

บทความวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทแบบมีฟีเลี้ยง อำเภอนองจิก จังหวัดปัตตานี

อังคณา วังทอง* ต่วนฮานาณี วัดเสน** กิตติพัฒน์ ทูตยาสาณดี**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทแบบมีฟีเลี้ยง ทำการประยุกต์ขั้นตอนโดยใช้กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับเทคนิคให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจและการบำบัด และการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

1. การพัฒนาและการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติที่พัฒนา เป็นระยะที่ผู้ศึกษาพัฒนาตามขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของ ฟองคำ (2549) โดยรวบรวมและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ นำมาวิเคราะห์และร่างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล จากนั้นได้ประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติที่พัฒนา และนำมาปรับปรุงแก้ไขซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินและคัดกรอง 2) การวางแผนและแนวปฏิบัติการพยาบาลและ 3) การประเมินผลการปฏิบัติ พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ราย เห็นชอบในขั้นการประเมินและคัดกรอง และการประเมินผลการปฏิบัติ ยกเว้นขั้นการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ราย ให้ปรับแนวคำถามในกิจกรรมระยะค้นหาความคิดทางลบ และกิจกรรมเสริมสร้างแรงจูงใจ พร้อมให้ข้อเสนอแนะคือ ปรับตัวอย่างข้อคำถามให้อ่านเข้าใจง่าย

2. ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยคัดเลือกผู้ใช้แนวปฏิบัติแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 5 ท่าน ที่ปฏิบัติงานในคลินิกอยู่รัก อำเภอนองจิก จังหวัดปัตตานี โดยทุกท่านมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า พยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติทั้ง 5 ราย ระบุว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนา มีความสะดวกและสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย พร้อมเสนอแนะให้เพิ่มอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวชและแนวทางการจัดการอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช

* ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลนองจิก อำเภอนองจิก จังหวัดปัตตานี

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนองจิก อำเภอนองจิก จังหวัดปัตตานี

ผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปทดลองใช้ในหน่วยงานของโรงพยาบาลหนองจิก เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้แนวปฏิบัติมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพยิ่งขึ้น พร้อมขยายผลการศึกษาไปสู่กลุ่มเป้าหมายต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก; การสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา; ผู้ป่วยจิตเภทแบบมีฟีเลี้ยง

ความเป็นมาของปัญหา

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคที่พบได้ ร้อยละ 0.5-1 ของประชากรทั่วไป (กรรณิกา, 2555) พบมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช (วารินทร์, 2556) โดยพบ ร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรรณิกา, 2555) ซึ่งจากสถิติของผู้รับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ผ่านมา พบว่า โรคทางจิตเวชมีจำนวนสูงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยพบว่า โรคจิตเภท พบมากเป็นอันดับ 1 ในทุกปีงบประมาณ คิดเป็นร้อยละ 52.67-58.96 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (เกียรติภูมิ, พัทธพัล, สุพัฒนา และศิริลักษณ์, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับทะเบียนสถิติผู้ป่วยจิตเวช อำเภอนองจิก พบว่า ในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาของโรงพยาบาลจะเป็นผู้ป่วยจิตเภทสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 67.70 (ศูนย์เฝ้าระวังพื้นที่สุขภาพจิต อำเภอนองจิก, 2555) โรคจิตเภทนอกจากพบได้บ่อยแล้ว ยังเป็นโรคที่ติดอันดับ 1 ใน 10 ของโรคที่ก่อให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง (กรมสุขภาพจิต, 2556) ซึ่งการดำเนินโรคมักเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีอาการหลงเหลือทำให้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ง่าย ความผิดปกติที่เกิดขึ้นมักจะเริ่มในวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (มานิช และปราโมทย์, 2545)

จากนโยบายการดำเนินงานสุขภาพจิตในแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ที่เน้นการเสริมสร้างความร่วมมือกับ

ภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน ทำให้ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ส่งเสริมให้ผู้มีปัญหสุขภาพจิต โรคทางจิตเวช เข้าถึงบริการมากขึ้น เครือข่ายการบริการสาธารณสุข สามารถดูแลสุขภาพจิตของประชาชนได้อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ (กรมสุขภาพจิต, 2554) ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการติดต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ปัจจุบันมีการส่งต่อผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชนมากขึ้น จึงมุ่งเน้นในผู้ดูแลหรือฟีเลี้ยง (วารินทร์, 2556) ซึ่งการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วบางครั้งทำให้ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนขาดความพร้อมในการดำเนินชีวิตร่วมกัน ไม่สามารถปรับตัวอยู่กับชุมชนได้ (เกียรติภูมิ, พัทธพัล, สุพัฒนา และศิริลักษณ์, 2550) จึงพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพียง ร้อยละ 50-60 ที่สามารถใช้ชีวิตในสังคม ได้นานเกิน 2 ปี (กรมสุขภาพจิต, 2547) และอัตราการกลับเป็นซ้ำในระยะเวลา 1 ปี มีถึง ร้อยละ 30 ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย (เกียรติภูมิ, พัทธพัล, สุพัฒนา, และศิริลักษณ์, 2550) และยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ ส่วนใหญ่มีปัญหากจากการขาดยา (มานิช และปราโมทย์, 2552) ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยามีอัตราการกำเริบซ้ำถึง 18 เท่า (Maneesakorn et al., 2007 อ้างตาม รัชนี้ และเพ็ญนา, 2556) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว

ชุมชนและสังคมเป็นอย่างมาก

จากสถานการณ์และนโยบายดังกล่าว ทำให้รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชเปลี่ยนไปจากเดิม โดยมีการเน้นการดูแลรักษาในชุมชนมากขึ้น ดังนั้นทีมสุขภาพจึงมีส่วนช่วยที่สำคัญ โดยเฉพาะพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญต่อการจัดการดูแลสุขภาพที่บ้าน ในการดูแลรักษาและแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ (นิเวศ, 2541) ซึ่งต้องคอยให้การดูแล ติดตาม กระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง พร้อมสังเกต หรือถามผู้ป่วยถึงอาการข้างเคียงจากยา โดยเน้นการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช พร้อมส่งเสริมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ดีขึ้นของผู้ป่วย เพื่อลดปัญหาและป้องกันการกำเริบซ้ำ (relapse) (สมลักษณ์, ทับทิม, และ วัลลภา, 2555; สรินทร, 2545) เนื่องจากการรักษาด้วยยาเป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุด และมีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย (Kumar & Sedgwick, 2001 อ้างตาม สรินทร, 2545; สัมพันธ์, 2546) และยังเชื่อว่า สาเหตุสำคัญของการป่วยเป็นโรคจิตเวช คือ ปัจจัยด้านชีวเคมีในสมอง ดังนั้นผู้ป่วยจิตเวชจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ สามารถอยู่ในสังคมได้ในระยะยาว (สรินทร, 2545) ดังการศึกษาของ สุกฤติยา และ เพ็ญญา (2552) เรื่อง การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเวชพบว่า เมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน สิ่งที่สำคัญ คือ การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และสนับสนุนให้เห็นความสำคัญของการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ สามารถอยู่ในสังคมได้ในระยะยาว

อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประ

ยาของผู้ป่วยจิตเวชมีหลายรูปแบบ ผลการทบทวนพบว่า การให้ความรู้ที่ถูกต้องและการให้คำปรึกษา ร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ ทำให้มีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการรับประทานยาดีขึ้น (สรินทร, 2545; สัมพันธ์, 2546) รวมทั้งรูปแบบการบำบัดต้องมีความสอดคล้องกับระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย นอกจากนี้การรับประทานยาให้ต่อเนื่อง ขึ้นอยู่กับความตั้งใจหรือกำลังใจของผู้ป่วย และจำเป็นต้องอาศัยแผนการรักษาและคำแนะนำจาก ทีมสุขภาพ (สมลักษณ์, ทับทิม, และ วัลลภา, 2555; สรินทร, 2545) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน จึงจำเป็นต้องเสริมแรงในการจัดระบบการดูแลตนเอง พร้อมจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลและมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Johnstone & Geddes, 1994 อ้างตาม สรินทร, 2545)

จากปัญหาข้างต้น ผู้ศึกษาเล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรม การรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชแบบมีพี่เลี้ยงที่เป็นญาติ อาสาสมัครสาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นการดูแลที่เน้นการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วย จนครบกำหนดแพทย์นัด พร้อมบันทึกการรับประทานยา ติดตาม กระตุ้น และสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถนำมาปฏิบัติในงานประจำ โดยดัดแปลงระยะเวลาในการทำกิจกรรมให้เข้ากับบริบท ซึ่งมีเนื้อหาในการให้คำปรึกษาลดลง ระยะเวลาการบำบัดสั้น สามารถจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเวชรับประทานยา รวมทั้งพยาบาลมีมาตรฐานในการปฏิบัติงานทิศทางเดียวกัน โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อสนับสนุนให้มีการเข้าถึงบริการ สามารถให้การปรึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่พหุวัฒนธรรมให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น ภายใต้ความหลากหลายทาง

วัฒนธรรม เช่น ภาษา การสัมผัส ความเชื่อ วิถีทางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณ เป็นต้น (อังคณา, อนุชิต, ต่วนฮานาณี, และวันดี, 2556)

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทายยาของผู้ป่วยจิตเภทแบบมีพี่เลี้ยง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

สมมติฐานการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทายยาของผู้ป่วยจิตเภทแบบมีพี่เลี้ยง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจมากกว่าที่ไม่มีแนวปฏิบัติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการบูรณาการแนวคิดเพื่อสร้างและกำหนดขอบเขตของแนวปฏิบัติ ตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (ฟองคำ, 2549) ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน โดยดำเนินการ 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติที่พัฒนา ได้แก่ 1) กำหนดประเด็นปัญหาและขอบเขตของปัญหาที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย 4) การสืบค้นหาข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 5) การวิเคราะห์และประเมินข้อมูลที่ค้นมาได้ 6) สร้างแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์/พัฒนาคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติ โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับเทคนิคให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (เทอดศักดิ์, 2555) และการบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม

(ดาราวรรณ, 2555) และ 7) การประเมินคุณภาพและการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติ โดยผู้เชี่ยวชาญสาขาวิชาชีพพร้อมปรับปรุงแก้ไข ระยะที่ 2 ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ได้แก่ 8) ทดลองใช้แนวปฏิบัติเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา (research and development [R&D]) โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ประยุกต์ใช้ขั้นตอนการพัฒนามาจากหลักการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (ฟองคำ, 2549) ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน โดยดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาและการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ

1. กำหนดประเด็นปัญหาและขอบเขตของปัญหา กำหนดหัวข้อในการวิจัย จากการประชุมทีมผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและสุขภาพจิต/คลินิกอุ่นรัก ได้เป็น “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทายยาของผู้ป่วยจิตเภทแบบมีพี่เลี้ยง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี”

2. กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก จัดตั้งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยความสมัครใจ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ วุฒิปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่ปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิตซึ่งมีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี และการพยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช (PG) ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานมากกว่า 2 ปี จำนวน 1 ท่าน และผู้วิจัย รวมเป็น 3 ท่าน โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) วุฒิปดตราสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงสุขภาพจิต

ชุมชน), นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ วุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงสุขภาพจิตชุมชน) และเภสัชกรชำนาญการ ที่รับผิดชอบงานจิตเวชและสุขภาพจิต รวมเป็น 3 ท่าน เป็นที่ปรึกษาของทีมพัฒนา

3. กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทแบบมีพี่เลี้ยง โดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

คุณสมบัติของผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกอนุรักษ์ อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

คุณสมบัติของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV-TR หรือ ICD-10 และมีชื่ออยู่ในทะเบียนคลินิกอนุรักษ์ โรงพยาบาลหนองจิก โดยมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ไข้ยาด้านโรคจิตเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน หลังจากการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) หรืออยู่ในระยะอาการคงที่ (stable phase) ที่รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง/รับประทานยาไม่ถูกต้อง/ขาดยามากกว่า 2 ครั้งต่อปี สามารถรับรู้และสื่อสารได้เหมือนคนปกติ โดยผู้ป่วยมีผู้ดูแลคือ ญาติผู้ป่วย/อาสาสมัครสาธารณสุข/พยาบาลวิชาชีพ อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

4. การสืบค้นหาข้อมูล ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาได้กำหนดแนวทางในการสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้แนวคิดของ พิคโอ (PICO framework)

4.1 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (keywords) เกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรม

การรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทแบบมีพี่เลี้ยง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่

ประชากร (population): ผู้ป่วยจิตเภท, schizophrenia

การปฏิบัติ (intervention): guideline, motivational enhancement therapy, cognitive behavioral therapy (CBT), แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท, การบำบัดและการให้การปรึกษา โดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภท, คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ

การเปรียบเทียบ (comparison): ไม่มี

ผลลัพธ์ (outcome): พฤติกรรมมารับประทานยา, medication adherence behavior

4.2 กำหนดแหล่งข้อมูลหรือฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น โดยผู้วิจัยมีการทบทวนจากวรรณกรรมหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ ค้นคว้าในตำรา วารสารทางการแพทย์ คู่มือต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ เช่น The Joanna Briggs Institute, Blackwell Synergy, CINAHL, www.guideline.gov, The Cochrane Collaboration & National clearinghouse, Science Direct, OVID, MEDLINE และ ThaiLis โดยกำหนดช่วงปีสืบค้นระหว่าง พ.ศ. 2546 – 2555 และ ค.ศ. 2003 – 2012 ตามลำดับ ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ งานวิจัยที่มีการออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พร้อมทั้งมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มงานวิจัยเชิงทดลอง/กึ่งทดลอง งานวิจัยที่มีการศึกษาไปข้างหน้า และเอกสารแนวปฏิบัติ/ข้อเสนอแนะการปฏิบัติ ที่ผ่านการสังเคราะห์องค์ความรู้อย่างเป็นระบบ รวมถึงการสืบค้นด้วยมือ สืบค้นได้ทั้งหมด 31 เรื่อง

