



นิพนธ์ต้นฉบับ การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริม สร้างแรงจูงใจ ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

สุกฤดียา กุลศรี, พย.ม.*

เพ็ญนภา แดงค้อมอุทธร, ปร.ค.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ

วัสดุและวิธีการ : เป็นการศึกษาในกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 20 คน มีประวัติรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มารักษาซ้ำตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป และป่วยเรื้อรังมานานกว่า 2 ปีขึ้นไป โดยประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชื้อวโสธร (2545) ซึ่งคะแนน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ 1.00 – 3.49 คือคะแนนต่ำมากถึงปานกลาง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยเครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเชื่อมั่น .94 , .70 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (paired t - test)

ผล : พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป : โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเภทมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมและรายด้านมากขึ้น

คำสำคัญ : การเสริมสร้างแรงจูงใจ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา



A STUDY OF USING PSYCHOEDUCATION PROGRAM EMPHASIZING MOTIVATION ENHANCEMENT ON MEDICATION ADHERENCE BEHAVIORS

*Sukritiya Kulsri, M.Ns.**

*Pennapa Dangdomyouth, Ph.D.***

Abstract

Objective : The purpose of this study was to compare medication adherence behaviours in schizophrenic patients at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Materials and Methods : The samples consisted of 20 schizophrenic patients who met the inclusion criteria. The instruments of this study psychoduction program emphasizing motivation enhancement on medication adherence behaviours in schizophrenic patients. The instruments were examined for content validity and tested for reliability. Statistical techniques used for data analysis were mean, standard deviation and paired t – test.

Results : At the end of experiment, medication adherence behaviors behaviors in schizophrenic patients was significantly higher than before test, at the .05 level.

Conclusion : psychoduction program emphasizing motivation enhancement on medication adherence behaviours in schizophrenic patients was effectives.

Key words : Emphasizing motivation enhancement, Medication adherence behaviours, Psychoeducation program, Schizophrenia

*Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุด โดยมีความชุกร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลก และมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5 : ประชากร 100,000 คนต่อปี¹ ถึงแม้ว่าโรคจิตเภทจะไม่ใช่สาเหตุของการตายแต่เป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีผลกระทบมากต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากเป็นโรคที่เรื้อรังและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ ซึ่งในทางเศรษฐศาสตร์นับว่าเป็นการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม และโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและมีพฤติกรรมการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์² มักเกิดอาการตั้งแต่อายุน้อยๆ การดำเนินโรคมียุทธศาสตร์ค่อยเป็นค่อยไปและไม่หายขาดเป็นปกติเหมือนเดิมและการกลับป่วยซ้ำของโรคจิตเภทเป็นปัญหาที่สำคัญมีปัจจัยเกี่ยวข้องซับซ้อน โดยสาเหตุที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา มีพฤติกรรมมารับประทานยาไม่ถูกต้องเนื่องจากการรับประทานยาทางจิตเวชนั้นต้องใช้ระยะเวลานานและอาจเกิดอาการข้างเคียงของยาทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายขาดแรงจูงใจในการรักษา³ สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์รักษามาจากการที่ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการ และขาดแรงจูงใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง⁴ ซึ่งความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นจุดสำคัญในการปรับเปลี่ยนให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจที่จะนำไปสู่พฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเฉพาะถ้าความรู้ที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยที่สามารถทำความเข้าใจ นำไปใช้ได้จริง จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น⁶

จากข้อมูลสถิติจำนวนรับผู้ป่วยไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ปีงบประมาณ 2549 – 2551 มีจำนวน 4,057 ราย, 3,650 ราย และ 4,040 ราย ตามลำดับ⁷ มีผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 2,062 ราย 1,915 ราย และ 2,125 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.83 , 52.47 , 52.60 ตามลำดับ⁸ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการป่วยซ้ำโดยส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจในภาวะโรค และขาดแรงจูงใจในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งพยาบาลจิตเวชที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำเป็นต้องหาวิธีการให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและอยู่ในสังคมได้ยาวนาน ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำจนกลายเป็นโรคเรื้อรัง หรือเกิดพยาธิสภาพที่ถาวรมากขึ้น⁴ โดยการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งการปฏิบัติกรพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เมื่อต้องกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนเป็นสิ่งที่จำเป็น

ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงสนใจนำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al.⁹ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยประยุกต์การเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นแนวคิดของ Miller & Rollnick¹⁰ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยอาศัยทฤษฎีลำดับขั้นตอนของแรงจูงใจช่วยในการเปลี่ยนแปลง (Stage of Chang) ของ Prochaska & DiClemente¹¹ เป็น

