

ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์แบบย่อก่อนจำหน่ายต่อความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการ รับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช

The Effects of a Brief Emotion Regulation Program before Discharge on Medication Knowledge and Medication Adherence among Psychiatric Patients

(Received: September 27, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

พรพิมล พรหมนัส¹ ธนะรัชต์ งอบโพธิ์² จิตราภรณ์ จิตรมาศ³ ณัฏศกร ช่างสกุล⁴ ขจรอรุณพน พงศ์วิริทธิ์ธร⁵
Pornphimon Phrommanat¹ Thanarach Ngobphoe² Jitraporn Jitmas³ Naphakaorn Chuangsakul⁴
Kajornatthapol Pongwiritthon⁵

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์แบบย่อต่อความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช ณ หอผู้ป่วยกมลรักรักษ์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการโปรแกรมการกำกับอารมณ์แบบย่อร่วมกับผู้ดูแล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประเมินผล 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เครื่องมือประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เรื่องยา และแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องยาเพิ่มจาก 5.15 ± 2.11 เป็น 9.75 ± 1.21 และ 10.25 ± 1.25 คะแนน ตามลำดับ และมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มจาก 30.75 ± 8.81 เป็น 44.70 ± 3.67 และ 46.45 ± 3.05 คะแนน ตามลำดับ พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งด้านความรู้เรื่องยา ($F=33.49$, $p<.001$, partial $\eta^2=.47$) และความร่วมมือในการใช้ยา ($F=63.27$, $p<.001$, partial $\eta^2=.63$)

คำสำคัญ: การกำกับอารมณ์แบบย่อ ความรู้เรื่องยา ความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ป่วยจิตเวช

Abstracts

This study aimed to examine the effectiveness of a brief emotion regulation program on medication knowledge and medication adherence among patients with psychiatric disease. The sample consisted of 40 participants, equally assigned to an experimental group and a control group, with 20 participants in each group. The experimental group received the brief emotion regulation program with caregiver participation, whereas the control group received routine nursing interventions. Outcomes were assessed at three time points: before the intervention, immediately after the intervention, and at follow-up. The research instruments included a demographic data record form, a medication knowledge assessment form, and a medication adherence assessment form for Thai patients. Data were analyzed using descriptive statistics and repeated measures analysis of variance.

The results revealed that the experimental group's medication knowledge scores increased from 5.15 ± 2.11 before the intervention to 9.75 ± 1.21 after the intervention and 10.25 ± 1.25 at follow-up. Medication adherence scores also increased from 30.75 ± 8.81 before the intervention to 44.70 ± 3.67 after the intervention and 46.45 ± 3.05 at follow-up. Significant interaction effects between time and group were

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

² ว่าที่ ร.อ. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding Author

³ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ Corresponding Author

⁴ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ Corresponding Author

⁵ คณะบริหารธุรกิจ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น Corresponding Author

found for both medication knowledge ($F = 33.49, p < .001, \text{partial } \eta^2 = .47$) and medication adherence ($F = 63.27, p < .001, \text{partial } \eta^2 = .63$).

Keywords: Mood regulation, Medication knowledge, Medication adherence, Psychiatric patients

บทนำ

โรคทางจิตเวชเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การดำเนินชีวิต ความสัมพันธ์ทางสังคม ความสามารถในการประกอบอาชีพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งก่อให้เกิดภาระต่อครอบครัว ผู้ดูแล และระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล ซึ่งการรักษาด้วยยาเป็นแนวทางสำคัญในการควบคุมอาการ ลดความรุนแรงของโรค และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งผลสำเร็จของการรักษาไม่ได้ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของยาเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับความรู้เรื่องยา ความเข้าใจต่อแผนการรักษา และความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องของผู้ป่วย¹ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเวช และมีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรค การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการรักษายาวนานมากขึ้น การทำหน้าที่ทางสังคมบกพร่องและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยามีหลายด้าน ได้แก่ ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับยา การตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วย อาการไม่พึงประสงค์จากยา การใช้สารเสพติด ภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพ และที่สำคัญคือการสนับสนุนจากครอบครัว¹ ดังนั้น การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจึงเป็นช่วงเวลาสำคัญที่ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถบริหารยาได้เมื่อกลับบ้าน

