



ความท้าทายและความต้องการนวัตกรรมสำหรับผู้ดูแลเพื่อสนับสนุนการรับประทานยา ต่อเนื่องในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

Challenges and Innovative Needs for Caregivers in Supporting Medication Adherence Among Persons with Schizophrenia.

ประภัสสร ศรีจันทร์^{1*}, วิณา คันฉ่อง² และ ตรีนุช พุมมณี³

Prapatsorn Srijan^{1*}, Weena Chanchong and Treenut Pummanee

¹ นักศึกษาระดับปริญญาโท, หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

¹ Master's Student, Department of Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.

² อาจารย์, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

² Lecturer, Department of Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.

³ อาจารย์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

³ Assistant Professor, Department of Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.

*Corresponding author, E-mail: 6610420019@email.psu.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยและพัฒนาต้นแบบ Buddy box (กล่องคู่มือ) เพื่อสนับสนุนผู้ดูแลในการส่งเสริมผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้รับประทานยาต่อเนื่อง โรคจิตเภทเป็นปัญหาสุขภาพจิตเรื้อรังที่ผู้ป่วยมักเผชิญปัญหาความไม่ร่วมมือ ในการรับประทานยา นำไปสู่ อัตราการกำเริบซ้ำที่สูง ภายใต้อำนาจกีดกันอัตราค่าจ้างของระบบบริการสาธารณสุขในบริบทชุมชนเมือง ผู้ดูแลหลักจึงกลายเป็นกลไกสำคัญที่สุด ในการพัฒนาระบบการดูแลรักษา อย่างไรก็ตามผู้ดูแลยังคงเผชิญ กับภาวะความเครียดและขาดนวัตกรรมเชิงปฏิบัติการที่ช่วยสนับสนุนการจัดการยา อย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม วัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการสำหรับการพัฒนาต้นแบบนวัตกรรม สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยบูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) ร่วมกับแนวคิดการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) และการสังเคราะห์วรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนานวัตกรรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และ ผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 10 คู่ ที่อาศัยในชุมชนเขตเทศบาลนครหาดใหญ่และเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคจิตเภท (IOC = .88 และ .76) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา: ประกอบด้วย ข้อค้นพบ สภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาจิตเวชของ ผู้ป่วยโรคจิตเภทในมุมมองของผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) ความยากลำบากในการบริหารจัดการ 2) วิตกกังวล ผลข้างเคียงจากยาและพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไป และ 3) การแก้ไขปัญหาจากความรู้ความเข้าใจและ



ประสบการณ์ของตนเอง ในมุมมองของผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยา 2) จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลเพื่อช่วยจัดการยา และ 3) แรงจูงใจในการรับประทานยาเพื่อหลีกเลี่ยงการนอนในโรงพยาบาลและมีชีวิตที่เป็นปกติ ข้อค้นพบความต้องการการนวัตกรรมสนับสนุนการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ในมุมมองของผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) ความต้องการเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้องและต่อเนื่อง 2) การสนับสนุนบทบาทของผู้ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้องและต่อเนื่อง 3) ความรู้และข้อมูลสำหรับการจัดการอาการและการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และ 4) การสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในมุมมองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วย 1) ความต้องการเครื่องมือช่วยจัดการยาเพื่อการรับประทานยาได้ครบถ้วนและถูกต้อง 2) ความรู้และข้อมูลที่เข้าถึงได้ และ 3) กิจกรรมให้ทำยามว่างเพื่อลดความเบื่อหน่าย

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้: การพัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ผู้ป่วยรับประทานยานั้น ควรนำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ไปเป็นกรอบในการออกแบบต้นแบบ (Prototype) ได้แก่ การสร้างอุปกรณ์จัดยาที่มีช่องแยกชัดเจนพร้อมระบบแจ้งเตือนเพื่อแก้ปัญหาการลืมรับประทานยา การผนวกชุดคู่มือความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการข้างเคียงที่เข้าใจง่าย และการสอดแทรกกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด เพื่อลดความเบื่อหน่ายของผู้ป่วย นอกจากนี้ ตัวต้นแบบควรมีรูปแบบที่ใช้งานง่าย ทนทาน และไม่พึ่งพาเทคโนโลยีที่ซับซ้อน เพื่อให้สอดคล้องกับข้อจำกัดด้านเวลา และบริบทการใช้งานจริงของครอบครัว

สรุป: ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลมาพัฒนาต้นแบบ Buddy box (กล่องคู่มือ) สนับสนุนผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ : การสนับสนุนผู้ดูแล, ผู้ป่วยจิตเภท, การรับประทานยาต่อเนื่อง

Abstract

Background: This qualitative descriptive study is part of the research and development of the "Buddy box" prototype, designed to support caregivers in promoting medication adherence among persons with schizophrenia.

Schizophrenia is a chronic mental health condition in which medication non-adherence frequently leads to high relapse rates. Given the workforce limitations of the public healthcare system in urban settings, primary caregivers have become the most crucial mechanism in sustaining the care system. However, caregivers continue to experience stress and burden, lacking practical innovations to support concrete medication management.

Objective: To explore the problems and needs for developing an innovative prototype for caregivers of patients with schizophrenia. The study integrated Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory, the Design Thinking approach, and a relevant literature review as the conceptual framework.

Methods: The sample consisted of 10 pairs of caregivers and patients with schizophrenia residing in the communities of Hat Yai City Municipality and Kho Hong Town Municipality. The instruments used were semi-structured interview questions for



caregivers and patients (Item Objective Congruence [IOC] = .88 and .76) Data were analyzed using content analysis.

Results: The findings revealed the following:

1. Problems regarding psychiatric medication adherence: Caregivers' perspectives: 1) Management difficulties due to patients' forgetfulness, caregivers' time constraints, and hard-to-monitor medication storage; 2) Anxiety concerning patients' medication side effects and altered health behaviors; and 3) Resolving issues based on personal knowledge and experience.

