

ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

The Effect of Motivational Interviewing Program on Medication Compliance Behaviors of Persons with Schizophrenia in Hospital, Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital, Ubon Ratchathani

จุฬาลักษณ์ ธรรมปัต^{1*}, พิชามณู อินทะพุด¹, ชนัดดา แนนเกษร¹
Julalak Thammapat^{1*}, Pichamon Intaput¹, Chanudda Nabkasorn¹

บทคัดย่อ

พฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท นำไปสู่การกลับเป็นซ้ำและความเรื้อรังของโรค การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อน-หลัง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รับบริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผู้วิจัยทำการสุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ด้วยวิธีจับสลาก กำหนดเลขคู่เป็นกลุ่มทดลอง และเลขคี่เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา เครื่องมือการทดลองคือโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์และโรลนิก และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที่ Independent t-test และ Dependent t-test ผลการวิจัย พบว่า ระยะเวลาหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม และสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล จึงควรส่งเสริมให้นำมาดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต และประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ, พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา, ผู้ป่วยโรคจิตเภท

Citation:

Thammapat J, Intaput P, Nabkasorn C. The effect of motivational interviewing program on medication compliance behaviors of persons with schizophrenia in hospital, Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital Ubon Ratchathani. Health Sci J Thai 2023; 5(1): 33-45. (in Thai); <https://doi.org/10.55164/hsjt.v5i1.257225>

* Corresponding author: Email: julalak.th@hotmail.com; Tel: 0617424197
Received: Apr 29, 2022; Revised: Sep 5, 2022; Accepted: Sep 8, 2022
<https://doi.org/10.55164/hsjt.v5i1.257225>

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี 20130

¹ Faculty of Nursing, Burapha University, Chon Buri, 20130, Thailand

Abstract

Medication non-compliant behavior of persons with schizophrenia leads to relapse and chronic illness. This study is a pre-posttest quasi-experimental study aiming to examine the effect of motivational interviewing programs on medication compliance behaviors of persons with schizophrenia in hospitals. The samples included persons with schizophrenia hospitalized in Prasimahabodi Psychiatric Hospital. They were selected by a simple random sampling by drawing a lottery by specifying even numbers as the experimental group and odd numbers as the control group, assigned into the experimental (n = 12) and the control (n = 12) group. Research instruments are a personal information form and medication compliance behavior measurement. The experimental tool is the motivational interview program that developed the motivational interview concept of Miller and Rollnick. Descriptive statistics, Independent t-test, and dependent t-test were employed to analyze the data. The results revealed that after the program, the medication-compliant behaviors of the experimental group were significantly higher than those in the control group. The medication-compliant behaviors of the experimental group after the program were statistically significantly higher than before the program at the statistical level of 0.05. Therefore, it should promote the motivational interviewing program on medication compliance behaviors of persons with schizophrenia in hospital to prevent the recurrence of psychotic symptoms in schizophrenia patients. In addition, the researchers should apply this program to other groups of psychiatric patients for medication compliance.

Keywords: Motivation interviewing Program, Medication compliance behaviors, Schizophrenia patients, Persons with schizophrenia

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบได้บ่อยที่สุดเป็น 1 ใน 10 ของโรคที่ก่อให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยรุนแรงและเรื้อรังโดยพบในเพศชายและเพศหญิงพบได้พอๆ กัน⁽¹⁻²⁾ คิดเป็นสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1.1 ต่อ 1 ระยะที่พบอุบัติการณ์ของโรคบ่อยสุดทั้ง 2 เพศ คือช่วงอายุ 15-24 ปี โดยมีระยะเวลาการป่วยประมาณ 30-34 ปี นอกจากนี้ยังพบอัตราความเสี่ยงต่อการเกิดโรครายใหม่ได้ประมาณ 2 ล้านคนต่อปี⁽³⁻⁴⁾ สำหรับในประเทศไทย เมื่อเทียบกับโรคจิตเวชทั้งหมดพบผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.67-58.96 และเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่สังกัดกรมสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 23.95 ซึ่ง มากเป็นอันดับ 1 ของการเจ็บป่วยทางจิตเวชทั้งหมด⁽⁵⁾ สอดคล้องกับทะเบียนสถิติของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ปี พ.ศ. 2561-2563 มีผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับบริการสูงเป็นอันดับ 1 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 67.62 และเป็นผู้ป่วยรายเก่าที่กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน เฉลี่ย 2,336 คน คิดเป็นร้อยละ 92.75 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยใน⁽⁶⁾

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ ความคิด การรับรู้ การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่ เหมาะสมกับเหตุการณ์ โดยที่ความรู้สึกตัวและสติปัญญาส่วนใหญ่ปกติ อาการทางคลินิกของโรคแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มอาการด้านบวก ได้แก่ อาการ

