

ผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง

ผกามาส สายคำฟู¹ วท.ม. (การพยาบาลสาธารณสุข)

เรณู พุกบุญมี² พย.ด., อพย. (การพยาบาลเด็ก)

โสธรรัชต์ วิไลยุค³ พบ.ว. (กุมารเวชศาสตร์ผู้ป่วยนอก)

จิราภรณ์ ปั่นอยู่⁴ ประ.ด. (พยาบาลศาสตร์), อพย. (การพยาบาลเด็ก)

บทคัดย่อ: การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ร่วมกับแนวคิดการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์และโรลนิก กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง อายุ 15-21 ปี ที่พบปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอจำนวน 17 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยวัยรุ่น แบบสอบถามวิธีการใช้ยา แบบบันทึกการสนทนาสร้างแรงจูงใจและแบบบันทึกการรับประทานยา การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง ด้วยการทดสอบ Wilcoxon signed-rank test ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยและค่ามัธยฐานการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z = -3.634, p = .000$) ดังนั้นโปรแกรมสร้างแรงจูงใจฯ นี้สามารถปรับพฤติกรรมการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองได้ และควรทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาวหรือมีกลุ่มเปรียบเทียบก่อนนำไปพัฒนาในกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเรื้อรังอื่น ๆ

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2567; 11(2): 66-82

คำสำคัญ: การสนทนาสร้างแรงจูงใจ; การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ; ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง

¹ผู้เข้าฝึกอบรมหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับปฏิบัติการ สาขาการพยาบาลเด็ก โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

²รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: renu.poo@mahidol.ac.th

³รองศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
วันที่รับบทความ 21 กรกฎาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความ 22 กันยายน 2567 วันที่ตอบรับบทความ 7 ตุลาคม 2567

Effect of Motivational Interviewing Program on Medication Adherence of Adolescents with Autoimmune Disease

Phakamat Saikhamfoo¹ M.Sc. (Public Health Nursing)

Renu Pookboonmee² D.N.S, Dip. APPN

Soamarat Vilaiyuk³ M.D., Dip. (Ambulatory Pediatrics)

Jiraporn Punyoo⁴ Ph.D. (Nursing Science), Dip. APPN

Abstract: The purpose of this one group pre–post quasi–experimental research was to examine the effect of motivational interviewing program on medication adherence of adolescents with autoimmune disease. The conceptual framework for this study was based on self–care theory and motivational interviewing. The program was applied to 17 adolescents who were 15–21 years old with autoimmune disease and poor medication adherence. The study instruments were the motivational interviewing program on medication adherence of adolescents with autoimmune disease. Data were collected using adolescents’ demographic data, Medication Adherence Report Scale (MARS) questionnaire, motivational interviewing record, and medication record. Data were analyzed using descriptive statistics and the medication adherence scores of adolescents with autoimmune diseases were compared using the Wilcoxon signed–rank test. The result of the study showed that after having motivational interviewing program on medication adherence of adolescents, the mean score and median score of Medication Adherence Report Scale: MARS of post–test were higher than pre–test at the statistical **significance** of 0.05 ($Z = -3.634$, $p < .001$). In conclusion, this motivational interviewing program could be used to improve medication adherence in adolescents with autoimmune disease who have poor medication adherence and should be further evaluated over a longer term and compared with a control group prior to applying it to adolescent groups with other chronic diseases.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2024; 11(2): 66–82

Keywords: motivational interviewing; medication adherence; adolescents with autoimmune disease

¹Diplomate Candidate, Board Certified Training Program in Pediatric Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Bangkok.

²Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; Bangkok. Corresponding author, E–mail: renu.poo@mahidol.ac.th

³Associate Professor, Department of Pediatric, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Bangkok.

⁴Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok.

Received July 21, 2024; Revised September 22, 2024; Accepted October 7, 2024

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง (autoimmune disease) คือการทำงานผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน และถูกกระตุ้นจนทำลายเซลล์ของตัวเอง ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุของการเกิดปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พันธุกรรม การติดเชื้อ และสิ่งแวดล้อม¹⁻² อุบัติการณ์ทั่วโลกของโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองอยู่ที่ร้อยละ 3-5² โรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองเกิดขึ้นเมื่อระบบภูมิคุ้มกันทำลายโมเลกุลของตัวเอง จากการสลายความทนทานของภูมิคุ้มกันต่อเซลล์ภูมิคุ้มกันที่ตอบสนองอัตโนมัติ เซลล์เหล่านี้ส่งเสริมการหลั่งของออโตแอนติบอดีที่มีความสัมพันธ์กันสูง ซึ่งทำปฏิกิริยากับโมเลกุลของตัวเอง โรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตไม่บ่อยนัก แต่มักมีผลต่อคุณภาพชีวิต³ โรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองที่พบได้บ่อยในเด็ก คือโรคภูมิคุ้มกันตนเองบกพร่อง (Systemic Lupus Erythematosus: SLE) และโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก (Juvenile Idiopathic Arthritis: JIA) โดยโรคภูมิคุ้มกันตนเองบกพร่องเป็นโรคที่มีความซับซ้อน เกิดจากการสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านเนื้อเยื่อของตนเอง หรือภาวะที่เม็ดเลือดขาวทำงานผิดปกติทำลายเซลล์ร่างกายตัวเองทำให้เกิดการอักเสบในอวัยวะต่าง ๆ⁴⁻⁵ โรคนี้พบได้ทุกช่วงอายุ มักจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อาการแสดงของโรคในเด็กมักจะรุนแรงมากกว่าในผู้ใหญ่⁶ ในเด็กพบอุบัติการณ์ 0.30-0.90 คนต่อประชากรเด็ก 100,000 คนต่อปี โดยพบว่าร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยทั้งหมดจะได้รับการวินิจฉัยในช่วงเด็กและวัยรุ่น อายุเฉลี่ยที่เริ่มแสดงอาการคือ 11-12 ปี⁵ โรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง เนื่องจากมีปฏิกิริยาต่อ