4.3 ศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์และ

วิเคราะห์คุณค่าของหลักฐาน โดยใช้ความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยและประเมินหลักฐานแนวปฏิบัติ โดยประเมินกระบวนการพัฒนาและประเมินเนื้อหาที่เป็นสาระสำคัญว่าสามารถนำไปใช้ได้หรือไม่ หรือมีความเหมาะสมในการนำไปใช้เพียงใด ระบุเกณฑ์คุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์และระดับคำแนะนำ (ฟองคำ, 2549)

4.4 นำเสนอผลการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่าง ๆ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการสร้างแนวปฏิบัติ โดยใช้เกณฑ์ของ เมลนิค และฟายเออร์-โอเวอร์โฮลท์ (ฟองคำ, 2549) สามารถแบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ออกเป็น 7 ระดับ ดังนี้ ระดับ 1 หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ระดับ 2 หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) ระดับ 3 หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองกึ่งทดลองหรือเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง (nonrandomized controlled trial) ระดับ 4 หลักฐานจากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังหรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า ระดับ 5 หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ ระดับ 6 หลักฐานจากงานวิจัยเดี่ยว ที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ และระดับ 7 หลักฐานที่ได้จากข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะและ/หรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง

5. นำข้อมูลที่ได้จากการสืบค้นมาจัดกลุ่มวิเคราะห์ข้อมูล สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ และสรุปประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้อง

เนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรม การรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทแบบมีฟี่เลี้ยง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ได้จากการคัดเลือกตามหลักฐานเชิงประจักษ์ระหว่างปี พ.ศ. 2546 –

2555 และ ค.ศ. 2003 – 2012 ตามลำดับ พบจำนวน 31 เรื่อง ผู้ศึกษาร่วมกับทีมพัฒนา คัดเลือกมาสร้างแนวปฏิบัติ 21 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยระดับ 1 คือ งานวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) จำนวน 9 เรื่อง ระดับ 2 คืองานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 3 งานวิจัยเชิงทดลอง กึ่งทดลอง จำนวน 4 เรื่อง ระดับ 4 หลักฐานจากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังหรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า จำนวน 4 เรื่อง และระดับ 5 หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 2 เรื่อง

6. สร้างแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์/พัฒนาคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติ โดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัตินำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สรุปประเด็นสำคัญในข้อ 5 นำเสนอที่ปรึกษาเพื่อหาข้อสรุป แล้วนำมาจัดทำเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมกรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทแบบมีฟี่เลี้ยง ประกอบด้วย

6.1 คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมกรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทแบบมีฟี่เลี้ยง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

6.2 แบบประเมินอาการทางจิต

6.3 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว

6.4 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา

6.5 คู่มือการดูแลผู้ป่วยทางจิตแบบมีฟี่เลี้ยง (ฉบับชาวบ้าน)

6.6 สมุดประจำตัวผู้ป่วยจิตเภท

ระยะที่ 2 การตรวจสอบคุณสมบัติแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

1. การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ โดยผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพ ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติ 1 ท่าน จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช 1 ท่าน เกษัชกร ที่มีประสบการณ์ในการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชและมีประสบการณ์ด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติ การพยาบาลบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช และจบปริญญาโท 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ ที่ได้รับวุฒิบัตรสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (APN) 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น พร้อมปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2. ทดลองใช้แนวปฏิบัติเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ใช้แนวปฏิบัติแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 5 ท่าน ที่ปฏิบัติงานในคลินิกอุ้งรัก อำเภอหนองจิก ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพ วุฒิปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ปฏิบัติงานโรงพยาบาลหนองจิก 1 ท่าน 2) พยาบาลวิชาชีพ วุฒิกศีกษาปริญญาตรีและเฉพาะทาง การพยาบาลสุขภาพจิตเวช (PG) ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลหนองจิก จำนวน 1 ท่าน 3) พยาบาลวิชาชีพ วุฒิกศีกษาปริญญาตรีและเฉพาะทาง การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (NP) ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล 1 ท่าน และ 4) พยาบาลวิชาชีพ วุฒิกศีกษาปริญญาตรี ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จำนวน 2 ท่าน โดยทุกท่านมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัตินำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในคลินิกอุ้งรัก ระยะเวลา 4 สัปดาห์

วิธีดำเนินการโดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากประธานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) หนองจิก ประชุมกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การ พิจารณาสัทธิให้กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติทราบและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยการเซ็นต์ชื่อ ในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วม รวมถึงการทำ ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการนำไปใช้ และเครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ซึ่งเครื่องมือที่ใช้มีดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาล ทางคลินิก เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรม การรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทแบบมีพี่เลี้ยง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี 2) แบบประเมิน อาการทางจิต 3) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคและ การปฏิบัติตัว 4) แบบประเมินพฤติกรรมความ ร่วมมือในการรับประทานยา 5) คู่มือการดูแลผู้ป่วย ทางจิตแบบมีพี่เลี้ยง (ฉบับชาวบ้าน) 6) สมุด ประจำตัวผู้ป่วยจิตเภท 7) แบบประเมินความ พึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ หลังจากนั้นนำแนว ปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วย 5 ราย เพื่อประเมินในแต่ละ ขั้นตอนของแนวปฏิบัติการพยาบาลว่ามีความเป็น ไปได้เพียงใด และตอบแบบสอบถามเพื่อประเมิน ความพึงพอใจ ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบ ประเมินความเป็นไปได้ ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ ด้วยการรายงานเป็นจำนวนราย

ผลการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมรับประทาน ยาของผู้ป่วยจิตเภทแบบมีพี่เลี้ยง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี มีรายละเอียดโดยสรุปดังต่อไปนี้

1. การเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรม การรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทแบบมีพี่เลี้ยง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี (ดังภาพ 1) ประกอบด้วย การประเมิน/คัดกรอง การวางแผน

และการพยาบาล และการประเมินผล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้คือ



ภาพ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทแบบมีพี่เลี้ยง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

1.1 การประเมิน/คัดกรองผู้ป่วยจิตเภท มีขั้นตอนและวิธีปฏิบัติการพยาบาล และเอกสารที่ใช้ดังนี้ คือ 1) ชักประวัติและวัดสัญญาณชีพผู้ป่วย เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต และประเมินดัชนีมวลกาย เป็นต้น (วารสาร, 2546; อรพรรณ, 2553) 2) ประเมินอาการทางจิต ที่ดัดแปลงจาก จีลี พรทิพย์ นพรัตน์ นิรมล พรประไพ และพรทิพย์ (2548) และณัฐฤตา (2553) 3) ประเมินความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่ดัดแปลงจาก จีลี และคณะ (2548) โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมิน พร้อมให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติมให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบ และ 4) ประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้แบบประเมินที่ดัดแปลงจาก สรินทร์ (2545)