Patients' perspectives: 1) Obstacles to taking medication, including forgetfulness, medication fatigue (boredom), confusion, incorrect dosages, and side effects; 2) Perceived reliance on caregivers for medication management; and 3) Motivation to adhere to medication to avoid hospital readmission and a desire to live a normal life.

2. Needs for medication adherence support innovations:

Caregivers' perspectives: 1) Tools to facilitate accurate and continuous medication intake; 2) Support for the caregiver's role in ensuring medication adherence; 3) Knowledge and information on symptom management and schizophrenia care; and 4) Strategies to enhance patients' motivation and engagement.

Patients' perspectives: 1) Medication management tools to ensure complete and accurate intake; 2) Accessible knowledge and information; and 3) Leisure activities to alleviate boredom.

Recommendations for Implementation: To develop an innovation that promotes the caregiver's role in medication adherence, these findings should be utilized as a framework for designing the prototype. This includes creating a clearly compartmentalized pill organizer with an alert system to prevent forgetfulness, incorporating an easy-to-understand manual on managing side effects, and integrating cognitive stimulation activities (e.g., brain training games) to reduce patient boredom. Furthermore, the prototype should be user-friendly, durable, and not reliant on complex technology, aligning with the time constraints and practical realities of the families' daily lives.

Conclusion: The findings of this study can be utilized to develop the Buddy Box prototype to support caregiver involvement in ensuring continuous medication adherence. This prototype is intended for practical application in the care of community-dwelling patients with schizophrenia who have caregivers.

Keywords: Caregiver support, Schizophrenia, Sustained medication adherence



บทนำ

ปัจจุบันโรคจิตเภท (Schizophrenia) ถือเป็นอุบัติการณ์ทางสุขภาพจิตเรื้อรัง ที่ทวีความรุนแรงในระดับสากล ในปี 2025 มีผู้ป่วยทั่วโลก 23 ล้านคน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตครอบครัว (World Health Organization [WHO], 2025) อุบัติการณ์พบ 0.5 ถึง 5.0 ต่อประชากร 10,000 คน ประเทศไทยมีความชุกร้อยละ 0.4 อัตราเกิดเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน เริ่มปรากฏอาการที่อายุ 15 ถึง 54 ปี (กนกวรรณ ลิ่มศรีเจริญ, 2559; พงศธร พหลภาคย์ และภัทรี พหลภาคย์, 2563) ปี 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคจิตเภท 299,771 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2566) และจังหวัดสงขลามีผู้ป่วย 5,143 ราย ความชุกร้อยละ 0.44 (กรมสุขภาพจิต, 2567)

ธรรมชาติของโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการกำเริบเป็นระยะ สมรรถนะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยถดถอยลง บั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว และสร้างภาระทางสังคม (ธงรบ เทียนสันต์, 2561) การรับประทายอย่างต่อเนื่องสำคัญในการควบคุมอาการ ป้องกันการกำเริบซ้ำ และลดความเสี่ยงในการกลับเข้ารับการรักษา (Rohmi & Pandin, 2022) ผู้ป่วยมีความเสี่ยงกลับมารับการรักษาอีกครั้งในช่วงปีแรกร้อยละ 22.4 และปีที่ 2 ร้อยละ 12.8 ปัจจัยสำคัญคือการรักษาด้วยยาไม่ต่อเนื่อง (กนกรัตน์ ชัยนุ, กิตติยา ทองสุข, และมิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง, 2562) ผู้ป่วยที่ไม่รับประทายมีแนวโน้มอาการกำเริบมากกว่าผู้ป่วยที่รับประทายต่อเนื่อง 12.5 เท่า (กนกรัตน์ ชัยนุ และคณะ, 2562) จากการศึกษาของดาวารินจัดและคณะ (Davarinejad et al. 2021) ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรับประทายจะกลับมารับการรักษาอีกครั้งใน 238 วัน ขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือจะกลับมารับการรักษาใน 106 วัน การขาดยาทำให้สารสื่อประสาทในสมองเกิดความไม่สมดุล เสี่ยงที่จะอาการกำเริบ การรับประทายอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมอาการ และกลับมาดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างราบรื่น (เปรมฤดี ดำรักษ์ และปรียา ทองประไพ, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการพัฒนากิจกรรม ที่มุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวผู้ป่วย โดยเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา และมีความมั่นใจในประสิทธิภาพของการใช้ยา (ชนานันท์ แสงปาก, ภัทราภรณ์ พุงปันคำ, และวรรณช กิตสัมบัน, 2560; ธงรบ เทียนสันต์ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2558; ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และบุญเยี่ยม เต็มราชสี, 2561; สุมิตา กุมลา, โสภิน แสงอ่อน, และพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2563) แต่การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในนวัตกรรม ยังมีจำกัด แม้จะมีงานวิจัยที่ระบุถึงความสำคัญของการสนับสนุนจากครอบครัว (วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ์, 2560; Guo et al., 2023) ซึ่งกิจกรรมที่ออกแบบสำหรับผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้ข้อมูลและความรู้ ซึ่งจำเป็นต้องให้ผู้ดูแลสนับสนุนการรับประทายอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การบูรณาการกิจกรรมที่มุ่งเน้นทั้งปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยและปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมคือผู้ดูแล เป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการส่งเสริมผลลัพธ์การรักษาในระยะยาว

การสร้างนวัตกรรมเสริมพลังความสามารถให้ผู้ดูแล สนับสนุนผู้ป่วยรับประทายอย่างยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงบริบท ปัญหาอุปสรรค และความต้องการที่แท้จริง การได้ข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์ประสบการณ์ตรงจากผู้ดูแลและผู้ป่วย จะช่วยให้เห็นข้อจำกัดและส่วนที่ยังขาดหายของการสนับสนุนเชิงลึกเหล่านี้ คือหัวใจสำคัญในการออกแบบนวัตกรรมให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ช่วยแบ่งเบาภาระและเสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้ดูแลในการจัดการเรื่องยา ขณะเดียวกันผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้รับประทายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลดีต่อการควบคุมอาการ ลดการกำเริบซ้ำ นำไปสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพและยกระดับคุณภาพชีวิต การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่องการพัฒนาต้นแบบ