โครงสร้างของตนเอง เช่น ชินโนเวีย และการมีส่วนร่วมพิเศษของข้อต่อ (ตา ผิวหนัง ไต เยื่อหุ้มหัวใจ)⁶ โดยมีอาการนานอย่างน้อย 6 สัปดาห์⁶ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด มีความทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและใช้ระยะเวลารักษานาน อาการและอาการแสดงหลักคือ อาการข้ออักเสบ (arthritis) มีลักษณะเด่นคืออาการบวมและข้อติดโดยเฉพาะตอนเช้า (morning stiffness) เกิดได้ทั้งข้อใหญ่ส่วนล่างของร่างกายซึ่งทำให้เคลื่อนไหวร่างกายได้ลำบาก หรือหากเป็นข้อเล็กส่วนบนของร่างกาย เช่น ข้อมือหรือข้อนิ้ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยวัยรุ่นหลีกเลี่ยงการใช้งานข้อนั้น⁶

จะเห็นได้ว่าทั้ง 2 โรคนี้เป็นโรคในกลุ่มโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองและเป็นกลุ่มโรคที่มีผลกระทบต่อการร่างกายทุกระบบ เช่น ข้อต่าง ๆ ผื่นผิวหนัง ระบบโลหิต และระบบประสาท เป็นต้น เป้าหมายของการรักษาโรคคือควบคุมโรคให้สงบ ให้ผู้ป่วยวัยรุ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการเกิดความพิการ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอรวมถึงการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่น และส่งผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังเพิ่มค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษา อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการไปพบแพทย์อีกด้วย⁷ ซึ่งหลักในการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการรักษาด้วยการใช้ยาซึ่งใช้เวลานาน โดยยาที่ใช้หลักในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันตนเองบกพร่องคือ กลุ่มยา สเตียรอยด์ ยาภูมิคุ้มกันต่าง ๆ และยาที่ช่วยในการป้องกันผลข้างเคียงของยาใช้รักษา⁵ สำหรับโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก ยาที่ใช้รักษาหลักเป็นยาลดการอักเสบ เริ่มที่ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (non-steroidal antiinflammatory drugs: NSAIDs) จนถึงยากด

ภูมิคุ้มกัน⁶ รวมถึงกลุ่มยา สเตียรอยด์และยาลดการอักเสบ ซึ่งเป็นยาที่มีทั้งประสิทธิภาพที่ดีและมีความปลอดภัยสูงแม้ใช้ในผู้ป่วยวัยรุ่น⁶

ดังนั้นผู้ป่วยวัยรุ่นทั้ง 2 โรคนี้มีความจำเป็นต้องรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอและเป็นระยะเวลานาน เพื่อให้ผู้ป่วยวัยรุ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้รับยาในการรักษาเป็นหลักและใช้เวลานาน สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศหญิง⁸ พัฒนาการของผู้ป่วยอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย⁸ อายุที่มากขึ้นของผู้ป่วยวัยรุ่นสัมพันธ์กับความรู้ที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับโรคที่เป็น แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาที่ดี เนื่องจากวัยรุ่นขาดแรงจูงใจในการจัดการกับโรคเรื้อรังของตนเอง แม้จะมีความรู้ที่เพิ่มขึ้น⁹ นอกจากนี้พบว่าวัยรุ่นต้องการมีความรู้สึกเหมือนคนอื่น ๆ ทั่วไป ต้องการที่จะเข้ากับคนอื่นได้ จึงเลือกที่จะไม่รับประทานยาเมื่อต้องเข้าสังคม⁹ การขาดความตระหนัก¹⁰ และการขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหรือการรักษา⁹ 2) ปัจจัยจากครอบครัวและผู้ดูแล ได้แก่ ครอบครัวที่มีผู้ดูแลเพียงคนเดียว⁹ การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว¹¹⁻¹² ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีของผู้ป่วยวัยรุ่นต่อบิดาหรือมารดา¹³ ความขัดแย้งในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ⁹ ระดับการศึกษาของมารดาอยู่ในระดับต่ำ¹⁴ รายได้ในครัวเรือนน้อยไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย^{8-10,13} 3) ปัจจัยจากการรักษา คือผลข้างเคียงจากการรับประทานยาในระยะยาว ได้แก่ ผลข้างเคียงของยาทำให้รู้สึกไม่สบายต่อร่างกาย¹³ มีปฏิกิริยาต่อระบบทางเดินอาหาร¹¹ โดยเฉพาะผล ข้างเคียงด้าน

ความงาม⁹ ขนาดของยา รสชาติ หรือความลำบากในการกลืนยา¹¹ ความซับซ้อนของการรับประทานยา¹³ ตารางเวลาของการรับประทานยาและการใช้ชีวิตประจำวัน โดยการรับประทานยารบกวนเวลาอาหารการนอน และตารางเวลา¹¹ การใช้ยาในช่วงกลางวันอาจทำให้ผู้ป่วยที่ไปโรงเรียนมีปัญหา ส่งผลให้ลืมรับประทานยา⁹ 4) ปัจจัยจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างแพทย์กับคนไข้¹² นอกจากนั้นยังพบว่า การเพิ่มจำนวนครั้งในการติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์จะสามารถเพิ่มการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอได้¹¹