1.2 การวางแผนและการปฏิบัติกรรพยาบาล และการประเมินผล ตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิด 4 ขั้นตอน ระยะเวลา 30-45 นาที/ขั้นตอน สัปดาห์ละครั้งต่อเนื่อง (ดาราวรรณ, 2555; อัครเดช, 2550) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเริ่มต้น (Beginning stage)

เป้าหมาย 1) เพื่อให้เกิดการยอมรับสัมพันธภาพ 2) สร้างความคุ้นเคยและเกิดความรู้สึกไว้วางใจ ให้ความร่วมมือ 3) มีความรู้และเข้าใจโรค

ระยะเวลานัด: นัดสัปดาห์แรก เพื่อสร้างสัมพันธภาพ เกิดความไว้วางใจ เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

การวางแผนและการปฏิบัติ ได้แก่ 1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ญาติและครอบครัว เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง พูดคุยทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย 2) บอกวัตถุประสงค์ ข้อตกลง แผนการดูแล 3) สนทนาเรื่องการเจ็บป่วย การรักษาที่ผ่านมา รับฟังความรู้สึกและความคิดเห็น เพื่อประเมินและคัดกรองผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับ

การปฏิบัติตัว ความร่วมมือในการรักษา 4) ให้ความรู้โรคจิตเภท การดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 5) ให้ผู้ป่วย/ครอบครัวทบทวนผลที่เกิดกับตนเอง และบุคคลรอบข้าง เช่น การกลับมาเป็นซ้ำจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว เสียค่าใช้จ่าย และทำให้บุคคลรอบข้าง/ทรัพย์สินได้รับอันตราย เป็นต้น 6) สรุปผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และครอบครัว 7) สร้างความตระหนักในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา โดยให้ผู้ป่วย/ครอบครัวตระหนักถึงปัญหาที่เกิดกับตนเองและบุคคลในครอบครัวจากการกลับมารักษาซ้ำ โดยให้ข้อมูลย้อนกลับ 8) แจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยทางจิตแบบมีพี่เลี้ยง (ฉบับชาวบ้าน) เพื่อสร้างความตระหนักในการร่วมกันดูแล และ 9) กำหนดวันนัดครั้งต่อไปและออกบัตรนัด (กรมสุขภาพจิต, 2550; ณัฐฤตา, 2553; เทอดศักดิ์, 2555; พิกุล, กชพงศ์ และธีราภา, 2555; อรพรรณ, 2553; อัครเดช, 2550) การประเมินผลโดยประเมินจากการซักถามและสังเกตพฤติกรรม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเล่าถึงพฤติกรรมรับประทานยาและปัญหาที่เกิดขึ้นจากยาที่ได้รับ 2) ผู้ป่วยบอกผลเสียที่ไม่รับประทานยาต่อเนื่อง และ 3) โทรศัพท์ติดตาม/เสริมแรงจูงใจ (จีลี และคณะ, 2548; Lancaster & Stead, 2008)

ขั้นตอนที่ 2 ระยะค้นหาความคิดทางลบ (Negative ideas) เกี่ยวกับการรับประทานยา

เป้าหมาย เพื่อทราบถึงสาเหตุ ปัญหาจากการไม่รับประทานยา

ระยะเวลาการนัด: นัดเข้าคลินิกอนุรักษในสัปดาห์ถัดไป (สัปดาห์ที่ 2)

การวางแผนและการปฏิบัติ ได้แก่ 1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว 2) ทบทวนปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ไม่รับประทานยา 3) ประเมินสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยที่มี

ผลต่อการไม่รับประทานยา ได้แก่ ผลจากอาการข้างเคียงของยา หรือเหตุผลส่วนตัว เช่น เบื่อรับประทานยานานและหลายตัว เป็นต้น รวมไปถึงไม่มีผู้ดูแลโดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขหรือพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นพี่เลี้ยงในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 4) ให้ความรู้เรื่องยา อาการข้างเคียงจากยา และความจำเป็นที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องตามสาเหตุและปัญหาที่พบตามบริบทของผู้ป่วยและผู้ดูแล 5) สำรวจการปฏิบัติตัวในการรับประทานยา 6) ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้สะท้อนคิด ถึงข้อดี/ข้อเสียของการรับประทานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมองเห็นเหตุผลและความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงเพื่อตัวเอง เช่น “เพื่อให้สุขภาพดีขึ้น” “เพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำ” หรือ “ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา” 7) เสริมสร้างแรงจูงใจ ความเชื่อมั่นให้กำลังใจ (empowerment) ในการรับประทานอย่างต่อเนื่องให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล 8) แจกแผ่นพับและนัดมาคลินิกอยู่รัก เพื่อประเมินการรับประทานยาตามแผนการรักษา (เทอดศักดิ์, 2555; อรพรรณ, 2554; Lancaster & Stead, 2008)

การประเมินผล 1) ผู้ป่วยอธิบายเหตุผลและความจำเป็นในการรับประทานยา 2) โทรศัพท์ติดตาม/เสริมแรงจูงใจ (จลี และคณะ, 2548; Stead, Perera, & Lancaster, 2009)

ขั้นตอนที่ 3 เสริมสร้างแรงจูงใจ (Counselling & Teaching)

เป้าหมาย เพื่อพัฒนาทักษะการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากการใช้ยา ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค

ระยะเวลาการนัด: นัดเข้าคลินิกอยู่รักในสัปดาห์ถัดไป (สัปดาห์ที่ 3)

การวางแผนและการปฏิบัติ ได้แก่ 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) สำรวจแรงจูงใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง ตัวอย่างคำถาม “ตอนนี้คุณคิดอย่างไรเกี่ยวกับยาที่กำลังรับประทาน”

3) ชักถามความรู้สึก ตัวอย่างคำถาม “คุณรู้สึกอย่างไรที่ต้องรับประทานยา” และ “ยาที่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันอย่างไร” 4) ให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลสำรวจ/คิด สะท้อนสิ่งที่มองเห็นว่าเป็นปัญหาหากไม่สามารถรับประทานยาหรือปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาได้ โดยกระตุ้นด้วยคำถาม ตัวอย่างคำถาม “คุณคิดว่าถ้าเราไม่รับประทานยาจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง” พร้อมสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วย 5) ให้การปรึกษา/แนะนำ/สอน เรื่อง การป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค และให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลบอกแนวทางการดูแลตนเองในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 6) กล่าวชื่นชม ให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วย/ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ 7) เสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อเสริมแรงการดูแลตนเองในระยะยาว 8) เตรียมยุติการให้บริการ (เทอดศักดิ์, 2555; สถาบันพระบรมราชชนก, 2556; สลิษา, ประภา, และช่อทิพย์, 2553; อรพรรณ, 2553; Christopher, David, Irene, Alan, & Claire, 2012; Geir, Rigmor, Karianne, Asbjorn, Kari, Helene et al., 2011)

