

ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง
ทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
ของผู้ป่วยจิตเภท

The Effect of Therapeutic Relationship Combined
with Telephone Continuing Care Program on
Medical Adherence in Persons with
Schizophrenia

รฐานุช โพธิ์งาม* ยุปิน อังสุโรจน์** สุนิสา สุขตระกูล***

Rathanooch Phongam, R.N.,* Yupin Aungsuroch, R.N., Ph.D.,** Sunisa Suktrakul, R.N., Ph.D.***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 2) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและเข้ารับการรักษาระหว่างผู้ป่วยใน ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 30 คน ได้รับการจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ และถูกสุ่มเข้ากลุ่ม โดยเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 2) คู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 3) แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย และ 4) แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยเครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 4 มีความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและการทดสอบ t-test

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

E-mail: pookie.icon@gmail.com

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University



มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในระยะหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ดีวก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นกว่ากลุ่มที่รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : สัมพันธภาพบำบัด การดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

Abstract

This research was a quasi-experimental nonequivalent group design. The objectives were to compare: 1) medical adherence of persons with schizophrenia before and after received therapeutic relationship combined with telephone continuing care program and 2) medical adherence of persons with schizophrenia who received therapeutic relationship combined with telephone continuing care program and those who received regular nursing care. The samples of 30 persons with schizophrenia who met the inclusion criteria were recruited from inpatient department, Somdetchaopraya Instituted of Psychiatry. The samples were matched pair with sex then randomly assigned into group either experimental 15 subjects and control group 15 subjects. The research instruments consisted of: 1) the therapeutic relationship combined with telephone continuing care program, 2) manual for after discharge care of schizophrenia patients, 3) the relationship between nurse and patient form, and 4) the medication adherence scale. All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The 4th instruments had Cronbach's alpha coefficient reliability of 0.88. The data was analyzed using descriptive statistics and t-test.

The conclusions of this research were as follow :

1) Medical adherence of persons with schizophrenia who received therapeutic relationship combined with telephone continuing care program measured at the end of the intervention and at 4 weeks post intervention were significantly better than that pre intervention, ($p < .05$).

2) Medical adherence of persons with schizophrenia who received therapeutic relationship combined with telephone continuing care program measured at the end of the

intervention and at 4 weeks post intervention were significantly better than those who received the regular nursing care, ($p < .05$).

Keywords : therapeutic relationship, telephone continuing care, persons with schizophrenia, medical adherence

≡ ความเป็นมาและความสำคัญของ ≡ ปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ ภาษา และพฤติกรรม มีความบกพร่องในการตัดสินใจ การทำหน้าที่ การงานและการเข้าสังคม¹ องค์การอนามัยโลกจัดให้ติดอันดับหนึ่งในสามของโรคที่มีผลทำให้สูญเสียสมรรถภาพ (Disabling effect) มากที่สุด² และพบมากที่สุดของโรคทางจิตเวช ทั้งนี้อุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภทพบประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก³ ทั่วโลกพบมากกว่า 21 ล้านคน¹ สำหรับในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ารับการรักษามากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชคิดเป็นร้อยละ 18.41⁴ จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการคิดเป็นอัตราร้อยละ 52.31, 52.18 และ 51.07 ในปี พ.ศ. 2557, 2558 และ 2559 ตามลำดับ⁵ แนวคิดในปัจจุบันเชื่อว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านพัฒนาการทางระบบประสาท (Neuro developmental disorder) และพบความผิดปกติในการทำงานของสมองหลายบริเวณ การรักษาด้วยยาเป็นหัวใจสำคัญเพื่อลดความรุนแรงและควบคุมอาการ ทั้งนี้ยังใช้ได้ผลดีในการรักษาระยะยาวสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสำคัญต่อการกำเริบของโรค เนื่องจากผู้ป่วยที่มีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผลการรักษาดีและมีประสิทธิภาพ⁶

ผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลมักพบปัญหาที่สำคัญ คือ มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาลดลง พบว่า ร้อยละ 68.7 ของผู้ป่วย ไม่ได้รับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ คือ ใช้ยาไม่ถูกขนาดและไม่รับประทานยาตามเวลา⁷ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นปัญหาที่ความยุ่งยากซับซ้อนในผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบและกลับมารักษาซ้ำ⁸ จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีผู้ป่วยจิตเภทที่มีการกลับเข้ามารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลซ้ำก่อน 28 วัน มีอัตราสูงถึงร้อยละ 8.48, 7.23 และ 7.82 ในปี พ.ศ. 2557, 2558 และ 2559 ตามลำดับ⁹ และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการขาดการมารับการรักษาและร้อยละ 56 มีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คือ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ทำให้มีการกลับเป็นซ้ำ¹⁰ และในผู้ป่วยที่มีการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้นและทำให้ศักยภาพแทบทุกด้านของผู้ป่วยเสื่อมลง¹¹ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หรือ Medical adherence เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพจิตอย่างเต็มที่ เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสังเกตอาการข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาได้ โดยแสดง

ออกมา 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ และใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์

Oehl, Hummer, Fleischhacker¹² แบ่งกลุ่มปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาว่าเกิดจากปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ลักษณะอาการเจ็บป่วย เกิดจากพยาธิสภาพทางจิต 2 ลักษณะ ได้แก่ ความคิดหลงผิดคิดว่าตนเองใหญ่โต และอาการทางลบการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ความเพียงพอของรายได้ การมีผู้ดูแลเรื่องการใช้ยา ครอบครัวมีความสำคัญทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา คือ การนำผู้ป่วยมาตรวจตามนัด การกระตุ้นเตือนให้มาพบแพทย์ รวมทั้งการเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา¹³ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว การรับรู้ทัศนคติของสังคมต่อการรักษาทางจิต ทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนและมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา 3) ปัจจัยด้านการรักษา ประกอบด้วย วิธีการใช้ยา ความซับซ้อนของการรักษา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา 4) ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้บำบัดและผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น¹⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางแก้ไขปัญหานี้ พบการศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทหลายรูปแบบ เช่น การศึกษาของ ลีรินทร เชี่ยวโสธร¹⁵ พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยได้พัฒนาการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น การสนับสนุนความรู้และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพช่วยพัฒนาความร่วมมือ ความเชื่อมั่นในความสามารถและควบคุมโรคได้ดีขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์¹⁶ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดอันดับแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ จะเห็นว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้จากการศึกษาของ Beebe และคณะ¹⁷ พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก พยาบาลสามารถใช้การดูแลทางโทรศัพท์เป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นได้

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้วยบริบทในปัจจุบันที่พบว่า โทรศัพท์เป็นเครื่องมือสื่อสารหนึ่งที่สะดวกประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์โดยใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพ



ระหว่างบุคคลของ Peplau¹⁸ และประยุกต์ร่วมกับ TIPS : Telephone Intervention-Problem Solving for persons with Schizophrenia ของ Beebe, Tian¹⁹ ที่กล่าวถึงการใช้สัมพันธภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้โทรศัพท์ดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) และผู้สอน (Teaching) ในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด โดยใช้ขั้นตอนของสัมพันธภาพบำบัดทั้ง 4 ระยะ ประกอบด้วย

1. ระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (Orientation phase) ดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ผู้วิจัยช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง
2. ระยะระบุปัญหา (Identification phase) ผู้วิจัยช่วยผู้ป่วยในการค้นหาปัญหา
3. ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา (Exploitation phase) ผู้วิจัยช่วยให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายใหม่ในลักษณะของการแก้ปัญหา และทำให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้
4. ระยะสรุปผล (Resolution phase) ผู้วิจัยมีการประเมินผลหลังจากที่ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองภายใต้การช่วยเหลือจากผู้วิจัยจนปัญหาได้รับการแก้ไข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

การดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ดีวก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ดีวกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์โดยใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau¹⁸ และประยุกต์ร่วมกับ TIPS : Telephone Intervention-Problem Solving for persons with Schizophrenia ของ Beebe, Tian¹⁹ ที่กล่าวถึงการใช้สัมพันธภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้โทรศัพท์ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีกรอบแนวคิด ดังนี้



โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face ครั้งที่ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ

กิจกรรมที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face ครั้งที่ 2) เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจอย่างต่อเนื่อง และบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย

กิจกรรมที่ 3 สร้างสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ (โทรศัพท์ครั้งที่ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 4 การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (โทรศัพท์ครั้งที่ 2)

กิจกรรมที่ 5 การสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา (โทรศัพท์ครั้งที่ 3)

กิจกรรมที่ 6 การมาตรวจตามนัด (โทรศัพท์ครั้งที่ 4)

กิจกรรมที่ 7 ทบทวนการปฏิบัติโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face ครั้งที่ 3)

กิจกรรมที่ 8 การจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (แอลกอฮอล์และสารเสพติด) (โทรศัพท์ครั้งที่ 5)

กิจกรรมที่ 9 การจัดการกับความเครียด (โทรศัพท์ครั้งที่ 6)

กิจกรรมที่ 10 สิ้นสุดสัมพันธภาพและประเมินผลโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face ครั้งที่ 4)

**พฤติกรรมการใช้ยาตาม
เกณฑ์การรักษา^{7,20}**

- ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา
- ด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) โดยใช้รูปแบบการเปรียบเทียบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน (The non-equivalent comparison-group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0 - F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD - 10) ที่เข้ารับการรักษาแผนก

ผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชของรัฐ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0 - F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD - 10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยมีการคำนึงถึงการกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสมกับการวิจัยแบบกึ่งทดลอง คือ ควรมีกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 30 คน²¹ แต่เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง



(Drop out) ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) คือ 1) มีอาการทางจิตสงบโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) คะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน 2) มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ระหว่าง 1.50 - 3.49 คือ มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับต่ำถึงปานกลาง 3) สามารถพูดสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาของการพูดหรือการได้ยิน 4) สามารถอ่านหนังสือออก เขียนได้ 5) มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ 6) สมัยใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) มีอาการแทรกซ้อนทางกายที่ไม่สามารถควบคุมได้และอาการทางจิตกำเริบขณะดำเนินการวิจัย 2) ขอดอนตัวออกจากการศึกษา จากนั้นจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่ได้โดยใช้ เพศ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัย จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1) โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากทฤษฎีสัมพันธภาพบำบัดของ Peplau¹⁸ และประยุกต์ร่วมกับ TIPS : Telephone Intervention-Problem Solving for persons with Schizophrenia ของ Beebe, Tian¹⁹ 2) คู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 3) แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยของ Forchuk, Brown แปลโดย ดวงกมล สรรบุรี²² ผู้วิจัยนำมาปรับให้เหมาะสมในการประเมินสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบประเมินที่

ผู้วิจัยใช้ในการประเมินผลการสร้างสัมพันธภาพแต่ละระยะระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยขณะดำเนินกิจกรรมทางโทรศัพท์ทุกกิจกรรม พร้อมทั้งระบุปัญหา อุปสรรค และสิ่งที่พบระหว่างการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การแปลผล การประเมินระยะสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยแต่ละระยะ ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินขณะพูดคุยทางโทรศัพท์ ไม่ว่าจะเป็นการพูดแสดงความรู้สึกหรือการเล่าปัญหาของตนเอง โดยนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลในตารางซึ่งบ่งชี้ถึงระยะของสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น เกณฑ์กำกับการทดลอง ใช้ประเมินสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ขณะที่ผู้วิจัยให้การดูแลทางโทรศัพท์ โดยกำหนดเกณฑ์ให้สัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเข้าสู่ระยะระบุปัญหา (Identification phase)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และประวัติการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด 2) แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สิริวัชร เชี่ยวโสธร¹⁵ ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher⁷ และเพชรคันธสายบัว²⁰ ซึ่งประกอบด้วย 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) ใช้อย่างต่อเนื่องไม่หยุดยาเอง 2) ใช้อย่างถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา 3) ใช้อย่างตรงตามเวลา 4) หากมีการผิดพลาดไม่ควรเกินสองครั้งต่อสัปดาห์หรือติดต่อกันสองมือ และ 5) ใช้อย่างถูกต้องขนาดโดยไม่ลดหรือเพิ่มยาเองโดยไม่ได้รับการปรึกษาแพทย์ ลักษณะเครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ คำถาม