Buddy box (เกลอคูใจ) สนับสนุนผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทายาต่อเนื่อง โดยข้อค้นพบจากการศึกษาจะใช้เป็นข้อมูลนำเข้า ในการพัฒนานวัตกรรมในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการสำหรับการพัฒนาต้นแบบนวัตกรรม สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

จากสภาพปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้บูรณาการแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม (Orem, 2001) ที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาภาวะพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผ่านความสามารถของผู้ดูแล เข้ากับข้อมูลบริบทเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรม และการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง นำมาเป็นฐานข้อมูลสำคัญ ในการขับเคลื่อนผ่านกระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) ทั้ง 5 ขั้นตอน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาต้นแบบนวัตกรรมสำหรับสนับสนุนผู้ดูแล ในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทายาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Qualitative Descriptive Study) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ 1 ของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ต้นแบบ Buddy Box (เกลอคูใจ) เพื่อสำรวจปัญหา ความต้องการจากกลุ่มผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาต้นแบบ Buddy Box (เกลอคูใจ) สนับสนุนผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทายาต่อเนื่อง

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเทศบาลนครหาดใหญ่และเทศบาลเมืองคอหงส์



กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คู่ รวมทั้งหมด 20 คน โดยกำหนดตามหลักการกำหนดขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ (Rule of thumb) ซึ่งกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 5 - 12 ราย หรือน้อยกว่าหากพบว่าข้อมูลที่ได้อาจมีความอิ่มตัวเพียงพอ (Data saturation) (ปรีดี นกุลสมปรารถนา, 2564) ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท 10 คน และผู้ป่วยโรคจิตเภท 10 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sample) ตามคุณสมบัติดังนี้

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยจำแนกโรคของ ICD-10 และอาศัยอยู่ในชุมชน

2) มีอายุ 20 – 59 ปี เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมายที่รับผิดชอบหลัก ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นระยะเวลามากกว่า 1 ปีขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัลใด ๆ ในการดูแลผู้ป่วย

3) สามารถฟัง พูด อ่าน หรือ สื่อสารเป็นภาษาไทยได้รู้เรื่อง ไม่มีปัญหาในการมองเห็น ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษาด้วยความสมัครใจ

4) ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีค่าความร่วมมือในการใช้ยาในระดับปานกลาง ประเมินโดยการนับเม็ดยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้วิจัยจากการเยี่ยมบ้าน (ต่ำกว่าร้อยละ 80 หมายถึง มีค่าความร่วมมือในการใช้ยาในระดับปานกลาง) (Brown & Bussell, 2011)

คุณสมบัติในการคัดออกจากการศึกษา (exclusion sampling criteria) ดังนี้

ถอนตัว หรือมีภาวะแทรกซ้อนจนเป็นอุปสรรคในการทำการการศึกษา

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภท

1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ การวินิจฉัยจำแนกโรคของ ICD-10 และอาศัยอยู่ในชุมชน

2) ได้รับการรักษาโรคจิตเภทด้วยการรับประทานยา มีประวัติการรับประทานยาไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ที่มีค่าความร่วมมือในการใช้ยาในระดับปานกลาง ประเมินโดยการนับเม็ดยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้วิจัยจากการเยี่ยมบ้าน (ต่ำกว่าร้อยละ 80 หมายถึง มีค่าความร่วมมือในการใช้ยาในระดับปานกลาง) (Brown & Bussell, 2011)

3) สามารถฟัง พูด อ่าน หรือ สื่อสารเป็นภาษาไทยได้รู้เรื่อง ไม่มีปัญหาในการมองเห็น ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษาด้วยความสมัครใจ

คุณสมบัติในการคัดออกจากการศึกษา (exclusion sampling criteria) ดังนี้

ถอนตัว ปฏิเสธการเจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อนจนเป็นอุปสรรคในการทำการการศึกษา

2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi Structured Interview) สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และผู้ป่วยโรคจิตเภท (ผู้วิจัยได้ผ่านการศึกษาศึกษาและฝึกปฏิบัติในรายวิชาวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาลในระดับมหาบัณฑิต และได้รับการอบรมและสอบผ่านเกณฑ์การประเมิน หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง มีความเข้าใจในปรากฏการณ์ของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแล และผ่านการทบทวนวรรณกรรมมาอย่างลึกซึ้ง ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา)



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยเชิงพรรณนาด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพนี้ เป้าหมายหลักของการให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) คือ การตรวจสอบความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษา และความสอดคล้องของข้อความกับวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือนี้จะสามารถได้รายละเอียดที่ชัดเจน สำหรับการนำไปสร้างต้นแบบนวัตกรรม Buddy Box (กล่องคู่มือ) ต่อไปจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านจิตเวชชุมชน 1 ท่าน พบว่า แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi Structured Interview) สำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ เท่ากับ 0.88 และ 0.76

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของลินคอล์นและกูบา (Lincoln & Guba, 1985) ในการตรวจสอบคุณภาพงานวิจัยเชิงคุณภาพ ด้านความน่าเชื่อถือตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า เปรียบเทียบข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มประวัติ ข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพ ทวนสอบข้อมูลกับผู้ใช้ข้อมูล ความพึงพอใจได้ผ่านการตรวจสอบและวิพากษ์จากคณะอาจารย์ที่ปรึกษาอย่างต่อเนื่องในทุกขั้นตอนของการพัฒนา R&D ความชัดเจนและเป็นกลาง ตรวจสอบความถูกต้องเปรียบเทียบการฟังเสียงบันทึกเทปซ้ำ ระบุหลักฐานเป็นคำพูดโดยตรง การถ่ายโอนข้อมูลได้บรรยายรายละเอียดชัดเจน ครอบคลุมบริบทของเทศบาลนครหาดใหญ่ และเทศบาลเมืองคองหงส์ คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และกระบวนการพัฒนานวัตกรรมภายใต้กรอบแนวคิด Design Thinking และทฤษฎี Orem

3) วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การสัมภาษณ์รายบุคคล

ภายหลังจากโครงร่างงานวิจัยผ่านการรับรอง ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประสานงานพยาบาลวิชาชีพ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคองหงส์ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองคองหงส์ และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครหาดใหญ่ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์และนัดหมายสถานที่สัมภาษณ์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ พิทักษ์สิทธิโดยให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม (Informed Consent) ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและถูกทำลายเมื่อวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) จัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเป็นส่วนตัว เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ซักถามเพิ่มเติมประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน สรุปประเด็นสำคัญและทวนสอบข้อมูลกับผู้ใช้ข้อมูลเพื่อยืนยันความหมายอย่างแท้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัย ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสหนังสือรับรอง : 2025 - St - Nur - 015 (Internal)

4) การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคจิตเภท วิเคราะห์โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามแนวคิดการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยถอดข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ตรวจสอบความถูกต้องโดยฟังเสียงบันทึกเทปซ้ำ อ่านทบทวนทำความเข้าใจ ลงรหัส (Coding) จัดกลุ่มคำหลัก จำแนกข้อมูล วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยจัดหมวดหมู่ อธิบายและแปล



ความหมาย เชื่อมโยงสังเคราะห์ตีความหมาย เพื่อให้ได้ข้อสรุปตามข้อเท็จจริง โดยใช้วัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นแนวทางสร้างข้อสรุปประเด็นหลัก

ผลการวิจัย

ผลจากการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi Structured Interview) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คู่ ซึ่งประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

พบว่า เป็นเพศหญิงจำนวน 6 คน และเพศชายจำนวน 4 คน อายุเฉลี่ย 48.70 ปี (SD = 6.18) อายุน้อยที่สุดคือ 39 ปี และอายุมากที่สุดคือ 56 ปี มีความเกี่ยวข้องโดยเป็นพี่กับผู้ป่วยจำนวน 6 คน ส่วนที่เหลือมีความเกี่ยวข้องเป็น สามี น้องและมารดา ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาโดยเฉลี่ย 9.8 ปี (SD = 4.07) โดยครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลา 5 – 10 ปี

ผู้ป่วยโรคจิตเภท

พบว่า เป็นเพศชายจำนวน 6 คน และ เพศหญิงจำนวน 4 คน มีอายุเฉลี่ย 43.10 ปี (SD = 6.84) อายุน้อยที่สุดคือ 32 ปี และอายุมากที่สุดคือ 55 ปี โดยครึ่งหนึ่งมีอายุ ระหว่าง 41 - 50 ปี ยาที่ผู้ป่วยรับประทาน เป็นยาหลายกลุ่มร่วมกัน โดยส่วนใหญ่เป็นยาด้านโรคจิตร่วมกับยาที่ใช้ลดอาการข้างเคียงของยา ขณะเดียวกันยังมีากลุ่มควบคุมอารมณ์ ยาคลายกังวล และยาช่วยให้นอนหลับใช้ร่วมในบางราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยาเพียงมือเดียว ร้อยละ 40 รองลงมาคือรับประทานยาสองมือ ร้อยละ 30 และรับประทานยาสี่มือต่อวัน พบในสัดส่วนร้อยละ 10 ป่วยเป็นระยะเวลาโดยเฉลี่ย 3.92 ปี (SD = 4.07) โดยกินครั้งหนึ่งป่วยมาเป็นระยะเวลา 6 – 15 ปี

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยโรคจิตเภท

1. สภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาจิตเวชของผู้ป่วยโรคจิตเภท

1.1 ในมุมมองของผู้ดูแลพบว่าสภาพปัญหาของผู้ดูแลสรุปได้ 3 ประเด็น คือ 1) ความยากลำบากในการบริหารจัดการ 2) วิตกกังวลผลข้างเคียงจากยาและพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไป และ 3) การแก้ไขปัญหาด้วยความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ของตนเอง

1) ความยากลำบากในการบริหารจัดการ จากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 คน ให้ข้อมูลถึงการหลงลืม และมีความสับสนในการรับประทานยาของผู้ป่วย นำไปสู่การรับประทานยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา

“...ลืมกินยา บางวันที่ไม่ว่างไม่ได้จัดยาให้ทุกมือ กลัวเขากินยาไม่ถูก เพราะว่าเขาเคยกินยาเกินจำนวนที่หมอสั่ง เหมือนเขาจำผิด พี่ก็ไม่ได้ดูวันนั้น เหมือนยากินเข้า เย็น เขาไปกินเช้า เที่ยง เย็น...” (ญ1)

“...ที่ผ่านมาเขาจะลืมกินยา บางครั้งก็กินยาไม่ตรงกับซองยาที่หมอจัดให้ มีกินเกินจำนวนบ้าง กินน้อยกว่าที่หมอสั่งบ้าง เขาใช้การจำ...” (ช3)

2) วิตกกังวลผลข้างเคียงจากยาและพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไป ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 คน ให้ข้อมูลถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และพฤติกรรมของผู้ป่วยภายหลังจากการรับประทานยาจิตเวช ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล



“...พอเขากินยาแล้วเขาชอบไปกินน้ำอัดลม กาแฟ แล้วมีอาการอาเจียน ไม่รู้ว่าเกิดจากยาหรือไม่ ถ้ากินยาแล้วมีน้ ๑ ปวดหัวเขาจะอาเจียน ถ้าเหมือนเขาปวดหัวจะอาเจียนก็ปล่อยเขาก่อน ให้เขาอาเจียน ก็รู้สึกไม่ดี เครียดไปด้วย พอเขาอาเจียนเขาก็หาย ไม่อยากให้เขามีอาการแบบนี้ ก็กังวลเหมือนกัน...” (ญ1)

