เปรียบเทียบผลการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาแบบกลุ่มกับการบำบัดตามปกติในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

จุรัญ อึ้งสำราญ พย.บ.* ประคอง นาโพนทัน พย.ม.* วัชนี หัตถพนม พย.ม.**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาแบบกลุ่ม (Adherence therapy group: ATG) กับการบำบัดแบบปกติ (Treatment as usual: TAU) ต่อทัศนคติ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอาการทางจิต และการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา จากนั้นสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา แบบกลุ่ม 5 ครั้งต่อเนื่อง กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดตามปกติตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เครื่องมือวัดผลลัพธ์ ได้แก่ Brief Psychotic Rating Scale: BPRS, Drug Attitude Inventory: DAI-30 และแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา โดยวัดผลก่อนบำบัดและหลังการบำบัด เดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ descriptive และ repeated measures ANOVA วิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการศึกษา คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ทัศนคติและอาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่หลังทดลองเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนความร่วมมือ ทัศนคติเพิ่มขึ้น อาการทางจิตลดลง แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความร่วมมือ ทัศนคติเพิ่มขึ้น อาการทางจิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน การศึกษาครั้งนี้สะท้อนถึงผลลัพธ์ที่ดี จึงเสนอให้มีการนำไปใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการให้บริการแบบมุ่งผลลัพธ์ พัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยการวางแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีทักษะการบำบัด การศึกษาวิจัยต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ทัศนคติต่อการรักษา

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาเป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยโรคจิตเวชทั่วไปโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทพบในอัตราที่สูง[1] และถือเป็นปัญหาที่สำคัญมากสำหรับผู้ป่วยจิตเภท[1,2] พฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาส่งผลให้ประสิทธิภาพของการรักษาลดลง เพิ่มความรุนแรงของอาการด้านคลินิก ทำให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่ร่วมมือในการรักษาถึง 5 เท่า และทำให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาสูงกว่าถึงร้อยละ 55[3,4,5] ถือเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่มีผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ และสังคมมากที่สุด[6] ในประเทศไทยพบอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 47-54 และพบว่าร้อยละ 50-75 ของผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำภายใน 1 ปี ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ร่วมมือในการรักษาจะกลับมารักษาซ้ำเพียงร้อยละ16-25[7,8]

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์พบปัญหาพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นสาเหตุหลักทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงจนต้องกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในที่สะท้อนให้เห็นจากรายงานการบันทึกเวชสถิติ ปีงบประมาณ 2552-2554 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน พบร้อยละ 85.8; 86.6 และ 85.4 ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภทถึงร้อยละ 60.4; 62.1 และ 64.2 ตามลำดับ[9] จำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องเพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท อันจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ลดผลกระทบต่อชุมชนและประเทศชาติรวมทั้งช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาของโรงพยาบาล

การบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีการศึกษาเป็นจำนวนมาก เริ่มตั้งแต่การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา แต่สุขภาพจิตศึกษาก็มีจุดอ่อนที่ไม่ได้ไปจัดการกับทัศนคติและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงทำให้ไม่ประสบผลสำเร็จในการพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและทำ Meta-analysis พบว่า สุขภาพจิตศึกษาทั้งแบบรายบุคคล และรายกลุ่มไม่มีนัยสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยโรคจิตอื่น ๆ[10,11] ควรมีการผสมผสานสุขภาพจิตศึกษากับการบำบัดอื่นโดยเฉพาะ Compliance therapy ซึ่งสามารถให้การบำบัดได้โดยพยาบาลจะมีประสิทธิภาพในการพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

