

ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในคลินิกจิตเวช

โรงพยาบาลวารินชำราบ

จิตรา จินารัตน์* อธิราภา ธานี* พัสณี สิทธิคุณ*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่มตัวอย่าง วัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันที และในระยะติดตาม 1 เดือน เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ป่วย 4 ครั้ง และกิจกรรมรายบุคคลร่วมกับญาติอีก 1 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ประเมินผล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และแบบประเมินทัศนคติต่อยา ผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติชัดเจนทั้งคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและทัศนคติที่ดีต่อยารักษาโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการวัดผลหลังการทดลอง โปรแกรมนี้ยังแสดงผลที่ดีในระยะติดตาม 1 เดือน ทั้งพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและทัศนคติที่ดีต่อยารักษาโรคจิตเภท จุดเด่นของโปรแกรมนี้ คือ การใช้กิจกรรมกลุ่มร่วมกับกิจกรรมรายบุคคลของผู้ป่วยและญาติ ใช้เวลาไม่มากนัก และสามารถฝึกอบรมบุคลากรได้ไม่ยาก ซึ่งส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาและผลการรักษาที่ดี

คำสำคัญ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยนอก การเสริมสร้างแรงจูงใจ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

*พยาบาลวิชาชีพ. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี.

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนั้นแม้จะไม่เป็นสาเหตุของการตาย แต่ก็มีความกระทบมากต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากเป็นโรคที่รุนแรงและเรื้อรัง อีกทั้งยังมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้บ่อย⁽¹⁾ ด้านผลกระทบต่องานของผู้ป่วยนั้นพบว่า เมื่อการป่วยซ้ำและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดขึ้นบ่อยครั้งเท่าใดจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเสื่อมถอยของศักยภาพในการดำรงชีวิตมากขึ้นเท่านั้น และเมื่อผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ การรักษาต้องยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นและใช้เวลาในการรักษายาวนานขึ้น^(2,3) ด้านผลกระทบต่อครอบครัวพบว่า การเจ็บป่วยเป็นภาระในด้านเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากในระยะที่มีอาการทางจิตผู้ป่วยมักไม่สามารถทำงานได้ ทำให้ขาดรายได้ และการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยังต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่าการรักษาแบบผู้ป่วยนอก⁽⁴⁾ ผู้ดูแลในครอบครัวอาจเกิดภาวะเครียด กังวลกับอาการที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วย ได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอส่งผลเสียต่อสุขภาพได้⁽⁵⁾ ส่วนผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบจะควบคุมตนเองไม่ได้ จึงอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสังคมได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงระดับรุนแรงหรือการทำร้ายผู้อื่น⁽⁶⁾

การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันจะใช้วิธีการผสมผสานกันทั้งการรักษาด้วยยา การ

รักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาทางจิตสังคม ซึ่งในปัจจุบันการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตมีประสิทธิภาพสูงและถูกนำมาใช้ในการรักษาามากที่สุด เนื่องจากยาสามารถปรับภาวะสมดุลของสารชีวเคมีในร่างกาย และพบว่ามีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย ช่วยลดความรุนแรงและลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้⁽⁷⁾ และเป็นการควบคุมอาการของโรคที่สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น โดยผู้ป่วยร้อยละ 60 สามารถอยู่ในชุมชนได้หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว แต่รายงานการศึกษาที่พบผู้ป่วยจิตเภทสูงถึงร้อยละ 50 ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา⁽⁸⁾ ถึงแม้จะมีการพัฒนาปรับปรุงยารุ่นใหม่ซึ่งมีประสิทธิภาพในการรักษาสูงขึ้น มีฤทธิ์ข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากยาน้อยลงกว่าเดิม แต่ก็พบว่าไม่สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาได้⁽⁹⁾ การไม่รับประทานยาต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงยังคงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล⁽¹⁰⁾