การประเมินผล 1) ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาในการรับประทานยาของตนเอง 2) โทรศัพท์ติดตาม/เสริมแรงจูงใจ (จลี และคณะ, 2548; Stead, Perera, & Lancaster, 2009)

ขั้นตอนที่ 4 การส่งเสริมสนับสนุน (Supporting & Empowerment)

เป้าหมาย เพื่อส่งเสริมความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถและมีกำลังใจในการรักษาด้วยยา

ระยะเวลาการนัด: นัดเข้าคลินิกอยู่รักในสัปดาห์ถัดไป (สัปดาห์สุดท้าย)

การวางแผนและการปฏิบัติ ได้แก่ 1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ ญาติ และครอบครัว 2) ให้ผู้ป่วยรับรู้และแสวงหาแหล่งที่สร้างความสุขให้แก่ชีวิต สามารถจัดการกับปัญหา โดยไม่ใช้สุรา ยาเสพติด และร่วมกิจกรรมทางสังคม 3)

เสริมแรงจิตใจเป็นระยะเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวกและเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น ชื่นชมและถามถึงผลดีที่เกิดจากการรับประทานยาต่อเนื่อง รวมทั้งสำรวจสิ่งที่ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าในชีวิต (อยากเรียนต่อ การดูแลครอบครัว อาชีพ) และกระตุ้นให้ลงมือทำ 4) หาแรงสนับสนุนเพื่อการจัดการแก้ปัญหาที่เกิดจากผลข้างเคียงจากยา โดยฝึกตามทำบริหารร่างกายเพื่อหลีกเลี่ยงการหยุดยา ซึ่งเป็นการป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค 5) เสริมสร้างแรงใจ ชื่นชมเพิ่มความมั่นใจ เป็นกำลังใจเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่อง 6) แนะนำช่องทางหากมีปัญหในการรับประทานยาหรือปัญหาอื่นๆ 7) ยุติการให้บริการ (เทอดศักดิ์, 2555; สถาบันพระบรมราชชนก, 2556; อรพรรณ, 2553)

การประเมินผล 1) ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 2) ผู้ป่วยมั่นใจขึ้น 3) เฝ้ารอวังในชุมชนต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน (อรพรรณ, 2553; อัครเดช, 2550; Bechdorf, Kohn, Pukrop, & Klosterkotter, 2005; Grimshaw & Stanton, 2006)

ใช้แบบประเมิน (post-intervention)

1) ประเมินและคัดกรองอาการทางจิต 2) ประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว 3) ประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจ

หมายเหตุ กรณีพบว่า ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ ให้ปฏิบัติดังนี้ 1) สอบถามถึงสาเหตุ 2) ให้กำลังใจ 3) ช่วยแก้ปัญหา 4) แนะนำวิธีการแบบใหม่ โดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมา นำมาทบทวน วางแผนการปฏิบัติการพยาบาล (ศิริพร, 2553)

2. การตรวจสอบคุณสมบัติของแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น มีดังนี้

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแนว

ปฏิบัติจากผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ราย เห็นชอบในขั้นการประเมิน/คัดกรอง และการประเมินผลการปฏิบัติ ยกเว้นขั้นการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ราย ให้ปรับแนวคำถามในกิจกรรมระยะค้นหาความคิดทางลบ (negative ideas) เกี่ยวกับการรับประทานยา และกิจกรรมเสริมสร้างแรงใจ (counselling & teaching) และเสนอแนะให้รับตัวอย่างข้อคำถามให้อ่านแล้วเข้าใจง่าย และลดข้อแบบคำถามข้อดี ข้อเสียเกี่ยวกับการไม่รับประทานยาทางจิตตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเห็นถึงข้อเสียของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และข้อดีที่รับประทานยาต่อเนื่อง

3. ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่า พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทั้ง 5 ราย ระบุว่า การมีคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติที่มีเครื่องมือครบทุกขั้นตอนและมีความชัดเจน ครอบคลุมขั้นการประเมินและคัดกรอง การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงการประเมินผลการปฏิบัติ เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำ แนวปฏิบัติช่วยให้มีกรอบแนวทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายและใช้งานได้จริง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จาก 8 ข้อ เพิ่มขึ้นเป็น 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิต เป็นแบบประเมินที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินอาการทางจิตของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (จลี และคณะ, 2548) ปรับให้อ่านแล้วเข้าใจง่ายและลดความซ้ำซ้อนของข้อคำถาม จาก 18 ข้อ เหลือ 12 ข้อ โดยผู้ตอบจะถูกถามว่า ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณมีอาการนั้นเกิดขึ้นบ่อยเพียงใด ถ้าคะแนนเท่ากับ 0 หมายถึง ไม่มีอาการ (ใน 1 สัปดาห์ ไม่มีอาการดังกล่าว) ถ้าคะแนนเท่ากับ 1 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย (ใน 1 สัปดาห์ มีอาการ 1-3 วัน) ถ้าคะแนนเท่ากับ 2 หมายถึง มีอาการ

ปานกลาง (ใน 1 สัปดาห์ มีอาการ 4-6 วัน) และ ถ้าคะแนนเท่ากับ 3 หมายถึง มีอาการรุนแรง (ใน 1 สัปดาห์ มีอาการทุกวัน) ค่าคะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-36 คะแนน และหาค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ทั้งหมดหารด้วย 12 ข้อ เป็นค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ ผู้ศึกษานำการศึกษาของ สมพร และคณะ (2547) อ้างตาม ณัฐฤตา, 2553) เป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับผู้ป่วยจิตเภทออกเป็น 3 ระดับ เพื่อแยกระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วย ทำให้ง่ายต่อการวางแผนการพยาบาลตามระดับอาการและประเมินผลหลังการพยาบาลเพื่อปรับการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ดังนี้ ถ้าค่าเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.40 ผู้ป่วยระดับที่ 1 ผู้ป่วยอาการรุนแรง เป็นผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ควบคุมความสงบสุขของผู้อื่นหรือผู้ที่อยู่ตามลำพัง ไม่ยุ่งกับใคร ถ้าค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.41-3.40 ผู้ป่วยระดับที่ 2 ผู้ป่วยอาการทุเลาปานกลาง เป็นผู้ที่ช่วยเหลือตนเองและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง แต่ยังมีอาการทางจิตเหลืออยู่ และถ้าค่าเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 3.41 ผู้ป่วยระดับที่ 3 ผู้ป่วยอาการทุเลามาก ผู้ป่วยพึ่งตนเองได้ หรือประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ และอาจช่วยเหลือผู้อื่นได้

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการปฏิบัติตัว เป็นแบบประเมินที่ดัดแปลงมาจากแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (จลี และคณะ, 2548) ใช้ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิตและการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยในครั้งแรกเมื่อเข้าร่วมวิจัย เพื่อประกอบการวางแผนการพยาบาลตามระดับความรู้และประเมินผลหลังการพยาบาล โดยปรับคำถามให้เข้าใจง่าย ลดความซ้ำซ้อนของคำถาม จาก 22 ข้อ เหลือ 20 ข้อ ข้อความที่ใช้วัดมี 2 ตัวเลือก แต่ละตัวแปรมีคะแนนดังนี้

