



ผลของโปรแกรมการสัมมนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของ
ผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

จุฬาลักษณ์ ธรรมปัต

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ผลของโปรแกรมการสัมมนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของ
ผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล



จุฬาลักษณ์ ธรรมปัด

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

THE EFFECT OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING PROGRAM ON MEDICATION
COMPLIANCE BEHAVIORS OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN HOSPITAL



JULALUK THAMMAPAT

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR THE MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
IN PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING

FACULTY OF NURSING

BURAPHA UNIVERSITY

2022

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ จุฬาลักษณ์ ธรรมปัด ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัยบูรพา ได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ประธาน

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชามณัฐ อินทะพัฒน์)

.....
(นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี)

กรรมการ

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชามณัฐ อินทะพัฒน์)

กรรมการ

.....
(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนัดดา แนนเกษร)

.....
(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนัดดา แนนเกษร)

กรรมการ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชญชิตาคุณฎี ทูลศิริ)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการ
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของ
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

61920058: สาขาวิชา: การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต; พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

คำสำคัญ: การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ, โปรแกรม, พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา, ผู้ป่วยโรคจิตเภท

จุฬาลักษณ์ ธรรมปัด : ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล. (THE EFFECT OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING PROGRAM ON MEDICATION COMPLIANCE BEHAVIORS OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN HOSPITAL) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: พิชามญชุ์ อินทะพุฒ, Ph.D., ชนิดดา แนบเกษร, Ph.D. ปี พ.ศ. 2565.

พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรัง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 24 คน ถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ รวม 7 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม 45-90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ วัดพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่าในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา สูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ในหลังการทดลอง สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยนี้สนับสนุนว่าโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ดีขึ้นได้ ดังนั้น พยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ควรนำโปรแกรมฯ นี้ ไปบูรณาการใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต

61920058: MAJOR: PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING; M.N.S.
(PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING)

KEYWORDS: MOTIVATION INTERVIEWING, PROGRAM, MEDICATION COMPLIANCE,
SCHIZOPHRENIA PATIENTS

JULALUK THAMMAPAT : THE EFFECT OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING
PROGRAM ON MEDICATION COMPLIANCE BEHAVIORS OF PERSONS WITH
SCHIZOPHRENIA IN HOSPITAL. ADVISORY COMMITTEE: PICHAMON INTAPUT, Ph.D.,
CHANUDDA NABKASORN, Ph.D. 2022.

Medication non-compliant behavior of persons with schizophrenia lead to severe and chronic illness. This study is pre-posttest quasi-experimental study aimed to examine the effect of motivational interviewing program on medication compliance behaviors of persons with schizophrenia in hospital. The sample included 24 persons with schizophrenia hospitalized in Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital. They were randomly group assigned into the experimental ($n = 12$) and the control ($n = 12$) group. The experimental group received seven sessions of motivational interviewing program for five weeks (each session took about 45-90 minutes). The control group received a routine care. Medication Compliant Behaviors Assessment Scale was used to measure medication compliant behaviors of the samples before the program and at the second week after the program. Descriptive statistics and t-test were employed to analyze the data.

The results revealed that after the program, the medication compliant behaviors of the experimental group were significantly higher than those in the control group. The medication compliant behaviors of the experimental group after the program were statistically significant higher than before the program ($p < .001$).

The results support that the effect of motivational interviewing program on medication compliance behaviors of persons with schizophrenia in hospital. Therefore, nurses and health care providers should integrate this program in caring for persons with schizophrenia in hospital in order to prevent psychotic symptoms relapsing.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชามญช์ อินทะพุดธ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ซึ่งให้ความรู้ ความเมตตา ให้ข้อเสนอแนะ แนวคิด แก้ไขข้อบกพร่อง และให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ ด้วยความเอาใจใส่ดียิ่งเสมอมา รวมทั้ง รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร.ชนัดดา แนบเกษร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ช่วยกรุณาให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้จนสำเร็จลุล่วงได้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบ โครงร่างและสอบปากเปล่าทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล รวมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในงานวิจัยให้มีคุณภาพ

ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหาร ผู้บังคับบัญชา เทศบาลตำบลบึงคำใต้ได้อนุญาตให้เวลาในการไปเก็บข้อมูล ดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลจิตเวชชายเร่รังวัดบ่าบัด 2 หัวหน้างานการพยาบาลจิตเวชหญิง และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ทุกท่าน ที่เอื้อเฟื้อและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแด่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาตราบนานเท่านานนี้