องค์ประกอบของการให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ลดการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการศึกษา (The One Group Pre test - Post test Design) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เจ้าพระยา มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์ของบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) มีประวัติขาดยารับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มารักษาซ้ำครั้งที่ 2 และป่วยเรื้อรังมานานกว่า 2 ปีขึ้นไปเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยชายและหญิง และมีอาการอยู่ระยะเรื้อรัง บำบัดและบำบัดระยะยาว ซึ่งใช้เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยทางจิตของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เกณฑ์การคัดเข้า เป็นผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถูกต้อง ควบคุมตนเองได้ สามารถดูแลตนเองการทำกิจวัตรประจำวัน เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและทักทายผู้ป่วยอื่นหรือบุคลากรได้ สามารถฟังและแสดงความคิดเห็นหรือบอกความรู้สึกของตนเองได้ ไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร์ เชี่ยวโสธร¹² ซึ่งจะแนบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ 1.00 – 3.49 คือคะแนนต่ำมากถึงปานกลาง เกณฑ์การคัดออก ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้มี 4 ชุด คือ

1) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ศึกษาได้นำแนวทางการให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill) ประยุกต์การเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นแนวคิดของ Miller & Rollnick¹⁰ เป็นองค์ประกอบของการให้สุขภาพจิตศึกษาประกอบด้วย 4 กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินการ 3 สัปดาห์ติดต่อกัน ขั้นตอนการศึกษา แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ในสัปดาห์แรกดำเนินกิจกรรมที่ 1 และ 2 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 และสัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60 นาที จนครบ 4 กิจกรรม ซึ่งในการดำเนินการทั้ง 4 กิจกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ กำหนดขั้นตอนการสร้างโปรแกรม

2) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของ สรินทร์ เชี่ยวโสธร¹² ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher¹³ โดยวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ลักษณะของเครื่องมือประกอบด้วย ข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ข้อคำถามที่ 1-9 เป็นด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา ข้อคำถามที่ 10-18 เป็นด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94

3) แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่สร้างโดย จิราพร รีกการ (2547) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมี จำนวน 19 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 11 ข้อ ด้านลบ 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูกหรือผิด ซึ่งข้อคำถามครอบคลุมเนื้อหาในเรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยา การปฏิบัติตัวต่อการรักษา ความผิดปกติที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาและแนวทางแก้ไข ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.70

4) แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (Treatment Motivation Questionnaire) ตามแนวคิดทฤษฎีการกำหนดด้วยตนเองของ Deci & Ryan¹⁴ พัฒนาเครื่องมือโดย Ryan, Plant, & O'Malley¹⁵ แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย สวัสดิ์ เทียงธรรม และ ภัทรภรณ์ หุ่นปั้นคำ มีจำนวน 26 ข้อ ได้แก่ แรงจูงใจภายนอก จำนวน 4 ข้อ แรงจูงใจภายใน จำนวน 11 ข้อ การแสวงหาการช่วยเหลือ จำนวน 6 ข้อ ความมั่นใจในแผนการรักษาจำนวน 5 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของ นำมาแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองมีจำนวน 20 คน ผู้ป่วยจิตเภทเป็นเพศชาย และหญิงจำนวน 10 คน เท่ากัน ส่วนมากอายุอยู่ในช่วง 20 – 29 และ 40 – 49 ปี สถานภาพโสด การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง และมีรายได้ 10,001 – 20,000 บาท

ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 1, 2 และ 3)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	ก่อนการได้รับโปรแกรม		หลังการได้รับโปรแกรม		t
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
การใช้ยาตามแผนการรักษา	13.25	2.19	38.40	7.30	-15.45*
ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา	13.20	1.90	39.80	4.59	-25.64*
รวม	26.40	3.15	78.20	10.41	-23.14*

* $p < .05$

จากตารางที่ 1 พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

โดยรวมและรายด้าน ถูกต้อง ดีขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รายข้อ ก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	ก่อนการได้รับโปรแกรม		หลังการได้รับโปรแกรม		t
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา					
หยุดยาเองเมื่อมีอาการทางจิตดีขึ้น**	1.40	.50	3.90	1.37	-8.23
ทานลิเทียม**	1.55	.51	4.15	1.08	-8.85
ทานกินยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น**	1.20	.41	3.60	1.84	-6.00
ทานหยุดกินยาโดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ**	1.45	.51	4.25	1.29	-0.10
ทานกินยาตรงตามเวลา**	1.45	.51	4.65	.67	-6.00
ทานเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง**	1.50	.60	4.65	.93	-3.54
ทานกินยานอนหลับเพิ่มโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง**	1.65	.48	4.55	.88	-3.39
ทานกินยาครบตามที่แพทย์สั่ง	1.55	.51	4.30	1.26	-8.50
ทานเคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง**	1.45	.51	4.35	1.18	-0.02
รวม	13.25	2.19	38.40	7.39	-5.45