โรคภูมิคุ้มกันตนเองบกพร่องและโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก นับเป็นโรคที่มีความซับซ้อนทั้งทางอาการ อาการแสดง รวมทั้งการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยวัยรุ่นกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) ด้านผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เป็นส่วนหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลโดยการสนับสนุน การดูแลตนเองแบบองค์รวมในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันตนเองบกพร่องและโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก บทบาทการให้ความรู้และการสนับสนุน การส่งเสริมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอที่สอดคล้องกับแนวคิดระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive) ในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม¹⁵ ที่มุ่งเน้นให้พยาบาลส่งเสริมผู้ป่วยให้ได้รับการสอน (teaching) การชี้แนะ (guiding) การสนับสนุน (supporting) และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความสามารถในเรื่องของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (providing an environment)¹⁵ ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสร้างความสามารถในการรับประทานยาอย่าง

สม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่น จะต้องเน้นกระบวนการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติการพยาบาล (knowledge translational science) เพื่อส่งเสริมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันตนเองบกพร่องโดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์¹⁶ ตามแนวคิดของโอเร็มนั้นแรงจูงใจเป็นส่วนหนึ่งในพลัง 10 ประการของความสามารถในการดูแลตนเองที่มีส่วนในการสนับสนุนการตัดสินใจของบุคคลในการดูแลตนเอง ซึ่งการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) คือการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม¹⁷ มุ่งเน้นการพูดคุยอย่างมีเป้าหมาย ช่วยกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นการทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงความแตกต่างระหว่างความต้องการของผู้ป่วยกับสิ่งที่อยู่ในปัจจุบัน ความแตกต่างหรือความไม่สอดคล้องกันมักส่งผลให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาที่ผู้ป่วยเป็นด้วยตนเอง มีความต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาด้วยตนเอง และใช้วิธีการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ซึ่งการสนทนาสร้างแรงจูงใจมักนำมาใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเรื่องการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอได้เป็นผลดีทั้งในผู้ป่วยวัยรุ่นและผู้ใหญ่โรคเรื้อรัง ดังการศึกษาในต่างประเทศที่ได้นำหลักการของการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหอบหืด พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมากขึ้น¹⁸ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยพบว่าการนำการสนทนาสร้างแรงจูงใจใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้ใหญ่¹⁹

ผลงานวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการสนทนาสร้างแรงจูงใจสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยวัยรุ่นและผู้ใหญ่โรคเรื้อรังได้เป็นอย่างดีอีกทั้งกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นตอนกลางอายุ 15 ปีขึ้นไป เริ่มมีพัฒนาการในด้านของระบบความคิดมากขึ้น มีความพร้อมในการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองได้²⁰ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง ได้แก่ โรคภูมิคุ้มกันตนเองบกพร่องและโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มร่วมกับการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นกลุ่มนี้ เพื่อป้องกันหรือลดภาวะโรคกำเริบ เพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งอาจนำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มร่วมกับการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ซึ่งกรอบแนวคิดหลักของทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มประกอบด้วย การดูแลตนเอง (self-care) ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic selfcare demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (selfcare agency) ความพร่องในการดูแลตนเอง (selfcare deficit) ความสามารถทางการพยาบาล (nursing agency) และระบบการพยาบาล (nursing system) และการประเมินปัจจัยเงื่อนไขขั้นพื้นฐาน (basic conditioning factors) ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน มโนทัศน์ทั้งหมดประกอบกันเป็น ทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และ

ทฤษฎีระบบการพยาบาล¹⁵ โดยแรงจูงใจนั้นเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถ 10 ประการในการศึกษา นี้ได้นำการสนทนาสร้างแรงจูงใจมาเป็นส่วนหนึ่งการพัฒนาโปรแกรม เพื่อเพิ่มความสามารถในการรับประทายอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการรับประทายอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทายอย่างสม่ำเสมอ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทายอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรครั้งนี้เป็นผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามธิบดี ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากจากการทบทวนงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้ แรงจูงใจ และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง¹⁹ ได้ค่า effect size 1.53 ซึ่งมีค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงนำค่า effect size เท่ากับ 0.80 และเมื่อกำหนดค่า α (level of significance) = .05 และ β (power of

analysis) = .80 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัย ทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10²¹ รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 17 คน โดยมีคุณสมบัติการคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยวัยรุ่นได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคภูมิคุ้มกันตนเองบกพร่องหรือโรคข้ออักเสบเรื้อรังไม่ทราบสาเหตุในเด็ก มีอายุระหว่าง 15-21 ปี ได้รับการรักษาด้วยการรับประทายไม่น้อยกว่า 3 เดือน
2. ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีปัญหาการรับประทายไม่สม่ำเสมอ คือ การไม่รับประทาย 2-3 วันต่อสัปดาห์โดยทีมแพทย์หน่วยโรคข้อและรูมาติสซิมเป็นผู้ประเมินและคัดเลือกผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันตนเองบกพร่องและโรคข้ออักเสบเรื้อรังไม่ทราบสาเหตุในเด็ก
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้
4. ผู้ป่วยวัยรุ่นยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ภายหลังได้รับการบอกกล่าว ผู้ป่วยวัยรุ่นและ/หรือผู้ปกครองลงนามในเอกสารยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยวัยรุ่นมีอาการแผลง มีอาการทางระบบประสาท เช่น ชีมลง ชักเกร็ง ไม่รู้สึกตัว
2. ผู้ป่วยวัยรุ่นไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกครั้งตามเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยวัยรุ่น พัฒนาโดยผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวัยรุ่น ประวัติการเจ็บป่วยที่ผ่านมา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ยาที่ได้รับ ผู้ดูแลสถานภาพครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิทธิในการรักษาพยาบาล และแหล่งประโยชน์หรือแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือ 2) แบบสอบถามวิธีการใช้ยา (Medication Adherence Report Scale: MARS) พัฒนาโดย Rob Home²² แปลไทยโดย มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์²³ มี 5 ข้อคำถาม แต่ละคำถามจะถามถึงความถี่ของการไม่รับประทานยา คะแนน MARS แบ่งเป็น 5 ระดับ โดย 1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเสมอ ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ โดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน โดยคะแนน MARS น้อยกว่า 25 คะแนน หมายถึง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดลง และคะแนน MARS เท่ากับ 25 คะแนน หมายถึง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่สมบูรณ์แบบ เนื่องจากเครื่องมือนี้มีความเข้าใจง่ายต่อการตอบแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์ ครอนบาคอัลฟ่าเท่ากับ .60 ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามวิธีการใช้ยา (Medication Adherence Report Scale: MARS) ตรวจสอบหาความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟ่าโดยนำมาทดสอบใช้กับผู้มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ เพื่อส่งเสริมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของ

ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยโดยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มและการสนทนาสร้างแรงจูงใจมี 3 ระยะ โดยใช้เวลาในการศึกษาทั้งหมด 8 สัปดาห์

โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจนี้ พัฒนาจากกรอบแนวคิดการดูแลตนเอง (self-care) ในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม¹⁵ ร่วมกับแนวคิดการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Motivational Interviewing: MI) ของ Miller and Rollnick¹⁷ และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เผยแพร่ นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ในรายละเอียดต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรม ฯ โดยผู้วิจัยได้สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ Pubmed, CINAHL, OVID, ScienceDirect, Scopus และ Cochrane library และการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการจากฐานข้อมูลในประเทศไทย ได้แก่ Thai-Jo และ Thai-lis ที่ตีพิมพ์ระหว่าง ค.ศ. 2020 ถึง ค.ศ. 2022 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ด้วย PICO framework ดังนี้ P (Population): adolescence/ adolescent/ teenage and systemic lupus erythematosus/ autoimmune disease/ chronic illness/ juvenile idiopathic arthritis; I (Intervention): self-care and motivational interviewing; C (Comparison Intervention): ไม่มี; O (Outcome): medication adherence/ poor compliance/ medication non-adherence พบรายงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 24 การศึกษา ประเมินคุณภาพงานวิจัยประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2561 เป็นระดับ A จำนวน 12 เรื่อง ระดับ B จำนวน 11 เรื่อง และ

ระดับ C จำนวน 1 เรื่อง พบว่าการสนทนาสร้างแรงจูงใจสามารถปรับพฤติกรรมการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้จากนั้นพัฒนาเป็นโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง

โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การส่งเสริมการรู้จักตนเองร่วมกับสร้างแรงจูงใจ โดยสร้างสัมพันธภาพและตกลงการบริการร่วมกับการส่งเสริมการรู้จักตนเอง ผู้ป่วยวัยรุ่นได้รับการประเมินปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง ในระยะนี้ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยวัยรุ่นได้เห็นถึงปัญหาและสถานการณ์ปัญหาของตนเอง เกิดความตระหนักถึงปัญหา มีความมุ่งมั่นและมีแรงจูงใจในการแสวงหาวิธีในการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยาที่เหมาะสมด้วยตนเอง ร่วมกับการค้นหาเป้าหมาย โดยใช้ระยะเวลา 15-30 นาที ระยะที่ 2 การพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลตนเองร่วมกับสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ในระยะนี้เน้นให้ผู้ป่วยวัยรุ่นรู้จักการแก้ปัญหา และกลยุทธ์การแก้ปัญหา ผู้ป่วยวัยรุ่นตัดสินใจเลือกวิธีการรับประทานยาด้วยตนเอง ผู้วิจัยสนับสนุนและให้ความรู้เรื่องการรับประทานยา ผู้ป่วยวัยรุ่นสามารถปฏิบัติ ประเมิน ติดตาม และเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยใช้ระยะเวลา 15-30 นาที และ ระยะที่ 3 การสนับสนุนการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง คือการติดตามผู้ป่วยวัยรุ่น

โดยใช้โทรศัพท์หรือทางแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อร่วมกันกับผู้ป่วยวัยรุ่นในการแก้ไขปัญหา หรือกำจัดอุปสรรคหรือช่วยเหลือผู้ป่วยวัยรุ่นเมื่อเกิดปัญหารวมทั้งให้กำลังใจชมเชยโดยใช้ระยะเวลาครั้งละ 15 นาที

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการสนทนาสร้างแรงจูงใจพัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 1) การประเมินปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะพัฒนาการ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมถึงกิจกรรมที่กระทำเป็นประจำ ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ระบบบริการสุขภาพและแหล่งประโยชน์ 2) ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) 3) ความสามารถในการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา (self-care agency) และ 4) แบบบันทึกการสนทนาแต่ละครั้ง เพื่อประเมินระยะความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละครั้งเพื่อให้การกระตุ้นแรงจูงใจด้วยการสนทนาหรือตั้งคำถามได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และบันทึกผลลัพธ์ที่ได้ในแต่ละครั้ง เพื่อการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องได้

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการรับประทานยาพัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยชื่อยา ตารางเวลาของการรับประทานยา และสาเหตุของการไม่รับประทานยาในวัน/เวลานั้น ๆ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์สาเหตุที่ไม่รับประทานยาด้วยตนเองเพื่อนำไปปรับเปลี่ยนการแก้ไขปัญหาการรับประทานไม่สม่ำเสมอของตนเอง โดยผู้วิจัยมอบให้กับกลุ่มตัวอย่างภายหลังให้การสนทนาสร้างแรงจูงใจในครั้งที่ 1 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำไปบันทึกการรับประทานยาตามแผนการรักษาที่บ้าน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้ง 3 ส่วน ประกอบด้วย โปรแกรมการ

สนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบบันทึกการสนทนาสร้างแรงจูงใจ และแบบบันทึกการรับประทานยาได้รับการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคข้อและรูมาติสซั่ม อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรัง และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสนทนาสร้างแรงจูงใจ มีค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลรามธิบดี โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเด็กและวัยรุ่น และจากหน่วยโรคข้อและรูมาติสซั่ม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองทั้งหมด 4 ครั้ง โดยการพบครั้งแรกเป็นการพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเด็กและวัยรุ่น ครั้งที่ 2-4 เป็นการติดตามทางโทรศัพท์ มีรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมบิดาหรือมารดาของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มตัวอย่างอายุน้อยกว่า 18 ปี ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลรามธิบดี ภายหลังจากพบแพทย์ ใช้ระยะเวลา 30-60 นาที โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล แนะนำตนเองและขอความร่วมมือในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยพอสังเขป และเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสุขภาพ เก็บข้อมูลการรับประทานยาของ

ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามวิธีการใช้ยา (MARS) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pre-test) จากนั้นดำเนินการตามโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ในส่วนของระยะที่ 1 เป็นการส่งเสริมการรู้จักตนเองร่วมกับสร้างแรงจูงใจ ในระยะนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง ประเมินสถานการณ์ของโรคของตนเอง และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ร่วมกับการค้นหาเป้าหมายหรือแรงจูงใจที่จำเป็น เพื่อเป็นการส่งเสริมการรู้จักตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาโดยใช้เครื่องมือแบบบันทึกการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-30 นาที และตามด้วยระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างสม่ำเสมอร่วมกับสนทนาสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยผู้วิจัยสนับสนุนและให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาจากนั้นกลุ่มตัวอย่างทบทวนปัญหาและสถานการณ์ปัญหาของตนเอง ร่วมกันตั้งเป้าหมายวางแผนร่วมกันในการจัดหาวิธีปรับเปลี่ยนการรับประทานยาของตนเอง พร้อมทั้งตัดสินใจเลือกวิธีการรับประทานยาดด้วยตนเอง เมื่อได้วิธีการที่ใช้แก้ไข ปัญหา กลุ่มตัวอย่างจะประเมินความสามารถในการรับประทานยาดด้วยตนเอง โดยให้คะแนน 0-10 คะแนน ซึ่ง 0 คะแนนคือทำไม่ได้เลย และ 10 คะแนนคือทำได้โดยสมบูรณ์ หากได้น้อยกว่า 10 คะแนน ให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์สาเหตุที่อาจเกิดขึ้น และหาแนวทางแก้ไขต่อไปโดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติประเมินติดตาม และเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาลักษณะการรับประทานยาเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 15-30 นาที จากนั้นผู้วิจัยสรุป

ประเด็นที่ได้ และมอบแบบบันทึกการรับประทานยา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำไปบันทึกการรับประทานยา ตามแผนการรักษาที่บ้าน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดตามทางโทรศัพท์ หรือแอปพลิเคชันไลน์ ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ใน สัปดาห์ที่ 8 ซึ่งเป็นการทำแบบสอบถามวิธีการใช้ยา (MARS) (post-test)

ครั้งที่ 2-4 (สัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6) เป็นการ ดำเนินการระยะที่ 3 ผู้วิจัยติดตามเพื่อให้การ สนับสนุนการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง ร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่างในการแก้ไขปัญหา หรือกำจัดอุปสรรคหรือช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา รวมทั้งให้กำลังใจ ชมเชย จากนั้นสรุปประเด็นที่ได้ จากการพบกันครั้งนี้และนัดหมายการพบครั้งถัดไป โดยการติดตามทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้นำเสนอวิธีการติดต่อ และระบุถึงวันเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการ ติดตาม โดยสอบถามถึงความสม่ำเสมอของการรับ ประทานยา วิธีการที่เลือกใช้ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสามารถแก้ไขปัญหาก็ได้หรือไม่ หากไม่ สามารถแก้ไขได้ ร่วมวิเคราะห์เกิดจากสาเหตุใดและ จะใช้วิธีการใดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อได้ วิธีการใหม่ จึงให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความสามารถ ในการรับประทานยาด้วยตนเองโดยให้คะแนน 0-10 คะแนน หากได้น้อยกว่า 10 คะแนน ให้กลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์สาเหตุที่อาจเกิดขึ้น และหาแนวทางแก้ไข ต่อไป ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-30 นาที

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) กลุ่มตัวอย่างทำ แบบสอบถามวิธีการใช้ยา (MARS) (post-test) โดยผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามให้ทางไปรษณีย์ไปให้ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการครบ 8 สัปดาห์ ตอบแบบสอบถามและส่งกลับคืนครบทั้ง 17 ราย

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะ กรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ของคณะ แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล COA. MURA2022/451 วันที่ 27 กรกฎาคม 2565 ผู้วิจัยได้แจ้งข้อมูลรายละเอียดในการวิจัย เพื่อให้บิดาหรือมารดาของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่าง ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ประโยชน์และ ผลกระทบที่อาจได้รับ และการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปตามความสมัครใจ โดยแสดงความจำนง เข้าร่วมการวิจัยด้วยการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร โดยในกลุ่มตัวอย่างที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ลงนามเป็นลาย ลักษณ์อักษร โดยบิดาหรือมารดาของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มอายุมากกว่า 18 ปี ลงนาม ได้ด้วยตนเอง บิดาหรือมารดาของกลุ่มตัวอย่างและ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการปฏิเสธและ/หรือยกเลิกการ เข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการ ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลและข้อมูลของกลุ่ม ตัวอย่างจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม สำเร็จรูป SPSS version 18.0 โดยกำหนดระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic) นำเสนอเป็น ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนการรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลาย ตนเองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม นำเสนอเป็น ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานใน สัปดาห์ที่ 0 และ 8 โดยผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อ ตกลงเบื้องต้นการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normality