ปัจจุบันพบว่าการบำบัดแบบ Adherence therapy (AT) โดยใช้หลักการและเทคนิคของการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioural therapy: CBT)[12] ร่วมกับเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing: MI)[13] และได้ทดสอบประสิทธิภาพของ AT พบว่าช่วยพัฒนาทัศนคติต่อการรักษา การรับรู้อาการทางจิตและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดในปัจจุบัน[8,14] จากผลการศึกษาอิสระของประคอง นาโพนทัน[15] ที่ให้การบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทตามโปรแกรมการบำบัดที่อยู่ภายใต้กรอบแนวคิด Adherence therapy model โดยบำบัดรายบุคคลในผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการบำบัดตามโปรแกรมมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาเพิ่มขึ้น มีการรับรู้อาการทางจิตดีขึ้น ตลอดจนมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้อาการทางจิตลดลง การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว ขาดกลุ่มควบคุมแม้ว่าการบำบัดด้วย AT ส่งผลดีแต่ก็เป็นการบำบัดรายบุคคล ด้วยข้อจำกัดของบุคลากร ระยะเวลาในการรักษาและงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษา การบำบัดแบบกลุ่มเป็นอีกทางเลือกหนึ่งเพื่อแก้จุดอ่อนของการบำบัดรายบุคคล ซึ่ง Tay-Sim[16] ได้ศึกษา AT แบบกลุ่มพบว่าได้ผลดีเช่นกัน

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องการต่อยอดการศึกษาของประคอง นาโพนทัน โดยปรับโปรแกรมให้การบำบัดแบบกลุ่มและเปรียบเทียบกับการบำบัดแบบปกติ โดยหวังว่าผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำคัญนำสู่การขยายผลและพัฒนาการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาแบบกลุ่มที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาแบบกลุ่ม (Adherence therapy group: ATG) กับการบำบัดแบบปกติ (Treatment as usual: TAU) ต่อทัศนคติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา อาการทางจิต และอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดการวิจัย

Adherence therapy model (ATM) พัฒนามาจาก Compliance therapy ของ Kemp และคณะ[17] และ Gray และคณะ[18] เป็นรูปแบบการบำบัดที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม การให้สิทธิและการตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วย โดยการทำงานไปด้วยกันระหว่างผู้บำบัด และผู้ป่วย (collaborative)

ตัดสินใจร่วมกัน ในการเลือกการรักษาที่ดีที่สุด โดยใช้กรอบแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing: MI) ร่วมกับเทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive approaches: CA) เพื่อขจัดอุปสรรคทางความคิด และความลังเลใจ ในการพัฒนาความร่วมมือในการรักษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยการเพิ่มพลังอำนาจ (empowerment) ให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มีเสรีภาพ ในการตัดสินใจ และรับผิดชอบตนเองในเรื่องความร่วมมือในการรักษา ใช้ทักษะการสื่อสารการสร้างสัมพันธภาพ และการเข้าถึงผู้ป่วยโดยไม่เผชิญหน้า (non-confrontational approach) ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสืบค้นความลังเลใจต่อการรักษา โดยไม่บังคับ ไม่ชี้นำ ครอบงำ หรือข่มขู่ให้ผู้ป่วยต้องยอมรับ หรือทำตามคำแนะนำของผู้บำบัด ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ และปรับตัวต่ออาการทางจิตได้ ลดความรู้สึกเป็นตราบาป สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ค้นหา และพิจารณาถึงประโยชน์ และผลเสียที่เกิดจากพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษา แล้วเชื่อมโยงสู่เป้าหมายในระยะยาวของชีวิต เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยได้เห็นจากมุมมอง และประสบการณ์ เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อาการทางจิต มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา รวมทั้งตระหนัก และยอมรับถึงความจำเป็นในการรักษาอย่างต่อเนื่อง[19] โดยผู้บำบัดสนับสนุนความสามารถ และเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยให้เกิดความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโปรแกรมการบำบัดมี 5 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ และเตรียมความพร้อม (engagement) ทบทวนประสบการณ์ความคิดความเชื่อต่ออาการการเจ็บป่วยและการรักษา 2) ร่วมกันอธิบายอาการ สาเหตุการรักษา และประเมินการให้ความสำคัญการตระหนักต่อการรักษา ความมั่นใจที่จะร่วมมือในการรักษา ตลอดจนความพึงพอใจต่อการรักษา (Adherence assessment) 3) ขจัดและแก้ไขความลังเลใจที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษา 4) เสริมสร้างแรงจูงใจและแก้ไขปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษา (problem solving) 5) สร้างความมั่นใจในการกินยาและร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทบทวนการบำบัดฝึกจัดยากินเองและประเมินผล