** ข้อความทางลบ

จากตารางที่ 2 พบว่าภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

การรักษา ด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รายข้อ ดังกล่าวถูกต้อง ดีกว่าก่อนการใช้ โปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รายข้อ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	ก่อนการได้รับโปรแกรม		หลังการได้รับโปรแกรม		t
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา					
เมื่อมีอาการผิดปกติ จากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที	1.50	.51	4.25	1.07	-10.56
เมื่อมีอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ท่านกินยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งให้	1.30	.47	4.00	1.21	-8.30
ท่านขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษา เมื่อมีอาการ ทางจิตไม่ดีขึ้น	1.35	.48	4.05	1.09	-11.17
ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ในเรื่อง การใช้ยา	1.55	.60	4.65	.67	-13.58
เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย ท่านหยุดกินยาทันที โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์**	1.65	.48	4.60	.75	-14.87
แม้มีอาการทางจิตดีขึ้น ท่านยังมารับยาสม่ำเสมอ	1.60	.50	4.65	.74	-14.44
ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	1.45	.51	4.70	.65	-18.48
เมื่อขาดยา ท่านซื้อยารักษาอาการทางจิตตามร้าน มากินเอง โดยไม่ได้พบแพทย์**	1.45	.51	4.60	.88	-14.25
ท่านปรึกษาทeamสุขภาพ เมื่อมีปัญหาหรือมีอาการ ผิดปกติจากการใช้ยา	1.35	.48	4.30	1.129	-12.00
รวม	13.20	1.90	39.80	4.59	-25.64

** ข้อความทางลบ

จากตารางที่ 3 พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้ป่วยจิตเภท มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านความสามารถในการสังเกตและ

จัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ถูกต้อง ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุด ถึงแม้ว่าโรคจิตเภทจะไม่ใช่สาเหตุของการตาย แต่เป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีผลกระทบมากต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากเป็นโรคที่เรื้อรัง และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ ในส่วนการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับไพรัตน์ พฤษชาดิคุนากร¹⁷ ที่กล่าวว่าประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาจะอยู่ในช่วงอายุ 15-54 ปี และในช่วงอายุวัยผู้ใหญ่ถือว่าเป็นช่วงที่บุคคลมีคุณภาพ มีพัฒนาการในการดูแลตนเองสูงสุด สามารถประเมินสถานการณ์และตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเองได้¹⁸ พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 65 สอดคล้องกับการศึกษาของ Brown พบว่าผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและมีการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่เป็นโสด เนื่องจากขาดการสนับสนุนจากคู่สมรส ขาดที่ปรึกษา และแรงจูงใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ส่วนจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มากที่สุดเป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไป ร้อยละ 45

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมและรายด้าน ถูกต้อง ดีขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมหลังการได้รับโปรแกรมพบว่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม ก่อนการได้รับโปรแกรมและเมื่อจำแนกค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ออกเป็นรายด้าน ประกอบด้วยด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียง

ของยา พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา หลังการได้รับโปรแกรม พบว่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการได้รับโปรแกรม และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา หลังการได้รับโปรแกรม พบว่า สูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาก่อนการได้รับโปรแกรม

จากผลการศึกษาพบว่าภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ดีขึ้น เนื่องจากกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ ตามแนวคิดของ Anderson et al.⁹ เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม (Joining) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) โดยเฉพาะทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ซึ่งการพัฒนาความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท มีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เป็นปัญหา อีกทั้งการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick¹⁰ ใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ “FRAMES” ประกอบด้วย การให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของปัญหาการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองในการตัดสินใจว่าจะร่วมมือในการรักษาด้วยยา การให้คำแนะนำที่มีประโยชน์และจำเป็นต่อ