ข้อที่ 1- 9 เป็นด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนรักษา คำถามข้อที่ 10-18 เป็นด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ข้อคำถามแบ่งออกเป็นข้อความทางลบ 9 ข้อ และทางบวก 9 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยทำ นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทำเป็นประจำ ซึ่งกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ สำหรับการคิดคะแนน ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อ คำถามและข้อที่มีคะแนนทางลบได้กลับค่าคะแนนก่อนนำมาคิดคะแนนรวม แล้วรวมค่าคะแนนรายด้านและรวมทุกด้านมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตรวัด 5 ระดับและแปลความหมาย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50 - 5.00	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับดีมาก
3.50 - 4.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับดี
2.50 - 3.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับปานกลาง
1.50 - 2.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับต่ำ
1.00 - 1.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับต่ำมาก

≡ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ≡

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

(Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือ 3 ชุด ประกอบด้วย 1) โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 2) แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และ 3) แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล และผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับการประเมินทางโทรศัพท์ ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ซึ่งผลการตรวจสอบ CVI = 0.91, 0.83 และ 1 ตามลำดับ ส่วนโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ หลังจากปรับแก้กิจกรรมดังข้างต้นเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

จำนวน 5 คน แล้วมีการปรับปรุงอีกครั้งเพื่อให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัย

นำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) โดยรวม เท่ากับ 0.88

≡ การพิกัดย์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ≡

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ พร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผ่านการรับรองโครงการวิจัย รหัสโครงการ 009/2560 ระยะเวลาอนุมัติมีผลตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึง

วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2561

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

1. ระยะเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Pre-test) และทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 ในส่วนของกลุ่มทดลองผู้วิจัยจะมีการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ กิจกรรมที่พยาบาลได้ทำให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้แก่ การประเมินด้านร่างกายและจิตใจ การให้ข้อมูลเรื่องแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ การบำบัดดูแลต่อเนื่อง การเข้ากลุ่มบำบัดตามตารางกิจกรรมของหอผู้ป่วยประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 กลุ่มพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท (Psychoeducation schizophrenia) และกลุ่มฝึกจัดยาด้วยตนเอง (Self-medication group) สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มนันทนาการบำบัด (Recreation group) และกลุ่มออกกำลังกาย (Exercise group) สัปดาห์ที่ 3 กลุ่มชุมชนบำบัด (Therapeutic communication group) และกลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประคอง (Psychotherapy group) สัปดาห์ที่ 4 กลุ่มจัดการกับความโกรธ (Anger control group) และกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรคฮันซัน (MS) และภาวะน้ำเกิน (PIP) สัปดาห์ที่ 5 กลุ่มผ่อนคลายความเครียดเบื้องต้น (Relaxation group) และกลุ่มดูแลสุขภาพ

ตนเอง (Self-care group) การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย/การส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก

ระหว่างดำเนินการทดลองพบผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จำนวน 2 คน มีการกลับไปใช้สารเสพติด และต้องกลับมารักษาซ้ำ ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจำนวน 3 คน มีอาการทางจิตกำเริบต้องกลับมารักษาซ้ำ ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ภายหลังการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมจนครบทั้ง 10 กิจกรรม ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Post-test) และนัดพบกลุ่มควบคุมเพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และอีกครั้งหลังการทดลอง 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยผู้วิจัยนำข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ การวิเคราะห์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมและรายด้านโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) และเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย

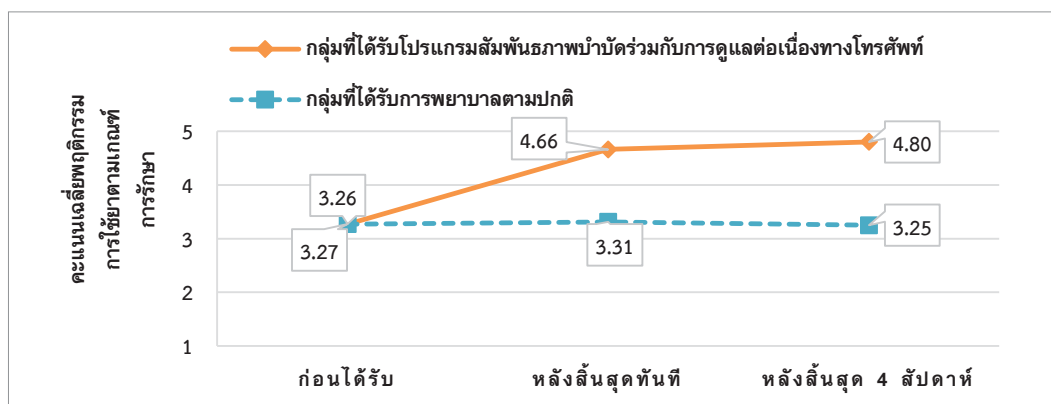
จิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 ส่วนเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.3 สำหรับระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 30.0 สถานภาพสมรสของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 66.7 สำหรับอาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 44.3 ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนพอใช้จ่ายและเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 53.3 ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันอยู่ระหว่าง 6 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3

สำหรับจำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 1 - 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 63.3 และประวัติการใช้สารเสพติด พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติเคยใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 63.3

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ในระยะก่อนได้รับหลังสิ้นสุดทันที และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในระยะก่อนได้รับ หลังสิ้นสุดทันที และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์ เท่ากับ 3.27 (พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับปานกลาง), 4.66 (พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับดีมาก) และ 4.80 (พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับดีมาก) ตามลำดับ ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับระยะเวลาในการวัด



3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ หลังสิ้นสุดทันที และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์ (n = 15)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษา	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนได้รับ หลังสิ้นสุดทันที	3.27 4.66	0.057 0.218	ปานกลาง ดีมาก	14	24.137*	.000
หลังสิ้นสุดทันที หลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์	4.66 4.80	0.218 0.187	ดีมาก ดีมาก	14	4.060*	.001
ก่อนได้รับ หลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์	3.27 4.80	0.057 0.187	ปานกลาง ดีมาก	14	30.279*	.000

*p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (n = 30)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษา	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนทดลอง						
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	3.27	.057	ปานกลาง	28	0.172	.864
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	3.26	.048	ปานกลาง			
หลังทดลองทันที						
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	4.66	.218	ดีมาก	14.926	23.678*	.000
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	3.31	.039	ปานกลาง			
หลังทดลอง 4 สัปดาห์						
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	4.80	.187	ดีมาก	15.883	30.884*	.000
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	3.25	.048	ปานกลาง			

*p < . 05

จากตารางที่ 2 พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า ผลการวิจัยครั้งนี้ สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้ง 2 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ในระยะสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ แล้ว 4 สัปดาห์ ดีวก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยา

ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการใช้สัมพันธภาพระหว่างพยาบาล (ผู้วิจัย) และผู้ป่วย โดยพยาบาลใช้ตนเองเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการหยั่งรู้เกี่ยวกับปัญหาของตนเอง จนกระทั่งสามารถแก้ไขปัญหาและกลับไปมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลต่างๆ ในสังคมได้ ซึ่งต้องมีการเรียนรู้วิธีที่จะสร้างสัมพันธภาพได้อย่างเหมาะสม นั่นคือสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (Therapeutic nurse-patient relationship) โดยใช้บทบาทต่างๆ ได้แก่ บทบาทของคนแปลกหน้า (Stranger) บทบาทของผู้สอน (Teaching) และบทบาทของผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) พยาบาลต้องร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาวิธีต่างๆ ทั้งที่เคยทำมาแล้วและ