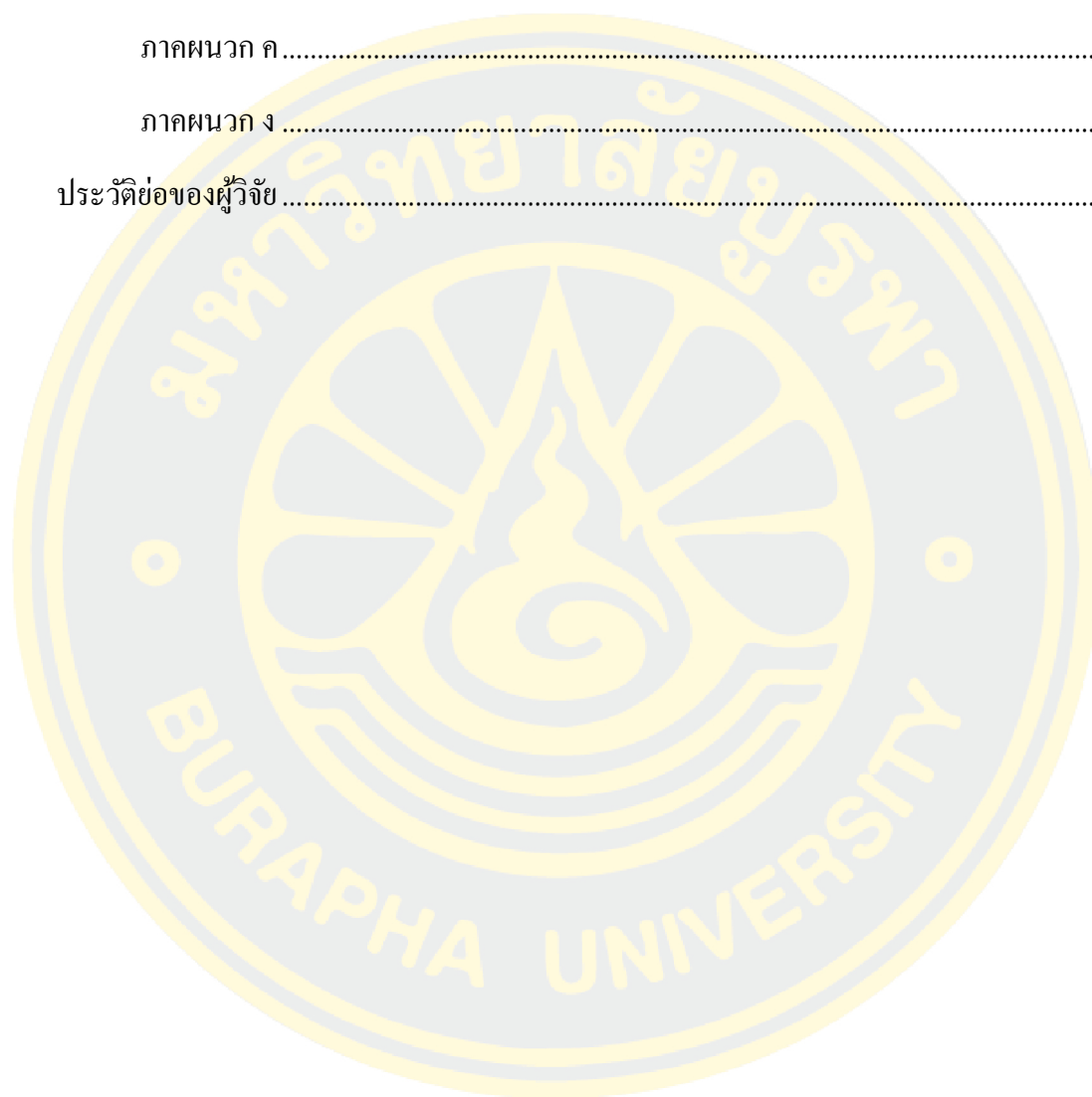
จุฬาลักษณ์ ธรรมปัด

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ทั่วไป	5
สมมติฐานการวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท	28
โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	43
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	45
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย	49
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	50

การเก็บรวบรวมข้อมูล	51
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
บทที่ 4 ผลการวิจัย	58
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะ กลุ่มตัวอย่าง.....	59
ตอนที่ 2 คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เกล็ดยารายชื่อ ก่อนและหลังการ ทดลอง ของกลุ่มควบคุม.....	62
ตอนที่ 3 คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เกล็ดยารายชื่อ ก่อนและหลังการ ทดลอง ของกลุ่มทดลอง	63
ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เกล็ดยารายชื่อ ก่อน การทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	64
ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เกล็ดยารายชื่อ หลัง การทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	65
ตอนที่ 6 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เกล็ดยารายชื่อ ก่อน และหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง.....	66
ตอนที่ 7 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท หลัง การทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	67
ตอนที่ 8 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อน และหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง.....	68
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล.....	69
สรุปผลการวิจัย	69
อภิปรายผลการวิจัย.....	70
ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้	74
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	74
บรรณานุกรม	75

ภาคผนวก	82
ภาคผนวก ก	83
ภาคผนวก ข	85
ภาคผนวก ค	103
ภาคผนวก ง	119
ประวัติย่อของผู้วิจัย	125



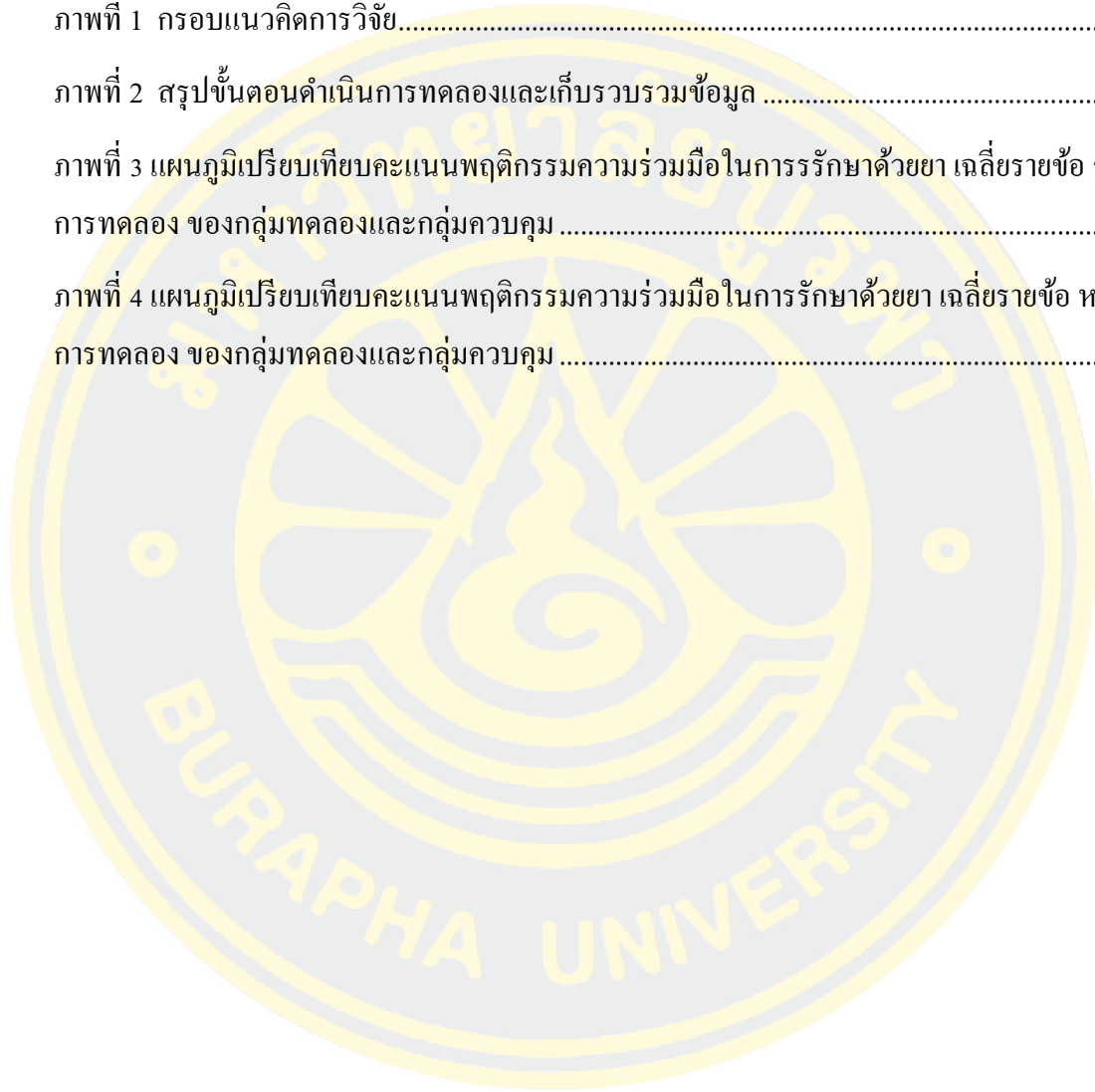
สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่าง ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน ($n = 24$)	59
ตารางที่ 2 คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เกล็ดรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม ($n = 16$)	62
ตารางที่ 3 คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เกล็ดรายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง	63
ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เกล็ดรายข้อ ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($n = 16$).....	64
ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เกล็ดรายข้อ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($n = 16$)	65
ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เกล็ดรายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง ($n = 16$).....	66
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 24$)	67
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง ($n = 24$)	68
ตารางที่ 9 คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)	99
ตารางที่ 10 คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง (Pre test) และหลังการทดลอง (Post test).....	100

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล	56
ภาพที่ 3 แผนภูมิเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เกล็ดยารายชื่อ ก่อน การทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	101
ภาพที่ 4 แผนภูมิเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เกล็ดยารายชื่อ หลัง การทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	102



