



ผลของโปรแกรมการศึกษารายบุคคล ตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับ การปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความ ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

พรทิพย์ วชิรดิถก, พย.ม.*

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ประ.ด.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการให้การศึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

วัสดุและวิธีการ เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนเท่ากัน กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลอุดรธานี โดยกลุ่มทดลอง 50 คน ได้รับโปรแกรมการศึกษา 5 ขั้นตอน คือ 1) สัมภาษณ์เพื่อการบำบัด 2) สืบค้นความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา 3) ปรับโครงสร้างทางความคิด 4) ฝึกทักษะการกินยา และ 5) การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว สำหรับกลุ่มควบคุม 50 คน ได้รับการดูแลปกติ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา 2) แบบประเมินอาการทางจิต 3) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกินยาจิตเวช และ 4) แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 4 ระยะ คือ ก่อนทดลอง หลังทดลอง ระยะติดตาม 3 และ 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดย repeated measurement ANOVA

ผล กลุ่มทดลองที่ได้รับการศึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิด มีการพัฒนาด้านพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกินยาจิตเวช ในระยะหลังทดลอง ติดตามประเมินผล 3 เดือน และ 6 เดือน มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

* สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

** ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สรุป การปรึกษาตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิด สามารถเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีแรงจูงใจในการกินยาตามแผนการรักษา และลดโอกาสเสี่ยงต่อการกลับป่วยซ้ำ

คำสำคัญ : การสร้างแรงจูงใจ การปรับพฤติกรรมทางความคิด ความร่วมมือในการรักษา
ผู้ป่วยจิตเภท



Effectiveness of individual counseling program based on motivation interviewing and cognitive behavioral technique for treatment compliance in schizophrenia

*Porntip Wachiradilok, M.Ns.**

*Somporn Rungreangkulkij, Ph.D.***

Abstract

Objective This study aimed to examine the effect of individual counseling program based on motivation interviewing and cognitive behavioral technique for treatment compliance in schizophrenic patients attending at Udonthani hospital.

Materials and methods A research design was a quasi experimental study with pretest-posttest control group. The sample study consisted of one hundred schizophrenic patients who had caregivers and were noncompliant with medications. The subjects were randomly recruited from a hospital register. The subjects were assigned to either control group or intervention group by matching length of illness and level impact from side-effect. Fifty patients who were in the experimental group received 5 sessions individual counseling program based on the concepts of motivation interviewing and cognitive behavioral technique. The control group received routine care. Study measurements included 1) Compliance Behaviors Assessment Scale, 2) Psychiatric Symptoms Assessment 3) Knowledge on Self-management and 4) Family's Emotional Expressions. Data were collected at one month before intervention, immediately upon therapy

* Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute

** Chair of Mental Health and Psychiatric Nursing Program Faculty of Nursing Khonkaen University

completion, 3 and 6 months follow-up. Data were analyzed using repeated measurement ANOVA with Bonferroni correction.

Results Patients in the intervention group had a significant improvement in compliance behaviors and knowledge more than those in the control group at the posttest, 3 and 6 months follow-up.

Conclusion The motivation interviewing and cognitive behavioral technique individual counseling program can improved treatment compliance, knowledge and understanding about the illness. It also helps to increase their awareness and recognition of a problem, thus decreasing the risk of relapse. However, booster dose of the intervention is recommend in order to prevent prolong relapse.

