

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท

THE DEVELOPMENT OF MEDICATION ADHERENCE ENHANCING PROGRAM (MAEP) FOR PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA

ประยัด ประภาพรหม, ศศ.ม. (Prayad Prapaprom, M.Ed.)*

จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์, พย.ม. (Jarunee Ratsamesuwat, APN., M.N.S.)**

มธุริน คำวงศ์ปิ่น, พย.ม. (Maturin Khamwongpin, APN., M.N.S.)**

ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ, Ph.D. (Patraporn Tungpunkom, APN., Ph.D.)***

Abstract

This developmental research study aimed to develop the Medication Adherence Enhancing Program (MAEP) for persons with schizophrenia who re-admitted, and to examine the medication adherence and re-admission rates of this target population. The sample included sixty-six re-admitted schizophrenic persons. The research instruments were 1) personal data form 2) MAEP 3) the medication adherence scales 4) the re-admission records and 5) the satisfaction of using MAEP questionnaire. One way repeated analysis of variance and paired sample t-test were used for data-analysis.

The research results were:

1. The component of MAEP for persons with schizophrenia was valid. The IOC (Item Objective Congruence) coefficients ranges from

.6-1.0.

2. After receiving the program, the experimental group had scores of medication adherence statistically significant at 1 month and 3 months period higher than at pretest period ($p = .001$) and also higher than the control group at 1 month and 3 months period ($p = .001$).

3. The re-admission rates of the control group at 3 months after the end of the program were 15.15 percent while it is none for the experimental group.

4. The satisfaction of persons with schizophrenia toward MAEP was at a high level.

Key word: Adherence therapy, Persons with Schizophrenia

* Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง e-mail: prapaprm@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภท และศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการกลับมารักษาซ้ำของผู้เป็นโรคจิตเภทที่ได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำจำนวน 66 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ 3) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 4) แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำ และ 5) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เป็นโรคจิตเภท วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ และสถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษาพบว่า

1. โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างหัวข้อความรู้และวัตถุประสงค์ อยู่ระหว่าง 0.6-1.0

2. กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาภายหลังสิ้นสุด โปรแกรม 1 เดือน และ 3 เดือน มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน และ 3 เดือน มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน กลุ่มทดลองไม่มีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มควบคุมมีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ร้อยละ 15.15

4. ความพึงพอใจของผู้เป็นโรคจิตเภทต่อโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ การส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้เป็นโรคจิตเภท

ความเป็นมาของปัญหา

พฤติกรรมไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้เป็นโรคจิตเภทนั้นก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผู้เป็นโรคจิตเภท ครอบครัว ชุมชน โดยเฉพาะผลกระทบทางตรงจะทำให้ผู้เป็นโรคจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำ (relapse) และกลับมารักษาซ้ำ (readmission) ในโรงพยาบาล ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก (Hardeman, Harding & Narasimhan, 2010) จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้เป็นโรคจิตเภททั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าผู้เป็นโรคจิตเภท มีการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (มัลลิกา สิงหสุริยะ. 2553) ขาดการตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วย มีทัศนคติไม่ดีต่อการเจ็บป่วย (Hill et al., 2010) เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่ถูกต้องของผู้เป็นโรคจิตเภทนี้ จะส่งผลให้การควบคุมโรคของ

ผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ เกิดอาการกำเริบซ้ำ และ กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลในที่สุด

โรงพยาบาลสวนปรุงเป็นโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ สังกัดกรมสุขภาพจิต ให้บริการ ด้านการบำบัดรักษา ฟันฟู และส่งเสริมสุขภาพ ผู้มีปัญหาจิตเวชและสุขภาพจิต ในเขตบริการ สุขภาพที่ 1 และ 2 จากสถิติผู้เข้ารับบริการแบบ ผู้ป่วยใน ในปีงบประมาณ 2551-2553 พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษามากที่สุด คือ ผู้เป็นโรคจิตเภท มีจำนวนทั้งหมดเท่ากับ 2,580, 2,405, และ 2,164 ราย ตามลำดับ เมื่อ ทบทวนผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า ผู้เป็นโรคจิตเภท มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงกว่า โรคทางจิตเวชอื่น โดยพบอัตราการกลับมารักษา ซ้ำใน 90 วัน เท่ากับ 14.10, 15.17, และ 14.67 ตามลำดับ