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) รูปแบบวัดผลก่อนและติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือน เปรียบเทียบผลระหว่างการบำบัดด้วยกลุ่ม ATG (กลุ่มทดลอง) และการบำบัดแบบปกติ TAU (กลุ่มควบคุม) ต่อคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ทัศนคติต่อการรักษาและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD -10 เข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2555 ในช่วงเดือนมกราคม 2555 ถึง มีนาคม 2555

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) มีอาการทางจิตสงบ โดยคะแนน HoNOS ทุกหัวข้อน้อยกว่าหรือ เท่ากับ 2 คะแนนและคะแนน BPRS น้อยกว่า 37 คะแนน 2) อายุตั้งแต่ 20-60 ปี การศึกษาตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สามารถอ่านออกเขียนได้ มีผู้ดูแล ภูมิลำเนาอยู่จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคามและกาฬสินธุ์ 3) เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาในเรื่องการรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา มีประวัติไม่มาตรวจตามนัด และการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำอย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งเป็นสาเหตุให้กลับมารักษาซ้ำหรือทำให้อาการกำเริบรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 4) ป่วยเป็นโรคจิตเภทนานไม่เกิน 15 ปี ไม่มีปัญหาทางสมอง (organic brain syndrome) หรือไม่มีภาวะปัญญาอ่อน ไม่ติดสุราหรือยาเสพติดอื่น ๆ ร่วมด้วย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม GPower3[20] ใช้สถิติเปรียบเทียบความแปรปรวน (F-test) ใช้ค่า Effect size ระดับปานกลางของ Cohen เท่ากับ 0.40 ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 กำหนดค่าอำนาจของการทดสอบ (β) เท่ากับ 0.80 ค่า Eta squared เท่ากับ 0.14 ผลการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 52 คน แต่สุ่มโดยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน เพื่อป้องกันการออกจากการศึกษา (dropout)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นโปรแกรมที่ใช้ในการทดลอง (study intervention) คือ โปรแกรมการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาแบบกลุ่ม (ATG) เนื้อหาประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพ และเตรียมความพร้อม (engagement) ทบทวนประสบการณ์ความคิดความเชื่อต่ออาการการเจ็บป่วยและการรักษา 2) ร่วมกันอธิบายอาการ สาเหตุการรักษา และประเมินการให้ความสำคัญการตระหนักต่อการรักษา ความมั่นใจที่จะร่วมมือในการรักษา ตลอดจนความพึงพอใจต่อการรักษา (Adherence assessment) 3) ขจัดและแก้ไขความลังเลใจที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษา 4) เสริมสร้างแรงจูงใจและแก้ไขปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษา (problem solving) 5) สร้างความมั่นใจในการกินยาและร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทบทวนการบำบัดฝึกจัดยากินเองและประเมินผล

การพัฒนาโปรแกรม ผู้วิจัยได้พัฒนาจากโปรแกรมของประคอง นาโพนทัน ซึ่งศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยของ Gray, et al.[14,18,21] กรอบแนวคิด Compliance therapy ของ Kemp, et al.[17] แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick[13] สำหรับเนื้อหาในการทำกลุ่มได้นำผลการวิจัยของ Maneesakron และคณะ[8] ร่วมกับประสบการณ์การบำบัดรายบุคคลด้วย AT ของผู้วิจัยมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ปรับปรุงและนำไปทดลองใช้แบบกลุ่มจนเหมาะสมกับบริบท

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์การวิจัย (research measurement) ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิต (Brife Psychotic Rating Scale: BPRS)ใช้เพื่อประเมินอาการทางคลินิก พัฒนาขึ้นโดย Overall & Gorham และนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์[22] จำนวน 18 ข้อ เป็นมาตราวัด 7 ระดับ หาความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach's alpha coefficiency ได้ 0.84

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติต่อการรักษา (Drug Attitude Inventory: DAI-30) พัฒนาโดย Hogan, Awad & Eastwood[23] มี 30 ข้อ ให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก หรือ ผิด ผ่านกระบวนการแปลเป็นภาษาไทยโดย Greco et al.[24] และ Larson et al.[25] และแปลกลับตามกระบวนการจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่นใหม่ในบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ด้วยวิธี Cronbach's alpha coefficiency มีค่าความเชื่อมั่น 0.79