การทบทวนข้อมูลจากระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเรื่องการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทของผู้วิจัยและคณะ ในฐานะที่ทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (service plan) ในเครือข่ายสุขภาพที่ 10 ได้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยา โดยผู้ป่วยหยุดกินยาเอง เลือกกินยาบางชนิด ลดยาเอง

หรือบางรายใช้เครื่องตีแมลงกอฮอลร่วมด้วย และจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ในปี พ.ศ. 2558 พบได้เช่นกันว่าผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาค้างในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์มีสาเหตุจากการขาดยา หยุดยาเอง และมีการใช้สารเสพติด ดังนั้น เพื่อเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชตามวัตถุประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นให้โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน มีการพัฒนาตนเองตามศักยภาพระดับบริการ จึงได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้เกิดคุณภาพในการให้บริการผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยมีความตระหนักในการรับผิดชอบดูแลตนเอง และสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการทบทวนรายงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษา⁽¹¹⁾ ได้มีข้อเสนอแนะว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยการค้นหาความลังเลใจ ความคิดความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา ภายใต้บรรยากาศการทำงานร่วมกันของผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่จะเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรักษาของผู้ป่วย

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยและคณะได้คัดเลือกโรงพยาบาลวารินชำราบ อำเภовารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ 5) เป็นพื้นที่ในการศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของโปรแกรม

เสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและทัศนคติที่ดีของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดการศึกษา 2 กลุ่ม เปรียบเทียบกัน วัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย ซึ่งเป็นอิสระต่อกัน (two independent sample) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท (F20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-V) ทั้งหมดมีสัญชาติไทย อายุระหว่าง 20-59 ปี และมีพฤติกรรมมารับประทานยาไม่ต่อเนื่องอย่างน้อย 1 อย่าง คือ หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาไม่ตรงตามเวลา ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ไม่มาตรวจตามที่แพทย์นัด โดยมีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีอาการทางจิตรุนแรง โดยมีคะแนนของแบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS-T) สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย 2) มีภาวะสมองเสื่อมหรือบกพร่องทางพุทธิปัญญา ประเมินด้วยแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับ

โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือ
ในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในคลินิกจิตเวช
จิตรา จินารัตน์ อธิภา ธานี พสนี สิทธิคุณ

ภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) และ 3) ไม่มีผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรงกับผู้ป่วยหรือใช้เวลาอยู่ร่วมกับผู้ป่วยมากที่สุด โดยเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องอย่างใดอย่างหนึ่ง (บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/พี่น้อง/บุตรหลาน) ทำการศึกษาในช่วงระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2560 ถึง 31 สิงหาคม 2560 โครงการนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2560-003 ก่อนเริ่มดำเนินการ

การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากโปรแกรมการบำบัดรายกลุ่มตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ ศรีอุบล บำรุง และคณะ⁽¹²⁾ สร้างขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ป่วย 4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่วนครั้งที่ 5 เป็นกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยรายบุคคลร่วมกับญาติผู้ดูแล โดยผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการทำกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับ

เปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และพยาบาลปฏิบัติการที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังจากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาพิจารณาและแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลเครือข่าย ซึ่งกิจกรรมทั้ง 5 ครั้ง ประกอบด้วย

-กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพบำบัดและสร้างแรงจูงใจ (therapeutic relationship)

-กิจกรรมที่ 2 การค้นหาความคิด ความเชื่อ หรือสิ่งที่ลังเลใจ เกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย (exploring ambivalence about taking medication and rolling with resistance / examining beliefs about medication)

-กิจกรรมที่ 3 การปรับโครงสร้างทางความคิด ความเชื่อ ให้ถูกต้องเหมาะสม (Normalizing rationales: health belief model & perceived self-efficacy)

-กิจกรรมที่ 4 การปรับพฤติกรรมด้านการรับประทานยาด้วยตนเองอย่างถูกต้อง (self-administration of medication scheme)

-กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมการรับรู้ การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว

สำหรับกลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติการที่โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1) แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทของ พรทิพย์ วชิรดิolk และคณะ⁽¹³⁾ ลักษณะของเครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่เคย ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ คำถามข้อที่ 1-8 เป็นด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และข้อคำถามที่ 9-16 เป็นด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา 2) แบบประเมินทัศนคติต่อยา (Drug Attitude Inventory: DAI-10) ที่ถูกแปลเป็นภาษาไทยโดย วิริญจน์ ไชยจันทร์⁽¹⁴⁾ มีคำตอบให้เลือกตอบ “ถูก กับ ผิด” โดยให้อ่านข้อความแต่ละข้อ ถ้าเห็นว่าข้อความนั้น “ถูก หรือ มักจะถูก” ให้ตอบว่า “ถูก” ถ้าเห็นว่าข้อความนั้น “ผิด หรือ มักจะผิด” ให้ตอบว่า “ผิด” ข้อคำถามแบ่งออกเป็นข้อความทางบวกจำนวน 6 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 4 ข้อ โดยวัดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ และวัดอีกครั้งหลังติดตามอีก 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไป เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังโดยใช้ pair t-test ส่วนคะแนนค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อยารักษาโรคจิตก่อนและหลังใช้ chi-square test การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทและทัศนคติต่อยารักษาโรคจิตระหว่างกลุ่มใช้สถิติ one-way repeated measured (ANOVA)

ผลการศึกษา

จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันมากนัก กล่าวคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี มีอาชีพรับจ้าง มีรายได้ต่อปีของครอบครัวไม่เพียงพอในการเลี้ยงชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วย 5 ปีขึ้นไป จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาน้อยกว่า 5 ครั้ง สถานภาพสมรสที่พบว่าเป็นโสดหรือหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่มากกว่าสถานภาพคู่และผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดามากที่สุด

โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือ
ในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในคลินิกจิตเวช
จิตรา จินารัตน์ อธิภา ธาณี พสนี สิทธิคุณ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
- ชาย	18	90.0	16	80.0
- หญิง	2	10.0	4	20.0
อายุ				
20-30 ปี	4	20.0	1	5.0
31-40 ปี	4	20.0	5	25.0
41-50 ปี	11	55.0	13	65.0
51-60 ปี	0	0	1	5.0
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	9	45.0	20	100.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	30.0	0	0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	15.0	0	0
อนุปริญญา/ปวส.	2	10.0	0	0
อาชีพ				
เกษตรกร	3	15.0	5	25.0
ว่างงาน	5	25.0	5	25.0
รับจ้าง	9	45.0	10	50.0
งานบ้าน	3	15.0	0	0
รายได้ต่อปีของครอบครัว				
เพียงพอ	0	0	0	0
ไม่เพียงพอ	20	100	20	100

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส				
โสด	9	45.0	7	35.0
คู่	7	35.0	4	20.0
หม้าย/หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่	4	20.0	9	45.0
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย				
5 ปีขึ้นไป	19	95.0	20	100
น้อยกว่า 5 ปี	1	5.0	0	0
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษ				
ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป	3	15.0	3	15.0
น้อยกว่า 5 ครั้ง	17	85.0	17	85.0
ผู้ดูแล				
บิดา/มารดา	10	50.0	16	80.0
สามี/ภรรยา	7	35.0	3	15.0
ลุง/ป้า/น้า/อา (ญาติ)	3	15.0	1	5.0
ผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา				
มาก	8	40.0	10	50.0
ปานกลาง	5	25.0	9	45.0
น้อย	7	35.0	1	5.0

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทและทัศนคติต่อยารักษาโรคจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบได้ว่าทั้งพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและทัศนคติต่อยารักษา

โรคจิตมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ($p < 0.001$) สำหรับการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มนั้นจะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในด้านทัศนคติต่อยารักษาโรคจิต (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และทัศนคติต่อยารักษาโรคจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P value*
พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา					
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	8.10	19	0.04	0.05	0.005
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	1.27	1	1.27	1	0.000*
รวม	9.37	20			
ทัศนคติต่อยารักษาโรคจิต					
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	1.9	19	8.10	81.00	0.000*
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	62.07	1	62.06	93.10	0.000*
รวม	64.6	20			