การตัดสินใจ การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ ได้แก่การรักษาด้วยยาต้านประทุพ การรักษาดด้วยยาจิตและการรักษาด้วยยาต้านประทุพและยาจิตควบคู่กันไป และการบำบัดด้วยวิธีการอื่น การส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าสามารถรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องได้ให้ความหวังและกำลังใจ และการพัฒนาทักษะการจัดการและรับประทุพยาด้วยตนเองถูกต้องทั้งขนาดเวลาชนิดและวิธีการ สามารถสังเกตอาการข้างเคียงของยา และการแก้ไขเบื้องต้นโดยใช้หลักเสริมแรงทางบวก มีแผนพบและคู่มือการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีแรงจูงใจที่จะกระทำ และมีความภูมิใจจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยทดลองปฏิบัติรวมทั้งการสังเกตอาการกำเริบของโรคจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เกิดการบริหารยาได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาได้ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น

นอกจากนี้กิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เช่น ในกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และการใช้เทคนิค “OARS” การใช้คำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening) การสรุปความ (Summarization) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยืนยันสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึก เป็นการพูดเพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง การพูดคุยและอภิปรายประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยตามแนวคิดและประสบการณ์ การรักษาที่ผ่านมา ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินของโรคและวิธีการจัดการเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเห็นถึงการขาดยาและการป่วยซ้ำจากการหยุดยาและกลับมารักษาในโรงพยาบาลจะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น ในกิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้

ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในขั้นตอนนี้ใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ “FRAMES” เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นปกติ และในกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาใช้ “FRAMES” เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค และในกิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการรับประทุพด้วยตนเองอย่างถูกต้องโดยใช้หลักเสริมแรงทางบวก และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการรับประทุพยาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

สามารถผสมผสานโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจเข้าไว้ในงานประจำของหอผู้ป่วยเพื่อใช้กับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเวชรายอื่นๆ ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายได้ ควรมีการประสานกับงานจิตเวชชุมชน เพื่อติดตามและประเมินผลสัมฤทธิ์ตลอดจนความคงทนของแรงจูงใจ ที่มีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.อรพรรณ ลีอนุวัธชัย และ คุณอัญชลี ศรีสุพรรณ ให้คำชี้แนะแนวทางให้คำปรึกษา ให้กำลังใจตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และขอบคุณ คุณสรินทร เชื้อวโสธร คุณสวัสดิ์ เทียงธรรม คุณจิราพร รักการ ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. Synopsis of psychiatry. 9th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1998.
2. สมภพ เรืองตระกูล และคณะ. คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์; 2543.
3. เกษม ตันติผลาชีวะ. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2536.
4. Kaplan, H.I., Sadock, B.J. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995.
5. พรทิพย์ วชิรดิกล และ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. ผลของโปรแกรมการปรึกษารายบุคคลตามแนวความคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2550; 16 (1): 41-50.
6. Bond, W.S., & Hussar, D.A. Detection method and strategies for improving medication compliance. American Journal of Hospital Psychiatry 1991; 48: 1978-1988.
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. <http://www.dmh.go.th/report/patient/ipd.asp>. [Online]; 2552.
8. สารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา; 2551.
9. Anderson, C.M., Hogarty, G.E. & Reiss, D.J. Family treatment of adult schizophrenic patients: A psychoeducation approach. Schizophrenic Bulletin ; 1980. 6(3): 490-505.
10. Miller W. R. & Rollnick S. Motivation Interviewing Preparing People to Change Addictive Behavior. New York: The Guilford press; 1991.
11. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors, in Addictive Behaviors: Readings on Etiology, Prevention, and Treatment. Edited by Marlatt GA, VandenBos GR. Washington, DC, American Psychological Association Press 1997; (2), 671-696.
12. สรินทร เชี่ยวโสธร. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษามหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2545.
13. Farragher, B. Treatment compliance in the mental health service. Iris Medication Journal. 1999; 92 (6), 1-3.
14. Deci, E.L., & Ryan, R.M. Self-determination theory an approach to human motivation and personality. Retrieved January 5, 2009, from <http://www.Urpress.com/htm>; 1991.
15. Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. Treatment motivations questionnaire. Retrieved December 20, 2008, from <http://www.Sdt/Questionnaire/> self-regulation questionnaire treatment ; 1995.
16. ไพรัตน์ พุกยชาติคุณากร. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่. ชัยงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์; 2542.
17. Orem, D.E. Nursing Concepts of Practice. 5th ed. St. Louis: Mosby Year Book ; 1995.
18. มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุนัขย์. โรคจิตเภท. จิตเวชศาสตร์รายาธิบติ ฉบับพิมพ์ ครั้งที่ 2 : กรุงเทพฯ บริษัทปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด ; 2550.
19. Ran M.S., Xiang MZ., & Chan, CL. Effectiveness of psycho educational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia - a randomised controlled. Soc Psychiatry Epidemiol 2003; Feb; 38 (2) : 69-75 .