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ผู้ศึกษาได้นำแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของ เพชรี คันธสายบัว[26] ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาตามแนวคิดของ Farragher เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับมี 16 ข้อ นำมาหาค่าความเชื่อมั่นได้ 0.70

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกการติดตามการรักษา (การมาตรวจตามนัด) 3 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ติดตามประเมินจากประวัติผู้ป่วย ซึ่งจะบันทึกในใบตรวจรักษา และข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ ซึ่งจะระบุวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นเตรียมการทดลอง เตรียมผู้วิจัยคือ ผู้บำบัดและผู้ช่วยโดยฝึกทักษะการบำบัดตามโปรแกรมร่วมกันจนชำนาญเตรียมทีมเก็บข้อมูล โดยประชุมชี้แจงทดลองใช้เครื่องมือ

ขั้นการดำเนินการทดลองมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการวิจัยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เลขที่ 01/2555 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีคุณสมบัติตามกำหนด ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการศึกษาวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการประเมินผลภายหลังดำเนินการวิจัยและประโยชน์ที่จะได้รับ สอบถามความสมัครใจของอาสาสมัครในการเข้าร่วมโครงการและให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ทั้ง 2 กลุ่ม ทำแบบประเมินทัศนคติต่อการรักษา และแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาก่อนเข้ากลุ่มบำบัด ดำเนินการตามแผนวิจัยโดย กลุ่มทดลองได้รับการบำบัด

ตามโปรแกรม ATG และการบำบัดแบบปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดตามปกติ

ขั้นสิ้นสุดการทดลองและติดตามผล เมื่ออาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่มได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรม ทีมเก็บข้อมูลจะติดตามประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือนด้วยเครื่องมือชุดเดิม โดยประเมินผลที่ตึกผู้ป่วยนอกที่ตรงกับวันนัดผู้ป่วยมารับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หรือการติดตามทางจดหมาย หรือใช้วิธีโทรศัพท์หรือใช้หลายวิธีตามความเหมาะสมโดยยึดความพร้อมและความต้องการของอาสาสมัครเป็นหลัก

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยายโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษา และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (repeated measures ANOVA) การติดตามผลการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและผลการเปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะข้อมูลทั่วไป

1.1 กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.7 ช่วงอายุ 21–30 ปี ร้อยละ 33.3 (อายุเฉลี่ย 34.53 ปี SD=6.27) สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 83.3 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาและประถมศึกษา ร้อยละ 43.3 และ 40.0 ตามลำดับ อาชีพเกษตรกรรม และรับจ้าง ร้อยละ 33.3 และ 30.0 ตามลำดับ มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 56.7 สถานภาพในครอบครัวเป็นบุตร ร้อยละ 50.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทอยู่ในช่วง 1–5 ปี ร้อยละ 50.0 รองลงมามีระยะเวลาเจ็บป่วยอยู่ในช่วง6–10ปี ร้อยละ 30.0 (ระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 6.83 ปี SD=4.51)

1.2 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.7 ช่วงอายุ 31–40 ปี ร้อยละ 46.7 (อายุเฉลี่ย 36.0 ปี SD=7.26) สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 70.0 ระดับการศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.3 และ 40.0 ตามลำดับ อาชีพเกษตรกรรม และค้าขาย ร้อยละ 30.0 และ 23.3 ตามลำดับ รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 63.3 สถานภาพในครอบครัวเป็นพี่/น้อง ร้อยละ 50.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.3 ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอยู่ในช่วง 6–10 ปี ร้อยละ 43.3 (ระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 8.10 ปี SD=4.22) เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติ F–test พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ทัศนคติต่อการรักษา และความร่วมมือในการรักษา ระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ทัศนคติต่อการรักษา พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอาการทางจิต ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่า แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ของกลุ่มทดลองแต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติต่อการรักษา พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่เพิ่มขึ้นมากกว่า และมีคะแนนอาการทางจิตที่ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)

4. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ทัศนคติต่อการรักษาและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาพบว่า วิธีการทดลองมีอิทธิพลต่อคะแนนอาการทางจิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58} = 23.07; p<0.000$) และระยะเวลาการทดลองมีอิทธิพลต่อคะแนนอาการทางจิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58} = 20.87; p<0.000$) และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองมีผลต่อคะแนนอาการทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58} = 1.30; p<0.022$)