*p < 0.001, ANOVA

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการเปรียบเทียบของ Bonferroni Technique พบว่าในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3 คู่ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที 2) ระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3) ระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่า มีความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียง 2 คู่ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลอง

สิ้นสุดทันที และ 2) ระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน (ตารางที่ 3)

สำหรับความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อยารักษาโรคจิตของผู้ป่วยจิตเภท (ตารางที่ 4) ในกลุ่มทดลองพบว่า มีความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อยารักษาโรคจิต 3 คู่ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที 2) ระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3) ระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่ในกลุ่มควบคุมพบว่ามีความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อยารักษาโรคจิตเพียง 1 คู่ คือ ระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายคู่ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

พฤติกรรมความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาของ ผู้ป่วยจิตเภท	Mean (SD)			(1)และ(2)	(1)และ(3)	(2)และ(3)
	ก่อนการ ทดลอง (1)	หลังการ ทดลอง (2)	ติดตามผล 1 เดือน (3)			
กลุ่มทดลอง (n = 20)	35.55 (8.55)	40.55 (0.48)	42.55 (0.47)	.000*	.000*	.030*
กลุ่มควบคุม (n = 20)	37.25 (5.15)	36.55 (0.47)	40.05 (0.46)	.000*	1.000	.004*

* <.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายคู่ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

พฤติกรรมความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาของ ผู้ป่วยจิตเภท	Mean (SD)			(1)และ(2)	(1)และ(3)	(2)และ(3)
	ก่อนการ ทดลอง (1)	หลังการ ทดลอง (2)	ติดตามผล 1 เดือน (3)			
กลุ่มทดลอง (n = 20)	3.05 (6.10)	3.71 (0.83)	3.33 (0.21)	.000*	.000*	.030*
กลุ่มควบคุม (n = 20)	3.98 (4.16)	3.21 (0.49)	2.67 (0.22)	.000*	1.000	1.000*

* <.05

วิจารณ์

พฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเองและปัจจัยภายนอกที่มากกระทบผู้ป่วย โดยปัจจัยด้านผู้ป่วยที่สำคัญนอกเหนือจากลักษณะและความรุนแรงของการเจ็บป่วยคือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลรักษาและการติดตามการรักษาต่อเนื่อง และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ความซับซ้อนของการรักษา และฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เช่น การมีผู้ดูแลการใช้ยา การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ทักษะชีวิตของสังคมและครอบครัว นอกจากนั้น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา⁽¹⁵⁾ ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการรับประทานยา คือ ความตระหนักถึงความเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา อาการข้างเคียงของยา และการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา⁽¹⁶⁾

การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีแนวคิดมาจากการปรับพฤติกรรมที่มีพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ โดยเชื่อว่าการรู้คิดมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้น การบำบัดด้วยวิธีนี้จำเป็นที่จะ

ต้องสร้างเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง รับรู้ประโยชน์และปัญหาของการรับประทานยา สามารถจัดการปัญหาที่มีผลมาจากการรับประทานยาได้⁽¹⁷⁾ Kemp และคณะ⁽¹⁸⁾ ได้พัฒนาแนวทางในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือที่เรียกว่า “Compliance therapy” โดยใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมบนพื้นฐานการทำงานประสานร่วมกัน การพัฒนาความรับผิดชอบและทางเลือกให้แก่บุคคล และให้ความสำคัญต่อการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้บำบัดต้องมีทักษะหลักคือ การสืบค้นความลังเลใจเกี่ยวกับการรับประทานยา การเคลื่อนไปตามแรงต้าน การทดสอบความคิดความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา การปรับความคิดและการรับรู้ให้ถูกต้องและสมเหตุสมผล และการให้ข้อมูล โดยกระบวนการบำบัดจะเน้นความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่ได้้นำการเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการบำบัดเพื่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม⁽¹⁹⁻²⁰⁾ รวมทั้งการศึกษาของศรีอุบล บำรุง และคณะ⁽¹²⁾ ที่ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ก็พบเช่นกันว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความ

ร่วมมือในการรักษาด้วยยาและทัศนคติต่อยารักษาโรคจิตที่มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับโปรแกรมเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในคลินิกจิตเวชที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นนี้ได้ปรับรูปแบบของโปรแกรมให้เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของสถานบริการซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป โดยดำเนินการเป็นรายกลุ่ม มีขั้นตอนต่างๆ คือ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ การรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ เห็นใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดคุยตามสภาพการณ์จริงเกี่ยวกับการใช้ยา ตรวจสอบความคิด ความเชื่อ การรับรู้ ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการรักษา การปรับทัศนคติและให้ความรู้ การฝึกทักษะที่จำเป็นในการสังเกตและแก้ไขฤทธิ์ข้างเคียงจากยา สร้างความรับผิดชอบในการจัดยาและการรับประทานยาเองอย่างถูกต้อง ภายใต้กระบวนการกลุ่มที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน สำหรับกิจกรรมที่ 5 ได้ปรับจากกิจกรรมกลุ่มเป็นผู้ป่วยรายบุคคลร่วมกับญาติผู้ดูแลเพื่อเน้นปัญหาประเด็นเฉพาะบุคคล ซึ่งการศึกษาของ กาญจนา เหมะรัต และคณะ⁽¹⁶⁾ ได้แสดงให้เห็นว่าการจัดการรายกรณีสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ นอกจากนี้ การเพิ่มญาติผู้ดูแลเข้ามาในกิจกรรมนี้ยังเป็นการเพิ่มความรู้และความตระหนักของญาติต่อภาวะโรคและแนวทางการรักษา สามารถสังเกตและจัดการอาการข้างเคียง

ของยาในเบื้องต้น ส่งเสริมให้ญาติมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย เพื่อให้เป็นอีกแรงในการกระตุ้นและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษานี้ก็ได้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาความร่วมมือในการรักษา มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและทัศนคติต่อยารักษาโรคจิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ตรงกับลักษณะเด่นของการเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ จะเป็นตัวพลัง เป็นแรงเสริมให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่ออุปสรรคในการรักษา⁽²¹⁾ และแรงจูงใจนี้จะเป็นตัวพลังผลักดันให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่องต่อไป

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้ได้ติดตามผู้ป่วยเพียง 1 เดือน ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเท่านั้น การศึกษาในระยะที่ยาวขึ้นจึงยังมีความจำเป็นเพื่อแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้อาจส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาและผลการรักษาในระยะยาวอย่างไร

สรุป

การที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นปัญหาที่สำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยาจึงเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลที่สำคัญและต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลมีบทบาท

สำคัญในการสนับสนุนสร้างเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใช้ยาที่ถูกต้อง โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในคลินิกจิตเวชที่ปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับการใช้งานในโรงพยาบาลทั่วไปในการศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่าสามารถกระตุ้นความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยให้เพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาด้อยตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง รวมทั้งมีความร่วมมือในการติดตามการรักษา นอกจากนี้ รูปแบบของโปรแกรมที่เป็นกิจกรรมกลุ่มร่วมกับกิจกรรมรายบุคคลและญาติยังมีข้อดีที่สามารถดำเนินการได้กับผู้ป่วยหลายคนพร้อมกัน เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มที่มีประสบการณ์คล้ายกัน อีกทั้งยังสามารถเน้นประเด็นเฉพาะของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. สมภาพ เรื่องตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2556.
2. Gitlin M, Nuechterlein K, Subotnik KL, et al. Clinical outcome following neuroleptic discontinuation in patients with remitted recent-onset schizophrenia. American Journal of Psychiatry 2001;158:1835-42.
3. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี; 2558.
4. น้าทิพย์ สงวนบุญญพงษ์, สายใจ พัวพันธ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารพยาบาลทหารบก 2560;18(1):229-36.
5. กษพร รัตนสมพร, รัชนิกร เกิดโชค, อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. ปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2558;29(3): 99-112.
6. Torrey EF. Surviving schizophrenia: a family manual. New York: Harper Colophon Books; 1994.
7. Kozuki Y, Schepp KG. Visual-feedback therapy for antipsychotic medication adherence. International Clinical Psychopharmacology 2006;21(1):57-61.
8. Sadock BJ, Sadock VA, editors. Comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
9. Dolder CR, Lacro JP, Dunn LB, Jeste DV. Antipsychotic medication adherence: is there a difference between typical and atypical agents? American Journal of Psychiatry 2006;159(1):103