“...ที่เจอก็จะมีเวลาเขากินยาเขาจะกินน้ำมาก วันละเกือบ 10 แก้ว ชอบกินน้ำหวานด้วย ก็จะต้องคอยดู คอยบอกตลอดไม่อยากให้กินน้ำหวานเยอะเกิน เขาชอบไปซื้อน้ำหวาน ซาเย่นมากินก็ต้องคอยดูเพราะกลัวว่าเป็นเบาหวานเหมือนกัน...” (ช5)

3) การแก้ไขปัญหาด้วยความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ของตนเอง จากผู้ให้ข้อมูล 10 คน ให้ข้อมูล เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาการลืมรับประทานยาของผู้ป่วย และความไม่แน่นอนของอาการข้างเคียง ผู้ดูแลไม่สามารถปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้คำปรึกษาได้อย่างทันท่วงที ได้ใช้วิธีในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าด้วยประสบการณ์ ความเข้าใจ และสัญชาตญาณของตนเอง

“...ก็ต้องคอยเตือนให้กินยา ช่วยจัดยาให้ อย่านำให้ขาด ไม่นั่นไม่อยู่แบบนี้ ถ้าเหมือนเขาปวดหัวจะอาเจียนก็ปล่อยเขาก่อน ให้เขาอาเจียน พอเขาอาเจียนเขาก็หาย...” (ญ1)

“...ถ้าไม่กินยา ก็ต้องบังคับให้กินยา ชูบ้าง ว่าบ้าง แล้วก็บอกให้กินยา พูดกับเขาว่าไม่นั้นทำอะไรไม่ได้นะ นี่ได้เดินไปซื้อของ เดินไปซื้อน้ำได้ อยากกินอะไรก็ได้กิน...” (ช8)

1.2 ในมุมมองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยโรคจิตเภท ข้อค้นพบใน 3 ประเด็นหลักคือ 1) ปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยา 2) จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลเพื่อช่วยจัดการยา และ 3) แรงจูงใจในการรับประทานยาเพื่อหลีกเลี่ยงการนอนในโรงพยาบาลและมีชีวิตที่เป็นปกติ

1) ผู้ป่วยประสบปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยา จากผู้ให้ข้อมูล 10 คน ให้ข้อมูลว่าลืมรับประทานยา เบื่อรับประทานยา มีความสับสนเกิดการรับประทานยาผิดขนาด และมีผลข้างเคียงจากการรับประทานยา

“...มีลืมกินยา พี่เขาติดเอาข้าวให้หนู จำไม่ได้ว่ากินยามื้อนั้นไปแล้วยัง ต้องมานึกได้ว่าได้กินไปเมื่อไหร่ต้องคอยนึกดูดี ๆ ว่าทำอะไรไปบ้าง กินยาไปแล้วยัง...” (ญ2)

“...ตอนที่สามีไม่ได้มาดูแลให้ลืมกินยา บางครั้งก็จำสับสนทำให้กินยาผิด เข้าใจว่ายานี้กินเม็ดหนึ่ง ยานี้กินครึ่งเม็ด สับสนไปหมดแล้ว สมองไม่ค่อยดีแล้ว...” (ญ3)

2) ผู้ป่วยรับรู้ถึงความจำเป็นในการพึ่งพาผู้ดูแลเพื่อช่วยจัดการยา จากผู้ให้ข้อมูล 10 คน ให้ข้อมูลว่าตนเองไม่สามารถจัดการเรื่องยาได้อย่างสมบูรณ์หากปราศจากความช่วยเหลือจากผู้ดูแล ดังที่ผู้ป่วยได้สะท้อนให้เห็นว่า

“...สามีจะพาไปเวลาหมอนัด คอยเตือนว่ากินยาแล้วยัง เขาช่วยหมดเลยคะ...” (ญ2)

“...พี่บอกตลอด ช่วยตลอดบอกว่ากินยาแล้วยัง กินยาได้แล้วก็จะเอายามากินด้วยกัน...”

(ญ9)

3) แรงจูงใจในการรับประทานยาเพื่อหลีกเลี่ยงการนอนในโรงพยาบาลและมีชีวิตที่เป็นปกติ จากผู้ให้ข้อมูล 10 คน ให้ข้อมูลด้วยเหตุผลที่ว่าไม่อยากกลับไปรักษาตัวในโรงพยาบาลและเพื่อความปรารถนาที่จะมีชีวิตที่เป็นปกติ อยากประกอบอาชีพ ดังที่ผู้ป่วยได้สะท้อนให้เห็นว่า

“...อยากหายดี อยากทำอะไรได้ ก็ต้องกินยา อยากทำอะไรได้ อยู่บ้านอยากกินอะไรก็ได้กิน อยากทำอะไรได้ทำ...” (ช1)



“...ต้องกินยาครบ อยากอยู่กับลูก ไม่อยากทุบตีพังบ้านทำลายข้าวของเหมือนเมื่อก่อน...”

(ญ2)

2. ความต้องการนวัตกรรมสนับสนุนการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ในมุมมองของผู้ดูแล จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความคาดหวังและความต้องการระบุได้ 4 ประเด็น ประกอบด้วย 1) ความต้องการเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้องและต่อเนื่อง 2) การสนับสนุนบทบาทของผู้ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาได้ถูกต้องและต่อเนื่อง 3) ความรู้และข้อมูลสำหรับการจัดการอาการและการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และ 4) การสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

1) ความต้องการเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้องและต่อเนื่อง จากผู้ให้ข้อมูล 10 คน มีความต้องการนวัตกรรมที่สามารถจับต้องได้ เพื่อแก้ปัญหาการจัดการยาในชีวิตประจำวัน

“...อยากได้เสียงช่วยเตือน เหมือนว่าถึงเวลากินยาแล้ว ถ้าไม่อยู่แพนก็อยู่ได้ช่วยกันดูว่าเขากินยา ถ้าได้กล่องใส่ยาเก็บให้เรียบร้อยก็ดี เอายามาจัดไว้เป็นสัปดาห์ ๆ ก็จะได้เพื่อวันไหนยุ่ง ๆ หรือไม่อยู่ตอนเขากินยา แพนก็ดูได้...” (ข5)

“...อยากให้มียากล่องช่วยจัดยา เพราะยาตอนนี้ให้เขาเก็บไว้ เขาชอบเอายามาปนกัน ต้องคอยดูอยู่ตลอดเดี๋ยวกินถูกกินผิด ไม่เป็นตามที่หมอบอกให้กิน ก็กลัวอยู่เหมือนกัน ถ้ามีเสียงเตือนให้กินยาดูด้วยก็ดีเพราะเผื่อวันไหนติดพันช่วงส่งของให้ลูกค้าจะได้ไม่ลืม...” (ข8)

2) การสนับสนุนบทบาทของผู้ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้องและต่อเนื่อง นวัตกรรมที่ดีในมุมมองของผู้ดูแล ต้องเข้ามาช่วยแบ่งเบาภาระและไม่สร้างความยุ่งยากเพิ่มขึ้นในชีวิตประจำวัน รูปแบบของเครื่องมือจึงต้องเน้นความเรียบง่าย ทนทาน ไม่ซับซ้อน

“...อยากให้มีการบันทึกการกินยา ได้เอาไปให้หมอดู ให้พยาบาลดูได้ เพราะเขาชอบเวลาหมอชมว่ากินยาดี ถ้าจะเอามาใช้ได้จริง ถ้าช่วยตรวจสอบว่าเขากินยาแล้วหรือยังไม่กินก็จะดี แล้วถ้าตัวช่วยนี้อยากให้ใช้ได้นาน ๆ ทนทาน ราคาไม่แพง แล้วย่านสนใจเขาจะได้สนใจกินยาดูด้วย...” (ญ7)

“...เสียงเตือนให้กินยา เหมือนนาฬิกาปลุกก็ได้เพราะเราเปิดร้านอยู่บ้านเราก็ได้ยิน แม่ก็ได้ยินได้ช่วยกันดู อย่างอื่นได้หมดเลย มีข้อความที่เข้าใจง่าย มีภาพยิ่งดี...” (ข8)

3) ความรู้และข้อมูลสำหรับการจัดการอาการและการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ดูแลมีความคาดหวังให้มีข้อมูลและเครื่องมือสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ ชุดความรู้ที่เชื่อถือได้ อ่านเข้าใจง่าย

“...อยากให้มีความรู้ที่ใช้ดูพี่ด้วยค่ะ เป็นภาพที่ช่วยให้เข้าใจง่าย ๆ เกี่ยวกับอาการที่พี่จะเป็นจากการกินยา การดูแลต่าง ๆ ที่เป็นความรู้ได้หมดเลย พี่จะได้ดูด้วย แม่จะได้รู้ด้วยค่ะ เพราะว่าเหมือนที่บอกเวลางง ๆ สงสัย ไม่เข้าใจได้มีตัวนี้มาช่วยให้เข้าใจถ้ารอกว่าจะนัดอีกครั้งก็ใช้เวลาอีกหกเดือนค่ะ...” (ญ6)

“...อยากให้มียานัดอาการลูกได้ ไม่ต้องถึงกับว่าเขียนละเอียดหรอก วันนี้เป็นยังไงจะได้ส่งให้หมอหรือพยาบาลได้เลย แม่จะได้ไม่ต้องจำเองทั้งหมดเวลาไปโรงพยาบาลเขาก็ถามนะ...” (ญ9)

4) การสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลเสนอว่าควรมีการสอดแทรกกิจกรรม ภาพ หรือเกมฝึกสมองเข้าไปในตัวอุปกรณ์ เพื่อช่วยคลายความเบื่อหน่าย

“...พี่ได้ฝึกเขาไปด้วยเวลาที่พี่ไม่อยู่ว่าเขาต้องเอายามาจัดยังไง หยิบกินยังไง ตัวช่วยนี้เขาก็น่าจะเรียนรู้ไปกับพี่ได้ด้วย เขาได้ไม่เบื่อด้วยเพราะเขาอยู่บ้านไม่ได้ไปไหน ไม่ได้ออกไปไหน...” (ญ4)

“...ถ้าเป็นภาพ หรือว่าเป็นภาพเกมสก็ให้เขาได้ฝึกสมองเวลาเบื่อ ๆ ก็ดีนะ เพราะอยู่บ้านไม่ได้ทำงาน ช่วยกวาดบ้านบ้าง รดน้ำต้นไม้บ้าง ได้ทำอะไรก็ได้ฝึกคิดอยู่บ้าง...” (ญ9)



2.2 ในมุมมองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีต่อ นวัตกรรมสนับสนุนการรับประทานยา ระบุได้ 3 ประเด็น ประกอบด้วย 1) ความต้องการเครื่องมือช่วย จัดการยาเพื่อการรับประทานยาได้ครบถ้วนและถูกต้อง 2) ความรู้และข้อมูลที่เข้าถึงได้ และ 3) กิจกรรม ให้ทำยามว่างเพื่อลดความเบื่อหน่าย

1) **ความต้องการเครื่องมือช่วยจัดการยา** เพื่อการรับประทานยาได้ครบถ้วนและถูกต้อง ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 คน สะท้อนความต้องการอย่างชัดเจนว่า อยากได้อุปกรณ์ที่เป็นรูปธรรม เช่น “กล่องใส่ ยา” หรือ “ที่จัดยา”

“...อยากให้มียุกรณ์ไว้ใส่ยา ให้พี่ช่วยดูด้วย เวลาหยิบมากิน พี่ได้ดูว่าหยิบมากินแล้ว...” (ข8)