Key word : cognitive behavioral technique, motivation interviewing, schizophrenia, treatment compliance

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง เรื้อรัง และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง ไม่เป็นสาเหตุของการตาย แต่เป็นโรคที่มีผลกระทบมากต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ¹ การรักษาด้วยยาเป็นการควบคุมอาการของโรคจิตเภทวิธีเดียวที่สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น และใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้² การกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภทเป็นปัญหาที่ซับซ้อน สัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน โดยปัจจัยที่พบมากที่สุด คือ การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของครอบครัว³

Gray และคณะ⁴ ได้ทบทวนเกี่ยวกับวิธีการบำบัดรูปแบบต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพต่อการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษา ได้เสนอแนะวิธีการที่มีประสิทธิภาพต่อการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต คือ การปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจและการปรับพฤติกรรมทางความคิดของ Kemp และคณะ⁵ โดยมีขั้นตอนที่สำคัญ คือ การสืบค้นความลังเลใจในการใช้ยา (Exploring ambivalence about taking medication) เคลื่อนไปตามกับแรงต้าน (Rolling with resistance) ค้นหาความเชื่อเกี่ยวกับยาที่ได้รับการรักษา (Examining beliefs about medication) การให้เหตุผลที่ถูกต้อง (Normalizing rationales) และการให้ข้อมูล (Giving information) การ

บำบัดมุ่งเน้นการรับฟังความคิดเห็น และสิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วยมากกว่าการให้เชื่อฟังตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

จากปัญหาผลกระทบที่รุนแรง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และรายงานวิจัยแสดงให้เห็นว่า แนวคิดการสร้างแรงจูงใจและการปรับพฤติกรรมทางความคิด มีประสิทธิภาพต่อการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษา ดังนั้น คณะวิจัยจึงนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านการบริหารจัดการยาต้านโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภท ให้มีรูปแบบที่ชัดเจน เพื่อนำไปสู่เป้าหมายสุดท้าย คือ ผู้ป่วยจิตเภทมีแรงจูงใจ ความรู้ความเข้าใจ และปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกินยาจิตเวช อาการทางจิต และการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิด กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง ระยะติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือน

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง รูปแบบ Randomized control group pre-test post-test design กลุ่มตัวอย่างเป็น

ผู้ป่วยที่ได้ผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 เข้ารับบริการในคลินิกจิตเวชงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2549 จนถึงมิถุนายน 2549 โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษา คือ 1) มีพฤติกรรมมารยาทไม่ดีต่อผู้อื่นอย่างน้อย 1 อย่าง คือ หยุตใช้ยาเอง ใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาไม่ตรงตามเวลา ลดหรือเพิ่มยาเอง ไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ไม่มาตรวจตามที่แพทย์นัด 2) มีอาการทางจิตไม่รุนแรง ประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น (BPRS < 37 คะแนน) และ 3) มีญาติดูแล

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างตามวิธีของ Frison & Pocok⁶ โดยความแปรปรวนของข้อมูล ($\sigma^2 = 34.90$) ค่าเฉลี่ยของค่าผลลัพธ์ในกลุ่มศึกษาตามด้วยค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์ในกลุ่มควบคุม ($\delta = 4.7$) สหสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ก่อนหรือหลังการทดลอง หรือระยะติดตามประเมินผล ($\rho = 0.7$) จำนวนครั้งของการวัดซ้ำหลังการทดลอง ($r = 3$) และจำนวนครั้งของการวัดซ้ำก่อนการทดลอง ($p = 1$) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 46.43 ประมาณ 46 คน เพื่อชดเชยการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการศึกษา จึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 50 คน ในแต่ละกลุ่ม

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าสู่การศึกษา (Inclusion criteria) จำนวน 259 คน ใช้ตารางเลขสุ่ม

(Random number table) ให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 100 คน ใช้วิธีการ Stratified sampling โดยมี Stratification variable ซึ่งเป็นตัวแปรกวนที่อาจมีผลต่อการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 2 ตัว คือ ระยะเวลาการเจ็บป่วย 2 กลุ่ม (< 5, ≥ 5 ปี) และการรับรู้ของผู้ป่วยต่อฤทธิ์ข้างเคียงจากยา 3 กลุ่ม (น้อย, ปานกลาง, มาก) จำนวนกลุ่มย่อย (ชั้นภูมิ) ทั้งหมดจึงเท่ากับ 6 ผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มย่อยตามที่กำหนดโดยกลุ่มทดลอง 50 คน ได้รับโปรแกรมการปรึกษาฯ และมีญาติเข้าร่วมทุกครั้ง นัดสัปดาห์ละครั้ง จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยมี 5 ขั้นตอน คือ