distribution) ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ในกลุ่มตัวอย่างพบว่า การทดสอบก่อนการทดลองมีการแจกแจงปกติและหลังการทดลองมีการแจกแจงไม่ปกติ จึงใช้การทดสอบ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองทั้งหมดจำนวน 17 ราย ส่วนใหญ่เป็นโรคภูมิคุ้มกันตนเองบกพร่องคิดเป็นร้อยละ 88.20 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 88.20 มีอายุอยู่ระหว่าง 15-21 ปี มีอายุเฉลี่ย 16.65 ปี (SD = 1.53) กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 76.50 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 94.10 ระยะเวลาของการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 0-5 ปี (เฉลี่ย = 5.47 ปี, SD = 3.41) ผู้ดูแลหลักคือบิดา มารดา และยายคิดเป็นร้อยละ 47.10, 35.30 และ 17.60 ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็น ร้อยละ 35.30 โดยรายได้ครัวเรือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาท/เดือน (เฉลี่ย 19,824 บาท/เดือน) สถานะของครอบครัวบิดามารดาอยู่ในสถานภาพ

สมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 52.90 กลุ่มตัวอย่างไม่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยในครอบครัวร้อยละ 52.90 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาคือ สิทธิประกันสุขภาพร้อยละ 88.20 จึงสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ง่ายคิดเป็นร้อยละ 88.20 และมีแหล่งให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวร้อยละ 64.70

2. คะแนนเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ

คะแนนเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง คือ 24.76 และ 20.18 คะแนน ตามลำดับ และค่ามัธยฐานของการรับประทานยาของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองก่อนการทดลองมากกว่าหลังการทดลอง คือ 25.00 และ 21 คะแนน ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (n=17)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	p
	$\bar{x}$	median	SD	$\bar{x}$	median	SD		
การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง	20.18	21.00	3.127	24.76	25.00	0.437	-3.634 ¹	.000*

¹ ค่าสถิติ Wilcoxon Signed-Rank test

* ค่า p-value <.01

อภิปรายผล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคมุมิคุ้มกันตนเองบกพร่อง และเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 16.65 ปี (SD=1.53) สอดคล้องกับการศึกษาของ Harry, Yasin and Brunner⁵ ที่กล่าวว่าโรคมุมิคุ้มกันตนเองบกพร่องโรคนี้พบได้ทุกช่วงอายุ มักจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายช่วงอายุที่พบเป็นช่วงวัยรุ่นตอนกลาง ร้อยละ 76.50 กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ซึ่งอยู่ในช่วงที่สนใจและกังวลด้านภาพลักษณ์ของตนเอง มีความกังวลของผลข้างเคียงจากยาที่รับประทาน เช่น หน้าอ้วน เกิดสิวหรือมีหนองบนบริเวณไหล่ ทำให้รูปร่างหรือภาพลักษณ์ของตนเองไม่สวยงาม ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นหมดความมั่นใจในตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นเลือกที่จะรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ El-Rachidi, et al.⁹ ที่กล่าวว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นไม่รับประทานยาเนื่องจากกลัวผลข้างเคียงจากยา ที่ส่งผลต่อรูปร่างและความสวยงาม ผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งคือบิดา (ร้อยละ 47.10) รองลงมาคือมารดา (ร้อยละ 35.30) จากการที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 82.40) ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งแสดงความต้องการให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนในการช่วยเตือนการรับประทานยา หรือช่วยตรวจสอบการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Venditti, et al.¹¹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาในวัยรุ่นที่เป็นเบาหวาน พบว่า การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ขาดการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเบาหวานกลุ่มนั้นจึงมีความต้องการให้ผู้ดูแลมีส่วนช่วยในการใช้ยา

รายได้ครัวเรือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาท/เดือน มาจากอาชีพรับจ้าง รายได้จึงไม่เพียงพอ แม้สามารถใช้สิทธิประกันสุขภาพซึ่งครอบคลุมการรักษาบางส่วน แต่ไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่าย ด้านอื่น ๆ เช่น ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การเดินทางมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล หรือการติดต่อประสานงานด้านการรักษาจากที่อื่น เป็นต้น ซึ่งส่วนนี้ต้องจ่ายเองหรือประสานงานกับหน่วยงานสังคมสงเคราะห์หรือแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าครอบครัวมีรายจ่ายที่มากขึ้นจากการเจ็บป่วย ทำให้ต้องพึ่งพาญาติหรือคนปล่อยเงินกู้ จึงมีผลให้กลุ่มตัวอย่างขาดยาเนื่องจากไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Eaton, et al.⁸ ที่กล่าวว่ารายได้ในครัวเรือนต่ำเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเดินทางมาพบแพทย์ได้ตามนัด ทำให้ยาหมดและได้รับยาไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถแก้ไขปัญหาเบื้องต้น ขาดทักษะการจัดการ และขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ผู้ให้คำปรึกษา สถานพยาบาล ใกล้บ้าน และสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากครอบครัวหรือผู้ดูแลในการดูแลการจัดเตรียมยารายวัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนกลางถึงตอนปลาย ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ต้องการมีตัวตนที่ชัดเจนขึ้น ต้องการมีอิสระในการจัดการดูแลตนเอง เริ่มมีความคิดอย่างเป็นเหตุและผล เรียนรู้บทบาทของตนเองมากขึ้น พึ่งพาครอบครัวหรือผู้ดูแลน้อยลง²⁰ กลุ่มตัวอย่างจึงมีความต้องการจัดการเรื่องการรับประทานยาด้วยตนเอง รวมทั้งครอบครัวหรือผู้ดูแลมีความต้องการให้กลุ่มตัวอย่างดูแลตนเองในเรื่องภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเอง จึงไม่ได้

เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการยาของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพบปัญหาในเรื่องของการรับประทานยา กลุ่มตัวอย่างจึงไม่สามารถจัดการปัญหาที่พบได้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งไม่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยในครอบครัว จึงไม่มีประสบการณ์ในด้านจัดการปัญหาและไม่เห็นถึงความสำคัญหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นเมื่อภาวะโรคกำเริบ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแหล่งให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ เครือญาติ เพื่อน หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ หรือหน่วยงานราชการอื่น ๆ

2. คะแนนเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่าโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานยาที่ดียิ่งขึ้น โดยในช่วงแรกของการเข้าร่วมโปรแกรมผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดและวิเคราะห์ถึงภาวะสุขภาพและการรับประทานยารวมถึงการดูแลตนเองที่ผ่านมา วิธีการดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างได้วิเคราะห์ถึงพฤติกรรมการรับประทานยาของตนเองและเกิดการตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของตนเอง หาแนวทางแก้ไขปัญหที่เป็นอุปสรรคของการรับประทานยาด้วยตนเอง มีการวางแผนเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ภายหลังการใช้การสนทนา

สร้างแรงจูงใจช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการวิเคราะห์สาเหตุของการรับประทานยาของตนเอง และหาแนวทางการไขปัญหานั้น ๆ ให้สอดคล้องกับสาเหตุของตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้มีส่วนร่วมในการแนะนำ กระตุ้น และชี้แนะแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม¹⁵ โดยกลุ่มตัวอย่างมีความสนใจในการดูแลตนเองมากขึ้นในเรื่องของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับผิดชอบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และยังได้ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือหากเมื่อเกิดปัญหาหรือโอกาสที่จะทำให้ตนเองไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ กลุ่มตัวอย่างสามารถแก้ไขปัญหได้ ซึ่งการสนทนาสร้างแรงจูงใจ คือการช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วย เกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมพลังความสามารถ 10 ประการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม¹⁹ เน้นการสนทนาที่มีเป้าหมายเฉพาะรายบุคคล กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นการทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงความแตกต่างระหว่างเป้าหมายในชีวิตของตนเองกับสิ่งที่ตนอยู่ในปัจจุบันซึ่งไม่สอดคล้องกัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักถึงปัญหา ส่งเสริมความมั่นใจในความสามารถในการดูแลตนเอง และช่วยขจัดความลังเลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา¹⁷ ช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานยาด้วยตนเอง มีความยั่งยืน ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมโรคให้สงบได้โดยใช้ยาน้อยที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น

เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสามารถวิเคราะห์ถึงสาเหตุนั้น ๆ มีเป้าหมายในการดูแลรักษาโรคมากขึ้น มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยา มีความสามารถในการจัดการตนเองในเรื่องการปรับเปลี่ยนเวลาการรับประทานยา หรือหาแนวทางการช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์อื่น ๆ เช่น ผู้ดูแล หรือแอปพลิเคชันต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Halterman, et al.¹⁸ ที่พบว่า ภายหลังจากพยาบาลโรงเรียนซึ่งให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหอบหืดโดยใช้หลักการการสนทนาสร้างแรงจูงใจ และการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาที่เหมาะสม มีการตั้งเป้าหมายและกลยุทธ์การแก้ปัญหามาใช้ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์และไตร่ตรองเพื่อสำรวจความสับสนของผู้ป่วยที่มีต่อการรับประทานยา พบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหอบหืดมีการใช้ยาป้องกันหอบหืดมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Gesinde and Harry²⁴ ซึ่งได้กล่าวว่าการสนทนาสร้างแรงจูงใจเป็นการปรับพฤติกรรมเชิงบวกในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหอบหืด ซึ่งช่วยในเรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเอง การจัดการตนเองและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดี กลุ่มตัวอย่างบางรายที่ลืมรับประทานยาบ่อยครั้งเพราะเร่งรีบไปโรงเรียนและไม่มีคนช่วยเตือนได้เลือกวิธีการการแก้ปัญหาโดยใช้เครื่องมือสื่อสารหรือโมบายแอปพลิเคชันร่วมในการจัดการปัญหาของการไม่รับประทานยาร่วมด้วยเพื่อช่วยเตือนความจำ หรือกระตุ้นเตือนการรับประทานยาเมื่อถึงเวลา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nakhornriab, et al.²⁵ ที่กล่าวว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการ

โมบายแอปพลิเคชัน มีคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งการให้โปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยานั้นมีหลายวิธี พบว่าการสนทนาสร้างแรงจูงใจร่วมกับวิธีการต่าง ๆ ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เป็นอย่างดี รวมถึงการศึกษาของ Badawy and Kuhns²⁶ พบว่าการใช้โมบายแอปพลิเคชันและการส่งข้อความสามารถปรับปรุงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง

โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ๖ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองซึ่งไม่สอดคล้องกับเป้าหมายที่ตนเองได้วางแผนไว้ ทั้งในเรื่องของการดำเนินการของโรค สิ่งสำคัญในชีวิต การวางแผนด้านการเรียนและการทำงาน กลุ่มตัวอย่างสามารถสร้างทักษะการดูแลตนเองในเรื่องของการรับประทานยา และมีทักษะการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้หลากหลายวิธี สอดคล้องกับการศึกษาของ Coyne, et al.²⁷ ที่กล่าวว่าวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นนั้นมีหลายวิธี ได้แก่ การใช้เทคโนโลยี การเสริมสร้างแรงจูงใจ การให้รางวัล การให้ความรู้รวมถึงข้อมูล และการให้การสนับสนุนทางด้านจิตสังคม โดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน ซึ่งการใช้หลาย ๆ วิธีการจะสามารถแก้ไขปัญหาการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นได้ ซึ่งเป็นการสนับสนุนที่สำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่น

ข้อจำกัดของการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และการวิจัยนี้เป็นการศึกษาในบริบทโรงพยาบาลระดับ

มหาวิทยาลัย หากจะมีการนำโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ฯ ไปใช้ อาจต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับบริบทนั้น ๆ

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง ซึ่งเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยา การสร้างทักษะการแก้ปัญหาด้วยตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้ดังนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. นำโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอไปเผยแพร่ เพื่อให้พยาบาลที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปปรับใช้ในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเรื้อรังในกลุ่มอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน รวมทั้งการปรับใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดตนเอง ในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีปัญหาการดูแลตนเองโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง

2. จัดฝึกอบรมพยาบาลเด็กให้มีทักษะการสนทนาสร้างแรงจูงใจ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยวัยรุ่นสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองหรือการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ในด้านอื่น ๆ นอกเหนือจากการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยการศึกษาติดตามระยะยาว เช่น การดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นต้น

2. ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยการเปรียบเทียบสองกลุ่มแบบมีกลุ่มควบคุม

เอกสารอ้างอิง

1. Opdenakker G, Abu El-Asrar A, Van Damme J. Remnant epitopes generating autoimmunity: from model to useful paradigm. Trends Immunol. 2020; 41(5): 367–78. doi: 10.1016/j.it.2020.03.004.
2. Samuels H, Malov M, Saha Detroja T, et al. Autoimmune disease classification based on pubmed text mining. J Clin Med. 2022; 11(15). doi: 10.3390/jcm11154345.
3. Mitratza M, Klijs B, Hak AE, et al. Systemic autoimmune disease as a cause of death: mortality burden and comorbidities. Rheumatology (Oxford). 2021; 60(3): 1321–30. doi: 10.1093/rheumatology/keaa537.
4. Katchamart W. SLE [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 5]. Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/siriraj_online/thai_version/Health_detail.asp?id=143
5. Harry O, Yasin S, Brunner H. Childhood-onset systemic lupus erythematosus: A review and update. J Pediatr. 2018; 196: 22–30.e2.
6. Khowsudhi P. Managing children with joint pain: how to improve outcomes [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 15]. Available from: https://ped.md.chula.ac.th/wp-content/uploads/2021/09/37_CUPA2021-ebook.pdf
7. Anghel LA, Farca AM, Oprean RN. Medication adherence and persistence in patients with autoimmune rheumatic diseases: a narrative review. Patient Prefer Adherence. 2018; 12: 1151–66.

8. Eaton CK, Eakin MN, Coburn S, et al. Patient health beliefs and characteristics predict longitudinal antihypertensive medication adherence in adolescents with CKD. *J Pediatr Psychol*. 2019; 44(1): 40–51. doi: 10.1093/jpepsy/jsy073.
9. El-Rachidi S, LaRoche JM, Morgan JA. Pharmacists and pediatric medication adherence: bridging the gap. *Hospital Pharmacy*. 2017; 52(2): 124–31.
10. Kabir M. Drug compliance in children with juvenile idiopathic arthritis and reasons for poor compliance. *American Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2017; 5: 15.
11. Venditti EM, Tan K, Chang N, et al. Barriers and strategies for oral medication adherence among children and adolescents with Type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2018; 139: 24–31.
12. Tan QEC, Gao X, Ang WHD, et al. Medication adherence: A qualitative exploration of the experiences of adolescents with systemic lupus erythematosus. *Clin Rheumatol*. 2021; 40(7): 2717–25.
13. Hanghøj S, Boisen KA. Self-reported barriers to medication adherence among chronically ill adolescents: a systematic review. *J Adolesc Health*. 2014; 54(2): 121–38. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.08.009.
14. Ramay BM, Cerón A, Méndez-Alburez LP, et al. Factors associated to acceptable treatment adherence among children with chronic kidney disease in Guatemala. *PLoS One*. 2017; 12(10): e0186644. doi: 10.1371/journal.pone.0186644.
15. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. *Nursing concepts of practice* (6th ed). St. Louis: Mosby-Year Books; 2001.
16. Phornphibul P. Implementation science: theories, models, and frameworks. *TJNMP*. 2017; 4(1): 5–12. (In Thai).
17. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: helping people change*. New York: Guilford; 2013.
18. Halterman JS, Rieckert KA, Fagnano M, et al. Effect of the school-based asthma care for teens (SB-ACT) program on asthma morbidity: a 3-arm randomized controlled trial. *J Asthma*. 2022; 59(3): 494–506. doi: 10.1080/02770903.2020.1856869.
19. Arunsangsod K, Maneesriwongul W, Pampukdee O. Effect of brief motivational interviewing on knowledge, motivation and medication adherence among patients with hypertension. *Journal of Public Health Nursing*. 2016; 28(3): 129–44. Thai.
20. Erikson EH. *Identity: youth and crisis*. New York: Norton; 1968.
21. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
22. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res*. 1999; 47(6): 555–67.
23. Rungruangsiripan M, Sitthimongkol Y, Maneesriwongul W, et al. Mediating role of illness representation among social support, therapeutic alliance, experience of medication side effects, and medication adherence in persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011; 25(4): 269–83. doi: 10.1016/j.apnu.2010.09.002. Thai.
24. Gesinde B, Harry S. The use of motivational interviewing in improving medication adherence for individuals with asthma: a systematic review. *Perspect Public Health*. 2018; 138(6): 329–35.

25. Nakhornriab S, Wattanakiriet D, Charoenkikarm V, et al. The effectiveness of mobile application on medication adherence in patients with stroke. Nurs Sci J Thai. 2017; 35(3): 58-69. Thai.
26. Badawy SM, Kuhns LM. Economic evaluation of text-messaging and smartphone-based interventions to improve medication adherence in adolescents with chronic health conditions: a systematic review. JMIR Mhealth Uhealth. 2016; 4(4): e121.
27. Coyne KD, Trimble KA, Lloyd A, et al. Interventions to promote oral medication adherence in the pediatric chronic illness population: a systematic review from the children's oncology group. J Pediatr Oncol Nurs. 2019; 36(3): 219-35.