ถ้าตอบคำถามถูก ได้คะแนน 1 คะแนน

ถ้าตอบคำถามผิด ได้คะแนน 0 คะแนน

ข้อความที่ใช้วัดความรู้ เมื่อนำคำตอบมารวมกันจะแปลคะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตและการดูแลตนเอง โดยมีคะแนนต่ำสุดที่ 0 คะแนน สูงสุดที่ 20 คะแนน กำหนดช่วงคะแนนดังนี้

คะแนน 0 - 6 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตและการดูแลตนเองในระดับต่ำ

คะแนน 7 - 13 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตและการดูแลตนเองในระดับปานกลาง

คะแนน 14 -20 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตและการดูแลตนเองในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา เป็นแบบประเมินตนเองในด้านพฤติกรรม ความรู้สึกในการรับประทานยา ที่ดัดแปลงจาก สรินทร (2545) ประกอบด้วย 13 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 7 ข้อ คำถามเชิงบวก 6 ข้อ ผู้ตอบจะถูกถามว่าเหตุการณ์หรือพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-3 คะแนน ถ้าคะแนนเท่ากับ 0 หมายถึง เหตุการณ์นั้นไม่เคยปฏิบัติเลย (ใน 1 สัปดาห์ไม่เคยปฏิบัติเลย) ถ้าคะแนนเท่ากับ 1 หมายถึง เหตุการณ์นั้นปฏิบัตินานๆ ครั้ง (ใน 1 สัปดาห์ ปฏิบัติ 1-3 วัน) ถ้าคะแนนเท่ากับ 2 หมายถึง เหตุการณ์นั้นปฏิบัติเกือบทุกวัน (ใน 1 สัปดาห์ ปฏิบัติ 4-6 วัน) และถ้าคะแนนเท่ากับ 3 หมายถึง เหตุการณ์นั้นปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน (ใน 1 สัปดาห์ ปฏิบัติทุกวัน) โดยคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตามที่ระบุ ส่วนคำถามเชิงบวกให้คะแนนตรงข้าม ค่าคะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-39 คะแนน ถ้าคะแนนยิ่งสูง แสดงถึงผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยายิ่งมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยใช้สัญลักษณ์หน้าแสดงความพึงพอใจ ได้แบ่งเกณฑ์ระดับความพึงพอใจประเมินจากมาตรวัดแบบตัวเลขที่ดัดแปลงมาจากเครือข่ายวิชาการวิจัยและข้อมูล

สารเสพติดในภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2552 อ้างตาม ศิริพร, 2553) ใช้คะแนน 0-10 เทียบเคียงระดับความพึงพอใจดังนี้คือ คะแนน 0 หมายถึง ไม่พึงพอใจ คะแนน 1-3 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย คะแนน 4-7 หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง และคะแนน 8-10 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก

นอกจากนี้ พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ระบุว่า ควรเพิ่มอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวชและแนวทางการจัดการอาการข้างเคียงจากยาเบื้องต้น ในคู่มือการดูแลผู้ป่วยทางจิตแบบมีพี่เลี้ยง (ฉบับชาวบ้าน) และสมุดประจำตัวของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการไม่รับประทานยาของผู้ป่วย ผู้ศึกษาได้เพิ่มอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช และแนวทางการจัดการอาการข้างเคียงจากยาเบื้องต้น ในคู่มือการดูแลผู้ป่วยทางจิตแบบมีพี่เลี้ยง (ฉบับชาวบ้าน) และสมุดประจำตัวของผู้ป่วย พร้อมปรับตัวอย่างการตั้งคำถามสะท้อนคิดในคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยใช้คำถามที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความ เป็นไปได้และความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ในระดับมาก อีกทั้งผลลัพธ์ทางคลินิกที่นำ พึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแล โดยใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจต่อพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วย จิตเภทแบบมีพี่เลี้ยง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี เนื่องจากหลักการสร้างความเป็นไปตามกระบวนการ พัฒนาแนวปฏิบัติ และเนื้อหาแนวปฏิบัติมีความ สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ เนื่องจาก ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่เห็นชอบความสอดคล้องใน เนื้อหาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ที่ผู้ศึกษา พัฒนาขึ้นทั้ง 4 ขั้นตอน ซึ่งผู้ศึกษาอภิปรายผล ตามคำถามวิจัย ตามรายละเอียดดังนี้ คือ

1. ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อเสริมสร้างแรง จูงใจต่อพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วย จิตเภทแบบมีพี่เลี้ยง อำเภอหนองจิก จังหวัด ปัตตานี ที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไป ใช้ และผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจมากกว่าที่ ไม่มีแนวปฏิบัติ ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติที่ผ่านการ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและแก้ไขปรับปรุง ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปให้พยาบาล ผู้มีส่วนร่วม ซึ่งเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิก อยู่รักในโรงพยาบาลหนองจิก และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอหนองจิก จังหวัด ปัตตานี จำนวน 5 ราย ทดลองใช้ ผลการศึกษา พบว่า ขั้นตอนและรายละเอียดของกิจกรรมง่าย สามารถปฏิบัติได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลผู้ มีส่วนร่วมในการศึกษาส่วนใหญ่ จำนวน 4 ใน 5 ราย มีพื้นฐานความรู้ ทักษะและประสบการณ์ใน การทำงาน และมีความพร้อมในการดำเนินการ แก้ปัญหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทาน ยาของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 5 ราย ระยะเวลา 4 สัปดาห์ หลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทาง คลินิกกับผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทและ ผู้ดูแล มีความพร้อมในการที่จะดูแลตนเองและ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์ การรักษา และให้ความร่วมมือในการมาบำบัด ตามนัดทุกครั้ง อาจเนื่องจากว่า แนวปฏิบัติการ พยาบาลทางคลินิกนี้ มีการสร้างรูปแบบพฤติกรรม ใหม่ ๆ ขึ้นมา จะส่งผลให้เกิดเนื้อเยื่อหุ้มเส้นใย ประสาทในวงจรพฤติกรรมใหม่เพิ่มขึ้น ขณะที่ เส้นใยสมองชุดเดิมจะค่อยๆ ฝ่อตัวลงไปเอง จาก การไม่ได้ใช้งาน โดยพยาบาลมีหน้าที่จัดทำแผน การเปลี่ยนแปลง มีแนวปฏิบัติที่มีเทคนิคและวิธี การในการนำไปใช้ที่ชัดเจน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะช่วยเพิ่มโอกาสความสำเร็จ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ประเวช, 2556; ศิริพร, 2553) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ประเวช