10. Pyne J, Sullivan G. Characteristics of patients with schizophrenia who do not believe they are mentally ill. The Journal of Nervous and Mental Diseases 2001;89:146-53.
11. Gray R, Wykes T, Gournay K. From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2002;9:277-84.
12. ศรีอุบล บำรุง, พัสณี สิทธิคุณ, กนกวรรณ วงศ์ชิง. ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
13. พรทิพย์ วชิรดิolk, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, วิโรจน์ วงษ์สุริยะเดช, บุญช่วย เทพยศ. ผลของการให้การปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
14. วิริยจันท์ ไชยจันทร์. ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อทัศนคติต่อยาและความร่วมมือในการตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. บัณฑิตวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
15. Haddad PM, Brain C, Scott J. Non adherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. Patient Related Outcome Measures 2014;5:43-62.
16. กาญจนา เหมะรัต, เพลิน เสียงโซคอยู่, อุ๋น จิตร คุณารักษ์, และคณะ. ผลของการจัดการรายการในผู้ป่วยจิตเภทต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการป่วยซ้ำ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2555;26(2):63-73.
17. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LM, et al. The effect of motivational interviewing on medication adherence and hospitalization rates in nonadherent patients with multi-episode schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 2013;39(6):1242-51.
18. Kemp R, Hayward P, Applewhaite G, et al. Compliance therapy in psychotic patients: randomized controlled trial. British Medical Journal 1996;312:345-9.

19. จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, สุกฤติยา กุลศรี, วัฒนาภรณ์ พิบูลย์อาลักษณ์. ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2556;27(3):75-86.
20. พยอม ตันทจรรยา, สุนันญา พรหมดวง, วันเพ็ญ ทัดศรี. ผลการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นในผู้ป่วยโรคจิตเภทขาดยาที่หอ

- ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์. สุรินทร์: 2558.
21. สวัสดิ์ เทียงธรรม. แรงจูงใจและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท [การค้นคว้าแบบอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช]. บัณฑิตวิทยาลัย, เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.

Effect of the Motivational Enhancement Program to Strengthen Medication Adherence among Schizophrenic Outpatients at Psychiatric Unit, Warinchamrap Hospital

Jitra Jinarat* Teerapa Thanee* Passanee Sattikun*

Abstract

The quasi-experimental research, pre and post- test and a month follow-up, was conducted to investigate the effect of the motivational enhancement on medication adherence among schizophrenic outpatients using the motivational concept for mental and behavioral improvement. The program included 4 times of group sessions for patients and one session of each patient with relative. The instruments used for evaluation were the medication adherence behavior test for schizophrenic patient and the Drug Attitude Inventory: DAI-10. The results demonstrated that there was a significant difference over time between the experimental and control groups. Obviously, the medication adherence behavior and drug attitude of the experimental group significantly increased after receiving the motivational enhancement program. The result also showed good results at a 1-month follow-up period, of both the medication adherence behavior and drug attitude of schizophrenic patients. The highlight of this program was the use of group activities and individual activities of patients with relatives, which did not spend much time and the personnel's training was not difficult. This affects the cooperation of patients and good results in the treatment.

Keywords : motivational enhancement, medication adherence, schizophrenia, outpatients

* Registered Nurse. Prasimahaphodhi Hospital, Ubon Ratchathani.