จากข้อมูลของหอผู้ป่วยกมลรักษ์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยเดิมที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอจำนวนร้อยละ 50 โดย

ปัญหาดังกล่าวสัมพันธ์กับการกำเริบของอาการ และการกลับมารักษาซ้ำ สถานการณ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลก่อนจำหน่ายที่ไม่เพียงให้ความรู้เรื่องยาเท่านั้น แต่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจอารมณ์ ความคิด และปัจจัยภายในที่เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องด้วยเช่นกัน กระบวนการให้คำปรึกษาก่อนจำหน่ายเป็นกระบวนการสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช โดยครอบคลุมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อบ่งใช้ของยา ขนาดและวิธีใช้ ระยะเวลาในการรักษา อาการไม่พึงประสงค์ ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยจิตเวชมักมีปัจจัยด้านอารมณ์ และความคิดที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา เช่น ความวิตกกังวล ความเบื่อหน่ายต่อการรักษา ความสิ้นหวัง ความคิดด้านลบ หรือการรับรู้อาการเจ็บป่วยไม่ชัดเจน ปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยหยุดยาหรือปรับยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดผู้ป่วย สามารถประเมินสภาพจิต อารมณ์ ความคิด ความเข้าใจเรื่องยา ความเสี่ยงต่อการหยุดยา และความพร้อมของผู้ดูแลได้อย่างต่อเนื่อง บทบาทของพยาบาลจึงครอบคลุมทั้งการให้ความรู้ การสื่อสารเชิงบำบัด การเสริมแรงจิตใจ การประเมินอุปสรรคต่อการรับประทานยา การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย โดยเฉพาะการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอารมณ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยา เช่น ความเศร้า ความกลัวผลข้างเคียง ความหงุดหงิด ความสิ้นหวัง และความรู้สึกเบื่อยา สอดคล้องกับแนวคิดการกำกับอารมณ์ของ Gross อธิบายว่าบุคคลสามารถจัดการอารมณ์ได้ตั้งแต่วัยก่อน

เกิดอารมณ์จนถึงระยะตอบสนองต่ออารมณ์ ผ่านกระบวนการสำคัญ ได้แก่ การเลือกสถานการณ์ การปรับเปลี่ยนสถานการณ์ การกำกับความสนใจ การปรับความคิด และการปรับการตอบสนองทางอารมณ์ แนวคิดดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้ในการพยาบาลจิตเวชเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้เท่าทันอารมณ์ที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการใช้ยา เช่น การหยุดยาเองเมื่อรู้สึกเบื่อหรือสิ้นหวัง การหลีกเลี่ยงยาเพราะกลัวผลข้างเคียง หรือการไม่มาตรวจตามนัดเมื่อรู้สึกท้อแท้ การฝึกให้ผู้ป่วยหยุดสังเกตอารมณ์ ประเมินความคิด และเลือกวิธีตอบสนองที่เหมาะสม จึงอาจช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{2,3}

การกำกับอารมณ์เป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการรับรู้อารมณ์ แยกแยะอารมณ์ด้านลบ และเลือกวิธีจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยมีความเครียดวิตกกังวล เป้าหมายต่อการรักษา กลัวผลข้างเคียงหรือรู้สึกถูกตีตรา อารมณ์เหล่านี้อาจทำให้เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยง เช่น ลืมยา หยุดยาเอง หรือไม่มาติดตามการรักษา ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่สามารถกำกับอารมณ์ได้ดีจะรู้เท่าทันความรู้สึกของตนเอง แยกแยะได้ว่าอารมณ์ใดเป็นตัวกระตุ้นให้ไม่อยากรับประทานยา สามารถหยุดคิดก่อนตัดสินใจ ปรับความคิด ใช้ทักษะเผชิญปัญหา และขอความช่วยเหลือจากผู้ดูแลหรือทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้สามารถรับประทานยาได้ต่อเนื่อง ลดโอกาสการกำเริบของอาการ และส่งเสริมการใช้ชีวิตในชุมชนได้มั่นคงมากขึ้น และนอกจากนี้ ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการใช้ยาหลังจำหน่าย โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเวชที่อาจมีข้อจำกัดด้านการรับรู้ ความเข้าใจ การตระหนักต่อการเจ็บป่วย หรือการจัดการตนเอง ผู้ดูแลสามารถช่วยกำกับการใช้ยา สังเกตอาการเตือนและอาการไม่พึงประสงค์ พาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ การพบทวนวรรณกรรมพบว่ามาตรการที่ส่งเสริมความ

ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวชควรมีลักษณะบูรณาการ โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพหลายสาขา ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และทีมสหวิชาชีพ^{4,5}

จากสถานการณ์ความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยกมลรักษ์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ประกอบกับหลักฐานเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาด้านยา บทบาทของพยาบาลจิตเวช ความสำคัญของผู้ดูแล และแนวคิดการกำกับอารมณ์ของ Gross ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาและศึกษาผลของ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องยา สามารถรู้เท่าทันอารมณ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ยา มีแผนรับมือเมื่อเกิดปัญหา และรับประทานยาอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย อันจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และระยะติดตามผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยกมลรักษ์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างเดือนมีนาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2569 จำนวน 150 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 36 คน คำนวณด้วยวิธี Two Independent Means โดย

ใช้ Application N4Studies แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน และเพื่อป้องกันการหลุดติดตามร้อยละ 15 จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดซ้ำหลายช่วงเวลา (quasi-experimental research with two-group repeated measures design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์แบบย่อก่อนจำหน่ายต่อความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยกมลรักษ์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 40 คน โดยมีการประเมินผล 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนการทดลอง (T0) การติดตามครั้งที่ 1 ในวันที่แพทย์นัดครั้งแรก (T1) และการติดตามครั้งที่ 2 ในวันที่แพทย์นัดครั้งที่สอง (T2)

การจัดกลุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยการสุ่มระดับบุคคล (individual randomization) ในอัตราส่วน 1:1 โดยใช้การสุ่มแบบบล็อก (block randomization) ขนาดบล็อกเท่ากับ 4 ร่วมกับการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified randomization) ตามการวินิจฉัยทางคลินิก ได้แก่ โรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความสมดุลตามกลุ่มการวินิจฉัย ภายหลังผู้เข้าร่วมผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการรายงานการทดลองที่กำหนดให้ระบุวิธีสร้างลำดับการสุ่ม วิธีจำกัดการสุ่ม เช่น blocking และ stratification ตลอดจนวิธีปกปิดการจัดสรรกลุ่มอย่างชัดเจน⁶

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยเริ่มจากการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติตาม

เกณฑ์ที่กำหนด ผู้ป่วยต้องมีอายุมากกว่า 18 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า หรือโรควิตกกังวล เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยกมลรักษ์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สามารถสื่อสารภาษาไทย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับผู้ดูแลหลักต้องเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วย อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย รับผิดชอบในการจัดยาให้ผู้ป่วย สามารถสื่อสารภาษาไทย และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามกระบวนการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักนับรวมเป็นหนึ่งชุดข้อมูลในการศึกษา

เมื่อผู้เข้าร่วมผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์และความเสี่ยงของการเข้าร่วมโครงการ ตลอดจนสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามจนเกิดความเข้าใจ ก่อนลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเอง ให้ผู้ปกครองหรือผู้มีอำนาจตามกฎหมายเป็นผู้ลงนามตามขั้นตอนที่กำหนด

หลังจากได้รับความยินยอม ผู้เข้าร่วมได้รับการสุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมโดยใช้ block randomization ขนาดบล็อก 4 และ stratified randomization ตามการวินิจฉัยทางคลินิก ลำดับการสุ่มถูกเก็บรักษาไว้และใช้ซองทึบปิดผนึกเพื่อปกปิดการจัดสรรกลุ่ม โดยเจ้าหน้าที่ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการประเมินผลเป็นผู้เปิดซองตามลำดับหลังจากผู้เข้าร่วมผ่านเกณฑ์และให้ความยินยอมแล้ว หลักการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการทราบกลุ่มที่จะได้รับล่วงหน้าก่อนการจัดสรร⁶

จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐาน (T0) โดยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก พร้อมประเมินความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยาก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ รายบุคคล ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