(2556) ที่กล่าวว่า ความตระหนักเป็นพฤติกรรม ความรู้สึกและมีความละเอียดอ่อน ดังนั้นการสร้าง ความตระหนักให้เกิดขึ้นต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ต้อง มีเทคนิคและวิธีการในการนำมาใช้ เพื่อกระตุ้นให้ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การให้ข้อมูล ย้อนกลับ การสอนและการเร้าอารมณ์และความรู้สึก นอกจากนี้กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติได้เข้ามามีส่วนร่วม ในการประชุมชี้แจง การใช้แนวปฏิบัติ และควรนำ ไปศึกษาทำความเข้าใจก่อนที่จะนำไปใช้กับผู้ป่วย ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าว ทำให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม และเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติ สอดคล้องกับแนวคิด ที่กล่าวว่า ความสามารถในการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับความ ยากง่ายอยากเรียนและมีส่วนร่วม ถ้าบุคคลมีความ ยากง่ายอยากเรียนและมีส่วนร่วม ความสามารถในการ เรียนรู้ก็จะมากขึ้น ส่งเสริมให้กิจกรรมการดูแล ผู้ป่วยมากขึ้น (สุนิดา, 2552) และจากการศึกษา ของ เบญญา (2547 อ้างตาม ฅนฤกฤตา 2553) ที่ พบว่า ผู้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้เป็นโรคจิตเภท ที่บ้านโดยรวมระดับสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย จิตเภทโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ

2. ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนว ปฏิบัติ โดยให้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 5 ราย ตอบแบบประเมินความพึงพอใจหลังนำไปใช้ ได้ แบ่งเกณฑ์ระดับความพึงพอใจประเมินจาก มาตรวัดแบบตัวเลข ใช้คะแนน 0-10 เทียบเคียง ระดับความพึงพอใจดังนี้คือ คะแนน 0 หมายถึง ไม่พึงพอใจ คะแนน 1-3 หมายถึง พึงพอใจระดับ น้อย คะแนน 4-7 หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง และคะแนน 8-10 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก ผลการประเมิน พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาล ผู้ใช้แนวปฏิบัติ พบว่า อยู่ในระดับมาก โดยให้คะแนน 8 คะแนน (1 ราย) ให้คะแนน 9 คะแนน (2 ราย) และให้คะแนนเต็ม 10 คะแนน (2 ราย) คิดเป็น ร้อยละ 92 อภิปรายผลได้ว่า คะแนนความพึงพอใจ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 92) โดยไม่พบ

กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการศึกษารายใดที่ไม่พึงพอใจ การใช้แนวปฏิบัตินี้ ทั้งนี้เนื่องจากแนวปฏิบัติ ได้สร้างมาจากการทบทวนวรรณกรรมและนำมา ประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานและ พื้นที่ร่วมกับประสบการณ์ของผู้ศึกษา ทำให้มีความ สะดวกและง่ายในการใช้ ซึ่งสอดคล้องการศึกษา ของ อวรรณ (2555) พบว่า แนวปฏิบัติได้สร้าง มาจากการทบทวนวรรณกรรมและนำมาประยุกต์ ร่วมกับประสบการณ์ของผู้วิจัยสามารถนำไปใช้ ในการปฏิบัติจริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิดา (2552) ที่กล่าวว่า การนำแนวปฏิบัติทาง คลินิกไปใช้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติมีความชัดเจน ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติและพึงพอใจต่อการใช้นว ปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 93.33) ประกอบกับ การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ในการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจในระดับมาก (ชาลิลลา, พินิจ, ศรารวรรณ, ศรีสุวรรณ, และ กานดา, 2551; บุญผา, 2550; ปานจิตร และคณะ, 2551; ปราณี และกรรณิการ์, 2550) รวมทั้ง เครือข่ายพี่เลี้ยงเกิดความพึงพอใจการปฏิบัติการ พยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึง ความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ดังการศึกษาของ จลี (2546) ที่ศึกษาความพึงพอใจของเครือข่ายในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบว่า พยาบาลและ เจ้าหน้าที่ได้เข้าร่วมโครงการเครือข่ายดูแลผู้ป่วย จิตเวชที่บ้านโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีความ พึงพอใจในงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยรวม ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติไปใช้และ การทำวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์ (outcome research) เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ การพยาบาลทั้งผลลัพธ์ระยะสั้น คือ พฤติกรรม การ รับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาและ

การมารักษาตามนัด ผลลัพธ์ระยะยาว คือ อัตราการกำเริบซ้ำของโรค

2. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและบูรณาการเข้ากับกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ (HA) ของโรงพยาบาล และปรับปรุงตามความรู้ที่ได้จากงานที่เกิดขึ้นใหม่ เช่น การประยุกต์ใช้หลักศาสนา มาเสริมสร้างแรงจูงใจและปรับความคิด พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท เป็นต้น

3. ศึกษาประสิทธิผล ความคุ้มค่า และความคุ้มค่าของแนวปฏิบัติไปใช้ผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ให้ครอบคลุมทุกราย

บรรณานุกรม

- กรรณิกา ขอบน้ำ. (2555). *การเสริมสร้างพลังอำนาจและพลังอำนาจของผู้ดูแลของผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *สถิติโรงพยาบาลจิตเวช*. รายงานประจำปีเดือน. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ดิจิตอลเวิลด์ ก๊อปปี้.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *กรอบทิศทางพัฒนางานสุขภาพจิตและแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559)*. นนทบุรี: บริษัทละม่อม จำกัด.

ข้อจำกัดในการสร้างแนวปฏิบัติ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทแบบมีพี่เลี้ยง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานีในครั้งนี้ มีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลา ส่งผลให้การนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ใช้น้อย (pilot study) และนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวนน้อย จึงอาจมีข้อจำกัดด้านประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ ซึ่งควรได้มีการนำไปขยายใช้ในกลุ่มใหญ่ขึ้น

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สถานการณ์และแนวโน้มความเจ็บป่วยทางจิตคนไทย*. ค้นจาก www.dmh.moph.go.th/trend.asp
- เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, พิทักษ์พล บุญยมาลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง, และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (2550). *รายงานการวิจัยเรื่องรูปแบบ/กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยจิตเวชในระดับชุมชน*. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
- จลี เจริญสรรพ. (2546). *ขอบเขตของงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คุณลักษณะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและบทบาท สมรรถนะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จลี เจริญสรรพ, พรทิพย์ วงศ์สุบรรณ, นพรัตน์ ไชยขำนิ, นิรมล โกสิยพันธ์, พรประไพ แยกเต้า และพรทิพย์ โพธิ์ศรีประเสริฐ.