“...ให้มาช่วยแม่ อยากให้มีที่ไว้ใส่ยา ใส่ไว้เลย ถ้าแม่ยังไม่กลับมาได้เอายากินก่อน...” (ข10)

2) **ความรู้และข้อมูลที่เข้าถึงได้** นอกเหนือจากอุปกรณ์จัดการยาแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังมีความ ต้องการชุดความรู้หรือข้อมูลที่สามารอ่านทำความเข้าใจได้ด้วยตนเอง ดังที่ได้สะท้อนให้เห็นว่า

“...ชอบอ่าน อยากให้มีบอกว่าต้องทำยังไง มีความรู้ให้อ่าน อ่านหมดเลย ตอนที่อยู่บ้าน อ่านหนังสือหมดเลยที่พยาบาลให้มาอ่าน...” (ข7)

“...อยากมีอะไรให้อ่าน เอาไว้ให้มี อ่านได้ ไว้ถามแม่ได้ แม่ได้อ่านด้วย เรื่องที่ต้องกินยา โรคที่เป็น...” (ข10)

3) **กิจกรรมให้ทำยามว่างเพื่อลดความเบื่อหน่าย** ผู้ป่วยจึงมีความคาดหวังว่านวัตกรรมที่ พัฒนาขึ้น นอกเหนือจากจะช่วยเรื่องยาแล้ว ควรมีกิจกรรมที่ช่วยดึงดูความสนใจ เพื่อลดความเบื่อหน่าย ในแต่ละวัน

“...ชอบดูอะไรที่สวย ๆ เวลาเบื่อ ๆ มีไรให้ทำก็ดีนะ ทำแก้เบื่อ...” (ญ3)

“...ถ้ามีอะไรให้ทำ ทำหมดได้ไม่เบื่อ ตอนนี้อยู่ไม่ได้ทำอะไรแก้เบื่อ ๆ ก็เปิดเพลงฟัง...” (ข4)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการสำหรับการพัฒนา ต้นแบบนวัตกรรมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีภาวะพร่องการดูแลตนเอง สาเหตุมาจากความบกพร่อง ทางความคิดและสติปัญญา ส่งผลต่อความจำและการคิดเชิงเหตุผล (วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ, 2560; Orem, 2001) ผลข้างเคียงจากยาเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้พฤติกรรมการใช้ยาไม่ต่อเนื่อง (สินเงิน สุขสมปอง และ คณะ, 2559; Guo, J., Lv, X., Liu, Y., Kong, L., Qu, H. & Yue, W, 2023) ผู้ป่วยมีการรับรู้ความจำเป็น ของการสนับสนุนจากครอบครัว ช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการใช้ยาและเสริมสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่า ในตนเอง (ชนานันท์ แสงปาก และคณะ, 2560) แรงจูงใจภายในที่ไม่อยากกลับไปรักษาตัวใน โรงพยาบาลซ้ำและความหวังที่จะกลับไปประกอบอาชีพ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายความร่วมมือใน การรับประทานยา (จิรศักดิ์ ห้วยทราย และสมชาย สุริยะไกร, 2562; Tham, X., Xie, H., Chng, C., Seah, X., Lopez, V. & Yobas, P, 2016) ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแล ตนเองในเรื่องการรับประทานยา จึงเกิดความจำเป็นที่ต้องพึ่งพาระบบสนับสนุนจากครอบครัว คือผู้ดูแล สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่ระบุว่าเมื่อบุคคลมีภาวะพร่องการดูแลตนเองย่อม ต้องการการดูแลจากบุคคลอื่น (dependent care agency) โดยผู้ดูแลเผชิญข้อจำกัดด้านเวลา และขาด ความรู้ความเข้าใจในการประเมินอาการข้างเคียง ทำให้เกิดความเครียดและความไม่มั่นใจในการดูแล



ผู้ป่วย ความเครียดที่ผู้ดูแลเผชิญส่งผลสะท้อนกลับไปยังคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ทำให้ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยลดลง ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความร่วมมือในการรับประทานยา (ชานันท์ แสงปาก และคณะ, 2560; Guo et al., 2023) ความยากลำบากในการบริหารจัดการยา และระบบจัดเก็บยา ไม่เอื้อต่อการตรวจสอบ เป็นปัจจัยเสี่ยงให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา (บุษยา คำคำ และคณะ, 2557; Pitanupong et al., 2022) ความวิตกกังวลต่อผลข้างเคียงของยาจากความรู้ที่จำกัดอาจนำไปสู่การตัดสินใจหยุดยาของผู้ป่วย (Alasmee & Hasan, 2020) ผู้ดูแลมีการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าด้วยประสบการณ์ และสัญชาตญาณ (เทียนทอง และนาถนภา, 2566) สะท้อนถึงข้อจำกัดของความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001)

การพัฒนานวัตกรรมไม่สามารถมุ่งเน้นเพียงอุปกรณ์จัดเก็บยาทางกายภาพ แต่ต้องบูรณาการองค์ประกอบที่ตอบสนองต่อภาวะพร้อมการดูแลตนเองอย่างรอบด้าน ข้อมูลความต้องการเชิงลึกถูกนำมาใช้เป็นข้อกำหนดเบื้องต้น ในการออกแบบต้นแบบนวัตกรรม “Buddy box (เกลอคู่ใจ)” โดยผสมผสานการจัดยาที่มีระบบแจ้งเตือน มีชุดคู่มือความรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ดูแล และการสอดแทรกกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด ที่ช่วยตอบสนองระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีของโอเร็ม เสริมพลังความสามารถ ให้ระบบสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวมีความเข้มแข็ง ลดภาระความเครียดของผู้ดูแล นำไปสู่ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า จากมุมมองของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคจิตเภท สภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาจิตเวชของผู้ป่วยโรคจิตเภท ชี้ให้เห็นว่า การจัดการยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน มีความสำคัญอย่างยิ่ง การจะเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา มีความจำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์หรือเครื่องมือเชิงประจักษ์ ที่สามารถช่วยผู้ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่ยั่งยืน