วิธีการทดลองมีอิทธิพลต่อคะแนนทัศนคติต่อการรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($F_{1,58}$ = 102.01; p<0.000) และระยะเวลาการทดลองมีอิทธิพลต่อคะแนนทัศนคติต่อการรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58}$ = 36.53; p<0.000) และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองมีผลต่อคะแนนทัศนคติต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58}$ = 98.89; p<0.000)

วิธีการทดลองมีอิทธิพลต่อคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58}$ =41.53; p<0.000) ระยะเวลาการทดลองมีอิทธิพลต่อคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58}$ = 18.17; p<0.000) และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองมีผลต่อคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58}$ = 32.91; p<0.000) (ตารางที่ 2)

5. พฤติกรรมการดื่มสุราก่อนบำบัด 3 เดือน และหลังบำบัด 3 เดือน พบว่า ระยะก่อนบำบัดทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน (X^2=1.59, df=3, p=0.63) หลังทดลอง 3 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (X^2=14.67, df=3, p<0.05)

6. พฤติกรรมการมาตรวจตามนัดก่อนบำบัด 3 เดือน และหลังบำบัด 3 เดือนระยะก่อนบำบัดทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน (X^2=4.59, df=3, p=0.204) หลังทดลอง 3 เดือนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมมาตามนัดเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (X^2=32.27, df=3, p<0.05)

7. การกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหลังจำหน่าย 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองไม่กลับมารักษาซ้ำกลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3

การอภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ส่งผลต่อคะแนนทัศนคติต่อการรักษา คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นและคะแนนอาการทางจิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kemp, et al.[17] Maneesakorn et al.[8] Sim- Tay[16] Staring et al.[27] พบว่าผู้ป่วยมาตรวจตามนัดมากขึ้น การศึกษาดังกล่าวสรุปไปในทางเดียวกันว่า Adherence Therapy ช่วยพัฒนาทัศนคติ ความร่วมมือในการรักษา อาการทางจิต และการรับรู้อาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยโรคจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความพึงพอใจต่อการรักษาสูงขึ้น[28]

ผลลัพธ์ที่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยอธิบายได้ว่า โปรแกรมการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา มีการพัฒนามาอย่างเป็นระบบ ถือเป็นทางเลือกที่ดีในปัจจุบัน[14] มีการดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่มภายใต้สัมพันธภาพที่ดีเป็นพื้นฐานและการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อย่างต่อเนื่อง 5 ครั้งโดยครั้งที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยได้รู้ประโยชน์ของการเข้ากลุ่มภายใต้บรรยากาศที่ผ่อนคลายและความเข้าใจของผู้บำบัดทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจและกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเองบอกเล่าความรู้สึกทุกข์ทำให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น[30] เกิดการทำงานไปด้วยกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัด เป็นการเพิ่มพลังอำนาจ ไม่คุกคามหรือไม่บังคับและไม่ตีตราผู้ป่วยว่าเป็นโรคจิตเภท แต่การบำบัดเน้นที่อาการและผลกระทบจากอาการที่เป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ทำให้ลดแรงต้านในผู้ป่วย และนำไปสู่ความร่วมมือ อีกทั้งการไม่ตำหนิติเตียน ไม่คุกคามข่มขู่ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและความไว้วางใจได้ดีขึ้น ครั้งที่ 2 การร่วมกันอธิบายอาการ สาเหตุและการรักษาโดยรับฟังและเข้าใจในความคิดความเชื่อของผู้ป่วย ทำให้ผู้บำบัดเข้าใจพื้นฐานเดิมเป็นการให้เกียรติและคุณค่าซึ่งไม่ใช่การสอนสุขภาพจิตศึกษาทั่วไป แต่เป็นการให้ข้อมูลที่หมุนไปตามแรงต้านและเริ่มต้นที่ผู้ป่วย มีความยืดหยุ่นที่นำความคิดความเชื่อด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมาช่วยและความจริงใจในการช่วยเหลือของผู้บำบัดทำให้ผู้ป่วยร่วมมือและยอมรับข้อมูลใหม่ที่จำเป็นและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดความเชื่อตามกระบวนการกลุ่ม ครั้งที่ 3 การขจัดความลังเลใจโดยการพิจารณาข้อดีข้อเสียที่ให้ผู้ป่วยได้เห็นจริงและตัดสินใจในเรื่องการรักษาด้วยตนเอง โดยเอาเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคนเป็น

แรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา สร้างแรงจูงใจไม่บังคับ ครั้งที่ 4 คือ การช่วยแก้ปัญหาในทุกเรื่องที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษาของสมาชิก โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เสนอแนวทางช่วยเหลือที่สามารถปฏิบัติจริงได้จึงเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่องและในครั้งนี้ได้ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และการแก้ไขฤทธิ์ข้างเคียงของยาทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้เหมาะสมและมีความมั่นใจในการกินยามากขึ้น และ ครั้งที่ 5 เป็นการทบทวนให้กำลังใจและฝึกจัดยาอย่างถูกต้องเพิ่มคุณค่าและรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความมั่นใจในการรับประทานยามากขึ้นตลอดการบำบัดทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงจากเดิมเมื่อเปรียบเทียบ 3 เดือนก่อนและหลังบำบัด นอกจากนี้กระบวนการกลุ่ม (group process) มีปัจจัยการบำบัดเกิดขึ้นโดยสมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกและประสบการณ์ร่วมกัน เกิดความรู้สึกไม่โดดเดี่ยวสร้างความหวังและกำลังใจ (experience of commonality) การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและทัศนคติทำให้สมาชิกกลุ่มมีมุมมองที่ต่างไปจากเดิม ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่นและยังได้บอกเล่าถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงบางสิ่งบางอย่างของตนเองต่อผู้อื่น (commitment)[30] การบำบัดตามโปรแกรมนี้ส่งผลให้เกิดผลดีต่อการบำบัด กล่าวคือ ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษามากขึ้น อีกทั้งยังมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย จึงส่งผลให้อาการทางจิตลดลงและไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาครั้งนี้ อาจจะมีผลจากช่วงดำเนินการศึกษาเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาล บริบทการดูแลเรื่องการรับประทานยาและพฤติกรรมของผู้ป่วยยังอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของทีมพยาบาล และเมื่อกลับมาติดตามผลการรักษาในระยะ 1 เดือนแรกจึงทำให้ผลการบำบัดยังคงอยู่ การศึกษานี้ยังติดตามผลในระยะสั้น ควรมีการติดตามผลในระยะยาว ด้วยการศึกษาในบริบทหลังการจำหน่ายคือที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือบริบทชุมชน

2. การศึกษานี้วัดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาใช้วิธีการประเมินผลผ่านทางโทรศัพท์ ซึ่งอาจทำให้ได้ข้อมูลที่มีอคติได้ ควรมีการออกแบบการติดตามผลและประสานกับพยาบาลชุมชนหรือใช้การเยี่ยมบ้าน

3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานและมีระยะเวลาเจ็บป่วยต่ำกว่า 10 ปี อยู่กับครอบครัว ซึ่งลักษณะนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ยังไม่มีความเสื่อมด้านการรู้คิด มีการรับรู้ตนเองดี และมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมดีจึงจะทำให้การบำบัดแบบกลุ่มได้ผลดียิ่งขึ้น จึงควรศึกษากับกลุ่มผู้ป่วยที่มี dual diagnosis

4. ควรมีการถ่ายทอดเทคโนโลยีการบำบัดให้กับบุคคลากรในโรงพยาบาลเพื่อใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดผู้ป่วยในการให้บริการแบบมุ่งผลลัพธ์ และพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยการวางแผนพัฒนาสมรรถนะบุคคลากรให้มีทักษะการบำบัดและการศึกษาวิจัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.ประภาส อุครานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผศ.ดร.จินตนา ลิ้ละไกรวรรณ รศ.ดร สมพร รุ่งเรืองกลกิจ รศ.ดร กฤตยา แสวงเจริญ และ ดร.อิงคตา โคตรนารา ที่ช่วยชี้แนะจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

References

1. Kluge J, Bach K, Kessler M. Elevational distribution and zonation of tropical pteridophyte assemblages in Costa Rica. Basic and Applied Ecology 2008; 9: 35–43.
2. Kissling W. Compliance quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand Suppl 1994; 382:16-24.
3. Leucht S, Heres S. Epidemiology clinical consequences and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. J Clin Psychiatry 2006; 67(5): 3-8.
4. Robinson DG, Woerner MG, Alvir JM, Bilder RM, Hinrichsen GA, Lieberman JA. Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. Schizophr Res 2002; 57: 209-19.