ไม่เคยทำในการแก้ปัญหาที่มีอยู่ ตลอดจนทบทวนผลดีและผลกระทบบที่เกิดขึ้น แล้วจึงให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาใหม่หรือปฏิบัติตัวใหม่ จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบปัจจัยหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัจจัยด้านทีมสุขภาพ เนื่องจากผู้บำบัดและผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น¹⁴ และหากสัมพันธภาพที่ดีนี้ยังคงอยู่ตลอดจนผู้ป่วยจำน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน ก็จะทำให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์¹⁶ ที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดอันดับแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

2. จากผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ระยะสั้นสุดโปรแกรมฯ ทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ แล้ว 4 สัปดาห์ ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1, 2 การสร้างสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face ครั้งที่ 1 และ 2) และ **กิจกรรมที่ 3** การสร้างสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญกับกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ เนื่องจากหากสัมพันธภาพในระยะเริ่มต้นดำเนินไปด้วยดี ก็จะทำให้ทั้งสองฝ่ายพร้อมที่จะดำเนินไปในขั้นตอนต่อไปได้อย่างดีเช่นกัน²³ **กิจกรรมที่ 4 - 6** ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่อง

การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท การสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา และการมาตรวจตามนัด จากการศึกษาของ Freudenreich, Cather²⁴ พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา คือ การขาดความรู้เรื่องการรักษาโรคจิตเภท การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจึงถือเป็นจุดสำคัญในการเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา **กิจกรรมที่ 7** ทบทวนการปฏิบัติโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) เป็นการทบทวนการปฏิบัติและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี **กิจกรรมที่ 8** การจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (แอลกอฮอล์และสารเสพติด) เนื่องจากแอลกอฮอล์และสารเสพติดเป็นสารกระตุ้นการเกิดความผิดปกติทางจิต ส่งผลต่อการควบคุมตนเอง นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังส่งผลให้ฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเพิ่มขึ้น โดยทำให้ยาออกฤทธิ์มากขึ้น²⁵ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจ รู้สึกเบื่อหน่าย และหยุดใช้ยาในที่สุด **กิจกรรมที่ 9** การจัดการกับความเครียด เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการเสื่อมของการทำงานของสมอง (Cognitive deficit) ส่งผลต่อความสามารถในการเข้าสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงช่วยให้ผู้ป่วยหาวิธีแก้ไขปัญหที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และหาวิธีผ่อนคลาย **กิจกรรมที่ 10** สิ้นสุดสัมพันธภาพและประเมินผลโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมสุดท้าย ผู้วิจัยประเมินปัญหาที่ยังเหลืออยู่พร้อมหาทางแก้ไข ทบทวนการปฏิบัติของกิจกรรมที่ 8 และ 9 และแจ้งผู้ป่วยถึงการสิ้นสุดสัมพันธภาพ นอกจากนี้หากพบว่าผู้ป่วยยังมีปัญหาที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ ผู้วิจัยจะมีการส่งต่อปัญหาให้แก่พยาบาลผู้ป่วยนอก และแนะนำแหล่งบริการสุขภาพจิต



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัย ไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล
 - 1.1 ผู้บำบัดควรเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเวช
 - 1.2 ควรมีการประยุกต์โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ไปใช้ในระบบบริการเพื่อลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำจากการมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
2. ด้านการศึกษา
 - 2.1 ควรส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในการใช้โทรศัพท์เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Schizophrenia. [Internet]. [cited 2017 May 6]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>.
2. Suttajit S, Srisurapanont M. Schizophrenia: epidemiology and treatment. J Psychiatr Assoc Thailand 2009;54(Suppl):21S-37S.
3. Sadock JB, Sadock AV. Kaplan and Sadock's: synopsis of psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
4. ระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต. รายงานผู้มารับบริการด้านจิตเวช. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤษภาคม 2560]. แหล่งที่มา: <https://www.dmh.go.th/report /datacenter/map/>.
5. สถิติการรับบริการของผู้ป่วยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ศูนย์สารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. กรุงเทพมหานคร: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; 2558.