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบได้บ่อยที่สุด เป็นโรคที่ติดอันดับ 1 ใน 10 ของโรคที่ก่อให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยรุนแรงและเรื้อรัง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560ก) พบอัตราความชุกของโรคจิตเภทได้ประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Minzenberg, 2011) มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเท่ากับ 15.2 รายต่อแสนประชากร (McGrath et al., 2008 อ้างถึงใน วัฒนา แก้วมะไฟ, 2555) ความชุกชั่วชีวิต (Lifetime prevalence) ของโรคจิตเภท พบร้อยละ 0.3-0.7 เพศชายและเพศหญิงพบได้พอ ๆ กัน (ยุพาพรรณ มหา, 2561) คิดเป็นสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.1 ต่อ 1 ระยะที่พบอุบัติการณ์ของโรคบ่อยสุดทั้ง 2 เพศ คือช่วงอายุ 15-24 ปี โดยมีระยะเวลาการป่วยประมาณ 30-34 ปี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) นอกจากนี้ยังพบอัตราความเสี่ยงต่อการเกิดโรครายใหม่ได้ประมาณ 2 ล้านคนต่อปี (Sadock & Sadock, 2005) สำหรับในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.67-58.96 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, พิทักษ์พล บุญมาติก, สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สินธุ์, 2550) จากรายงานของกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2561-2563 พบผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับบริการในสถานบัน และโรงพยาบาลที่สังกัดกรมสุขภาพจิต เฉลี่ย 75,461 คน คิดเป็นร้อยละ 23.95 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด มากเป็นอันดับ 1 ของการเจ็บป่วยทางจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2564) สอดคล้องกับทะเบียนสถิติของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช ขนาด 600 เตียง ตั้งอยู่จังหวัดอุบลราชธานี สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2564ก) ปี พ.ศ. 2561-2563 มีผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับบริการสูงเป็นอันดับ 1 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 67.62 และเป็นผู้ป่วยรายเก่าที่กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน เฉลี่ย 2,336 คน คิดเป็นร้อยละ 92.75 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยใน (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2564ข)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ ความคิด การรับรู้ การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ โดยที่ความรู้สึกดัวและสติปัญญาส่วนใหญ่ปกติ อาการทางคลินิกของโรคแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มอาการด้านบวก ผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ลักษณะการพูดหรือพฤติกรรมแปลกไปจากคนปกติ และกลุ่มอาการด้านลบ ผู้ป่วยมีอาการเหมินเฉย

พุดน้อย ไมยรนดิยรน่าย ทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจต่อสภาพความเป็นจริง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) จากอาการทางคลินิกดังกล่าวนี้ ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันลดลง ผู้ป่วยขาดความสนใจ และแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสการกำเริบซ้ำของอาการทางจิต เป็นเหตุให้เกิดความเรื้อรังของโรค (Dobber Jos, 2018) การกำเริบซ้ำของอาการทางจิตนั้น ยิ่งบ่อยครั้งจะยิ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้น รวมทั้งศักยภาพในการดำรงชีวิตแทบทุกด้านก็เสื่อมลงมากเช่นกัน (สุวรรณ ชันทับ, 2554) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (รัชณี อุทัยพันธ์, 2555) มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาดูแลผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากไม่มีรายได้ต้องพึ่งพาคนในครอบครัวดูแล (อนันต์ศรี สมิทธีนราเศรษฐ, 2560) ผู้ป่วยจิตเภทที่อาการทางจิตกำเริบอาจทำลายทรัพย์สิน และทำร้ายคนอื่น ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ของครอบครัวและประเทศชาติ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการกำเริบกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต สาเหตุที่พบบ่อย คือ พฤติกรรมการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา และปัจจัยหลักของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แบ่งได้ 4 ด้าน (รัชณี อุทัยพันธ์, 2555) ได้แก่ ปัจจัยแรกด้านผู้ป่วย คือการขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษา (ศิวาภรณ์ พุทธิวงษ์, 2560) การขาดแรงจูงใจในการรับประทานยา เกิดความเบื่อหน่าย เนื่องจากต้องรับประทานยาต่อเนื่องและยาวนาน (จิรากร กันทับทิม, 2558) การไม่ยอมรับว่าตัวเองป่วยเป็น โรคจิตเภท การคิดว่าอาการป่วยของตนเองหายดีแล้วจึงหยุดรับประทานยา (ศิวาภรณ์ พุทธิวงษ์, 2560) ปัจจัยที่สองด้านสิ่งแวดล้อม คือ การขาดผู้ดูแล ขาดการสนับสนุนของครอบครัว (ยุพาพรรณ มหา, 2561) ปัจจัยที่สามด้านการรักษา คือความซับซ้อนของยาที่ได้รับ เช่น ตัวยาและจำนวนครั้งที่ได้รับแต่ละวันมีจำนวนมาก (เขวภา ไตรพฤกษชาติ, 2554) ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงจากยา (Kumar & Sedgwick, 2001 อ้างถึงใน รัชณี อุทัยพันธ์, 2555) เช่น การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาจิตเวช เช่น กลุ่มอาการผิดปกติของการเคลื่อนไหว เอ็กซ์ตราไพรามิดอล (Extrapyramidal symptoms) การทำหน้าที่ทางเพศผิดปกติ ง่วงนอน น้ำหนักเพิ่ม ปากแห้งคอแห้ง และท้องผูก เป็นต้น และปัจจัยสุดท้ายด้านทีมสุขภาพ คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ การที่ทีมสุขภาพและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะทำให้เกิดผลทางบวกต่อการรักษา ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ และรับรู้ว่ามีทีมสุขภาพสนใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น (ชาธิพะห์ เจ๊ะแเว, 2560)

จากปัจจัยของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่กล่าวมา พบว่าปัจจัยด้านผู้ป่วยเป็นปัจจัยหลัก (ศิวาภรณ์ พุทธิวงษ์, 2560) คือ การขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษา การขาด

แรงจูงใจในการรับประทานยา เกิดความเบื่อหน่าย เนื่องจากต้องรับประทานยาต่อเนื่องและยาวนาน มีหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่ระบุว่าแรงจูงใจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรม การรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท (เยวภา ไตรพฤษชาติ, 2554) ซึ่งการที่บุคคลมีแรงจูงใจนั้นจะ แสดงออกมาในรูปแบบของความสนใจ มีแรงปรารถนา และมีความเชื่อต่อผลดีที่เกิดจากการปฏิบัติ ตัวตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ (ซารีพะห์ เจ๊ะแเว, 2560) แต่หากผู้ป่วยขาดแรงจูงใจจะแสดง ออกมาในรูปแบบของการหมดพลังงาน ขาดความสนใจสิ่งต่าง ๆ อย่างชัดเจน ขาดแรงจูงใจในการ ทำกิจกรรมให้สำเร็จลุล่วง ไม่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (Dobber Jos, 2018) ทั้งนี้แรงจูงใจ มี อิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยจิตเภทในการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถเสริมสร้าง ได้ผ่านการพูดโน้มน้าว ชักจูง และทำให้รับรู้ถึงผลกระทบทางลบต่อการดำรงชีวิตหากไม่ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม(รัชนี อุทัยพันธ์, 2555) รวมทั้งช่วยทำให้รับรู้ประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม และสามารถเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทได้ ภายใต้อาการเชื่อว่าผู้ป่วยมีศักยภาพ ในการปฏิบัติตนให้หายจากโรค หรือป้องกันตนเองไม่ให้มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ (จิรากร กันทับทิม, 2558) รวมถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำที่เกิดผลดีและมีประโยชน์ต่อตนเอง (ซารีพะห์ เจ๊ะแเว, 2560)

การศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) ของ Miller and Rollnick (2007) มาประยุกต์เป็นกิจกรรมการบำบัดกับเพื่อส่งเสริม การรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในตัวเอง (Intrinsic motivation) แก่ไขความลังเลใจ และเสริมสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพของตัวเอง มั่นใจใน สมรรถนะของตนที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้สามารถขับเคลื่อนตนเองไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดี ได้ (Miller & Rollnick, 2007) แต่ยังพบน้อยในการนำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) ของ Miller and Rollnick (2007) มาบำบัดเพื่อส่งเสริมการรับประทาน ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการให้ สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบการจัดการรายกรณี และ รูปแบบการบำบัดจะเป็นการสอน การแนะนำผู้ป่วยที่ช่วยพัฒนาความรู้ของผู้ป่วย (Gray et al., 2000 อ้างถึงใน รัชนี อุทัยพันธ์, 2555) เช่นเดียวกันกับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต มีรูปแบบการส่งเสริมการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล ก่อนกลับบ้าน อย่างไรก็ตาม แม้จะให้สุขภาพจิตศึกษาแต่ยังมีสถิติของผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมาก ที่มี การกำเริบซ้ำของอาการทางจิตจากความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา และต้องกลับมารักษาแบบ ผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาล ดังนั้นการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจึงเป็นอีกทางเลือกในการ ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากแรงจูงใจเป็นปัจจัยทางจิตใจที่ กระตุ้น และชี้้นำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมไปสู่เป้าหมาย แรงจูงใจจะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ

การรับรู้ถึงความสามารถแห่งตน และการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง (Deci & Ryan, 1990 อ้างถึงใน รัชณี อุทัยพันธ์, 2555) การเสริมสร้างแรงจูงใจจึงเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเห็นศักยภาพของตนเอง เกิดความมุ่งมั่นในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีแนวทางในการจัดการอุปสรรคที่ทำให้เกิดความลังเลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีอิสระและรับผิดชอบในการตัดสินใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง พัฒนาและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ (McDonald & Badger, 2008) การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยใช้หลักของการสัมภาษณ์เพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) พบว่า ภายหลังจากการใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) ผู้ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม และสูงขึ้นกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยา จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น ช่วยลดอาการทางจิตที่กำเริบรุนแรงได้ โดยโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ อิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) โดยกิจกรรมการบำบัดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้น ผู้บำบัดจะดำเนินกิจกรรม ตามลำดับขั้นระยะการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ป่วยจะเป็นผู้รับผิดชอบในการตัดสินใจด้วยตัวผู้ป่วยเอง ทำให้พัฒนาสู่ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ (McDonald & Badger, 2002 อ้างถึงใน รัชณี อุทัยพันธ์, 2555) และการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยจะช่วยทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง และยาวนาน (จิรากร กันทับทิม, 2558)

อย่างไรก็ตามการศึกษากการใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจอิงกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ทำในผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน (ศิวารณ์ พุทธิวงศ์, 2560) และทำในกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (รัชณี อุทัยพันธ์, 2555) แต่พบน้อยที่ศึกษาในบริบทขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล (เขวภา ไตรพฤกษชาติ, 2554) ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดแรงจูงใจ เนื่องจากมีบุคลากรที่มีสุขภาพที่ดีดูแลใกล้ชิด ดูแลให้รับประทานยาตรงเวลา รับฟังความคิดเห็น และให้ความเชื่อมั่นในศักยภาพของผู้ป่วย อีกทั้งมีผู้ป่วยจิตเภทด้วยกันเป็นแรงเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้เห็นแบบอย่างที่ดี ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเห็นว่าตนเองสามารถควบคุมอาการทางจิตได้ ผ่านประสบการณ์ตรงที่อาการทางจิตค่อย ๆ ดีขึ้น จากการรับประทานยา ส่งผลให้มีพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา มาเป็นให้ความร่วมมือในการรับประทานยา นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและรับผิดชอบต่อรับประทานยาของตัวเองได้ เพราะการขาดแรงจูงใจในการรับประทานยาต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกลับ

บ้านจะไม่ยอมรับประทุษร้าย มีพฤติกรรมปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม จนมีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลในที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2007) มาใช้ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทยังอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำเมื่อออกจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

1. ในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา สูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม
2. กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ในระยะหลังการทดลอง สูงขึ้นกว่าระยะก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) ของ Miller and Rollnick (2007) โดยอิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของ Prochaska and DiClemente (1997) การที่ผู้บำบัดทราบว่าผู้ป่วยอยู่ขั้นไหนของการเปลี่ยนแปลง ทำให้กระบวนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นไปอย่างเหมาะสม ซึ่งมี 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นเฝ้าเฉย (Pre-contemplation) ผู้ป่วยยังไม่

ตระหนักว่าตนเองมีปัญหาและยังไม่คิดถึงการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยจะมีลักษณะต่อต้านหรือปฏิเสธ หากถูกบังคับให้เข้ารับการบำบัด ในกิจกรรมการบำบัดจะเป็นการสร้างสัมพันธภาพ พูดคุยซักถาม เรื่องทั่วไปให้บรรยากาศผ่อนคลาย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ 2) ขั้นลังเลใจ (Contemplation) ผู้ป่วยมีความรู้สึกสองอย่างในเวลาเดียวกัน เริ่มตระหนักว่าตนเองมีปัญหา เริ่มพิจารณาการเปลี่ยนแปลง แต่ยังลังเลใจ ในกิจกรรมการบำบัดเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความจริงตนเอง (SMS) โดยการใช้เทคนิค OARS 3) ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination) ผู้ป่วยตระหนักถึง ปัญหา มีความตั้งใจ และตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลง ในกิจกรรมการบำบัดนี้จะเป็กิจกรรมที่ให้ผู้ผู้ป่วยวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของการร่วมมือในการใช้ยา สะท้อนความรู้สึก จัดการกับความลังเลใจ โดยใช้เทคนิค DARES 4) ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action) ผู้ป่วยกำลังลงมือปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลงระยะเวลามักอยู่ในช่วง 6 เดือนแรก ซึ่งในกิจกรรมนี้จะเป็กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การรักษา ผลข้างเคียงจากยา และประโยชน์จากการรับประทานยาต่อเนื่อง โดยการใช้เทคนิค FRAMES 5) ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) ผู้ป่วยดำเนินการตามวิธีการที่ตนเองเลือกได้อย่างต่อเนื่อง ได้ประมาณ 6 เดือน และคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งกิจกรรมในขั้นตอนนี้จะเป็นกิจกรรมการฝึกทักษะการจัดการรับประทานด้วยตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองที่จะปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ร่วมทั้งการสนับสนุน เสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง โดยการใช้เทคนิค FRAMES 6) ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse) ผู้ป่วยกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด คือการป้องกันการกลับสู่พฤติกรรมเดิม โดยการใช้กำลังใจและคงไว้ซึ่งแรงจูงใจ และหากมีการกลับสู่พฤติกรรมเดิมผู้บำบัดจะช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยยาให้เร็วที่สุด (Recovery process) ซึ่งหลักการของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) ของ Miller and Rollnick (2007) ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เชื่อว่าบุคคลแต่ละคนมีศักยภาพในตนเองที่จะผลักดันให้ตนเองเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ผู้บำบัดเป็นเพียงผู้ที่สะท้อนให้บุคคลเห็นถึงศักยภาพ พลังความมุ่งมั่นของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมไปสู่พฤติกรรมที่ดีขึ้น และช่วยให้บุคคลมีความอดทน สามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ผ่านการเอาใจใส่ การให้กำลังใจ ความเห็นอกเห็นใจ ภายใต้บรรยากาศความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย วิธีการบำบัดโดยใช้แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เน้นให้ผู้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในตัวเอง (Intrinsic motivation) โดยแก้ไขความลังเลใจ และเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้บุคคลสามารถขับเคลื่อนตนเองไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีได้ (Miller & Rollnick, 2007)

การบำบัดโดยใช้แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้วิจัยออกแบบโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Miller and Rollnick (2007) ประกอบด้วย การบำบัด 4 ระยะ รวมทั้งหมด 7 กิจกรรม โดยกิจกรรมที่ 1-6 ดำเนินการขณะอยู่โรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่อยู่ระยะเตรียมกลับบ้าน ตามการวินิจฉัยของแพทย์ (Discharge plan) (สัปดาห์ที่ 1-3) และกิจกรรมที่ 7 ดำเนินการหลังออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 5 เป็นการโทรศัพท์)

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 4 ระยะ

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อจุดมุ่งหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา

ครั้งที่ 1 กิจกรรม “รู้ฉัน รู้เธอ เราคือเพื่อนร่วมทาง”

ครั้งที่ 2 กิจกรรม “ปักหมุดหมายก่อนเดินทาง”

ระยะที่ 2 เสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อสร้างค่านิยมสัญญาณในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา

ครั้งที่ 3 กิจกรรม “อะไรบ้างที่ลี้ลับ”

ครั้งที่ 4 กิจกรรม “แน่วแน่แก้ไข เปลี่ยนใหม่สู่ปลายทาง”

ระยะที่ 3 เสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการลงมือกระทำอย่างต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา

ครั้งที่ 5 กิจกรรมที่ “นั่นก็ทำได้”

ครั้งที่ 6 กิจกรรมที่ “เชื่อมั่นฉันทำได้แน่”

ระยะที่ 4 คงไว้ซึ่งแรงจูงใจ

ครั้งที่ 7 กิจกรรม “อย่าไว้ใจคงอยู่”

พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิต

เภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ. 2564

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยโรค จากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรกระบบ International Classification of Disease and Related Health Problem, 10th: ICD-10 ที่มารับบริการเป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไป ที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยมีอาการทางจิตเล็กน้อย ประเมินด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) มีระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36

โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ หมายถึง การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคล โดยผู้วิจัยเป็นผู้บำบัดและผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้รับการบำบัด โดยมีเป้าหมายสำคัญในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย 7 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 กิจกรรม “รู้จัก รู้เขารู้เราคือเพื่อนร่วมทาง” ใช้เทคนิค OARS ครั้งที่ 2 กิจกรรม “ปักหมุดหมายก่อนเดินทาง” ใช้เทคนิค OARS ครั้งที่ 3 กิจกรรม “อะไรบ้างที่ลึกลับ” ใช้เทคนิค DARES ครั้งที่ 4 กิจกรรม “แน่วแน่แก้ไข เปลี่ยนใหม่สู่ปลายทาง” ใช้เทคนิค FRAMES ครั้งที่ 5 กิจกรรมที่ “ฉันก็ทำได้” ใช้เทคนิค FRAMES ครั้งที่ 6 กิจกรรมที่ “เชื่อมั่นฉันทำได้แน่” ใช้เทคนิค OARS และ FRAMES ครั้งที่ 7 กิจกรรม “ย้ายไว้ให้คงอยู่” ใช้เทคนิค DARES, OARS และ FRAMES ในการบำบัดใช้ระยะเวลากิจกรรมละ 45-90 นาที โดยกิจกรรมที่ 1-6 ดำเนินการขณะอยู่โรงพยาบาล และกิจกรรมที่ 7 ดำเนินการหลังออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์

พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ในเรื่องการรับประทานยาถูกต้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ดังนี้ 1) การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 2) การไม่หยุดใช้ยาเอง 3) การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ 4) การใช้ยาตามเวลา 5) การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้รับปรึกษาแพทย์

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เมื่อเริ่มเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ประกอบด้วย การประเมินด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำปรึกษา แนะนำ ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย การให้เข้าร่วมกิจกรรมบำบัด และการให้ข้อมูลการดูแลตนเองที่บ้านก่อนการจำหน่าย เป็นต้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสัมมนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ศึกษาได้ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสารวารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยนำเสนอเนื้อหาเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท
2. พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท
3. โปรแกรมการสัมมนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท

ความหมายของผู้ป่วยจิตเภท

World Health Organization [WHO], (2011) ได้ให้ความหมายโรคจิตเภทว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ

American Psychiatric Association [APA], (2013) ได้อธิบายความหมาย ผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์ (2552) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลาย โดยมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรมมีระยะเวลาการป่วยนานเกิน 6 เดือน ไม่มีอาการทางด้านอารมณ์เด่นชัด

กนกวรรณ ลัมศรีเจริญ (2558) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม อาการเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง หรือสารเสพติด และส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคม การงาน หรือสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย ถ้าไม่ได้รับการรักษา หรือใช้สารเสพติดจะยิ่งอาการรุนแรงมากขึ้น และยิ่งป่วยนานจะยิ่งมีอาการด้านลบมากขึ้น

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2558) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ และยังมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น

กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม, ภัทรี พหลภักย์, ภาพันธ์ วัฒนวิทย์กิจ และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สินธ์ (2560) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย ไม่มีโรคทางสมองไม่ใช่พิษจากยาหรือสารเสพติด ที่จะเป็สาเหตุของอาการดังกล่าว

สรุปความหมายของโรคจิตเภท ได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวช ส่วนมากมักเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นโรคที่มีลักษณะความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่เกี่ยวข้องกับการมีพยาธิสภาพทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยา มีอาการทางบวกและอาการทางลบ เมื่อเป็นแล้วพบว่ามักไม่หายขาด โดยอาการหลงเหลืออยู่บ้าง ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบซ้ำ ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น และยิ่งป่วยนานจะมีอาการด้านลบมากขึ้น

ปัจจัยการเกิดโรคจิตเภท

ในปัจจุบันมีแนวคิดเกี่ยวกับการเกิดโรคจิตเภทคือ มองว่าโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของสมอง และจัดเป็น Neurodevelopmental disorder แม้อาการของโรคจะแสดงออกในราวช่วงต้นวัย 20 ปี แต่ผู้ป่วยเองมีความผิดปกติตั้งแต่ช่วงแรกของชีวิตอยู่แล้ว จากการมีความเสี่ยงทางพันธุกรรม ร่วมกับถูกรบกวนจากปัจจัยต่าง ๆ ขณะตั้งครรภ์ หรือขณะคลอด เช่น มารดาขาดสารอาหาร การติดเชื้อในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ การบาดเจ็บขณะคลอด เป็นต้น ผลกระทบดังกล่าว ส่งผลต่อการพัฒนาของเซลล์สมองในด้านต่าง ๆ ในช่วงวัยเด็กอาจมีอาการแสดงออกมเล็กน้อยไม่ชัดเจน เมื่อถึงวัยหนุ่มสาวซึ่งผู้ป่วยมีสภาพสมดุลสมองในด้าน Excitatory inhibitory pathway ของ Prefrontal cortex เปลี่ยนไปมาก ร่วมกับการมีภาวะ Myelination ที่ลดลงจนส่งผลกระทบต่อการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ในส่วนต่าง ๆ ภาวะเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคขึ้นมาในที่สุด (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ซึ่งโรคจิตเภทมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลายปัจจัย (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ มีการศึกษาพบว่าปัจจัยการเกิดโรคจิตเภทด้านชีวภาพประกอบไปด้วย

1.1 พันธุกรรม ได้มีการศึกษาด้านพันธุกรรมของบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท พบว่าญาติสนิทของผู้ป่วย มีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป 10 เท่า ยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมาก ยังมีโอกาสสูง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

1.2 ระบบสารเคมีในสมอง เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นจากสารเคมีในสมองที่ชื่อว่า โดปามีน (Dopamine) มีมากหรือน้อยเกินไปในสมอง หากโดปามีนทำงานน้อยกว่าปกติในสมอง ส่วน Prefrontal ของ Cerebral cortex ทำให้เกิดอาการทางลบ ใน Limbic system หรือที่เรียกว่า Mesolimbic neurons ซึ่งมีหลักฐานว่าทำให้เกิดอาการด้านบวกของโรค เช่น อาการคลุ้มคลั่ง หูแว่ว หรือประสาทหลอน และสารเคมีในสมองชื่อว่าซีโรโทนิน (Serotonin) สมมุติฐานนี้ได้มาจากการสังเกตพบว่า Lysergic acid diethylamide (LSD) ทำให้เกิดอาการประสาทหลอนและ LSD เป็น 5-HT agonist จากการศึกษายาโรคจิตที่เป็น Serotonin-dopamine antagonist (SDA) โดยออกฤทธิ์ด้วยการปิดกั้นโดปามีน และ 5-HT receptor ซีโรโทนินมีบทบาทในการยับยั้ง Dopamine neurotransmission มีผลให้การหลั่งของโดปามีนลดน้อยลง (นิภาพร รัฐมั่ง, 2558)

1.3 กายวิภาคของสมองมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่ง ที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง คือมี Ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่อีกมีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น บางการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนหน้าลดลง และการทำงานของสมองส่วนหน้าไม่เต็มที (กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม, ภัทรี พหลภักย์, ภาพันธ์ วัฒนวิทย์กิจ และ ศิริรักษา อภิสิทธิ์ภิญโญ, 2560)

1.4 ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราของภาวะแทรกซ้อนระหว่างมารดาตั้งครรภ์ และระหว่างคลอดสูงกว่าปกติ โดยพบว่าผู้ป่วย 2 ใน 3 มีประวัติของโรคแทรกซ้อนในช่วงนั้น มีข้อสันนิษฐานว่าเกิดภาวะขาดออกซิเจนของ Hippocampus และ Neocortex ซึ่งมีความไวเป็นพิเศษต่อการขาดออกซิเจน ทำให้มีความผิดปกติในช่วงพัฒนาการและเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

2. ปัจจัยด้านสังคมและครอบครัว มีการศึกษาพบว่าในด้านสังคมและครอบครัว เป็นปัจจัยการเกิดโรคจิตเภทได้ ประกอบไปด้วย

2.1 การสื่อสารภายในครอบครัวเป็นแบบ Double bind communication

เป็นการสื่อสารชนิดบังคับบุตร ให้อยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเลือก 2 ทาง แต่ไม่ว่าจะเลือกทางใดก็สับสนไม่กระจ่างชัด ทางเลือกแต่ละทางมีความขัดแย้งในตัวเองก่อให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด ทนไม่ได้พอ ๆ กัน และไม่ว่าจะเลือกทางใดก็ผิด มีหน้าซำบุตรยังถูกบังคับไม่ให้หนีจากสถานการณ์ที่ Double bind นี้บิดามารดายังไม่ให้ออกมาสนทนาวิพากษ์วิจารณ์ หรือออกความเห็นใด ๆ บิดามารดาที่สื่อสารแบบนี้มักจะพูดคลุมเครือ ไม่เที่ยงตรง สถานการณ์อย่างนี้นานเข้าจะทำให้บุตรค่อยในการตีความสื่อสาร ทำให้กระบวนการคิดและการสื่อสารผิดปกติ มีโอกาสมากที่จะถดถอยเป็นโรคจิตเภทที่ต้องเผชิญกับความสับสนที่แก้ไม่ตกจากการสื่อสารชนิดนี้ (Sandock, 2007 อ้างถึงใน วัฒนา แก้วมะไฟ, 2555) และพบว่าสภาพครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อย ๆ มีการแสดงออกทาง

อารมณ์ต่อกันสูง (High expressed-emotion; EE) ได้แก่ การตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ มีท่าทีไม่เป็นมิตร จู้จี้กับผู้ป่วยมากเกินไป (รัชนี อุทัยพันธ์, 2555)

2.2 บิดามารดาอยู่ด้วยกันแบบ Marital schism กล่าวคือ บิดามารดาไม่ปรองดองกัน แต่ยังคงอยู่ด้วยกันเพราะยังต้องพึ่งพิงกัน จึงเป็นการพึ่งพิงกันอย่างเป็นพยาธิสภาพ คือมีความขัดแย้งกันอย่างชัดเจน และขาดการสื่อสารกัน หรือครอบครัวมีลักษณะเป็นแบบ Skewed family คือบิดามารดาฝ่ายหนึ่งจะสนิทสนมกับบุตรเพศตรงกันข้ามอย่างมากผิดปกติ (Sadock, 2007 อ้างถึงใน วัฒนา แก้วมะไฟ, 2555) เป็นต้น

2.3 บิดามารดาอยู่ด้วยกันแบบ Marital skew กล่าวคือ บิดามารดาสัมพันธ์กันแบบเบ้ ไปสู่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง โดยแสดงออกมาให้เห็นว่าบิดาหรือมารดาคนหนึ่ง มีอำนาจเหนือกว่า (Dominant) ส่วนบิดาหรือมารดาอีกฝ่ายหนึ่งยอมเจ็บปวด (Masochistic) (ศิลาภรณ์ พุทธิวงศ์, 2560)