- 1) สัมภาษณ์ภาพเพื่อการบำบัด
 - 2) การสืบค้นความเชื่อและความลังเลใจเกี่ยวกับการรักษา
 - 3) การปรับโครงสร้างทางความคิด
 - 4) การฝึกทักษะการกินยาด้วยตนเอง
- และ

- 5) การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวต่อผู้ป่วยที่เหมาะสม กลุ่มควบคุม 50 คน ได้รับการดูแลตามปกติ

เครื่องมือประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

- 1) แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พัฒนาโดย เพชร คันธสายบัว⁷ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ จำนวน 18 ข้อ (ต่ำสุด 18 คะแนน, สูงสุด 72 คะแนน) ความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ หากความเที่ยงใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

(Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .89 การแปลผลพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ที่ถูกต้อง คือ คะแนน < 21 ระดับต่ำ คะแนน 21-42 ระดับปานกลาง และคะแนน > 42 ระดับสูง

2) แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) แปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นการตรวจสอบอาการทางคลินิก (อาการทางบวกและอาการทางลบ) ลักษณะมาตราวัด 7 ระดับ จำนวน 18 ข้อ (ต่ำสุด 18 คะแนน, สูงสุด 126 คะแนน) มีระดับความเที่ยงระหว่าง .62-.87 การแปลผลอาการทางจิต คือ คะแนน < 18 เกณฑ์ปกติ คะแนน 18-36 มีอาการทางจิต และคะแนน > 36 มีอาการทางจิตรุนแรงต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน

3) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกินยาจิตเวช พัฒนาโดย สมพร รุ่งเรืองกลกิจ⁸ ลักษณะเป็นการเลือก “ถูก” หรือ “ผิด” จำนวน 15 ข้อ (ต่ำสุด 0 คะแนน, สูงสุด 15 คะแนน) การแปลผลความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกินยาจิตเวช คือ คะแนน $\leq$ 7 ระดับต่ำ และคะแนน > 7 ระดับสูง

4) แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว พัฒนาโดย ภรดี ไชยสิน⁹ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ (ต่ำสุด 5 คะแนน, สูงสุด 50 คะแนน) ความเที่ยงใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .77

การแปลผล คือ คะแนน $\leq$ 22 การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเภท ระดับต่ำ และคะแนน > 22 การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเภทระดับสูง

แบบประเมินทั้งหมดใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยผู้ช่วยคณะวิจัย ซึ่งมี 4 ระยะ คือ ก่อนทดลอง หลังทดลอง ระยะติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามระยะเวลาที่ศึกษา โดย Repeated measures ANOVA

ผล

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย ร้อยละ 65 ช่วงอายุที่พบมากที่สุด 21-30 ปี ร้อยละ 52 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 55 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 67 รับรู้ฤทธิ์ข้างเคียงจากยาโรคจิตที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ระดับปานกลาง ร้อยละ 48 และระยะเวลาที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 62 สำหรับญาติที่เข้าร่วมการศึกษา เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72 ช่วงอายุที่พบมากที่สุด 41-60 ปี ร้อยละ 61 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74 อาชีพที่พบมากที่สุด คือ รับจ้าง ร้อยละ 45 รายได้ต่อปีไม่เพียงพอ ร้อยละ 88 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 64 การดูแลผู้ป่วยด้านการกินยา เป็นลักษณะผู้ป่วย

กินยาเอง ญาติมีหน้าที่คอยเตือน ร้อยละ 52 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการโปรแกรมการบริการรายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิด มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกินยาจิตเวช

และอาการทางจิตที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญ สำหรับคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (C) ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกินยาจิตเวช (K) อาการทางจิต (P) และการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว (F) ระหว่างกลุ่มตามระยะเวลาที่ศึกษา

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตาม 3 ด.		ติดตาม 6 ด.		p-value	
		ค่าเฉลี่ย	(SD)	ค่าเฉลี่ย	(SD)	ค่าเฉลี่ย	(SD)	ค่าเฉลี่ย	(SD)	time	treatment
C	ทดลอง	27.50	(6.13)	57.18	(4.99)	56.55	(5.18)	55.70	(3.62)	< 0.01	< 0.01
	ควบคุม	27.39	(4.90)	45.35	(4.64)	30.35	(4.36)	28.15	(2.97)		
K	ทดลอง	6.62	(2.33)	11.02	(1.78)	10.88	(1.88)	10.53	(1.98)	< 0.01	< 0.01
	ควบคุม	6.37	(1.78)	8.75	(0.97)	8.13	(0.98)	7.15	(1.55)		
P	ทดลอง	26.20	(5.15)	24.52	(6.53)	16.34	(1.90)	15.75	(2.05)	< 0.1	< 0.01
	ควบคุม	27.15	(3.04)	26.57	(5.04)	26.47	(2.75)	26.95	(1.89)		
F	ทดลอง	20.62	(6.02)	19.32	(3.98)	18.70	(3.53)	18.05	(3.72)	0.07	0.10
	ควบคุม	20.09	(3.75)	20.75	(2.17)	20.95	(2.95)	21.75	(3.09)		

วิจารณ์

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบริการรายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิด มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ

การดูแลตามปกติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบหลายด้าน ดังนี้

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่ดีระหว่างผู้บำบัด ผู้ป่วยจิตเภท และญาติ บนพื้นฐานของการเป็นมนุษย์ เคารพซึ่งกันและกัน ส่งผลให้

ผู้ป่วยจิตเภทและญาติเกิดความไว้วางใจ ผ่อนคลาย สามารถให้ข้อมูลที่เป็นปัญหาตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง โดยที่ไม่รู้สึกกำลังถูกสอบสวนซักหรือตำหนิ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเข้าร่วมโครงการ

การสร้างแรงจูงใจ ภายใต้อาการเห็นอกเห็นใจ หลีกเลียงการขัดแย้ง สนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับ Rusch and Corrigan¹⁰ พบว่าโปรแกรมการปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ สามารถสร้างความตระหนัก ยอมรับความเจ็บป่วย มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hayward และคณะ¹¹ องค์ประกอบที่สำคัญที่ต้องทำความเข้าใจกับการสร้างแรงจูงใจ คือ การปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ การรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษา โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นจากการกลับป่วยซ้ำ

การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา โดยนำข้อมูลความเชื่อ ความคิด สิ่งที่กังวลหรือลังเลใจเกี่ยวกับการใช้ยาในสภาพการณ์จริงของผู้ป่วยและญาติ สู่การวางแผนในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิด ให้มีการรับรู้ที่สมเหตุสมผลตามความเป็นจริง ใช้การให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษา โดยลำดับและจุดเน้นของเนื้อหา คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ความสนใจ ความพร้อม ความต้องการรู้ของผู้ป่วยและญาติ สอดคล้องกับ Favrod¹² ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้ และคำ

แนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต พบว่า สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับยารักษาอาการทางจิต เพิ่มสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และเพิ่มพฤติกรรม การให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เช่นเดียวกับการศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังเข้ากลุ่มวางแผนจำหน่ายในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ของ สมสกุล สุภัทรพันธุ์¹³ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มวางแผนจำหน่ายมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลตนเองมากกว่าเดิม โดยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาตามเกณฑ์การรักษาเป็นการดูแลตนเองที่สำคัญ