แม้ว่าที่ผ่านมาทางโรงพยาบาลได้มีการ ดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอย่างครอบคลุมเพื่อ ไม่ให้กลับมารักษาซ้ำ เช่น การให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่ม สุขภาพจิตศึกษาทุกรายก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ ความรู้เรื่องโรค และการรักษา การให้ความรู้ ผู้ดูแลก่อนการจำหน่าย เกี่ยวกับโรค แผนการ รักษา และการดูแลผู้ป่วยอย่างไรก็ตามการดูแล ดังกล่าวไม่สามารถเปลี่ยนผลลัพธ์ให้ดีขึ้นตาม สถิติที่กล่าวมาข้างต้น จากปัญหาดังกล่าวทีม ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาสำรวจ (pilot study) เพื่อ หาสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำในผู้เป็น โรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดย การทบทวนเวชระเบียนในผู้เป็นโรคจิตเภท ที่กลับมารักษาซ้ำ จำนวน 30 ราย พบว่า ผู้เป็น โรคจิตเภทมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษามากที่สุดร้อยละ 96.6 โดยมี

พฤติกรรมหยุดยาเอง ขาดความต่อเนื่องในการ รับประทานยา จากนั้นจึงทำการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ จำนวน 15 ราย พบว่า ผู้เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษาไม่ถูกต้อง ได้แก่ หยุดยาเอง ขาดความต่อเนื่องในการรับประทานยา เนื่องจาก คิดว่าตนเองหายแล้ว ไม่สบายจากอาการข้าง เคียงของยา ไม่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียง ของยาได้ถูกต้อง มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ดี ต่อการรับประทานยา รู้สึกเบื่อหน่ายการรับ ประทานยา คิดว่าการรับประทานยาทางจิตเป็น เวลานานจะทำให้ติดยา คิดว่าการรับประทาน ยาก่อให้เกิดความรู้สึกรำคาญ และการรับประทาน ยาจะส่งผลกระทบต่อการทำงาน เช่น ง่วงนอน ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง และยัง พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมใช้ยาผิดเวลา ลด และ เพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ขาดความรู้ เรื่องโรค และแผนการรักษา ขาดทักษะการจัด เตรียมยา และการกระตุ้นเตือนการรับประทาน ยา เป็นต้น (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2554) จาก ข้อมูลข้างต้น ทีมผู้วิจัยจึงได้ทบทวนระบบการ ฟันฟูสมรรถภาพเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ในผู้เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า ในปัจจุบันการฟันฟูสมรรถภาพผู้เป็นโรคจิตเภท ใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบมีส่วนร่วม โดยเน้นการให้ความรู้เรื่องโรค การรักษาด้วยยา สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ แผนการรักษา การมี สุขภาพดี การมาตรวจตามนัดและการส่งต่อ และ การรับประทานอาหาร แต่โปรแกรมดังกล่าว ไม่ได้มุ่งเน้นแก้ไขปัญหาพฤติกรรมไม่ร่วมมือใน การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาภายหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยตรง

จากปัญหาดังกล่าว ทีมผู้วิจัยได้ตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบจากพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง และเห็นว่าปัญหาดังกล่าวเป็นประเด็นท้าทายในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล จึงสนใจในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภท เพื่อให้ได้โปรแกรมที่ช่วยแก้ปัญหาคือความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และเป็นโปรแกรมที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้เป็นโรคจิตเภท ซึ่งจะช่วยให้ผู้เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง และต่อเนื่อง ลดการเกิดอาการกำเริบซ้ำ (relapse) และลดการกลับมารักษาย้ำในโรงพยาบาล (readmission) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