5. Eaddy M, Grogg A, Locklear J. Assessment of compliance with antipsychotic treatment and resource utilization in a Medicaid population. Clin Ther 2005; 27: 263-72.
6. Wu EQ, Birnbaum HG, Shi L, Ball DE, Kessler RC, Moulis M, et al. The economic burden of schizophrenia in the United States in 2002. J Clin Psychiatry 2005; 66: 1122-29. [PubMed]
7. McIntosh AM, Colon L, Lawrie SM, & Stanfield AC. Compliance therapy for Schizophrenia (Review). The Cochrane collaboration; 2006.
8. Maneesakron S, Robso D, Gourna K, Gray. An RCT of adherence therapy for people witch schizophrenia in Chang Mai Thailand. Journal of clinical Nursing 2007; 16: 1302-12.
9. Khon Kaen Rajanakarinda Psychiatric Hospital. Objective plan in the year 2011.Department of Mental Health Ministry of Public Health; 2011.
10. Lincoin TM, Wilhelm K, Nestoriue Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse symptoms. Knowledge, adherence and functioning in psychotic disorder: a meta- analysis. Schizophrenia Res 2007; 232-45.
11. Razali MS, Yahya H. Compliance with treatment in schizophrenia: a drug intervention rogram in a developing country. Acta Psychiatrica Scandinavica 2010; 91(5): 331-35.
12. Kingdon D, Turkington D. Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia. NewYork Guilford; 1994.
13. Miller WR, Rollnick S. Motivation Interviewing Preparing People to Change Addictive Behavior. New York: The Guilford press; 1991.
14. Gray R,White J, Schulz M, Abderhalden C. Enhancing medication adherence in people with schizophrenia: An international program of research. International Journal of Mental Heaith Nursing 2010; 19: 34-36.
15. Napontun P. Adherence therapy for schizophrenic patient at Khon Kaen Rajanakarinda Psychiatric Hospital.[Indipendent study]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2009.
16. Tay CS. Compliance Therapy: An Intervene to Improve Inpatients' Attitude toward Treatment. Journal of Psychocial Nursing & Mental Health Services 2007; 6(45): 29-38.
17. Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. British Journal Psychiatry 1998; 172(12): 413- 19.
18. Gray R. Effect of a medication management training package for nurses on clinical outcome for patients with schizophrenia. The British Journal of Psychiatry 2004; 185: 157-62.
19. Weiden PJ. Interview. Psychosis Program in The Department of Psychiatry Chicago University; 2007.
20. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner AG. Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods 2007; 39 (2): 175-91.
21. Gray R, Leese M, Bindman J, Becker T, Burti L, Dvid A, et al. Adherence therapy for people with schizophrenia European multicentre randomized controlled trial. British journal of psychiatry 2006; 189: 508-14.
22. Department of Mental Health Ministry of Public Health. Yearly hospital psychiatry statistics.
23. Nonthaburi: an office develops the mental health, Department of Mental Health; 2006.Hogan TP, Awad AG, Eastwood MR. A self-report predictive of drug compliance in schizophrenia: reliability and discriminant ability. Psychol Med 1983; 13: 177-83.
24. Greco LD,Walop W, Eastridge L.Clinical epidemiology questionnaire development:3.Translationt: 3. Translation.Canada Medical Association Journal 1987; 136: 817-18.
25. Larson ML. Meaning -based Translation: A Guide to Cross Language Equivalence. University Press of America.USA; 1984.
26. Kanthasaibou P. Variable analysis separates the group schizophrenia patient who relaped and was not. [Thesis]. Bangkok: college graduate Jurarongkron University; 2001.