ภายหลังจำหน่าย ผู้วิจัยติดตามประเมินผล จำนวน 2 ครั้ง โดยการประเมินครั้งที่ 1 (T1) ดำเนินการในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดครั้งแรก ณ คลินิกจิตเวช และการประเมินครั้งที่ 2 (T2) ดำเนินการในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดครั้งที่สอง โดยประเมินตัวแปรผลลัพธ์ ได้แก่ ความรู้เรื่องยา และความร่วมมือในการใช้ยาเช่นเดียวกับการ ประเมินก่อนการทดลอง นอกจากนี้ ใช้ข้อมูลจากระบบ HIM.Pro. ของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ประกอบการตรวจสอบประวัติการรักษาและการรับยาของผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ใช้รวบรวม ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคร่วม และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย เพื่อใช้อธิบายคุณลักษณะ พื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เรื่องยา เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสำหรับประเมินความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ครอบคลุม ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการใช้ยา โดยมีตัวเลือก คำตอบ 3 ระดับ ได้แก่ “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่ทราบ” แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามเชิง บวก 4 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ ใช้ประเมิน ในช่วงก่อนการทดลอง (T0) หลังได้รับการให้ คำปรึกษาในวันนัดครั้งแรก (T1) และวันนัดครั้งที่ สอง (T2)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความร่วมมือในการ ใช้ยาสำหรับชาวไทย (Medication Adherence Scale for Thais: MAST) พัฒนาโดย รสีกา อัคร กรกุล และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต⁷ ประกอบด้วยข้อ คำถามจำนวน 13 ข้อ ครอบคลุม 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง การใช้ยาอย่าง

ถูกต้อง และปัจจัยทางจิตสังคม ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อ คำถามเชิงบวก 9 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 4 ข้อ โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนจาก 4 ถึง 1 คะแนนตามระดับคำตอบ และข้อคำถามเชิงลบให้ คะแนนในทิศทางกลับกัน คะแนนที่สูงแสดงถึง ความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีกว่า แบบประเมิน MAST ฉบับต้นฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.85 และมีค่าความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์เท่ากับ 0.737

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการกำกับอารมณ์แบบย่อ ก่อนจำหน่าย เป็นกิจกรรมการพยาบาลจิตเวช แบบรายบุคคล พัฒนาจากแนวคิดการกำกับ อารมณ์ของ Gross ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องยา ประกอบด้วย การประเมินปัญหาการรับประทาน ยา การสำรวจอารมณ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการ ใช้ยา การให้ความรู้เรื่องยา การฝึกทักษะการกำกับ อารมณ์ และการวางแผนรับประทานยาหลังกลับ บ้านจำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 30-45 นาที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูลและเครื่องมือประกอบการดำเนินการวิจัยให้ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญ ด้านการแพทย์ การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และเภสัชกร ตรวจสอบความเหมาะสมและความ ตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยพิจารณา ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ และตัวแปรที่ต้องการศึกษา รวมทั้งความ เหมาะสมของภาษา ความชัดเจน และความ ครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุง เครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อน นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ กลุ่มตัวอย่าง

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบ ประเมินความรู้เรื่องยาใช้วิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น

เท่ากับ 0.61 ส่วนเครื่องมือที่ประเมินด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.60 ขณะที่แบบประเมิน MAST ฉบับต้นฉบับมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.85 และมีค่าความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์เท่ากับ 0.737 ทั้งนี้การรายงานคุณภาพของเครื่องมือวัดผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยควรระบุหลักฐานเกี่ยวกับความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ รวมถึงผู้ให้ข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูลให้ชัดเจน เพื่อให้สามารถประเมินคุณภาพของการวัดผลลัพธ์ได้⁸

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การวิเคราะห์แบ่งเป็นสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ดังนี้ ข้อมูลลักษณะทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามระดับการวัดของข้อมูล ส่วนการเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสำหรับข้อมูลเชิงกลุ่มใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test ตามความเหมาะสม