หูแว่ว ประสาทหลอน ลักษณะการพูดหรือพฤติกรรมแปลกไปจากคนปกติ และกลุ่มอาการด้านลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย ไม่ยินดีในร้าย ทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจต่อสภาพความเป็นจริง จากอาการทางคลินิกดังกล่าวนั้น ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันลดลง ผู้ป่วยขาดความสนใจ และแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสการกำเริบซ้ำของอาการทางจิต ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดความเรื้อรังของโรค⁽⁷⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการกำเริบและกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต สาเหตุที่พบบ่อย คือ พฤติกรรมที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งมาจากทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการรักษา และด้านทีมสุขภาพ⁽⁸⁻⁹⁾ และปัจจัยด้านผู้ป่วยเป็นปัจจัยหลัก โดยมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษา การขาดแรงจูงใจในการรับประทานยา เกิดความเบื่อหน่ายในการต้องรับประทานยา ต่อเนื่องและยาวนาน อีกทั้ง การมีอาการด้านลบที่ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ ขาดความสนใจสิ่งต่างๆ อย่างชัดเจน⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้แรงจูงใจ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยจิตเภทในการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่ผ่านมาจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สามารถเสริมสร้างได้ผ่านการพูดโน้มน้าว ชักจูง และทำให้รับรู้ถึงผลกระทบทางลบต่อการดำรงชีวิตหากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ภายใต้อาสาเชื่อว่าผู้ป่วยมีศักยภาพในการปฏิบัติตน

ให้หายจากโรค หรือป้องกันตนเองไม่ให้มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ รวมถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำที่เกิดผลดีและมีประโยชน์ต่อตนเอง⁽¹¹⁻¹²⁾ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นอีกทางเลือกในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประชนยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเห็นศักยภาพของตนเอง เกิดความมุ่งมั่นในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีแนวทางในการจัดการอุปสรรคที่ทำให้เกิดความลังเลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีอิสระและรับผิดชอบในการตัดสินใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง พัฒนาและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้⁽¹³⁾ โดยมีการนำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) ของมิลเลอร์และโรลนิก มาประยุกต์เป็นกิจกรรมการบำบัดเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประชนยาของผู้ป่วยจิตเภท ผ่านการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในตัวเอง (Intrinsic motivation) แก่ไขความลังเลใจ และเสริมสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ให้มีความมั่นใจในสมรรถนะของตนที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สามารถขับเคลื่อนตนเองไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีได้⁽¹⁴⁾ แต่ยังไม่พบการใช้ในโรงพยาบาล การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประชนยาของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาพยาบาลบุคคลในระยะก่อนกลับบ้าน รวมถึงโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต ที่ให้สุขภาพจิตศึกษาพยาบาลบุคคลก่อนกลับบ้าน แต่ยังไม่พบว่ามีผลดีของผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีจำนวนมาก ที่มีการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตจากความไม่ร่วมมือในการรับประชนยา และต้องกลับมาการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลบ่อยๆ⁽¹⁵⁾

นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมาแม้จะมีการใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทแต่ส่วนใหญ่ทำในชุมชน⁽¹⁶⁾ ซึ่งอาจจะมีคามยุ่งยากในการเข้าถึงหรือนัดหมายผู้ป่วย และมีค่าใช้จ่ายมากกว่าทำในผู้ป่วยในโรงพยาบาล ทั้งนี้ บริบทขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดแรงจูงใจ เนื่องจากมีบุคลากรที่ดูแลสุขภาพที่ดูแลใกล้ชิด ดูแลให้รับประชนยาตรงเวลา รับฟังความคิดเห็น และให้ความเชื่อมั่นในศักยภาพของผู้ป่วย อีกทั้งมีผู้ป่วยจิตเภทด้วยกันเป็นแรงเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้เห็นแบบอย่างที่ดี ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเห็นว่าตนเองสามารถควบคุมอาการทางจิตได้ ผ่านประสบการณ์ตรงที่อาการทางจิตค่อยๆ ดีขึ้น จากการรับประชนยา และส่งผลให้มีพลังร่วมมือในการรับประชนยาเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

ในโรงพยาบาล ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) ของมิลเลอร์และโรลนิก โดยอิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของโปรแชสส์และไดคัสเอนเต้⁽¹⁷⁾ โดยเชื่อว่าบุคคลแต่ละคนมีศักยภาพในตนเองที่จะผลักดันให้ตนเองเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมไปสู่พฤติกรรมที่ดีขึ้น และสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้วิจัยออกแบบโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาล โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อจุดมุ่งหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา มี 2 กิจกรรม คือ “รู้ฉัน รู้เธอ เราคือเพื่อนร่วมทาง” และ “ปักหมุดหมายก่อนเดินทาง” ระยะที่ 2 เสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อสร้างค่านิยมสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา มี 2 กิจกรรม คือ “อะไรบ้างที่ลังเล” และ “แนวแน่แก้ไข เปลี่ยนใหม่สู่ปลายทาง” ระยะที่ 3 เสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการลงมือกระทำอย่างต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา มี 2 กิจกรรม คือ “ฉันก็ทำได้” และ “เชื่อมั่นฉันทำได้แน่” และระยะที่ 4 คงไว้ซึ่งแรงจูงใจ มี 1 กิจกรรม คือ “ย้ำไว้ให้คงอยู่” ดังแสดงในภาพที่ (Figure) 1

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (Two group pre-posttest) โดยทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงมีนาคม พ.ศ. 2564

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทอายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามกลุ่มโรค F20.0-F20.9 ตามรหัสของโรคในระบบขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ฉบับที่ 10 (The International Classification of Diseases of Mental and Behavioral Disorders and Related Health Problem 10th Revision:

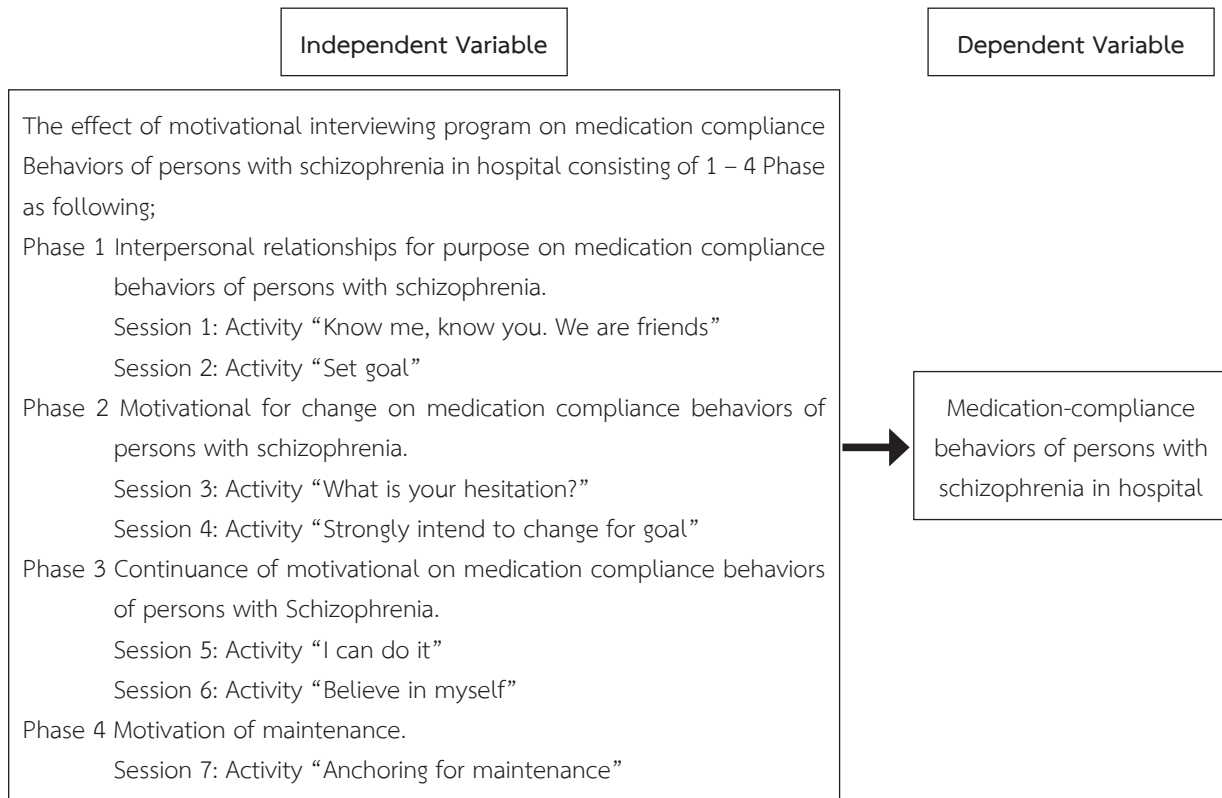


Figure 1 Conceptual framework

ICD-10) ที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทอายุ 20-59 ปี ที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดอุบลราชธานี และอยู่ในระยะเตรียมกลับบ้าน ตามการวินิจฉัยของแพทย์ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ที่กำหนด ดังนี้

- 1) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทไม่เกิน 5 ปี
- 2) มีคะแนนอาการทางจิตระดับน้อย ประเมินด้วยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale [BPRS] คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน
- 3) มีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ต้องระดับต่ำถึงปานกลาง ประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ของ รัชนี อุทัยพันธ์⁽⁹⁾ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 42 คะแนน
- 4) มีขั้นระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของโปรแชสกาและโตคลีเมนต์⁽¹⁷⁾ ที่ขั้นเฝ้าเฉย (Pre-contemplation) หรือขั้นลังเลใจ (Contemplation)
- 5) มีผู้ดูแลหลักหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- 6) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) การวิจัยครั้งนี้ กำหนดการคัดกลุ่มตัวอย่างออก คือ มีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยทางกาย เช่น โรคหัวใจล้มเหลว

โรคความดันโลหิตสูงวิกฤต มีอาการชัก สารน้ำและสารอาหารในเลือดผิดปกติ ฯลฯ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size) จากสูตร $d = X_E - X_C / SD_C$ ของ Glass⁽¹⁸⁾ จากงานวิจัยเรื่องผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของรัชนี อุทัยพันธ์ ได้ค่า 2.92 จากค่า Effect size ที่ได้ มีค่ามากกว่า 0.80 ประมาณค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงใช้ค่าขนาดของอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.80 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 0.95 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level) ที่ระดับ 0.05 แล้วนำค่าดังกล่าวมาเปิดตารางแบบ One-tailed test⁽¹⁹⁾ พบว่าได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 10 คน รวม 20 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างทดลอง (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 20% ของที่คำนวณได้⁽²⁰⁾ การศึกษานี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 24 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 24 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

2) ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินอาการทางจิตฉบับภาษาไทย (Brief Psychotic Rating Scale:

[BPRS]) โดยคัดเลือกเอาเฉพาะผู้ป่วยที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย และทำแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยคัดเลือกเอาเฉพาะผู้ป่วยที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 42 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ที่ถูกต้องระดับต่ำถึงปานกลาง และใช้ใบงานไม่บรรทัดวัดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมี 10 ขั้น ดังนี้ ก. ขั้นที่ 0-2 หมายถึง ขั้นเฝ้าเฉย (Pre-contemplation) มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมน้อยที่สุด ข. ขั้นที่ 3-4 หมายถึง ขั้นลังเลใจ (Contemplation) มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมน้อย ค. ขั้นที่ 5-6 ขั้นลังเลใจ (Contemplation) มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปานกลาง ง. ขั้นที่ 7-8 ขั้นตัดสินใจ (Determination) มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาก จ. ขั้นที่ 9-10 ขั้นลงมือกระทำ (Action) มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาก โดยคัดเลือกเอาเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ชั้นที่ 0-6 (ก.- ค.) หมายถึง มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมน้อยที่สุดถึงปานกลาง

3) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

4) ผู้วิจัยทำการสุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากโดยกำหนดให้ “เลขคู่” เป็นกลุ่มทดลอง และ “เลขคี่” เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และทดลองตามขั้นตอนที่กำหนดต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินอาการทางจิตฉบับภาษาไทย (Brief Psychotic Rating Scale: [BPRS]) เป็นเครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต พัฒนาโดย Overall and Gorham แปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์⁽²¹⁾ มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87 ทั้งนี้แบบประเมินอาการทางจิตนี้เป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงไม่มีการประเมินคุณภาพของเครื่องมือในเรื่องของความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) แบบประเมินนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ข้อ 1-10 ให้คะแนนตามที่ผู้ป่วยบอก ข้อ 11-18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย โดยระดับคะแนน แบ่งตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ ดังนี้ (1) 1 คะแนน ไม่มีอาการ (2) 2 คะแนน มีอาการขั้นต่ำสุด

(3) 3 คะแนน มีอาการเล็กน้อย (4) 4 คะแนน มีอาการปานกลาง (5) 5 คะแนน มีอาการค่อนข้างรุนแรง (6) 6 คะแนน มีอาการรุนแรง และ (7) 7 คะแนน มีอาการรุนแรงมาก

คะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน คือ มีอาการระดับน้อย คะแนนมากกว่า 36 คะแนน คือ มีอาการระดับมาก

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย พิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ

การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มีการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช สาเหตุของการขาดยา ความสะดวกของการมารับยา ผู้ให้การดูแลหลัก ขณะอยู่ที่บ้าน และการดูแลด้านการรับประทานยา ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 1 ท่าน โดยหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.94

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของรัชนี อุทัยพันธ์ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ 0.88 และเครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85 ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหาแต่อย่างใด และผู้วิจัยได้นำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้ (Try out) ที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน และนำผลการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้ 0.80 ขึ้นไป⁽²²⁾ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 โดยแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ประกอบด้วยการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง และความสามารถในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่เคย โดยประกอบไปด้วยคำถาม 16 ข้อ แบ่งออก

เป็น 2 ด้าน คือคำถามข้อที่ 1-8 เป็นด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และข้อคำถามที่ 9-16 เป็นด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็นข้อความทางลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 7, 8, 12, 15 และข้อความทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 9, 10, 11, 13, 14, 16 โดยมีเกณฑ์คะแนนดังนี้ ข้อความทางบวก 1 คะแนน = ไม่เคย 2 คะแนน = นานๆ ครั้ง 3 คะแนน = บ่อยครั้ง และ 4 คะแนน = เป็นประจำ ในส่วนของข้อความทางลบ 1 คะแนน = เป็นประจำ 2 คะแนน = บ่อยครั้ง 3 คะแนน = นานๆ ครั้ง และ 4 คะแนน = ไม่เคย

การคิดค่าคะแนนรวมทุกข้อคำถาม คะแนนค่าคะแนนน้อย หมายถึง พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับต่ำ คะแนนค่าคะแนนมาก หมายถึง พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับสูง โดยรวมทุกข้อคำถาม 64 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้

คะแนน น้อยกว่า 21 หมายถึง มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ที่ถูกต้องระดับต่ำ

คะแนน 21 – 42 หมายถึง มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ที่ถูกต้องระดับปานกลาง

คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 43 หมายถึง มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องระดับสูง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์พิจารณาที่คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 42 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องระดับต่ำถึงปานกลาง

3. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม แล้วนำมาพัฒนาตามแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์และโรลนิก โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 1 ท่าน โดยหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.96

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ หลังจากโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าตึกผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงรายละเอียด การทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูลของงานวิจัย และขอความอนุเคราะห์ใช้ห้องกิจกรรม ผู้วิจัยทบทวนเอกสารความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย 1 คน เพื่อช่วยลดความลำเอียงในการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมกลุ่มตัวอย่าง และนัดหมาย วันเวลา สถานที่ในการทดลอง หลังจากนั้นผู้วิจัย ดำเนินการทดลองตามขั้นตอน

2. ขั้นตอนการทดลอง เป็นขั้นตอนการทดลอง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามขั้นตอน แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

2.1 ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยได้แนะนำตนเองและ ผู้ช่วยผู้วิจัย สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ การเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง และการพิทักษ์สิทธิ์ ในการวิจัยครั้งนี้ ขั้นตอนรายละเอียดของโปรแกรมฯ ระยะเวลา จำนวนครั้งของการบำบัดในกลุ่มทดลอง และลงนามใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้ช่วยผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการทางจิตฉบับภาษาไทย และแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Pre-test) พร้อมกับนัดหมายกลุ่มทดลองในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ขั้นตอนนี้ ใช้ระยะเวลาประมาณ 45-60 นาที