การพัฒนาทักษะการจัดยาและกินยาด้วยตนเองที่ถูกต้อง ทั้งขนาด เวลา ชนิด และวิธีการ สามารถสังเกตอาการข้างเคียงของยา และแก้ไขเบื้องต้น เนื่องจากได้รับความร่วมมืออย่างดีจากญาติ ควบคู่กับการใช้หลักการเสริมแรงทางบวกด้วยเบี้ยยรรรกร สร้างความมั่นใจในความสามารถด้านการจัดการกับปัญหาการใช้ยา เอื้ออำนวยอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น กล่องใส่ยา แผ่นพับ และคู่มือการดูแล ประสานเจ้าหน้าที่อนามัยใกล้บ้าน เพื่อช่วยประเมินซ้ำจากการติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีแรงจูงใจที่จะกระทำ และมีความภูมิใจจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การกลับป่วยซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและญาติมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับ

โรคจิตเภท เกิดแรงจูงใจจากความตระหนักต่อผลกระทบที่รุนแรงและโอกาสเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งเห็นประโยชน์จากการให้ความร่วมมือในการกินยาและมาตามนัดอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้อาการทางจิตลดลงตามระยะเวลาที่ศึกษา ไม่พบการกลับป่วยซ้ำ ตั้งแต่ระยะหลังการทดลองจนถึงระยะติดตาม 6 เดือน

สรุป

การเสริมสร้างพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา โดยการให้โปรแกรมการรักษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิด สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีแรงจูงใจในการกินยาตามแผนการรักษา และลดโอกาสเสี่ยงต่อการกลับป่วยซ้ำ

ข้อจำกัด

การนำผลการศึกษาไปใช้ ควรคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ต้องยืดหยุ่น คำนึงถึงความพร้อม ความต้องการ ความสะดวกของผู้ป่วยและญาติเป็นสำคัญ รวมทั้งการประเมินแรงจูงใจและกระตุ้นโปรแกรมฯ ซ้ำเป็นระยะๆ เพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ควรพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน โดยสามารถดำเนินการที่บ้านของผู้ป่วยในลักษณะ Home care

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนทุนวิจัย และศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร จิรวัดน์กุล ที่ได้ให้ข้อคิดและข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ต่อการศึกษา รวมทั้งทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลอุดรธานี ที่สนับสนุนและเอื้ออำนวยความสะดวกในระหว่างการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. สมภพ เรืองตระกูล. คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว; 2543.
2. Hayward P, Chan N, Kemp R. Medication self-management: a preliminary report on an intervention to improve medication compliance. J Mental Health 1995; 4: 511-7.
3. King S and Dixon JM. Expressed emotion and relapse in young schizophrenia outpatients. Schizophrenia Bull 1999; 25: 377-86.

4. Gray R, Wykes T, Gournay K. From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *J Psychiatr Ment Hlt* 2002; 9: 277-84.
5. Kemp R, Hayward P, Applewhaite G, Everitt B, David A. Compliance therapy in psychotic patients: randomized controlled trial. *Brit Med J* 1998; 312: 345-9.
6. Frison L, Pocock S. Repeated measurements in clinical trials: analysis using mean summary statistics and its implication for design. *Stat Med* 1992; 11: 1685-704.
7. เพชร คันธสายบัว. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
8. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน. ขอนแก่น: สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
9. กรดี ไชยสิน. การแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท: การศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคอีสาน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
10. Rusch N, Corrigan PW. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J* 2002; 26: 23-32.
11. Hayward P, Chan N, Kemp et al. Medication self-management: a preliminary report on an intervention to improve medication compliance. *J Mental Health* 1995; 4: 511-7.
12. Favrod J. Taking back control...giving patients information about their drug regimens improves compliance. *Nursing Time* 1993; 89: 68-70.
13. สมสกุล สุภัทรพันธ์, นุชจรินทร์ โมระเสริฐ, ศศิธร เดชะไคศยะ. รายงานการวิจัยการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้ากลุ่มวางแผนจำหน่ายในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา; 2542.