คะแนนความรู้เรื่องยาและคะแนนความร่วมมือในการใช้ยานำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในแต่ละช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนการทดลอง (T0) การติดตามครั้งที่ 1 (T1) และการติดตามครั้งที่ 2 (T2) และวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของคะแนนตามช่วงเวลาร่วมกับความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures analysis of variance: repeated measures ANOVA) เพื่อพิจารณาผลของเวลา (time effect) และปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกลุ่ม (time x group interaction) รวมทั้งเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนในแต่ละช่วงเวลาตามแผนการวิเคราะห์ของการวิจัย การวิเคราะห์แบบ

repeated measures จำเป็นต้องพิจารณาข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับ sphericity และเมื่อข้อตกลงดังกล่าวไม่เป็นไปตามเกณฑ์สามารถใช้ค่าปรับแก้ เช่น Greenhouse-Geisser หรือ Huynh-Feldt ในการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ⁹

ผลการวิเคราะห์นำเสนอด้วยค่าสถิติที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า F ค่า p และขนาดอิทธิพล (partial eta squared: partial η^2) ตามความเหมาะสมของการวิเคราะห์ โดยพิจารณาค่า $p < .05$ ว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่รับรอง COA No. 004/2569 และรหัสโครงการ SSKHREC No. 065/2568

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน โดยประเมินผล 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนการทดลอง (T0) หลังการทดลองหรือการติดตามครั้งที่ 1 (T1) และระยะติดตามผลหรือการติดตามครั้งที่ 2 (T2) ผลการศึกษานำเสนอเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนผลลัพธ์ในแต่ละช่วงเวลา ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และผลการเปรียบเทียบรายคู่ ดังนี้

1. ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 35.75 ปี (SD = 3.77) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 32.70 ปี (SD = 10.89) โดยอายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($t = .67, p = .50$) รายได้เฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 3,825.00 บาท (SD = 1,714.00) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 3,000.00 บาท (SD = 6,911.85) ซึ่งไม่แตกต่างกัน ($t = .49, p = .63$) ส่วนระยะเวลาการ

เจ็บป่วยเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มเท่ากับ 5.20 ปี และ ไม่แตกต่างกัน ($t = .00, p = 1.00$)

สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม พบว่าเพศ ระดับ การศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยของแพทย์ โรค ประจำตัว และความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อย่างไรก็ตาม สถานภาพสมรสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($\chi^2 = 6.62, p = .04$) โดยกลุ่มทดลองเป็น โสดร้อยละ 55.0 สมรสร้อยละ 30.0 และหม้าย/ หย่า/แยกกันอยู่ร้อยละ 15.0 ขณะที่กลุ่มควบคุม เป็นโสดร้อยละ 50.0 สมสร้อยละ 5.0 และ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ร้อยละ 45.0 ข้อมูลใน ต้นฉบับจึงไม่ได้สนับสนุนการกล่าวว่าคุณลักษณะ พื้นฐานทุกตัวแปรของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน เนื่องจากสถานภาพสมรสมีความแตกต่างระหว่าง กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ ยา ก่อนการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมี คะแนนความรู้เรื่องยาเฉลี่ย 5.15 คะแนน ($SD = 2.11$) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 5.80 คะแนน ($SD = 2.14$) ไม่แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($t = -.92, p = .37$) ส่วน คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา กลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ย 30.75 คะแนน ($SD = 8.81$) และกลุ่ม ควบคุมมีค่าเฉลี่ย 35.21 คะแนน ($SD = 7.41$) ไม่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.64, p = .11$)

ผลดังกล่าวแสดงว่า ก่อนเริ่มการทดลองทั้ง สองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน ตัวแปรผลลัพธ์หลักทั้งสองด้าน

3. การเปลี่ยนแปลงของความรู้เรื่องยาและ ความร่วมมือในการใช้ยา เมื่อพิจารณาคะแนน ความรู้เรื่องยาตลอด 3 ช่วงเวลา พบว่า กลุ่ม ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จาก 5.15 คะแนน ($SD = 2.11$) ก่อนการทดลอง เป็น 9.75 คะแนน ($SD = 1.21$) หลังการทดลอง และ 10.25 คะแนน ($SD = 1.25$) ในระยะติดตามผล

ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างคงที่ คือ 5.80 คะแนน ($SD = 2.14$), 6.15 คะแนน ($SD = 2.21$) และ 6.20 คะแนน ($SD = 2.21$) ตามลำดับ

สำหรับความร่วมมือในการใช้ยา กลุ่ม ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 30.75 คะแนน ($SD = 8.81$) ก่อนการทดลอง เป็น 44.70 คะแนน ($SD = 3.67$) หลังการทดลอง และเพิ่มเป็น 46.45 คะแนน ($SD = 3.05$) ในระยะติดตามผล ในทาง ตรงกันข้าม กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 35.21 คะแนน ($SD = 7.41$) ก่อนการทดลอง 35.10 คะแนน ($SD = 7.15$) หลังการทดลอง และลดลง เป็น 32.55 คะแนน ($SD = 6.71$) ในระยะติดตาม ผล

4. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัด ซ้ำภายในแต่ละกลุ่ม ผลการวิเคราะห์ repeated measures ANOVA โดยใช้ค่า Greenhouse-Geisser correction ตามที่รายงานในต้นฉบับ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องยา แตกต่างกันตามระยะเวลาการวัดอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($F = 85.16, p < .001, \text{partial } \eta^2 = .82$) และคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาแตกต่าง กันตามระยะเวลาการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 81.50, p < .001, \text{partial } \eta^2 = .81$)

ในกลุ่มควบคุม คะแนนความรู้เรื่องยาไม่ แตกต่างกันตามระยะเวลาการวัดอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($F = .44, p = .58, \text{partial } \eta^2 = .02$) ขณะที่คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาแตกต่างกัน ตามระยะเวลาการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 4.64, p = .02, \text{partial } \eta^2 = .21$)

5. ผลของเวลาและปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลา และกลุ่ม เมื่อวิเคราะห์ทั้งสองกลุ่มร่วมกัน พบว่า คะแนนความรู้เรื่องยามีความแตกต่างตาม ระยะเวลาการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 45.69, p < .001, \text{partial } \eta^2 = .55$) และพบ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกลุ่ม (time $\times$ group interaction) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 33.49, p < .001, \text{partial } \eta^2 = .47$) แสดงว่า รูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความรู้เรื่อง

ยาในช่วงเวลาต่าง ๆ แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ในทำนองเดียวกัน คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา มีความแตกต่างตามระยะเวลาการวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 37.14, p < .001$, partial $\eta^2 = .50$) และพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 63.27, p < .001$, partial $\eta^2 = .63$) แสดงว่าการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาตลอดระยะเวลาการศึกษาของกลุ่มทดลอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

6. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องยารายคู่ ผลการเปรียบเทียบรายคู่ในกลุ่มทดลองพบว่าคะแนนความรู้เรื่องยาล้างการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองเฉลี่ย 4.60 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองเฉลี่ย 5.10 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนคะแนนหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = .50, p = .21$) สะท้อนว่าคะแนนความรู้ที่เพิ่มขึ้นหลังได้รับการแทรกแซงยังคงอยู่ในระยะติดตามผล กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของคะแนนความรู้เรื่องยาระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ($MD = .35, p = 1.00$) ระหว่างก่อนทดลองและระยะติดตามผล ($MD = .40, p = 1.00$) หรือระหว่างหลังทดลองและระยะติดตามผล ($MD = .05, p = 1.00$)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนความรู้เรื่องยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = .65, p = .34$) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม 3.60 คะแนน (95% CI 2.46–4.74, $p < .001$) และในระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม 4.05 คะแนน (95% CI 2.90–5.20, $p < .001$)

7. การเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยารายคู่ ในกลุ่มทดลอง คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการ

ทดลองเฉลี่ย 13.95 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองเฉลี่ย 15.70 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนคะแนนระหว่างหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = 1.75, p = .08$)

ในกลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ($MD = .47, p = 1.00$) หรือระหว่างก่อนทดลองกับระยะติดตามผล ($MD = 3.11, p = .13$) แต่พบความแตกต่างระหว่างหลังการทดลองกับระยะติดตามผล ($MD = 2.63, p = .005$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มคะแนนเฉลี่ยที่ลดลงในระยะติดตามผล

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ก่อนการทดลองไม่พบความแตกต่างของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = 4.46, p = .10$) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 9.96 คะแนน (95% CI 6.30–13.63, $p < .001$) และในระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 14.35 คะแนน (95% CI 11.04–17.65, $p < .001$)

ผลการศึกษาตามข้อมูลในต้นฉบับแสดงให้เห็นว่า ภายหลังได้รับการให้โปรแกรมการกำกับอารมณ์แบบย่อย่อยร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องยาและคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนที่เพิ่มขึ้นยังคงอยู่ในระยะติดตามผล นอกจากนี้ ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง เวลา $\times$ กลุ่ม มีนัยสำคัญทั้งด้านความรู้เรื่องยา ($F = 33.49, p < .001$, partial $\eta^2 = .47$) และความร่วมมือในการใช้ยา ($F = 63.27, p < .001$, partial $\eta^2 = .63$) ซึ่งแสดงว่ารูปแบบการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ตลอดระยะเวลาการศึกษาแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สรุปและอภิปรายผล

ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 5.15 คะแนน ก่อนการทดลอง เป็น 9.75 คะแนน หลังการทดลอง และ 10.25 คะแนน โดยการเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลามีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 85.16, p < .001, \text{partial } \eta^2 = .82$) และเมื่อวิเคราะห์ทั้งสองกลุ่มร่วมกันพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 33.49, p < .001, \text{partial } \eta^2 = .47$) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เรื่องยาเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยจาก 5.80 เป็น 6.15 และ 6.20 คะแนนตามลำดับ และไม่แตกต่างกันตามระยะเวลา ($p = .58$) ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า การให้ความรู้เรื่องยาแบบรายบุคคลก่อนจำหน่าย ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลตนเองหลังกลับบ้าน ได้แก่ วัตถุประสงค์ของยา วิธีรับประทานยา ความสำคัญของการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง อาการไม่พึงประสงค์ และแนวทางการจัดการเมื่อเกิดปัญหาจากยา การมีผู้ดูแลร่วมรับข้อมูลยังช่วยให้เกิดการทบทวน สนับสนุน และกำกับการใช้ยาภายหลังจำหน่าย โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเวชที่อาจมีข้อจำกัดด้านความจำ การตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วย หรือความสามารถในการจัดการตนเอง

ในด้านความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 30.75 คะแนน ก่อนการทดลอง เป็น 44.70 คะแนน หลังการทดลอง และ 46.45 คะแนน ในระยะติดตามผล การเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 81.50, p < .001, \text{partial } \eta^2 = .81$) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 35.21, 35.10 และ 32.55 คะแนนตามลำดับ เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกลุ่มพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 63.27, p < .001, \text{partial } \eta^2 = .63$) นอกจากนี้ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 9.96 คะแนน ($p < .001$) และในระยะติดตามผลสูงกว่าเฉลี่ย

14.35 คะแนน ($p < .001$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากโปรแกรมไม่ได้มุ่งให้ความรู้เรื่องยาเพียงอย่างเดียว แต่ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอารมณ์และความคิดที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ยา เช่น ความเบื่อยา ความกลัวผลข้างเคียง ความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง หรือความรู้สึกว่าอาการดีขึ้นแล้วจึงไม่จำเป็นต้องรับประทานยา

ผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดการกำกับอารมณ์ของ Gross¹⁰ ซึ่งอธิบายว่าบุคคลสามารถจัดการอารมณ์ได้ตั้งแต่ระยะก่อนเกิดอารมณ์จนถึงระยะตอบสนองต่ออารมณ์ ผ่านกระบวนการสำคัญ เช่น การกำกับความสนใจ การปรับความคิด และการปรับการตอบสนองทางอารมณ์ ในบริบทของผู้ป่วยจิตเวช อารมณ์ด้านลบและความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสมอาจกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เช่น หยุดยาเอง ลืมยา หรือลดขนาดยาเอง โปรแกรมการกำกับอารมณ์แบบย่อก่อนจำหน่ายจึงช่วยให้ผู้ป่วยฝึกสังเกตอารมณ์ ประเมินระดับความรุนแรงของอารมณ์ ก่อนการตอบสนองต่อสถานการณ์ และเลือกวิธีจัดการที่ปลอดภัยก่อนตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา กระบวนการดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมรับประทานยาได้ดีขึ้นภายหลังกลับบ้าน พยาบาลจิตเวชมีบทบาทในการประเมินอาการทางจิต อารมณ์ ความคิด ความเข้าใจเรื่องยา ความพร้อมก่อนจำหน่าย และความสามารถของผู้ดูแลได้อย่างต่อเนื่อง และใช้สัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด การให้สุขศึกษา การสื่อสารแบบไม่ตัดสิน การเสริมแรงใจ การฝึกทักษะการกำกับอารมณ์ และการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งผลให้อารมณ์ด้านลบ เช่น ความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง ความเบื่อหน่ายต่อการรักษา ความกลัวผลข้างเคียง หรือความรู้สึกถูกตีตรา การขาด insight ความเชื่อด้านสุขภาพเชิงลบ การรับรู้ตราบาป

การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า การให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมาก

เนื่องจากผู้ดูแลสามารถช่วยจัดยา เพื่อการรับประทานยา สังเกตอาการกำเริบหรืออาการไม่พึงประสงค์ สนับสนุนการมาตรวจตามนัด และช่วยให้ผู้ป่วยใช้ทักษะการกำกับอารมณ์ในสถานการณ์จริงหลังจำหน่าย การดูแลผู้ป่วยจิตเวชภายหลังกลับบ้านจึงควรเป็นกระบวนการที่ผสมผสานบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยพยาบาล เภสัชกร และทีมสหวิชาชีพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการพยาบาล

นำรูปแบบการให้โปรแกรมการกำกับอารมณ์แบบย่อก่อนจำหน่ายร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ

จำหน่ายผู้ป่วยจิตเวช และกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีโอกาสหยุดยาได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลหลายแห่ง เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลไปยังผู้ป่วยจิตเวชในบริบทที่หลากหลาย

2. เพิ่มระยะเวลาติดตามผลให้ยาวขึ้น เพื่อประเมินว่าความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นสามารถคงอยู่ในระยะยาวหรือไม่

3. ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกร่วมด้วย เช่น การกำเริบของอาการ การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การมารับยาต่อเนื่อง อาการไม่พึงประสงค์จากยา และคุณภาพชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K. J., Diez, T., Granström, O., & De Hert, M. (2013). Medication adherence in schizophrenia: Factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 3(4), 200–218. <https://doi.org/10.1177/2045125312474019>
2. Bonetti, A. F., Reis, W. C., Lombardi, N. F., Mendes, A. M., Netto, H. P., Rotta, I., Fernandez-Llimos, F., & Pontarolo, R. (2018). Pharmacist-led discharge medication counselling: A scoping review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24(3), 570–579. <https://doi.org/10.1111/jep.12933>
3. Kelly, W. N., Ho, M.-J., Smith, T., Bullers, K., & Kumar, A. (2023). Association of pharmacist intervention counseling with medication adherence and quality of life: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Journal of the American Pharmacists Association*, 63(4), 1095–1105. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2023.04.024>
4. Syrnyk, M., & Glass, B. (2023). Pharmacist interventions in medication adherence in patients with mental health disorders: A scoping review. *International Journal of Pharmacy Practice*, 31(5), 449–458. <https://doi.org/10.1093/ijpp/riad037>
5. Cahaya, N., Kristina, S. A., Widayanti, A. W., & Green, J. (2022). Interventions to improve medication adherence in people with schizophrenia: A systematic review. *Patient Preference and Adherence*, 16, 2431–2449. <https://doi.org/10.2147/PPA.S378951>
6. Schulz, K. F., Altman, D. G., & Moher, D. (2010). CONSORT 2010 statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*, 340, c332. <https://doi.org/10.1136/bmj.c332>
7. รลิกา อัครกรกุล และสวณ ลือเกียรติบัณฑิต. (2560). [เช็บทความ/รายละเอียดบรรณานุกรมของแบบประเมิน Medication Adherence Scale for Thais (MAST) ตามเอกสารต้นฉบับ].

8. Calvert, M., Blazeby, J., Altman, D. G., Revicki, D. A., Moher, D., & Brundage, M. D. (2013). Reporting of patient-reported outcomes in randomized trials: The CONSORT PRO extension. *JAMA*, 309(8), 814–822. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.879>
9. IBM. (n.d.). GLM repeated measures. IBM Documentation.
10. Gross JJ. Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *J Pers Soc Psychol*. 1998;74(1):224-237. doi:10.1037//0022-3514.74.1.224.