2.2 ระยะการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ เช่น การประเมินอาการ การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล และการส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย และในส่วนของกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล เป็นการบำบัดรายบุคคล ใช้ระยะเวลาประมาณ 45- 90 นาที แบ่งเป็น 4 ระยะ รวมทั้งหมด 7 กิจกรรม โดยหลักสำคัญ คือกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภท เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเองโดยใช้วิธีการโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเห็นข้อดีของการเปลี่ยนแปลง และผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง โดยกระบวนการบำบัดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีดังนี้

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อจุดมุ่งหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ประกอบด้วย กิจกรรม (ครั้งที่ 1) “รู้ฉัน รู้เธอ เราคือเพื่อนร่วมทาง” เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบ และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม (ครั้งที่ 2) “ปักหมุดหมายก่อนเดินทาง” เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจ ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมความไม่ร่วมมือการใช้ยา ประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บอกประโยชน์สร้างแรงจูงใจ และเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาของตนเอง

ระยะที่ 2 เสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อสร้างค่านิยมสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ประกอบด้วย กิจกรรม (ครั้งที่ 3) “อะไรบ้างที่ลี้เล” เพื่อค้นหาสิ่งที่มีผู้ป่วยลี้เลใจ ไม่สบายใจ หรือเป็นปัญหาการใช้ยา ที่ทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (ครั้งที่ 4) “แนวแน่แก้ไข เปลี่ยนใหม่สู่ปลายทาง” เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา โดยให้ความรู้โรคจิตเภท ผลข้างเคียงจากยา

รักษา ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่อง และให้ผู้ป่วยตรวจสอบรอบด้านทั้งข้อดี - ข้อเสีย ของการรับประทานยาต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 เสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการลงมือกระทำอย่างต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ประกอบด้วยกิจกรรม (ครั้งที่ 5) “ฉันก็ทำได้” เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ และเชื่อมั่นความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาการใช้ยา สามารถจัดยารับประทานได้เองและร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (ครั้งที่ 6) “เชื่อมั่นฉันทำได้แน่” เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจยิ่งขึ้น และสามารถจัดยารับประทานด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 4 คงไว้ซึ่งแรงจูงใจ (ครั้งที่ 7) “อย่าไว้ใจคงอยู่” เพื่อประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา หลังจากออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ตรวจสอบแรงจูงใจว่ายังคงอยู่หรือไม่ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยกลับบ้านทดลองจัดยารับประทานเอง เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดหรือระบายความในใจ และเสริมแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง

2.3 ระยะหลังการทดลอง เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Post-test) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลาประมาณ 45-60 นาที ทำในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด (Follow up) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป ซึ่งสามารถสรุปขั้นตอนดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังแสดงในภาพที่ (Figure) 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทดสอบการแจกแจงแบบปกติของคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณร้อยละ เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ (Independent t-test) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ (Dependent t-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติในการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ 065/2563 วันที่รับรอง วันที่ 4 พฤศจิกายน 2563 และของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เลขที่ 002/2564 วันที่รับรอง วันที่ 27 มกราคม 2564

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ระยะเวลา บทบาทของการเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถตอบรับปฏิเสธ หรือถอนตัวเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยพึงได้รับแต่อย่างใด รวมถึงการรักษาความลับของข้อมูล โดยข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม ไม่ได้เปิดเผยชื่อ หรือลักษณะส่วนบุคคล และจัดเก็บข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ล็อกด้วยรหัสลับ การเข้าถึงข้อมูลมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้น ทั้งนี้หลังการเผยแพร่ผลการวิจัย ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นเวลา 1 ปี และจะนำไปทำลายหลังจากนั้น ข้อมูลจะนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดการวิจัย

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน ในกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมแล้ว ส่วนใหญ่อายุ 20-39 ปี ร้อยละ 47.06 ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 52.94 ซึ่งมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.85 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.67 มีระยะของการเจ็บป่วยน้อยกว่า 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00 มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นครั้งที่ 2 ร้อยละ 40 สาเหตุของการขาดยาเกิดจากความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 47.37 ทั้งนี้ ผู้ป่วยมีความสะดวกในการมารับยาพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 47.67 บิดามารดาเป็นผู้ให้การดูแลหลักขณะอยู่ที่บ้าน ร้อยละ 41.67 และผู้ป่วยเป็นคนจัดยารับประทานเอง คิดเป็นร้อยละ 47.43

ส่วนในกลุ่มควบคุมเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองแล้ว ส่วนใหญ่อายุ 20-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.94 ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 47.06 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.15 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.33 มีระยะของการเจ็บป่วยน้อยกว่า 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.00 ส่วนมากมารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นครั้งที่ 2 ร้อยละ 60 สาเหตุของการขาดยาเกิดจากความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 52.63 ผู้ป่วยมีความสะดวกในการมารับยาพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 52.17 บิดามารดาเป็นผู้ให้การดูแลหลักขณะอยู่ที่บ้าน ร้อยละ 58.33 และผู้ป่วยเป็นคนจัดยารับประทานเอง คิดเป็นร้อยละ 52.17 เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ (Table) 1