ข้อจำกัดในงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยจิตเภทจากอำเภอแห่งหนึ่งในภาคใต้ ซึ่งอาจมีบริบทการดูแลที่แตกต่างจากที่อื่น ดังนั้น ควรพิจารณาบริบทที่จะนำผลการวิจัยไปอ้างอิง ซึ่งควรเป็นบริบทที่ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

การสร้างต้นแบบนวัตกรรมควรมีองค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการใช้ยา 2) ความรู้เกี่ยวกับทักษะการดูแลการรับประทานยาและการจัดการปัญหาพฤติกรรมไม่ร่วมมือรับประทานยา 3) ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยและการลดความเครียด การสังเกตอาการเตือน 4) ชุดอุปกรณ์การบริหารจัดการยา โดยนวัตกรรมจะต้องมีความสะดวกและใช้งานง่ายในบริบทที่บ้าน



เอกสารอ้างอิง

- กนกรัตน์ ชัยนุ, กิตติยา ทองสุข, และมิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่ออาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 1(1), 15-24.
- กนกวรรณ ลิ่มศรีเจริญ. (2559). จิตเวชศิริราช DSM-5 (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์.
- กรมสุขภาพจิต. (2566). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช. สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2568 จาก <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/>
- กรมสุขภาพจิต. (2567). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช. สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2568 จาก <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/>
- จิรศักดิ์ ห้วยทราย, และสมชาย สุริยะไกร. (2562). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลดงหลวง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(2), 150-154.
- ชนานันท์ แสงปาก, ภัทราภรณ์ พุงปันคำ, และวรรณช กิตสัมบัน. (2560). ผลของการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่องต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน. *พยาบาลสาร*, 44(1), 137-148.
- เทียนทอง ทาระบุตร, และนาถนภา วงษ์ศีล. (2566). ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำและผู้ดูแลในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 37(1), 79-102.
- ธงรบ เทียนสันต์, และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2558). ผลของโปรแกรมการให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 104-116.
- ธงรบ เทียนสันต์. (2561). พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชกับบทบาทการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ช่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 30(2), 1-15.
- บุษยา คำคำ, จารุวรรณ ก้านศรี, นภัทร เตี้ยอนุกุล, และสิริภพ โตเสม. (2557). การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโรงพยาบาลสรรพยาจังหวัดชัยนาท. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 24(3), 66-76.
- ปรีดี นกุลสมปรารถนา. (2564). จำนวน Sample Size ที่เหมาะกับการทำ Research. สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2568 จาก https://www.popticles.com/marketing/research-sample-size/?utm_source=chatgpt.com
- เปรมฤดี คำรักษ์, และปรีญา ทองประไพ. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาในชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดยะลา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(พิเศษ), 29-42.
- พงศธร พหลภาคย์, และภัทรี พหลภาคย์. (2563). จิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่นฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พัชรินทร์ อติสรณกุล. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา สำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยญาติมีส่วนร่วม หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *มหาราช นครศรีธรรมราชเวชสาร*, 5(1), 89-99.



- ภาวินี ธนบดีธรรมจารี, และบุญเยี่ยม เต็มราชี. (2561). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อการกินยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 32(3), 133-153.
- วัชรินทร์ วุฒิธณฤทธิ. (2560). การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 31(1), 1-12.
- สินเงิน สุขสมปอง, ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, และพลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 61(4), 331-340.
- สุมิศา กุมลา, โสภณิ แสงอ่อน, และพัชรินทร์ นินทจันทร์. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 34(2), 132-152.
- Alasmee., N. & Hasan., A. (2020). Primary caregivers experience of anti-psychotic medication: A qualitative study. Archives of Psychiatric Nursing, 34(2020), 520–528.
- Brown, M. T., & Bussell, J. K. (2011). Medication adherence: WHO cares? Mayo Clinic Proceedings, 86(4), 304–314. <https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0575>
- Davarinejad, O., Majd, T. M., Golmohammadi, F., Mohammadi, P., Radmehr, F., Alikhani, M., Motaei, T., Moradinazar, M., Brühl, A., Bahmani, D. S., & Brand, S. (2021). Identification of risk factors to predict the occurrences of relapses in individuals with schizophrenia spectrum disorder in Iran [Article]. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(2), 1-13, Article 546. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020546>
- Guo, J., Lv, X., Liu, Y., Kong, L., Qu, H. & Yue, W. (2023). Influencing factors of medication adherence in schizophrenic patients: a meta-analysis. Schizophrenia, 31, 1-8.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). Naturalistic inquiry. Sage Publications.
- Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). Mosby.
- Pitanupong, J., Ratanaapiromyakij, P. & Teetharatkul, T (2022). Factors Associated with Readmission Among Individuals with One Previous Episode of Schizophrenia in Southern Thailand: A University Hospital-based Retrospective Study. JHSMR Journal of Health Science and Medical Research, 40(6), 657-670.
- Rohmi, F & Pandin, M. G. R. (2022). Factors Affecting Medication Adherence Among patient with Schizophrenia: A Literature Review. medRxiv. สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2568 จาก <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.12.22269187v1.full-text>
- Stanford d.school. (2009). The Bootcamp Bootleg. Stanford University. สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2568 จาก <https://dschool.stanford.edu/resources/the-bootcamp-bootleg>
- Tham, X., Xie, H., Chng, C., Seah, X., Lopez, V. & Yobas, P. (2016). Factors Affecting Medication Adherence Among Adults with Schizophrenia: A Literature Review. Archives of Psychiatric Nursing, 30, 797-809.
- World Health Organization. (2025). Schizophrenia. สืบค้นเมื่อ 28 เมษายน 2569 จาก <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>