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประสิทธิผลของผลของโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง เช่น ติดตามในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติด เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาต่อไป เนื่องจากระหว่างดำเนินการทดลองพบผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติด (Amphetamine) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและกลับมารักษาซ้ำ
3. ควรมีการนำงานวิจัยไปทดลองใช้ในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากการได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ควบคู่กับการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีนั้น จะช่วยลดการกำเริบของโรคทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายขาดจากโรคได้ ไม่เป็นปัญหาเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข



6. Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg AX, McDonald HP. Intervention for enhancing medical adherence (review). Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. [cited 2017 May 18]. Available from: [http://freakonomicsbook.com/pdf/CochranePrescription Adherence.pdf](http://freakonomicsbook.com/pdf/CochranePrescription%20Adherence.pdf).
7. Farragher B. Treatment compliance in the mental health service. *Ir Med J* 1999;92(6):392-4.
8. Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PM. Predictors and clinical consequences of nonadherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Res* 2010;176(2-3):109-13.
9. ศูนย์สารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. สถิติการรับบริการของผู้ป่วยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. กรุงเทพมหานคร: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; 2557.
10. Suttichaichot C, Kulsri S, Piboonarluk W. The effect of motivation enhancement program in schizophrenia patients on medication adherence behaviors, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2013;27(3):75-86.
11. Lotrakul M, Sukanit P, editors. Ramathibodi's essential of psychiatry. 2nd ed. Bangkok: Beyond, Enterprise: 2005. (in Thai).
12. Oehl M, Hummer M, Fleischhachhackwer WW. Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000;(407):83-6.
13. Razali MS, Yahya H. Compliance with treatment in schizophrenia: a drug intervention program in a developing program. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91(5):331-5.
14. Putkhao S. Factors affecting medication compliance in schizophrenia patients. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chiang Mai University; 1998. (in Thai).
15. Chiewsothorn S. The effect of empowerment in schizophrenic patients on medication adherence behaviors. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2002. (in Thai).
16. Kanchanarak O. Factors predicting medication adherence behavior of schizophrenic patients in community. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2002. (in Thai).
17. Beebe LH, Smith K, Crye C, Addonizio C, Strunk DJ, Martin W, et al. Telenursing intervention increases psychiatric medication adherence in schizophrenia outpatients. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2008;14(3):217-24.
18. Peplau HE. Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. New York: Putnam; 1952.



19. Beebe LH, Tian L. TIPS: telephone intervention-problem solving for persons with schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs* 2004;25(3):317-29.
20. Kanthasaibour P. An analysis of variables discriminating the groups of relapse and non-relapse schizophrenic patients. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2001. (in Thai).
21. Grove SK, Burns N, Gray J. The practice of nursing research: appraisal, synthesis and generation of evidence. 7th ed. St. Louis MO: Elsevier Saunders; 2013.
22. Saraburi D. The effect of transitional discharge model on quality of life of schizophrenic patients. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2015. (in Thai).
23. Forchuk C. The orientation phase of the nurse-client relationship: testing Peplau's theory. *J Adv Nurs* 1994;20(3):532-7.
24. Freudenreich O, Cather C. Antipsychotic medication non adherence: risk factors and remedies. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry* 2012;(2):124-9.
25. ทวีพร วิสุทธีมรรค. เกสัชวิทยาของยาและสารเสพติด. ใน วิโรจน์ วีรชัย, อังกูร ภัทรากกร, ลำซ้ำ ลักษณะนาภิชนชัย, ฉวีวรรณ ปัญญาบุญ, นิภา ณีสกุล, บรรณานิการ. ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: วัชรอินเตอร์พรีนติ้ง; 2544. หน้า 84-109.