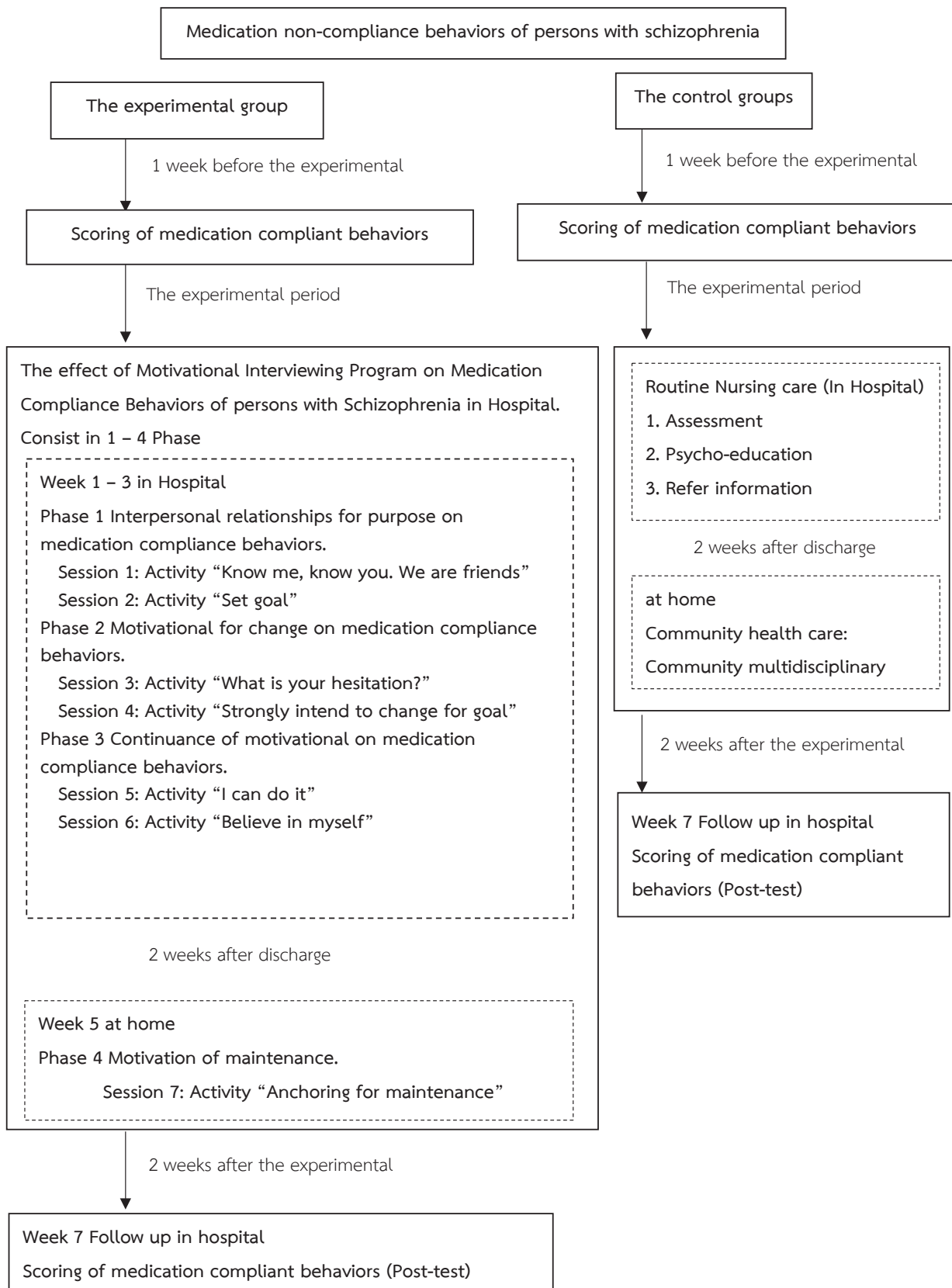


Figure 2 Research methods

Table 1 Characteristics of participants (n = 24)

Characteristics	Total (n = 24)	Experimental group (n = 12)	Control group (n = 12)	p-value
Age (Years)				0.104
20-39 years	17 (70.83%)	8 (47.06%)	9 (52.94%)	
40-59 years	7 (29.17%)	4 (57.14%)	3 (42.86%)	
Sex				0.104
Male	17 (70.83%)	9 (52.94%)	8 (47.06%)	
Female	7 (29.17%)	3 (42.86%)	4 (57.14%)	
Education				0.127
Primary school	9 (37.50%)	5 (55.56%)	4 (44.44%)	
Secondary school	13 (54.17%)	7 (53.85%)	6 (46.15%)	
Diploma	2 (8.33%)	0 (00.00%)	2 (100.00%)	
Occupation				0.505
Gardener	15 (62.50%)	7 (46.67%)	8 (53.33%)	
No career	9 (37.50%)	5 (55.56%)	4 (44.44%)	
Duration of illness (Years)				0.133
≤ 2 years	15 (62.50%)	6 (40.00%)	9 (60.00%)	
> 2 years - 5 years	9 (37.50%)	6 (66.67%)	3 (33.33%)	
Admission to hospital (Times)				0.238
2 times	15 (62.50%)	6 (40.00%)	9 (60.00%)	
3 times	2 (8.33%)	1 (50.00%)	1 (50.00%)	
4 times	4 (16.67%)	2 (50.00%)	2 (50.00%)	
≥ 5 times	3 (12.50%)	3 (100.00%)	0 (00.00%)	
The factor of medication non-compliance				0.159
Poor insight	4 (16.67%)	2 (50.00%)	2 (50.00%)	
Get well	1 (4.17%)	1 (100.00%)	0 (00.00%)	
Burnout	19 (79.16%)	9 (47.37%)	10 (52.63%)	
Get medicine at the hospital				0.204
practicable	23 (95.83%)	11 (47.83%)	12 (52.17%)	
impractical	1 (4.17%)	1 (100.00%)	0 (00.00%)	
Caregiver				0.233
Take care yourself	6 (25.00%)	3 (50.00%)	3 (50.00%)	
Parents	12 (50.00%)	5 (41.67%)	7 (58.33%)	
Married couple	6 (25.00%)	4 (66.67%)	2 (33.33%)	
Caregiver of medicine				0.204
Take care yourself	23 (95.83%)	11 (47.83%)	12 (52.17%)	
Family	1 (4.17%)	1 (100.00%)	0 (00.00%)	