27. Staring ABP, Mulder CL, Duivenvoorden HJ, De Haan L, Van der Gaag M. Fewer symptoms vs. more side-effects in schizophrenia? Opposing pathways between entipsychotic medication compliance and quality of life. Schizophr Res 2010; 113: 27-33.
28. Anderson KH, Ford S, Robson D,Cassis J, Rodrigues C, Gray R. An exploratory randomized controlled trial of adherence therapy for people with schizophrenia. International Journal of Mental Health Nursing 2010; 19: 340-349.
29. Khumkom P, Sawangchareon K, Singhathit M. Psychodynamic Supportive Psychotherapy for Schizophreniain Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2009; 27(1): 62-72.
30. Rungreangkulkij S. Nursing care schizophrenia patient. 2th ed. Khon Kaen: Klungnana vitaya; 2006.

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและอาการทางจิต ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน ในกลุ่มทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ทัศนคติต่อการรักษา				
ภายในกลุ่ม	423.47	1	423.47	28.61*
ความคาดเคลื่อน	429.20	29	14.80	
พฤติกรรมความร่วมมือ				
ภายในกลุ่ม	1459.62	1	1459.62	40.66*
ความคาดเคลื่อน	1041.04	29	35.90	
อาการทางจิต				
ภายในกลุ่ม	566.96	2	283.48	8.83*
ความคลาดเคลื่อน	1863.04	58	32.12	

*$p < 0.05$

ตารางที่ 2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ทัศนคติต่อการรักษาและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
อาการทางจิต					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	1680.56	1	1680.56	23.07	<0.001
ความคาดเคลื่อนที่ 1	4224.98	58	72.84		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาการทดลอง	1454.55	1	1454.53	20.87	<0.001
ปฏิสัมพันธ์ วิธีการทดลอง*เวลา	90.84	1	90.84	1.30	<0.022
ความคาดเคลื่อนที่ 2	4043.29	58	69.71		

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ทัศนคติต่อการรักษา					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	1508.01	1	1508.01	102.01	<0.001
ความคาดเคลื่อนที่ 1	857.39	58	14.78		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาการทดลอง	469.81	1	469.81	36.53	<0.001
ปฏิสัมพันธ์ วิธีการทดลอง*เวลา	1271.68	1	1271.68	98.89	<0.001
ความคาดเคลื่อนที่ 2	745.84	58	12.86		
พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	1620.00	1	1620.00	41.53	<0.001
ความคาดเคลื่อนที่1	2262.44	58	39.01		
ภายในกลุ่ม					<0.001
ระยะเวลาการทดลอง	570.01	1	570.01	18.17	<0.001
ปฏิสัมพันธ์วิธีการทดลอง*เวลา	1032.63	1	1032.63	32.91	
ความคาดเคลื่อนที่ 2	1820.02	58	31.38		

* $p< 0.05$

Effect of Adherence Group Therapy Compared with Treatment As Usual on Schizophrenic Patients in Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

Juran Eungsamran B.N.S.* Prakong Napontan M.N.S.* Wachanee Hatthapanom M.N.S.*

Abstract

The purpose of this study to compare the effect of Adherence Group Therapy (AGT) and Treatment As Usual (TAU) on adherence of treatment, attitude, psychotic symptoms and relapse in schizophrenic patients. this is experimental research. Sample were schizophrenic patients who fulfill the inclusion criteria. Sample size was estimated by using GPower3 program and randomize into control and trial group (30 patients/group).The experimental group received five sessions for 60 minutes follow on AGT Program while The control group were in the TAU arm continued receiving standard care Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital clinical practice guideline (CPG). The measurement consisted of Brief Psychotic Rating Scale: BPRS, Drug Attitude Inventory (DAI-30) and Medication adherence scale. Pre assessment and follow up after 1 and 3 months were done subjects signed the voluntary consent. Data analyzed by using descriptive and repeated measures ANOVA. The research following ethical approval obtained from the Institude of Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital.

Result: There was no significant difference in baseline scores of Drug Attitude, Medication adherence and psychotic symptoms between groups. At 1 and 3 months follow up found higher score of Drug Attitude and Medication adherence and lower score of psychotic symptoms both groups. but the group with AGT had higher Drug Attitude, Medication adherence score, and lower psychotic symptom than control group significantly (0.05) and no relapsing within 3 months after discharge.This study reflect good outcome, that recommended potential choice outcomes service and continue to develop personnel capacity adherence therapy skill and research continually.

Keywords: Schizophrenic Patients, Adherence behavior, Attitudes toward treatment

*Registered nurse, Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

**Registered Nurse, Senior Professional Level, Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital