุ่มครอบครัว ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงสนใจนำโปรแกรม Family-centered empowerment model ของ Zarea, Bahman, Rezaie, Ghanizadeh and Latifi (2014) บูรณาการร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และแนวคิดระบบครอบครัวของ Minuchin (1974) ซึ่งมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัว เพื่อให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางอย่างชัดเจน ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่ม ที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้เป็นการผสมผสานแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (the Family-centered empowerment model) ของ Zarea et al. (2014) ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และแนวคิดระบบครอบครัวของ Minuchin (1974) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางอย่างชัดเจน ซึ่งมีรายละเอียดการพัฒนาโปรแกรมฯ ตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (the Family-centered empowerment model) ของ Zarea et al. (2014) ประกอบ

ด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากพฤติกรรมใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ (perceiving the threat) ประกอบด้วยกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวจากพฤติกรรมใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy) ประกอบด้วยกิจกรรมฝึกทักษะการเผชิญปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และร่วมเรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหาในรูปแบบต่างๆ จากสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ

ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem) ประกอบด้วยกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับประสบการณ์การเผชิญปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาที่เกิดขึ้นระหว่างการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดที่ผ่านมา เพื่อค้นหาวิธีแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสมร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 4 การทบทวนกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังอำนาจ (Evaluation) ประกอบด้วยกิจกรรม การประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผ่านมาได้แก่พลังอำนาจของครอบครัวในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จากนั้นให้คู่มือการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคคลให้เข้าใจปัญหาสุขภาพของตนเอง และส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการหรือ

ควบคุมสถานการณ์ปัญหาความเจ็บป่วยให้สำเร็จตามเป้าหมายและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต โดยการสร้างเสริมพลังอำนาจของ Gibson (1995) นี้กล่าวว่าปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดพลังอำนาจนั้นประกอบด้วยปัจจัยภายใน ได้แก่ ค่านิยมต่อความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง ความเชื่อในการจัดการปัญหา การมีเป้าหมายในชีวิต ความรู้ในการแก้ไขปัญหา และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การได้รับความรู้ กำลังใจ ความเชื่อมั่นและการประคับประคองชีวิตจากสมาชิกในครอบครัวและเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ

จากแนวคิดปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดพลังอำนาจ ดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาเป็นกรอบศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งจากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา คือ 1) ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การขาดความรู้ ทรัพยากร และประสบการณ์ที่เป็นแหล่งพลังอำนาจของบุคคลในการแก้ไขปัญหา คือ การขาดความรู้เรื่องความรุนแรงของโรค การรักษาด้วยยา และการบริหารยาด้วยตนเอง (สายรุ่งจันทร์เส็ง, 2548; Zou et al., 2013) การมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษาด้วยยาทางจิตเวช (Yamada, Lee, Dinh, Barrio, & Brekke, 2006; Zou et al., 2013) มีความเชื่อที่ผิดคิดว่าตนเองหายจากการเจ็บป่วยจึงไม่จำเป็นต้องกินยาต่อเนื่อง (Olivares et al., 2013) ไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยา (Velligan et al., 2009) และมีความตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยลดลงเนื่องจากเบื่อหน่ายต่อการรักษาที่ยาวนาน (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545; Sarath et al., 2014) และ 2) ปัจจัยภายนอกบุคคล พบว่าปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาส่วนใหญ่ล้วนเกี่ยวข้องกับครอบครัว ซึ่งถือเป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญของการเกิดพลังอำนาจ โดย

ผลการศึกษาของ Olivares et al. (2013) พบว่าร้อยละ 55-58 ของผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลในครอบครัวช่วยเหลือดูแลในเรื่องการรับประทานยาสอดคล้องกับ อรวรรณ มั่งคั่ง (2550) ที่กล่าวว่าครอบครัวเป็นส่วนสนับสนุนหลักในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิต แต่อย่างไรก็ตามผู้ดูแลในครอบครัวเองยังคงประสบปัญหาต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น ขาดความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้อง (Zou et al., 2013) และขาดการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549) อีกทั้งยังเกิดภาวะเครียดและรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคที่ส่งผลให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมการใช้ยาได้อย่างถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (สกาเดือน กลิ่นน้อย, 2554)

จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนเพื่อนำไปจัดกิจกรรมทั้งสิ้น 6 กิจกรรมตามกระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สามารถจัดการกับปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวหมดพลังอำนาจ ส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ดังนี้ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ Gibson (1995) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การค้นพบปัญหาที่แท้จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งสอดคล้องกับขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Zarea et al. (2014) ที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น

3. แนวคิดระบบครอบครัวของ Minuchin (1974) เพื่อให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยืดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

แก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัวที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดระบบครอบครัวของ Minuchin (1974) มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม โดยแนวคิดดังกล่าวจะถูกแทรกอยู่ในกิจกรรมที่ 1-6 ของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยืดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังนี้ 1) ส่งเสริมการจัดระบบภายในอันเกิดจากความยืดหยุ่นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามสถานการณ์ต่างๆ (family adjustment) เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงอยู่ได้อย่างสมดุล (family homeostasis) 2) ส่งเสริมให้มีการสื่อสารทั้งภายในระบบและภายนอกระบบ 3) ส่งเสริมให้แต่ละครอบครัวกำหนดกฎที่สมาชิกต้องถือปฏิบัติเพื่อให้ครอบครัวอยู่ในภาวะสมดุล 3) วิเคราะห์โครงสร้างและปรับบทบาทครอบครัว (Family structure) ได้แก่ โครงสร้างอำนาจ (power system) ในครอบครัวซึ่งจะทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถควบคุมหรือแสดงอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม 4) ส่งเสริมหน้าที่ของครอบครัว (Family function) ได้แก่ หน้าที่ในการเผชิญปัญหาครอบครัว (family coping function) หมายถึง หน้าที่ในการจัดการและคลี่คลายวิกฤติต่างๆ ในครอบครัวในทางสร้างสรรค์เพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลภายในครอบครัว และดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่องตามพัฒนาการของครอบครัว (Minuchin, 1974 อ้างถึงใน อูมาพร ตรังคสมบัติ, 2554)

จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และ Minuchin (1974) ผู้วิจัยได้นำมาบูรณาการเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยืดครอบครัวเป็นศูนย์กลางนี้มีวัตถุประสงค์และรูปแบบการบำบัดเหมือนกับ Zarea et al. (2014) คือ 1) ระยะ

เวลาการบำบัด ซึ่งกำหนดไว้ จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที 2) ผู้เข้ารับการบำบัด ประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลรอง แต่มีการปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมในส่วนขอเนื้อหาเพื่อให้เกิดความสอดคล้องและครอบคลุมสภาพปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากพฤติกรรมใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ (perceiving the threat) นอกจากการสร้างการตระหนักรู้ถึงผลกระทบแล้วผู้วิจัยยังได้เพิ่มเนื้อหาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหา (Gibson, 1995) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy) ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมการทดลองเผชิญปัญหาตามสถานการณ์จริงเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยการมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาฯ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านประสบการณ์จริงของตนเองและเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของผู้อื่น (Bandura, 1997) และฝึกการแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัวที่มุ่งเน้นให้ครอบครัวปรับตัว

จากสถานการณ์ต่างๆ โดยการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนให้เหมาะสม ซึ่งจะทำให้ครอบครัวกลับมาสู่ภาวะสมดุลอีกครั้ง (Minuchin, 1974)

ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem) จากเดิมเป็นการอภิปรายกลุ่มหลังจากการฝึกเผชิญปัญหา ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมการเรียนรู้อาสาสมัครต้นแบบเพื่อเสริมสร้างความภาคภูมิใจและการรับรู้ความสำเร็จผ่านตัวแบบ (Bandura, 1997) รวมทั้งเพิ่มเนื้อหาในส่วนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการการดูแลผู้ป่วย จุดแข็งและความภาคภูมิใจที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนประสบการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ในกิจกรรมที่ 1-3 ซึ่งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันนี้จะทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดพลังอำนาจในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยต่อไป (Gibson, 1995)

ขั้นตอนที่ 4 การทบทวนกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังอำนาจ (Evaluation) คงเดิม การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่กล่าวมาสามารถนำมาจัดกิจกรรมการบำบัด ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ได้ดังนี้

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

(Family-centered empowerment program)

เป็นการบูรณาการจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ Zareal et al. (2014) ร่วมกับ แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และการแก้ไขปัญหาในเชิงระบบครอบครัวของ Minuchin (1974)

ประกอบด้วย **ขั้นตอนที่ 1** สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากพฤติกรรมใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ (perceiving the threat)

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความตระหนักรู้ของครอบครัวต่อปัญหาพฤติกรรมการใช้ยา

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้และพัฒนาทักษะของครอบครัวเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy)

กิจกรรมที่ 3 ทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่เคยใช้และผลที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 4 ฝึกแก้ไขปัญหาใช้สถานการณ์จำลองและใช้จริงที่บ้านตามบทบาทของครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem)

กิจกรรมที่ 5 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันหลังจากที่ได้นำวิธีการไปปรับใช้กับบริบทจริงในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 ทบทวนและประเมินผลการดำเนินการที่ผ่านมา (Evaluation)

กิจกรรมที่ 6 ทบทวน สรุป และประเมินผลการดำเนินการที่ผ่านมา และสิ้นสุดสัมพันธภาพ

พฤติกรรมการใช้ยา
ตามเกณฑ์การรักษา
(Farragher, 1999)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์วินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งเข้ารับการรักษาดูแลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และครอบครัวของผู้ป่วยเหล่านี้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ที่ไม่มีโรคร่วมตามเกณฑ์วินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่อาศัยอยู่ในชุมชนและเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนพวง จังหวัดนครราชสีมา และครอบครัวของผู้ป่วยเหล่านี้ ประกอบด้วยผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คุณสมบัติมาจำนวน 40 ครอบครัว ตามการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) ซึ่งเกณฑ์คุณสมบัติที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท

1) เป็นผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งมีอายุระหว่าง อายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD10 ที่ไม่มีโรคร่วม

2) มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับต่ำสุดถึงปานกลาง (1.00 – 3.49 คะแนน) จากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร์ เขียวโสธร (2545)

3) มีคะแนนอาการทางจิตสงบ คือ น้อยกว่า 36 คะแนน ประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

- 4) อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว
- 5) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
- 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท

1) เป็นบิดา หรือมารดา สามิหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่งที่อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท

2) เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัลใดๆ

- 3) มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ทั้งชาย/หญิง
- 4) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลรอง

1) เป็นผู้ให้การช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ผู้ดูแลรอง)

- 2) อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท
- 3) มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ทั้งชาย/หญิง
- 4) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้
- 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงการเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์และได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2558 มีการพิทักษ์สิทธิ์โดยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการทำวิจัย ซึ่งมีสิทธิ์ในการประเมินและตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย รวมถึงการมีสิทธิ์ที่จะขอถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ พร้อมทั้งให้ความมั่นใจว่าจะเก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานข้อมูลในภาพรวมและมีการลงนามเพื่อให้การยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากโปรแกรมของ Zarea et al. (2014) นำมาบูรณาการกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และแนวคิดระบบครอบครัวของ Minuchin (1974) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โปรแกรมฯ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ทุกกิจกรรมจะประกอบด้วยครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลรอง

ขั้นตอนที่ 1 สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อการครอบครัวจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (perceiving the

threat) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 2 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความตระหนักรู้ของครอบครัวต่อปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ฯ ของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์ฯ และพัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการเผชิญปัญหา (self-efficacy) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ครอบครัวเคยใช้และผลที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 4 ฝึกแก้ไขปัญหายาใช้สถานการณ์จำลองและใช้จริงที่บ้านตามบทบาทของครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันหลังจากที่ได้นำวิธีการไปปรับใช้กับบริบทจริงในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 การทบทวนกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังอำนาจ (Evaluation) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4 ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ใช้เวลา 90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 6 การทบทวนกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังอำนาจ และสิ้นสุดสัมพันธภาพ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป และแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสารินทร์ เขียวโสธร (2545) โดยผู้วิจัยนำมาพัฒนาให้

ครอบคลุมพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาทั้ง 2 ด้าน คือ 1) การใช้ยาตามแผนการรักษา หมายถึง การรับประทานยาถูกต้องซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ 2) ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียง ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งสิ้น 21 ข้อ ดำเนินการเก็บรวบรวมจากผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละครอบครัว

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินพลังอำนาจของครอบครัว The Family Empowerment Scale (FES) ของ Koren, DeChillo, and Fresen (1992) ประกอบด้วยการประเมินการรับรู้พลังอำนาจของครอบครัวใน 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับของครอบครัว คือ ความสามารถในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว 2) ระดับของระบบการบริการ คือ ความสามารถของครอบครัวในการมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยและ 3) ระดับชุมชนและนโยบาย คือ ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับชุมชนรวมถึงการเสนอแนะสิ่งที่ชุมชนควรให้การสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยได้ รวมทั้งสิ้น 34 ข้อดำเนินการเก็บรวบรวมจากผู้ดูแลหลักในแต่ละครอบครัว

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้ผ่านการตรวจสอบความ

ตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน มีค่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

2. แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ ภายหลังจากการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา พบว่ามีการเพิ่มคำถามเรื่องการใช้ยาเพิ่มเติมจำนวน 3 ข้อ พบว่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85

3. แบบประเมินพลังอำนาจของครอบครัว (FES) พบว่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .94 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้และทักษะที่จำเป็น สำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้ครอบครัว เป็นศูนย์กลาง

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการ สร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยืด ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

1.3 ยื่นโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

1.4 ประสานงานและดำเนินการชี้แจงตาม ขั้นตอน การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือ ที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ผู้ เกี่ยวข้องเข้าใจถึงแผนการดำเนินการวิจัย

1.5 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน โดย ผู้วิจัยพิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเป็น พยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชนซึ่งปฏิบัติงานในคลินิกจิตเวช

1.6 ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม คุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ การจับคู่ให้มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกัน (match pair) ในเรื่องคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ และอายุของผู้ป่วยจิตเภท จากนั้นจับผลากเข้ากลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตาม ปกติได้แก่ ประเมินอาการทางด้านร่างกายด้านจิตใจ การให้คำแนะนำตามปัญหา และการให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

2.2 กลุ่มทดลอง ดำเนินการแบ่งกลุ่มทดลอง ออกเป็น 5 กลุ่ม ในละกลุ่มประกอบด้วย 4 ครอบครัว และแต่ละครอบครัวประกอบด้วยสมาชิก 3 คน ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง รวม เป็นกลุ่มละ 12 คน เริ่มดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรม การบำบัดที่ยืดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ณ ชุมชนที่ผู้ ป่วยอาศัยอยู่ทั้งหมด 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรมๆ ละ 90 นาที จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม ติดต่อกัน นาน 4 สัปดาห์

2.3 ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัย ดำเนินการประเมินพลังอำนาจของครอบครัวจาก ผู้ดูแลหลัก โดยใช้เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินพลังอำนาจของครอบครัวที่พัฒนามา จาก (Koren, DeChillo, & Freesen, 1992) พบว่าผู้ ดูแลหลักมีผลการประเมินพลังอำนาจของครอบครัว ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองทุกครอบครัว (>130 คะแนนจากคะแนนเต็ม 170 คะแนน) โดยคะแนน เฉลี่ยของพลังอำนาจของครอบครัว เท่ากับ 146.55 คะแนน (S.D. = 8.804) ค่าเนนต่ำสุดเท่ากับ 132 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 165 คะแนน

3. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นการดำเนินกิจกรรมไปแล้ว 2 สัปดาห์ (Post - test) จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปประเมินและวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็น

1. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 62.50 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40 - 44 ปี ร้อยละ 30 ทั้งสองกลุ่มจบชั้นประถมศึกษาประกอบ

อาชีพรับจ้างทั่วไป โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อวัน 139.98 บาท (S.D. = 126.14) นอกจากนี้ยังพบว่าทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 12.50 ปี (S.D. = 7.57) และมีการกลับมาป่วยซ้ำ อย่างน้อยคนละ 1-2 ครั้งได้รับยาปรับประทุกันเฉลี่ย 3 เม็ด/วัน ทั้งนี้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนี้มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.95 คน (S.D. = 0.872)

2. ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 50 - 59 ปี การประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 70 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อวัน 217.75 บาท (S.D. = 110.16) โดยกลุ่มทดลองพบว่าผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นพี่สาว และมารดา คิดเป็นร้อยละ 45 และร้อยละ 20 ตามลำดับและกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นมารดาและบิดา คิดเป็นร้อยละ 40 ร้อยละ 15 ตามลำดับ และผู้ดูแลหลักของทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ทำการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 9.13 ปี (S.D. = 8.38) โดยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 2.15 คน (S.D. = 1.58) ทั้งนี้สมาชิกในครอบครัวที่มาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยรองจากผู้ดูแลหลักของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ คือ บิดาและมารดา คิดเป็นร้อยละ 20 เท่ากัน ส่วนในกลุ่มควบคุมนั้นพบว่าผู้ดูแลรอง คือ บิดา รองลงมาคือ พี่สาว คิดเป็นร้อยละ 45 และเป็นร้อยละ 25 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดกรอบครัวเป็นศูนย์กลาง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40)

คะแนนพฤติกรรมการใช้ยา	\bar{x}	S.D.	ระดับ	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=20)					
ก่อนทดลอง	3.07	.28	ปานกลาง	26.61	.00*
หลังทดลอง	4.79	.23	ดีมาก		
กลุ่มควบคุม (n=20)					
ก่อนทดลอง	3.07	.27	ปานกลาง	1.79	.07
หลังทดลอง	2.98	.14	ปานกลาง		

* $P < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนและหลังทดลองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดกรอบครัวเป็นศูนย์กลาง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05 (p-value = .00, t=26.611) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{x} = 4.79$ และ $\bar{x} = 3.07$ ตามลำดับ)

ส่วนที่ 3 ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดกรอบครัวเป็นศูนย์กลาง กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40)

คะแนนพฤติกรรมการใช้ยา	\bar{x}	S.D.	ระดับ	t	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	3.07	.277	ปานกลาง	.03	.49
กลุ่มควบคุม	3.07	.267	ปานกลาง		
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	4.79	.225	ดีมาก	30.41	.00*
กลุ่มควบคุม	2.98	.142	ปานกลาง		

* $P < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = .49, t = .03$) แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางแตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p\text{-value} = .00, t = 30.41$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 4.79$ และ $\bar{x} = 2.98$ ตามลำดับ)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีผลการศึกษาที่สำคัญและอภิปรายได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอภิปรายได้ตามลำดับดังนี้ การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเนื่องมาจากตัวผู้ป่วยและครอบครัวเกิด

พลังอำนาจในการดูแลตนเอง เห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พลังอำนาจเหล่านี้เกิดขึ้นจากที่ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากโปรแกรม Family-centered empowerment model ของ Zarea et al. (2014) โดยได้นำมาพัฒนาร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และแนวคิดระบบครอบครัวของ Minuchin (1974) ซึ่งมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัว ดังนี้ ขั้นตอน ที่ 1 สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบครอบครัวจากการที่ผู้ป่วยพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (perceiving the threat) กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความตระหนักรู้ของครอบครัวต่อปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ฯของผู้ป่วย เมื่อเกิดการรับรู้ถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพของตนเอง จะส่งผลให้บุคคลเหล่านั้น เกิดความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา (Zarea et al., 2014) นอกจากนี้ยังทำให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ฯ ที่เกิดขึ้นจะนำมาซึ่งความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม (Dixon, 2000) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ “ผมทราบมานานกับโรคนี้ ผมรู้ว่ากินยาแล้วดี หมอก็บอกตลอดมันเบื่อ บางทีก็คิดน้อยใจว่าทำไมเราไม่เหมือนคนอื่น เมื่อไรจะหาย ไม่กินยาคิดว่า แต่พอเห็นเพื่อนๆ ที่เขามีอาการหนักๆ เหมือนได้มองเห็นตัวเอง ถ้าให้กลับไปเป็นแบบนี้มันอีก ผมก็ไม่อยากนะ” สอดคล้องกับ

กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson (1995) ขั้นที่ 1 การค้นพบสภาพจริง (discovering reality) ถึงปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ว่ามีสาเหตุมาจากอะไร เพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง และเมื่อบุคคลตระหนักถึงผลกระทบแล้วจะมีการแสวงหาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว (Gibson, 1995) ผู้วิจัยจึงจัดกิจกรรมที่ 2 คือการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การใช้ยาที่ต้องปฏิบัติตามเกณฑ์ และพัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ จากการศึกษานี้พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยบางรายยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดังอย่างคำพูดต่อไปนี้ ผู้ดูแลหลัก “ลูกฉันกินแล้วตัวแข็งทื่อ เดินตาขวางๆ มือก็สั่นตลอด ก็เลยให้ลูกเลิกกินยา” อาการข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้นนี้ ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายถือเป็นสาเหตุหลักของปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา (Velligan et al., 2009) แต่ภายหลังจากที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้และทักษะที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ พบว่าผู้ป่วยและครอบครัว มีความมั่นใจและสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมดังตัวอย่างคำพูดเช่น “ตอนนี้เข้าใจแล้ว ว่าอาการตัวแข็งทื่อ พูดไม่ชัด มันเกิดขึ้นได้ ไม่ใช่ผีเข้า ถ้ามันเกิดขึ้นอีกฉันจะไม่พยายามทิ้ง แต่จะไปหมอแทน” ต่อมาใน ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 3 คือการทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ครอบครัวเคยใช้และผลที่เกิดขึ้น และกิจกรรมที่ 4 ฝึกแก้ไขปัญหาดังกล่าวสถานการณ์จำลองซึ่งเป็นปัญหาพฤติกรรมการใช้

ยาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งและมอบหมายให้นำไปใช้จริงที่บ้านตามบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการ ขั้นที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) Gibson (1995) และ Minuchin (1974) อ้างถึงใน อุมพร ตรังคสมบัติ (2544) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อได้ฝึกแก้ไขปัญหาดังกล่าวเชิงระบบครอบครัว (family coping function) โดยการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ (Family function) ของสมาชิกแต่ละคนให้เหมาะสมแล้ว จะทำให้ครอบครัวกลับมาสู่ภาวะสมดุลอีกครั้ง (family adjustment) จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวการใช้ยาตามเกณฑ์ที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ “แม่จะคอยบอกให้กินยา คอยอบรมสั่งสอนอย่าให้ขาดยา, พี่สาวทำงานร้านเสริมสวยหาเงินมาให้ครอบครัว ให้กำลังใจตัวฉันที่ป่วย ก็จะกินยาเอง ช่วยทำงานบ้าน” ขั้นตอนต่อมา คือ ขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem) เป็นขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจจากการทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความภาคภูมิใจ (self esteem) การแลกเปลี่ยนในครั้งนี้ทำให้สมาชิกกลุ่มแต่ละครอบครัว ได้เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวการรับประทายยาให้ถูกต้องตามเกณฑ์เพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกว่าคุณค่า ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นๆ เกิดความรักในตนเองและผู้อื่น และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น สิ่งเหล่านี้ คือพลังหรือชุมชนทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวการใช้ยาตามเกณฑ์ในครั้งต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งจะตรงกับกระบวนการขั้นที่ 3 คือ การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ (taking charge) ตามกระบวนการการ

เสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) จากการศึกษาครั้งนี้พบคำพูดที่แสดงถึงการรับรู้คุณค่าในตนเอง เช่น “ผมคิดว่าผมไม่มีค่า ไม่ต้องกินยาก็ได้ไม่เห็นเป็นไร แต่พอมาวันนี้ ผมรู้สึกดีที่ ทุกๆ คน ออกทนกับผม ผมไม่อยากจะให้ใครเสียใจอีกครับ”, “ขอบคุณพยาบาล ขอบคุณพี่แล้วก็แม่ ที่ดูแลมาตลอด รู้สึกว่าผมต้องทำให้ได้ แค่กินยามันไม่ได้ร้ายแรงอะไร กินยาถ้าเรารู้สึกดีขึ้นเราก็จะทำงานได้ไปรับไปส่งหลานไปโรงเรียนได้” และขั้นตอนสุดท้ายคือขั้นตอนที่ 4 การทบทวนกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังอำนาจ (Evaluation) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 6 การทบทวนกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังอำนาจ และสิ้นสุดสัมพันธภาพ ซึ่งจะสอดคล้องกับขั้นที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) (Gibson, 1995) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{x} = 4.79$ และ $\bar{x} = 3.07$ ตามลำดับ) และมีตัวอย่างคำพูดที่แสดงถึงการมีพลังอำนาจ สามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ ได้ดังนี้ ผู้ป่วย “ผมคิดว่าผมไม่มีค่า ไม่ต้องกินยาก็ได้ไม่เห็นเป็นไร แต่พอมาวันนี้ ผมรู้สึกดีที่ ทุกๆ คน ออกทนกับผม ผมไม่อยากจะให้ใครเสียใจอีกครับ” ผู้ดูแลหลัก “เราภูมิใจนะที่บ้านเราช่วยกันมา จนถึงตอนนี้ ฟังพยาบาล ฟังเพื่อนแล้วก็ลองเอาไปทำตาม มันก็ไม่ได้ยากอะไร” ผู้ดูแลรอง “ที่ผ่านมาระลึกทำเรื่องง่ายๆ ไปหลายเรื่อง จากที่ได้ไปลองทำที่บ้านเราก็ให้เขากินข้าว กินน้ำ กินยา มีไม่อยากจะกินบ้างก็ล่อมเอา บอก

เป้าหมายที่เราคุยกัน มันก็พูดกันง่ายขึ้น” จากการศึกษาที่แต่ละครอบครัวได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน นอกจากการได้วิธีการปฏิบัติแล้วยังทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดพลังอำนาจในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยต่อไป (Gibson, 1995)

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยืดครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ตามลำดับ ดังนี้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา (สรินธร เขียวโสธร, 2545; ผลทิพย์ ปานแดง, 2545) และการใช้รูปแบบกลุ่มร่วมกับการใช้ยาก่อให้เกิดผลดีกว่าการใช้ยาอย่างเดียว (Jones et al., 2011) สอดคล้องการศึกษาก่อนของ Guimon, Eguiluz and Bulbena (1993) ที่นำรูปแบบกลุ่มมาใช้ในผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีทัศนคติและการแสดงออกเกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม จากการผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยืดครอบครัวเป็นศูนย์กลางและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = .49$, $t = .028$) แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ

รักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางแตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p\text{-value} = .00$, $t = 30.414$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 4.79$ และ $\bar{x} = 2.98$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Zareal et al. (2014) ซึ่งได้ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาและมีพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p < .01$) และตรงกับ เทียนสันต์ (2556) ศึกษาเรื่องผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้าง ของ Minuchin (1974) ร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) พบว่าสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้จากผลการตรวจสอบสมมติฐานทั้ง 2 พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางสามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อ

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไปใช้ พยาบาลจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีพื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การให้คำปรึกษาครอบครัว ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเรื่องจิตเภท การเสริมสร้างพลังอำนาจ รวมทั้งมีทักษะและประสบการณ์การทำกลุ่มจิตสังคมบำบัด ซึ่งต้องใช้ทั้งความรู้ทั้งทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ทักษะการเป็นผู้นำกลุ่ม เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ในแต่ละกิจกรรม พยาบาลสามารถที่นำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยยึดขั้นตอนทั้ง 4 ขั้นตอน เพื่อให้การดำเนินการกลุ่มเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการศึกษา

ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลได้เข้ารับการพัฒนาศักยภาพการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยจิตเภทหรือผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ รวมถึงการบำบัดครอบครัว เพื่อให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้มีพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์รักษาที่ถูกต้องต่อไป

3. ด้านการบริหาร

3.1 เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวให้มีพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

3.2 เป็นข้อมูลสำหรับผู้ให้บริการในหน่วยบริการในการพิจารณาวางแผนแนวทางการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ควรมีการติดตามประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี และ 3 ปี เนื่องจากพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นจึงควรมีการวิเคราะห์ผลเพื่อดูแนวโน้มของปัญหาและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวช และโรคเรื้อรังอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2550). จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรคและเพศ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 15(1), 57-59
- กรมสุขภาพจิต. (2553). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2553*. กรุงเทพฯ : บางกอกบลิ๊อค.
- จดี เจริญสรรพี. (2542). *การดำเนินงานโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ คู่มือปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน* (ฉบับแก้ไขครั้งที่ 7). สุราษฎร์ธานี: โรงพิมพ์พิมพ์สุวรรณอักษร.

ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสียร. (2549). *ปัจจัยทำนายการแสดงออกจากการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

ธงรบ เทียนสันดี. (2556). *ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

ผลทิพย์ ปานแดง. (2545). *ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

เพชร คันธสายบัว. (2544). *การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

ระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต. (2559). สืบค้นเมื่อ February 10, 2017, from <http://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/reds.asp>

สรินทร เขียวโสธร. (2545). *ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทต่อการใช้ยาตามเกณฑ์* (วิทยานิพนธ์ปริญญา

- มหาดบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สกาเวเดือน กลิ่นน้อย. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว* (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สายรุ่ง จันทร์เส็ง. (2548). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2554). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.
- อรรวรรณ ษ์องต้อ. (2550). *ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและภาวะการดูแลของผู้ดูแล* (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E. & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adults schizophrenic patients : A psychoeducation approach. *Schizophrenic Bulletin*, 6(3), 490-505.
- Awad, G. A., & Lakshmi N.P. (2008). The Burden of Schizophrenia on Caregivers A Review. *Pharmacoeconomics*, 26(2), 149-162
- Azimi, V., Alhani, F., Ahmadi, F., & Kazemnejad, A. (2010). Effect of family-oriented empowerment model on the life style of myocardial infarction patients. *Iranian Journal of Critical Care Nursing Winter*, 2(4), 127-132.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall.
- Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development. Vol.6. Six theories of child development* (pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press.
- Byerly, M., Nakonezny, P., & Lescouffair, E. (2007). Antipsychotic medication adherence in schizophrenia. *PsychiatrClin North Am*, 30, 437-452.
- Dixon L, Adams C., & Lucksted A. (2000). Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 26, 5-20.
- Estroff, S. E. (1989). Self, Identity, and Subjective Experiences of Schizophrenia: In Search of the Subject. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 189-196.
- Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. *Irish Medication Journal*, 92(6), 1-3.
- Gibson, C.H.. (1993). *A Study of Empowerment in Mothers of Chronically ill Children*

- (Doctoral Dissertation Unpublished). Boston College, Boston.
- Gibson, C. H. (1995). The process of Empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advances Nursing*, 32(8), 1201-1210.
- Guimon, L., Eguiluz, I., & Bulbena, A. (1993). Group pharmacotherapy in schizophrenics: attitudinal and clinical changes. *European Journal of Psychiatry*, 7(3), 147-154.
- Jones, B., Corkran, C., Carpentier, S., McLendon, V., Weaver, L., Yeager, K., Norris, S., Teplinskiy, I., & McCarty, F. (2011). Group Motivational Interviewing for HIV Infected Women. *AIDS and Behavior*, 15(5), 885-896.
- Kiliana, R. et al. (2003). Indicators of empowerment and disempowerment in the subjective evaluation of the psychiatric treatment process by persons with severe and persistent mental illness: a qualitative and quantitative analysis. *Social Science & Medicine*, 57, 1127-1142.
- Kozma, C. & Weiden, P. (2009). Partial compliance with antipsychotics increases mental health hospitalizations in schizophrenic patients: analysis of a national managed care database. *Am Health Drug Benefits*, 2, 31-38.
- Koren, P. E., DeChillo, & Friesen, B. J. (1992). Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: A brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology*, 37, 305-321.
- Lacro, J. P., Dunn, L B., Dolder, C.R., Leckband, S. G. & Jeste, D.V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry*, 63(10), 892-909.
- Miller, J. F. (1992). *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Olivares, M.J., et al. (2013). Psychiatrists' awareness of partial and nonadherence to antipsychotic medication in schizophrenia: results from an Asia-Pacific survey. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1163-1170.
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M., Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Population Health Metrics*, 8(24), 1-8.
- Sarath, I. et al. (2014). Attitudes toward Medication and Reasons for Non-Compliance in Patients with Schizophrenia. *Indian Journal of Psychological Medicine; Jul - Sep 36(3)*, 434-446.
- Velligan et al. (2009; Expert Consensus Panel on Adherence Problems in Serious and Persistent Mental Illness). The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and

- persistent mental illness. *J Clin Psychiatry*, 70(4), 1-48.
- World Health Organization. Schizophrenia. (2016). Retrieved February 10, 2017 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>.
- Yamada, A., Lee, K., Dinh, T.Q., Barrio, C., & Brekke, J.S. (2010). Intrinsic motivation as a mediator of relationships between symptoms and functioning among individuals with schizophrenia-spectrum disorders in a diverse urban community. *J Nerv Ment Dis*, 6(3), 16 – 28.
- Zarea, K., Bahman, D., Rezaie, R., Ghanizadeh, A. and Latifi, M.(2014). Effect of family-centered empowerment model on the attitude to medications and drug compliance in patients with schizophrenia: A randomized controlled trial. *Jundishapur. Journal of Chronic Disease Care*, 3(1), 61-67.
- Zou, H., Li, Z., Nolan, M., Wang, H. & Lili Hu. (2013). Self-Management Among Chinese People With Schizophrenia and Their Caregivers:A Qualitative Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(1), 42-53.
- Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C. A., & Mechanic, D.(2002). Intervention to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 159(10), 1653 –166.