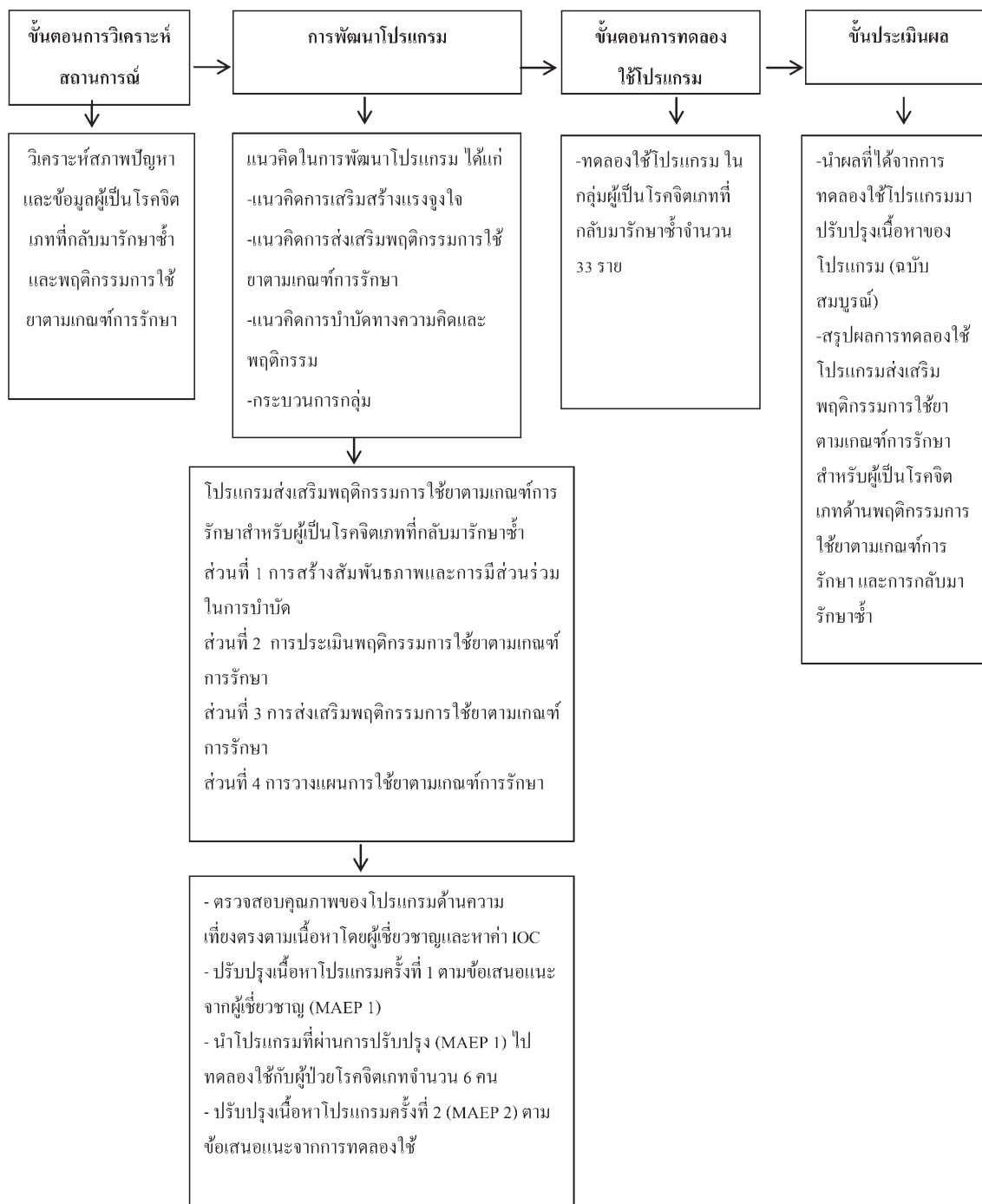
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทและตรวจสอบความเหมาะสมขององค์ประกอบและเนื้อหาของโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการกลับมารักษาย้ำในโรงพยาบาลภายใน 90 วันของผู้เป็นโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทกับกลุ่มดังกล่าวที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทนี้ ทีมวิจัยดำเนินการพัฒนาตามกระบวนการวิจัย และพัฒนาของรัตนา บัวสนธ์ (2552) ที่ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ สังเคราะห์ สำนวนสภาพปัจจุบันปัญหา หรือความต้องการ ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบ สร้าง และประเมินนวัตกรรม ขั้นตอนที่ 3 การนำนวัตกรรม ไปทดลองใช้ ขั้นตอนที่ 4 การประเมินและปรับปรุงนวัตกรรม และขั้นตอนที่ 5 การเผยแพร่นวัตกรรม ดังกรอบตารางการทำวิจัยดังนี้



วิธีการดำเนินการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทครั้งนี้ ดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัย และพัฒนา ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมแพทยอเมริกัน (American Psychiatric Association [APA], 2005) และเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในเป็นครั้งที่ 2 เป็นต้นไป โดยเข้ารับการรักษานี้ในเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วันที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. อายุ 18 -55 ปี
2. ไม่มีลักษณะ disorganized typed
3. มีการรับรู้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยประเมินจากแบบตรวจสภาพจิตแบบย่อ (Mini-Mental Status Exam) มีคะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป
4. มีคะแนนแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) น้อยกว่า 36 คะแนน
5. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารเป็นภาษาไทยได้
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดขนาดตัวอย่างคำนวณจากตารางอำนาจการทำนาย (power analysis) โดยกำหนดอำนาจการทำนายที่ .90 กำหนดนัยสำคัญ (significant level) ที่ .05 และ

กำหนดขนาดผลกระทบ (effect size) ที่ขนาดมาก (large effect size) คือ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 คน จำนวนทั้งสิ้น 66 คน (Polit & Beck, 2004) ทั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วย และใช้วิธีการจับคู่ (matching) ตัวแปรทั้ง 3 ตัวก่อนนำเข้าสู่กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทจำนวน 33 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 33 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับผู้เป็นโรคจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ผู้ดูแลหลักขณะอยู่ที่บ้าน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานี้ในโรงพยาบาล

1.2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่พัฒนาขึ้นโดยสรินธร เชี่ยวโสธร (2545) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ทีมผู้วิจัยนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นด้านความสอดคล้องภายใน โดยนำไปประเมินในผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .86

1.3 แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้เป็นโรคจิตเภท

1.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของ

ผู้เป็นโรคจิตเภทต่อโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทที่รับมาจากแบบสอบถามความพึงพอใจของขบวนการ เติบโต (2545) และนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .84

2. โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภท

ทีมวิจัยได้สร้างโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภท โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

2.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการศึกษาสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการที่ผู้เป็นโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของโรงพยาบาลสวนปรุง โดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน และสัมภาษณ์ผู้เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำจำนวน 15 ราย และศึกษาบริบทการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในผู้เป็นโรคจิตเภทของโรงพยาบาลสวนปรุง รวมทั้งทบทวนวรรณกรรม แนวคิดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (medication adherence) แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) และทฤษฎีกระบวนการกลุ่ม (group process) หลังจากนั้นรวบรวมข้อมูล สรุปผล และเขียนกรอบแนวคิดการวิจัย

2.2 การออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้

ผู้เป็นโรคจิตเภทเป็นการนำกรอบแนวคิดมา กำหนดรายละเอียดต่างๆ ที่เกี่ยวกับโปรแกรม และเครื่องมือการประเมินผลหาความเหมาะสมขององค์ประกอบของโปรแกรม

2.3 การพัฒนาเป็นการสังเคราะห์โปรแกรม และสร้างรูปแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทตามที่ได้ออกแบบไว้ โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดการพัฒนาโปรแกรมของอุทุมพร จามรมาร (2541) ดังต่อไปนี้

2.3.1 กำหนดโครงสร้างหัวข้อความรู้ เนื้อหา กิจกรรม และจุดมุ่งหมายของเนื้อหากิจกรรมในแต่ละส่วน และจัดทำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภท โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) ของ มิลเลอร์และโรนิก (Miller & Rollnick, 1991) แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (medication adherence) ของ ฟาแรกเกอร์ (Farragher, 1998) เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) ของคิงด็อนและเตอร์คิงตัน (Kingdon & Turkington, 1994) และทฤษฎีกระบวนการกลุ่มของเคิร์ท เลวิน (Lewin, 1945) รวมทั้งนำเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เป็นโรคจิตเภทมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดเนื้อหากิจกรรม เพื่อช่วยให้ผู้เป็นโรคจิตเภทเกิดการตระหนักรู้ในภาวะสุขภาพของตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อโรคจิตเภท และการรับประทานยา ก่อให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ได้โปรแกรมที่ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมในการ

บำบัด เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้เป็นโรคจิตเภท สนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้เป็นโรคจิตเภทมีส่วนร่วมในการสนทนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาซึ่งจะทำให้ผู้บำบัดเข้าใจมุมมองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยา ส่วนที่ 2 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในมุมมองของผู้เป็นโรคจิตเภท ซึ่งจะทำให้ผู้บำบัดทราบระดับของความสำคัญ ความเชื่อ ทักษะคติ ของการรับประทานยาของผู้ป่วย รวมทั้งผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาทางจิต และความสามารถในการจัดการกับอาการข้างเคียง ส่วนที่ 3 การส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นการเสริมสร้างความมั่นใจในการรับประทานยา ประโยชน์ของการรับประทานยา เป้าหมายของการรับประทานยา การแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา การจัดเตรียมยา ทักษะกระตุ้นเตือนการรับประทานยา และส่วนที่ 4 การวางแผนการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นการประเมินเข้าร่วมกับผู้เป็นโรคจิตเภทเกี่ยวกับการวางแผนในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2.3.2 ทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของโปรแกรม (content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบำบัดรักษาผู้เป็นโรคจิตเภท และด้านการบำบัดดูแลผู้เป็นโรคจิตเภทจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการบำบัดรักษาผู้เป็นโรคจิตเภท 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้เป็นโรคจิตเภท 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้เป็นโรคจิตเภทจำนวน 3 ท่าน และนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และนำผลการประเมินไปคำนวณหาค่าความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence Index: IOC) หลังจากนั้นทีมผู้วิจัยนำข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะมาพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เครื่องมือมีความชัดเจนด้านภาษา และครอบคลุมสาระสำคัญของเนื้อหา (ปรับปรุงโปรแกรมครั้งที่ 1) หลังจากนั้นนำโปรแกรมฉบับร่างไปทดลองใช้กับผู้เป็นโรคจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คน และนำมาปรับปรุงให้ครอบคลุมในสาระสำคัญ และความชัดเจนของภาษา (ปรับปรุงโปรแกรมครั้งที่ 2)

2.4 การทดลองใช้โปรแกรม เป็นการนำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภท ฉบับปรับปรุง (ครั้งที่ 2) ไปทดลองใช้กับผู้เป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวนทั้งหมด 66 เป็นกลุ่มทดลอง 33 ราย และกลุ่มควบคุม 33 ราย ตามรายละเอียดที่กล่าวไว้ในหัวข้อประชากรและกลุ่มตัวอย่างข้างต้น

2.4.1 ดำเนินการเก็บข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.4.2 ดำเนินการทดลอง โดยให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมเฉพาะโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทโดยการดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆ ละ 6-8 คน จำนวน 5 ครั้งๆ ละ 60-70 นาที เป็น

เวลา 5 วัน รวมทั้งหมด 5 กิจกรรม

2.4.3 ให้กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของหอผู้ป่วย โดยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพกลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค การรักษาด้วยยา สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ แผนการรักษาการมีสุขภาพดี การมาตรวจตามนัดและการส่งต่อ และการรับประทานอาหาร

2.4.4 ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

2.5 การประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภท ทีมผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลการทดสอบก่อนการทดลอง และภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือนของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์และสรุปเป็นผลการทดลอง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ตามขั้นตอน ต่อไปนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนการสร้างโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภท ทีมผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามตรวจสอบความเหมาะสมขององค์ประกอบของโปรแกรมโดยประเมินความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนการ

ทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภท ทีมผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามโดยมีลำดับ ดังนี้

2.1 ขั้นตอนของการทดลอง ก่อนการทดลอง (pretest) ทีมผู้วิจัยเก็บรวบรวมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการกลับมารักษาซ้ำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.2 ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

2.3 ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 3 เดือน ทีมผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของผู้เป็นโรคจิตเภทต่อโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภท

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความพึงพอใจและการกลับมารักษาซ้ำ นำมาวิเคราะห์โดย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง และภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one way repeated analysis of variance) และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง และภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน ใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test independence) เนื่องจากภายหลังการทดสอบข้อมูลด้วยสถิติ komogorov-simirnov test แล้วพบการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสวนปรุง เลขที่ 30/2554 ในขั้นตอนของการวิจัยผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ อธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนการวิจัย และระยะเวลาในการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมศึกษาทราบ ทราวย พร้อมขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา โดยผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกคนจะได้ลงนามยินยอมการเข้าร่วมวิจัย และจะได้รับการชี้แจงให้ทราบว่าสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการศึกษา นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยจะ

นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ข้อมูลกลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 48.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.6 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 42.4 สถานภาพโสด ร้อยละ 72.7 ผู้ดูแลลักษณะที่อยู่บ้านคือ บิดา มารดา ร้อยละ 42.4 มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 42.4 และ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 2-5 ครั้ง ร้อยละ 54.5 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 48.5 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 48.5 อาชีพว่างงาน ร้อยละ 54.5 สถานภาพโสด ร้อยละ 84.8 ผู้ดูแลลักษณะที่อยู่บ้านคือ บิดา มารดา ร้อยละ 39.4 มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 42.4 และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 2-5 ครั้ง ร้อยละ 63.6

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (n = 33)	ร้อยละ	จำนวน (n = 33)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	33	100	33	100
อายุ (ปี) (range)				
15-19	1	3.0	1	3.0
20-29	6	18.2	6	18.2
30-39	16	48.5	16	48.5
40-49	7	21.2	7	21.2
50-59	3	9.1	3	9.1
การศึกษา				
ไม่ได้เรียน	1	3.0	2	6.1
ประถมศึกษา	19	57.6	11	33.3
มัธยมศึกษา	9	27.3	16	48.5
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	4	12.1	4	12.1
อาชีพ				
รับจ้าง	14	42.4	8	24.2
เกษตรกรรวม	5	15.2	6	18.2
ว่างงาน	11	33.3	18	54.5
ค้าขาย	1	3.0	1	3.0
นักบวช	2	6.1	-	-
สถานภาพ				
โสด	24	72.7	28	84.8
คู่	5	15.2	3	9.1
หม้าย	1	3.0	-	-
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	3	9.1	2	6.1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (n = 33)	ร้อยละ	จำนวน (n = 33)	ร้อยละ
ผู้ดูแลหลักขณะอยู่บ้าน				
บิดา-มารดา	14	42.4	13	39.4
พี่ชาย-น้องชาย	9	27.3	6	18.2
พี่สาว-น้องสาว	3	9.1	5	15.2
น้ำ-อา	2	6.1	2	6.1
หลาน	1	3.0	1	3.0
ไม่มี	2	6.1	5	15.2
ภรรยา	2	6.1	1	3.0
ระยะเวลาการเจ็บป่วย				
1-5 ปี	12	36.4	14	42.4
6-10 ปี	7	21.2	5	15.2
10 ปีขึ้นไป	14	42.4	14	42.4
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษ				
ในโรงพยาบาล				
2-5	18	54.5	21	63.6
6-10	10	30.3	5	15.2
11-15	3	9.1	4	12.1
16-20	-	-	1	3.0
21-25	2	6.1	2	6.1

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการ

ทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือนและ 3 เดือนมีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ที่ระดับ .01 ดังรายละเอียดตารางที่ 2 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองไม่มีความ

แตกต่างกัน (p-value .905) แต่เมื่อพิจารณาใน ระยะหลังสิ้นสุดทดลอง 1 เดือน พบว่ากลุ่ม ทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัย สำคัญที่ระดับ .01 และระยะหลังสิ้นสุดทดลอง 3 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญระดับ .01 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำของคะแนนพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้น การทดลอง 1 เดือนและ 3 เดือน (n = 33)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	42531.293	2	21265.646	5141.536	.000
ภายในกลุ่ม	246.707	64	4.136		
รวม	42778	66	21269.782		

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลอง ภายหลังสิ้นสุดทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา	Group mean (SD)		t	p-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
ก่อนการทดลอง	35.90 (2.097)	35.84 (2.03)	.09	.905
หลังการทดลอง 1 เดือน	73.33 (.924)	44.03 (3.19)	50.5	.000
หลังการทดลอง 3 เดือน	84.33 (2.734)	37.45 (4.38)	52.08	.000

ส่วนที่ 3 ผลของโปรแกรมส่งเสริม ผู้เป็นโรคจิตเภทต่อการกลับมารักษาซ้ำภายใน พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับ 90 วัน

ตารางที่ 4 จำนวนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน (N = 66)

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน	0	0	15	45.45

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของผู้เป็นโรคจิตเภทต่อการรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภท จิตเภทต่อโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยา

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของผู้เป็นโรคจิตเภทต่อโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภท (N = 33)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ
ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรม	4.4	สูง
ด้านกระบวนการของโปรแกรม	4.4	สูง
ด้านสื่อหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัด	3.8	สูง
ด้านผู้บำบัด	4.4	สูง
ด้านสถานที่ในการดำเนินโปรแกรม	3.8	สูง
รวมเฉลี่ย	4.16	สูง

การอภิปรายผล

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำครั้งนี้มีการปรับปรุงเนื้อหาของโปรแกรม 2 ครั้งจนได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 ซึ่งแสดงว่าหัวข้อความรู้ และเนื้อหาที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในแต่ละหัวข้อ จากการปรับปรุงทำให้โปรแกรมมีเนื้อหาที่กระชับ และสมบูรณ์มากขึ้น โดยปรับระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วย มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา และมีความมั่นใจในการรับประทานยา และจากการทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างสังเกตได้ว่า ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับประทานยา

เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น และปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการรับประทานยา ยอมรับความเจ็บป่วย และเห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในการนำไปใช้จริง

การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 33 คน พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยา

ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าในระยะหลังสิ้นสุดทดลอง 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และระยะหลังสิ้นสุดทดลอง 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญระดับ .01 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษานี้แตกต่างจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบมีส่วนร่วมที่ใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เป็นโรคจิตเภทในปัจจุบันของโรงพยาบาลสวนปรุง โดยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบมีส่วนร่วมเป็นลักษณะการให้สุขภาพจิตศึกษา (psycho - education) ร่วมกับการใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เนื้อหาในแต่ละกิจกรรมจะประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษาด้วยยา สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ แผนการรักษา การมีสุขภาพดี การมาตรวจตามนัดและการส่งต่อ และการรับประทานอาหาร จะเห็นได้ว่ารูปแบบดังกล่าวไม่ได้มุ่งแก้ไขปัญหาพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยที่กลับมารักษานี้ โดยโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษานี้เป็นโปรแกรมที่ใช้หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยกระบวนการบำบัดจะยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สนับสนุนให้ผู้ป่วยค้นหา แก้ไข

ความรู้สึกที่ขัดแย้งเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และมีส่วนร่วมในการดูแลภาวะสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยา ตลอดจนให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกเกี่ยวกับการรักษาที่เหมาะสมภายหลังที่ได้รับข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับข้อดี ข้อเสียต่างๆ เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยา ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท แผนการรักษา การรักษาด้วยยา การจัดเตรียมยา ทักษะกระตุ้นเตือนการรับประทานยา การเข้ารับบริการสุขภาพ และแหล่งสนับสนุนส่งเสริมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และผู้บำบัดจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้วางแผนเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของตนเองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ศักยภาพของตนเอง (self-efficacy) เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังเช่นการศึกษาของแคมป์และคณะ (Kemp et al., 1998) ที่พบว่าการบำบัดส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา (compliance therapy) ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้เป็นโรคจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกรย์และคณะ (Grey et al., 2004) ที่ศึกษาผลการบำบัดส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา (adherence therapy) ในผู้เป็นโรคจิตเภท โดยพบว่า สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา และช่วยลดอาการทางจิตและในปี ค.ศ. 2007 มณีสาคร (Manesakorn et al., 2007) ได้นำโปรแกรมดังกล่าว ทำการศึกษาผลการบำบัดส่งเสริมความร่วมมือในการ

รับประทานยาแบบรายบุคคลในผู้เป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการบำบัดส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มมากขึ้นอาการทางจิตโดยรวมดีขึ้น มีความพึงพอใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาทางจิต

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทไม่มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน (ร้อยละ 0) ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.45 (ตารางที่ 3) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทที่พัฒนาขึ้น มุ่งเน้นในการแก้ปัญหาการกลับมารักษาซ้ำในผู้เป็นโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ทำให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับปัญหา และความต้องการการดูแล จึงส่งผลให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถควบคุมอาการทางจิตให้สงบ ลดการกำเริบซ้ำ และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จากผลลัพธ์ที่ดีในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้โปรแกรมนี้ ทำให้ผู้เป็นโรคจิตเภทมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมาก อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ทีมผู้วิจัยไม่ได้วัดความพึงพอใจในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ

การดูแลตามปกติ เนื่องจากไม่ได้ใช้โปรแกรมกับกลุ่มดังกล่าวในช่วงที่รวบรวมข้อมูล แม้ว่ากลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมหลังจากงานวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว จากผลการทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทนี้ สรุปได้ว่าสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้เป็นโรคจิตเภท เพื่อช่วยเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

ข้อจำกัดงานวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นเพศชายทั้งหมด ดังนั้นการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงอาจมีข้อจำกัด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทนี้ไปใช้บำบัดผู้เป็นโรคจิตเภทร่วมกับการดูแลตามปกติที่มีอยู่ในหอผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยหญิงและกลุ่มคละกันระหว่างเพศชาย และเพศหญิง เนื่องจากโปรแกรมได้ใช้กระบวนการดำเนินการกลุ่ม ดังนั้นลักษณะของกลุ่มตัวอย่างอาจมีผลต่อการเรียนรู้ได้

2. ควรมีการศึกษาผลในระยะยาวของโปรแกรมโดยการประเมิน 6 เดือน และ 12 เดือน

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญชนก เตจ๊ะฟอง. (2545). ความพึงพอใจของผู้รับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษาที่มีต่อการให้คำปรึกษาผู้ป่วยยาบ้าและครอบครัว ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มัลลิกา สิงห์สุริยะ. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ โรงพยาบาลอุดรธานี. ค้นเมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2555. จาก http://203.157.168.8/research/index.php?option=com_content&view=article&id=72:psychosis&catid=1:latest-news
- โรงพยาบาลสวนปรุง. (2554). รายงานการทบทวนเวชระเบียนผู้เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาล. เชียงใหม่
- สรินธร เชี่ยวโสธร. (2545). ผลของการส่งเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- รัตนะ บัวสนธ์. (2552). การวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมการศึกษา. กรุงเทพฯ: คำสมัย.
- American Psychiatric Association. (2005). *Diagnosis and Statistical manual of mental disorders (4th ed., Text revision)*. Washington, DC: Author.
- Gray, R., Wykes, T., Edmonds, M., Less, M.,

& Gournay, K., (2004). Effect of a medication management training package for nurse on clinical outcomes for patients with schizophrenia: Cluster randomized controlled trail. *British Journal of Psychiatry*, 189, 508-514.

- Hardeman, S. M., Harding, R. K., & Narasimhan, M., (2010). Simplifying adherence for schizophrenia. *Psychiatryonline*, 4, 61.
- Hill, M., Crumlish, N., Whitty, P., Clarke, M., Browne, S., Kamali, M., Kinsella, A., Waddington, J. L., Larkin, C., & O'Callaghan, E. (2010). Non adherence to medication four years after a first episode of psychosis and association factors. *Psychiatry service*, 61, 189-192.
- John, C., Turkington, D., & Kingdom, D. (1994). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 165, 695.
- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., & David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 312, 345-349.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1994). *Cognitive Behavioral Therapy of Schizophrenia*. Guildford, New York.
- Kurt, L. (1945). The Research Center for Group Dynamics at Massachusetts Institute of Technology. *American Sociological Association*, 8 (2), 126-136.

- Maneesakorn, S., Robson, D., Gournay, K., & Gray, R. (2007). An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1320-1312.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivation Interviewing preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research: principles and methods*. Lippincott Williams & Wilkins.