- (2548). การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. งานจิตเวชชุมชน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ชาลีลา พรหมทอง, พินิจ ปรีชานนท์, ศรีวรรณ ภวพัฒน์, ศรีสุวรรณ ชูกิจ และ กานดา กาญจนโพธิ์. (2551). การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 14(1), 42-53.
- ณัฐกฤตา ทุมวงศ์. (2553). ผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 3(1), 34-44.
- ดารารวรรณ ต๊ะปันตา. (2555). *ภาวะซึมเศร้า: การบำบัด และการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิด และพฤติกรรม*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2555). *เทคนิคให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ*. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- นวิยา ภิรมย์. (2541). *บทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกรมสุขภาพจิต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- บุปผา จันทรจรัส. (2550). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการลื่นล้มตกเตียงในผู้ป่วยออโรโรปิติกส์. *วารสารพยาบาลสวนดอก*, 13(1), 21-26.
- ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล. (2556). *คู่มือปรับพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: แอลที เพรส จำกัด.
- ปราณี จินต์สรวางค์ และกรรณิการ์ เจริญศุภพงษ์. (2550). ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา. *วารสารพยาบาลสวนดอก*, 13(1), 14-19.
- ปานจิตร โชคพิชิต, จิราภรณ์ ชลธิชาชลาลักษณ์, จริยา ดันติธรรม, จิตติมา เกียรติไกรอุดม, แม้นมมา จิระจรัส และสุวรรณี สิริเลิศตระกูล. (2551). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีสายสวนหลอดเลือดดำชนิดฝังอยู่ใต้ผิวหนัง: การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 14(1), 1-12.
- พิกุล เจริญสกุลทรัพย์, กชพงศ์ สารการ และธีรภา ธานี. (2555). การพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยใช้การแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 26(2), 30-40.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์หลักและการวิธีปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2545). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2552). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บีคอนด์เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด.
- รัชนี อุทัยพันธ์ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2556). ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษา

- ด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสาร
การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 27(1),
136-148.
- วารสารณ ภูมิสวัสดิ์. (2546). *Clinical Practice
Guideline in Smoking Cessation*.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- วารินทร์ รอดขำ. (2556). ผลของโปรแกรมการ
สร้างเสริมความหวังต่อความหวัง
และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภท. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
(การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ศิริพร จินดารัตน์. (2553). การพัฒนาแนวปฏิบัติ
ในการสนับสนุนการเลิกบุหรี่ของผู้ใช้
บริการคลินิกอดบุหรี่. สารนิพนธ์พยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาล
ศาสตร์ (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ศุภณีย์เยียวพันธ์ฟูสุขภาพจิต อำเภอนองจิก
จังหวัดปัตตานี. (2555). *ทะเบียนผู้รับ
บริการคลินิกอุดรรัก*. มปท.
- สถาบันพระบรมราชชนก โครงการสวัสดิการวิชาการ.
(2556). *ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ
ฉบับสรุปสาระสำคัญ*. กรุงเทพมหานคร:
บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- สมลักษณ์ เขียวสด, ทับทิม อุดะเดช และวัลลภา
แสนศิลา. (2555). ผลของการใช้โปรแกรม
ให้ความรู้แบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการ
พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 26(1),
74-85.
- สรินทร เขียวโสธร. (2545). ผลของการเสริมสร้าง
พลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรม
การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยา
- นิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
วิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพ
มหานคร.
- สลิษา หลิมศิริโรจน์, ประภา ยุทธไตร และช่อทิพย์
สันธนะนิช. (2553). การพัฒนาแนว
ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างแรง
จูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม
สุราสำหรับผู้ติดสุรา. *วารสารสภาการ
พยาบาล*, 25(1), 15-26.
- สุกฤดีกา กุลศรี และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ.
(2552). การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา
ที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อพฤติกรรม
การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย
จิตเภท. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์
สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 3(2), 31-41.
- สุนิดา อรรถอนุชิต. (2552). การพัฒนาและ
ประเมินประสิทธิผลแนวปฏิบัติการ
พยาบาลในการประเมินสภาพแรกรับ
ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบที่เข้า
รับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ
โรงพยาบาลปัตตานี. วิทยานิพนธ์พยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,
สงขลา.
- สัมพันธ์ มณีรัตน์. (2546). ผลการใช้โปรแกรม
การเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพ
เพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการ
พยาบาลจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
กรุงเทพมหานคร.
- อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย. (2553). *การให้คำปรึกษา
ทางสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ
มหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: วี.พริ้นท์ (1991)จำกัด.
- อรรธรณ ชูวงศ์. (2555). *การพัฒนาและการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อัครเดช กลิ่นพิบูลย์. (2550). *การนำแนวคิดการสัมภาษณ์ และการเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเวช*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อังคณา วังทอง, อนุชิต วังทอง, ต่วนฮานาณี วัดเส้น และวันดี สุทรรังษี. (2556). มุมมองผู้รับบริการต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม บริบท อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 23(3), 35-44.
- Bechdolf, A., Kohn, D., Pukrop, R., & Klosterkotter, J. (2005). *A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: outcome at 24 months*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16095471>
- Christopher, J., David, H., Irene, C., Alan, M., & Claire, B. I. (2012). *Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatment for schizophrenia*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3446233>
- Geir, S., Rigmor, C. B., Karianne, T. H., Asbjorn, S., Kari, A. L., Helene, M. D., & Kjetil, K. (2011). *Motivational interviewing for substance abuse*. Retrieved from <http://www.campbellcollaboration.org/lib/project/100/>
- Grimshaw, G., & Stanton, A. (2006). *Tobacco cessation interventions for young people*. Retrieved from <http://www.cochrane.org>
- Lancaster, T., & Stead, L. F. (2008). *Individual behavioural counseling for smoking cessation*. Retrieved from <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001292.html>
- Stead, L. F., Perera, R., & Lancaster, T. (2009). *Telephone counseling for smoking cessation*. Retrieved from <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab002850.html>

The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline: Mentor Participation to Motivate Medication Adherence Behavior of Schizophrenia Patients in Amphur Nongjik, Pattani Province

Angkana Wangthong* Tounhananee Watsen** Kittipat Tutiyaarn**

Abstract

The purpose of this research was the development of a clinical nursing practice guideline to motivate medication adherence behavior of Schizophrenia patients by using mentor participation. The research instruments included a nurse clinical guideline using motivational consulting. This research was divided into 2 phases:

1. Development of guideline: Nursing practice guideline by Fongkham was implicated for guideline development of this study. There were two steps in developing the guideline: 1) Evaluating and scanning and 2) Planning and practicing. Five multidisciplinary professionals were experts and validated these steps. Some questionnaires of negative thinking and motivational activity were revised to be more comprehensible questions according to four experts' suggestion.

2. Evaluation of practice feasibility: five nurses, who had been working in this field for more than one year and agreed to participate in this research were chosen using purposive sampling to practice using the proposed guideline. All subjects agreed that this guideline was easy to use. However, they suggested some changes as follows; more side-effect details described on the medicine prescription comprehensible.

This result should be used in practice and should be evaluated by more nurses.

Keywords: clinical nursing practice guideline development; motivating to medication adherence behavior; schizophrenia patients with mentor

* Advanced Practice Nurses (APNs) in Psychiatric and Mental Health Nursing, Nongjik Hospital, Pattani, Thailand.

** Registered Nurse, Mental health and Psychiatric Nursing, Nongjik Hospital, Pattani, Thailand.