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 55.42 (SD = 5.87) และ 34.08 (SD = 5.50) ตามลำดับ และพบว่า ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือ

ในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -9.187, p < 0.001$) โดยภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = -9.187$) ดังแสดงในตารางที่ (Table) 2

Table 2 Compare the average score of medication-compliant behaviors in person with schizophrenia. After the period of the experiment between the experimental group and the control group. (n = 24)

Samples	Total (n = 24)	The scores of medication - compliant behaviors		Mean difference	95%CI	t	p-value
		$\bar{X}$	SD				
Control group	12	34.08	5.50	-21.33	-26.15 to -16.52	-9.19*	< 0.001
Experimental group	12	55.42	5.87				

* Statistically significant level at 0.05

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.00 (SD = 3.77) และ 55.42 (SD = 5.87) ตามลำดับ และพบว่า ในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือ

ในการรักษาด้วยยา ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -15.66, p < 0.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = -15.66$) ดังแสดงในตารางที่ (Table) 3

Table 3 Compare the average score of medication-compliant behaviors in person with schizophrenia before and after of the experiment in the experimental group (n = 24)

Samples	The score of medication - compliant behaviors		Mean difference	95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	SD				
Pretest (n = 12)	32.00	3.77	-23.42	-26.71 to -20.13	-15.67*	< 0.001
Posttest (n = 12)	55.42	5.87				

* Statistically significant level at 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษานำมาอภิปราย ได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เท่ากับ 55.42 คะแนน (SD = 5.87) ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เท่ากับ 34.08 คะแนน (SD = 5.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -9.19, p < 0.001$) และยังพบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -15.67, p < 0.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = -15.67$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล สามารถมาใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาไปในทางที่ดีขึ้น มากกว่าการให้การรักษาตามปกติเพียงอย่างเดียว ภายใต้อาสาสมัคร คล้ายกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งในด้าน อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งรับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช สาเหตุของการขาดยาความสะอาดของการมารับยา ผู้ให้การดูแลหลักขณะอยู่ที่บ้าน และการดูแลด้านการรับประทานยา ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องการกับศึกษาของ เยาวภา ไตรพฤษชาติ เรื่อง

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยา มีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05⁽²³⁾ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Favrod ที่ได้ศึกษาการส่งเสริมความสุขกับแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดำรงชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมปฏิบัติกิจวัตรและการดูแลตัวเองอย่างเหมาะสม ดีขึ้นมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับโปรแกรกดังกล่าว⁽²⁴⁾

ทั้งนี้ กิจกรรมการบำบัดของโปรแกรมฯ เป็นกิจกรรมที่เฉพาะกับปัญหาของผู้ป่วย เสริมสร้างให้เชื่อมั่นในศักยภาพตนเอง ว่าสามารถทำได้ (Self-efficacy) ผู้ป่วยสามารถเลือกได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ (Menu) สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจในการกระทำของตนเอง มีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดังในกิจกรรมที่ 4 “แนวแผนแก้ไข เปลี่ยนใหม่สู่ปลายทาง” กิจกรรมที่ 5 “ฉันทำได้” และกิจกรรมที่ 6 “เชื่อมั่นฉันทำได้แน่” การใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักในปัญหา และทัศนคติอันดีต่อการรับประทานยาต่อเนื่อง เช่น “การที่คุณไม่กินยามันเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายที่คุณตั้งไว้อย่างไรบ้าง” “คุณคิดว่าตัวคุณจะเป็นอย่างไรถ้าคุณยังไม่กินยา” “สมมุติว่าคุณกินยาต่อเนื่อง ชีวิตคุณจะดีขึ้นอย่างไร” เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้พูด “ข้อความจูงใจตนเอง” (Self-Motivational Statement: [SMS]) ซึ่งการพูดข้อความจูงใจนี้จะมีการสอดแทรกไว้ในทุกๆ กิจกรรมการบำบัดทั้ง 7 ครั้ง ยกตัวอย่างข้อความจูงใจของกลุ่มทดลอง เช่น “ผมเพิ่งรู้ว่าการที่ผมไม่กินยามันเป็นปัญหาขนาดนี้” “กลับบ้านไปผมจะกินยาตามที่บอกไม่หุดยาเอง” “ผมต้องกินยาผมทำได้อยู่แล้ว” เป็นต้น การให้ผู้ผู้ป่วยพูดข้อความจูงใจตนเองบ่อยๆ ซ้ำๆ เพื่อเป็นการยืนยัน ให้ยึดมั่นในสิ่งที่ตนเองกล่าวออกมาเอง และการที่ผู้ป่วยได้ฟังข้อความจูงใจของตนเองซ้ำๆ ผู้ป่วยจะมีโอกาสได้คิด และส่งผลให้เกิดแรงจูงใจมากขึ้น นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนให้ผู้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา ในกิจกรรมที่ 4 ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และจะปฏิบัติตนได้เหมาะสมขึ้น อีกทั้งเป็นการตอกย้ำว่าตัวผู้ป่วยนั้นมีศักยภาพในการที่จะจัดยารับประทานด้วยตนเอง ไม่มีความลังเลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเกิดแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในที่สุด

ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าการได้รับการพยาบาลตามปกติของผู้ป่วยจิตเภท อาจจะยังไม่เพียงพอต่อการแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรง

พยาบาล จึงเป็นอีกโปรแกรมทางเลือกหนึ่งที่จะนำมาบำบัดผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลควบคู่ไปกับการพยาบาลตามปกติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดีขึ้น โปรแกรมมีความสั้นกระชับ สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน มีการกระตุ้นต่อเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านจะทำให้แรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาคงอยู่ ลดการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำ

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบกับลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล ระยะเวลาการเจ็บป่วย สาเหตุของการขาดยา รวมทั้งผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยา ของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้และการทำวิจัย

1) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทีมสุขภาพสามารถนำกิจกรรมการบำบัดของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลในครั้งนี้ ไปใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

2) ควรทำการวิจัยโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ หรือในผู้ป่วยจิตเวชโรคอื่นๆ เช่น โรคซึมเศร้า โรคติดสุรา โรคติดสารเมทแอมเฟตามีน กัญชา และบุหรี่ เป็นต้น และควรทำวิจัยที่มีการติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมฯ หลังการทดลองในระยะยาว เช่น 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health, Ministry of public health. Annual report fiscal year 2560. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Department of Mental Health.; 2017. (In Thai)
2. Department of Mental Health, Ministry of public health. Annual report fiscal year 2564. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Department of Mental Health.; 2021. (In Thai)

3. Sadock J, Sandock A. Comprehensive Textbook of The Psychiatry. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2005.
4. Lotrakul M, Sukanich P. Ramathibodi Essential Psychiatry (Fourth Edition). Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital.; 2015. (In Thai)
5. Wongrajit K, Boonyamalik P, Suksawang S, Sawangwongsin S. Development of the living skills assessment for psychiatric rehabilitation. Journal of Srithanya Hospital 2013; 13(13): 18-21. (In Thai)
6. Prasimahabhodi Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Annual Report fiscal year 2563. Ubon Ratchathani: Medical Record Audit, Prasimahabhodi Psychiatric Hospital; 2021. (In Thai)
7. Maha Y. The effects of holistic caring program on self-care behaviors and self-esteem among patients with schizophrenia. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for Master of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing Burapha University, 2018. (In Thai)
8. Cheawae S. Selected Factors Affecting helmet use behaviors for accidental prevention following health belief model of students at Yala Institute of Physical Education. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Education in Curriculum and Instruction, Prince of Songkla University; 2017. (In Thai)
9. Uthaiphen R. The effect of group motivational interviewing on medication compliance of schizophrenic patients in community. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing Chulalongkorn University, 2012. (In Thai)
10. Puttiwong S. The pharmaceutical care with family care team for self care cooperation of schizophrenia patients in Loengnoktha District, Yasothon Province. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Public Health in Public Health, Mahasarakham University; 2017. (In Thai)
11. Dobber J. Medication adherence in patients with schizophrenia: a qualitative study of the patient process in motivational interviewing. BMC Psychiatry 2018; 135(18): 4-9.
12. Saengcharnchai P. Training course manual: Motivational interviewing and motivational enhancement therapy. Chiang Mai: Wanida Karnpim Part. Ltd.; 2010. (In Thai)
13. McDonald J, Badger T. Social function of persons with schizophrenia. Journal of psychosocial Nursing 2018; 40(6): 42-50.
14. Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing in treatment of psychological problems. New York: The Guilford press; 2007.
15. Hakam H. Enhancing medication adherence for schizophrenia patients using compliance therapy. An Independent Study Report Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing Khon Kaen University, 2009. (In Thai)
16. Kuntubtim J. The effect of family motivational intervention on medication adherence of persons with schizophrenia in community. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science, Faculty of Nursing Chulalongkorn University; 2015. (In Thai)
17. Prochaska JO, DiClemente CC. In search of how people change: applications to addictive behaviors, in addictive behaviors: Reading on etiology, prevention, and treatment. In Marlatt GA (Editor), Vanden Bos GR. Washington, DC: American Psychological Association Press; 1997.
18. Glass G.V. Primary Secondary and meta-analysis of research. Education Research 1976; 52(07): 117-125.
19. Burn N., Grove S.K. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, & generation of evidence (6th Ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier; 2009.
20. Srisatidnarakul B. The Methodology in Nursing Research. (Fifth Edition). Bangkok: U & I Media Co. Ltd.; 2010. (In Thai)

21. Rattanaphaibun P. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.O.) -Thai version. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2004. (In Thai)
22. Davis ES. A yeast cyclophilin gene essential for lactate metabolism at high temperature: Proc Natl Acad Sci USA. 1992; 89(23): 69-73.
23. Traiphuksachat Y. Motivational enhancement therapy for medication compliance in patient with schizophrenia at Khon Kaen Rajanakarindra Psychiatric Hospital. An Independent study report Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing Khon Kaen University, 2011. (In Thai)
24. Favrod J. Improving pleasure and motivation in schizophrenia: A randomized controlled clinical trial. BMC Psychiatry 2019; 136(6): 84-95.