2.4 ผู้ป่วยจิตเภทในสังคมที่มีเศรษฐกิจสูง ต้องเผชิญกับสถานะเครียดมากกว่าประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง ซึ่งอาจเป็นจากการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เช่นเดิม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภท เกิดจากหลายปัจจัย ในด้านชีวภาพ มีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม โดยหากมีญาติสนิทป่วยเป็นโรคจิตเภทจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 10 เท่า ความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่ชื่อว่าโดปามีน มีมากหรือน้อยเกินไปในสมอง ความผิดปกติของกายวิภาคของ Ventricle ในสมองที่โตกว่าปกติ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด การขาดออกซิเจนระหว่างคลอดทำให้โอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทได้ และปัจจัยด้านสังคมและครอบครัว เช่น การสื่อสารภายในครอบครัวชนิดบังคับกับบุตรอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเลือก ไม่กระจ่างชัด บิดามารดาทะเลาะเบาะแว้งไม่ปรองดองกัน บิดามารดาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดมีอำนาจเหนือกว่า และยังพบอีกว่าเศรษฐกิจสูงจะทำให้เกิดความเครียดสูงส่งผลให้ป่วยเป็นโรคจิตเภทได้

อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท

ลักษณะอาการทางคลินิกที่สำคัญของโรคแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) และกลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) ดังนี้

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) กลุ่มอาการด้านบวก ส่วนใหญ่จะแสดงออกมาให้เห็นชัดเจน และสามารถเกิดขึ้นช่วงใดช่วงหนึ่งของโรคก็ได้ ซึ่งอาการทางบวกนี้ เป็นเป้าหมายสำคัญในการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) กลุ่มอาการด้านบวก มีดังนี้

1.1 อาการหลงผิด (Delusion) คือ การปักใจเชื่อในบางสิ่งบางอย่าง อย่างฝังแน่น ไม่ว่าจะจะมีใครมาชี้แจง หรือมีหลักฐานคัดค้านที่เห็นชัดว่าสิ่งที่เขาเชื่อนั้นผิด เขาก็ยังฝังใจเชื่อเช่นนั้น ความหลงผิดนี้ มีได้แทบทุกเรื่อง บางเรื่องอาจฟังดูพิลึก เป็นไปไม่ได้ เช่น เชื่อว่ามีคลื่นไฟฟ้าส่งมาจากคนบางคนเพื่อทำร้ายให้ตนเองป่วย เชื่อว่าตนเองท้องได้หลายเดือน ทั้ง ๆ ที่ท้องไม่โตกว่าปกติ บางเรื่องเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งหากเป็นคนที่ไม่รู้จักกันมาก่อน อาจไม่ทราบว่ามีอาการหลงผิด อาการหลงผิดที่พบบ่อย คือ หลงผิดว่ามีคนคอยปองร้าย และหลงผิดว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน (มาโนช หล่อตระกูล, 2558)

1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) คือ เกิดการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ทั้งที่ตามจริงแล้วไม่มีสิ่งที่รับรู้เหล่านั้นเกิดขึ้น อาการประสาทหลอนเกิดขึ้นได้กับการรับรู้ทั้งในด้าน รูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส ที่พบบ่อย คือ ก) หูแว่ว (Auditory hallucination) เสียงแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเสียงหรือคำพูด บางคนอาจรับฟังเฉย ๆ บางคนอาจพูดจาโต้ตอบด้วย) ภาพหลอน (Visual hallucination) อาจเห็นเป็นภาพแปลก ๆ เห็นผี เห็นเทพ เห็นองค์ต่าง ๆ บางคนเฉย ๆ บางคนอาจหวาดกลัวภาพหลอนนั้นได้ ค) รู้สึกว่ามีอะไรมาชอนไชตามผิวหนัง (Tactile hallucination) ผู้ป่วยจะรู้สึกเหมือนมีอะไรมีไต่ตามตัว บางครั้งจะรู้สึกปวดแสบปวดร้อน หรือชู่ซ่า ตามผิวหนัง แขนขา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.3 อาการผิดปกติของคำพูด ผู้ป่วยมีปัญหาด้านความคิดขาดการเชื่อมโยงเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์บางครั้งคำพูดไม่ต่อเนื่อง (Loosening of association) หรือผู้ป่วยพูดฟังไม่รู้เรื่องเลย (Incoherence) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.4 ความผิดปกติด้านพฤติกรรม เช่น มีพฤติกรรมเหมือนเด็กกระวนกระวาย อาจไม่สนใจดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรก หรือในลักษณะแปลกประหลาด มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ส่งเสียงร้องตะโกน เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) กลุ่มอาการด้านลบเป็นการลดหน้าที่ปกติ เช่น การลดลงของพลังงาน และแรงจูงใจ และการลดลงของการแสดงออกทางอารมณ์ซึ่งอาการทางลบจะพบได้บ่อยและคงอยู่นาน (พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาतिकานนท์, 2552) กลุ่มอาการด้านลบ มีดังนี้

2.1 อารมณ์เมินเฉย (Affective flattening) ขาดการแสดงออกทางด้านอารมณ์มีหน้าเรียบเฉยไม่มีการสบตา หรือแสดงกิริยาท่าทาง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

2.2 พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) คือ การใช้เวลานานในการตอบคำถาม หรือเนื้อหาที่พูดมีน้อย (จิระภา สุมาลี, 2559)

2.3 ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (Avolition) ไม่สามารถริเริ่มในการทำกิจกรรมทุกชนิดไม่สนใจเข้าร่วมในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ชีวิตไม่มีจุดหมาย หมดความกระตือรือร้นในชีวิต (ศิวารณ์ พุทธิวงศ์, 2560)

โดยสรุปอาการทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท มี 2 กลุ่ม คือ อาการด้านบวก และอาการด้านลบ ซึ่งอาการด้านบวก ผู้ป่วยจะแสดงออกว่าลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าว กระวนกระวาย หลงผิด ประสาทหลอน ส่วนอาการด้านลบผู้ป่วยจะมีอารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูด ขาดความสนใจในกิจกรรม ไม่มีความกระตือรือร้นในชีวิต

การดำเนินโรคจิตเภท

การดำเนินโรคในผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกันมาก บางคนเป็น ๆ หาย ๆ ในขณะที่บางคนเป็นเรื้อรัง โดยทั่วไปผู้ป่วยมักไม่หายเป็นปกติ อาการของโรคมักทรงและทรุดลงตามลำดับจนผู้ป่วยไร้ประสิทธิภาพ ในระยะแรกของโรคอาการทางด้านลบมักมีเด่นชัด และในเวลาต่อมาอาการทางด้านบวกจะปรากฏ เมื่อได้รับการรักษา อาการทางด้านบวกจะหมดไป แต่อาการทางด้านลบจะคงอยู่ในบางรายอาการด้านลบเป็นรุนแรงขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1. ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการค่อยเป็นค่อยไปมักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานแย่งง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยสมาคมกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัย หรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจด้านปรัชญา ศาสนาหรือจิตวิทยา มีการใช้ถ้อยคำหรือสำนวนแปลก ๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

2. ระยะกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยแสดงอาการ ส่วนใหญ่เป็นอาการด้านบวก เช่น มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ระยะนี้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายทั้งตัวผู้ป่วย ผู้ใกล้ชิด และทรัพย์สิน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) หลังผู้ป่วยได้รับการรักษา อาการจะเริ่มทุเลาลง บางคนอาจไม่พบอาการผิดปกติเลยในช่วงที่อาการดีขึ้น ทำให้ส่วนใหญ่มักหยุดยาเองและทำให้มีอาการกำเริบ และอาการกำเริบในครั้งหลัง ๆ อาจตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีเหมือนครั้งแรก และมักมีอาการหลงเหลืออยู่ (จิระภา สุมาลี, 2559)

3. ระยะหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ หรือเสื่อมลงมาก อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหวาดระแวงอาจยังมีอยู่ แต่ไม่ได้มีผลกับผู้ป่วยมาก

เหมือนช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเภท มีอาการซึมเศร้าด้วย ส่วนใหญ่จะเกิดในช่วงนี้ และในระยะอาการหลงเหลือนี้ ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนผิดปกติ แยกตนเอง วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

สามารถสรุปได้ว่าการดำเนินโรคจิตเภท แบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มมีอาการ ในระยะนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีปัญหาเรื่องความรับผิดชอบต่อหน้าที่ และสัมพันธภาพ ต่อมาคือระยะกำเริบ ผู้ป่วยจะแสดงอาการด้านบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น และระยะสุดท้าย คือ ระยะหลงเหลือ ในระยะนี้อาการประสาทหลอนหรือหวาดระแวงยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนช่วงแรก ความทนต่อแรงกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี มีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว รวมทั้งอาจมีอาการเศร้าเกิดขึ้นได้

การกำเริบซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภท

การกำเริบซ้ำของอาการทางจิตนั้น ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

วัฒนาภรณ์ พิบูลอารักษ์ (2549) กล่าวว่า เป็นการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดและพฤติกรรม ตั้งแต่ช่วงระยะก่อนเริ่มมีอาการซึ่งจะมีอาการเตือนเป็นสัญญาณให้ทราบล่วงหน้า จึงทำให้เกิด อาการกลับคืนของอาการทางจิตที่ไม่พึงประสงค์ จนต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลซ้ำอีก

ราตรี เครือวัลย์ (2553) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ หมายถึง การกลับมารักษาซ้ำหมายถึงการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับมีอาการของโรคจิตเภทอีกครั้งหลังจากที่ได้รับการรักษาจนกระทั่งมีอาการดีและกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชนแล้วและกลับมามีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีกมีการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิดการรับรู้ จนต้องเข้ารับการรักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลอีกครั้ง

Sundel and Sundel (2000) กล่าวว่า การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม โดยไม่สามารถควบคุมได้ หรือเป็นการกลับมาที่มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีกเช่นความผิดปกติของการนอนการแยกตัวออกจากสังคมไม่สนใจกิจวัตรประจำวัน จนต้องเข้ารับการรักษาไว้ในโรงพยาบาลอีกครั้ง

Kenedy and Connor (2000) กล่าวว่า การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นกระบวนการที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นบ่อยมีลักษณะที่ชัดเจนไม่เปลี่ยนแปลงในแต่ละบุคคล เช่น กระบวนการความคิดที่ผิดปกติ มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน

สรุปได้ว่า การกำเริบซ้ำของอาการทางจิต มักเกิดขึ้นในระยะหลงเหลือ (Residual phase) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว หลังจากที่ได้รับการรักษาจนกระทั่งมีอาการทางจิตสงบ และสามารถกลับไปอยู่ในครอบครัว ชุมชนได้แล้ว แต่ต้องกลับมามีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก มีการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิด พฤติกรรม การรับรู้ จนต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลอีกครั้ง

ปัจจัยการกำเริบซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภท

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็น โรคจิตเภท พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำ เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านผู้ป่วย เป็นปัจจัยหลักที่พบมากที่สุดจากการที่ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการกำเริบของตนเอง ขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการใช้ยา นอกจากนี้ผู้ป่วยยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา และทักษะการจัดการเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาทางจิตเวช (ระพีพร แก้วคอนไทย, 2551; ราตรี เกรือวัลย์, 2553) มีทัศนคติต่อการรักษาไม่ดี มีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวชที่ได้รับ รู้สึกว่าเป็นปมด้อย รู้สึกว่าจากการรับประทานยารักษาโรคจิต (Stigma) ขาดแรงจูงใจในการรับประทานยา รู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่องในระยะเวลาานาน ๆ ส่งผลให้ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทได้รับยาไม่ต่อเนื่อง (อภิชญา วงศ์คม, 2557) ไม่มีความตระหนักในอาการเจ็บป่วยของตนเอง ความเปราะบางด้านจิตใจ การเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม การใช้สารเสพติด (John & Emily, 2002 อ้างถึงใน อภิชญา วงศ์คม, 2557)

2. ด้านญาติผู้ดูแล เป็นบุคคลที่ช่วยสนับสนุน ส่งเสริม และประคับประคองให้ผู้ป่วยจิตเภทร่วมมือต่อการรักษา แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท และการรักษาด้วยยาทางจิตเวช (ราตรี เกรือวัลย์, 2553) ขณะที่ผู้ดูแลบางส่วนไม่ได้ให้ความสนใจ หรือไม่มีเวลาในการดูแลในเรื่องการรับประทานยา มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อโรคจิตเภท เช่น รู้สึกอับอายที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็น โรคจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทมักสร้างความเดือดร้อนให้แก่ครอบครัว และความรู้สึกหมดหวังในตัวผู้ป่วย เป็นต้น (อภิชญา วงศ์คม, 2557) รวมไปถึงการตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ ทำที่ที่ไม่เป็นมิตรของสมาชิกในครอบครัว (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2552) ความเครียดที่ต้องดูแลผู้ป่วยยาวนาน ส่งผลให้ผู้ดูแล เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ และเพิกเฉยต่อบทบาทผู้ดูแล (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545)

3. ด้านชุมชนและสังคม พบว่าในชุมชนเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท มีการล้อเลียนผู้ป่วย ไม่มีการยอมรับผู้ป่วยและไม่ให้โอกาสผู้ป่วยในการทำงาน (ราตรี เกรือวรรณ, 2553) ชุมชน

มองผู้ป่วยในแง่ลบ เช่น รู้สึกหวาดกลัว เห็นผู้ป่วยเป็นตัวตก ไม่ให้เกียรติผู้ป่วยแม้ว่าอาการจะสงบลงแล้ว (สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2548)

4. ด้านที่มสุขภาพ พบว่าในด้านระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างครอบคลุม เช่น การไม่ได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน (ราตรี เครือวัลย์, 2553)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยการกำเริบซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นปัญหาที่สำคัญที่ต้องมีการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งน่าจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยลดการกำเริบซ้ำ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองอย่างเหมาะสมมากที่สุด

การวินิจฉัยแยกโรคจิตเภท

ระบบในการจำแนกโรคที่นิยมใช้กันในปัจจุบัน มีอยู่ 2 ระบบ คือ 1) ระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) ปัจจุบันฉบับล่าสุดคือ ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed : [DSM-5]) และ 2) ระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ฉบับที่ 10 (The International Classification of Diseases of Mental and Behavioral Disorders and Related Health Problem 10th Revision: ICD-10) (คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ, 2560) โดยโรคจิตเภท ตาม DSM-5 และ ICD-10 มีรายละเอียดดังนี้

1. เกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5) (สมภพ เรืองตระกูล, 2557)

1.1 ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่าง โดยอาการเป็นเวลานาน 1 เดือน (ระยะเวลาอาจน้อยกว่า 1 เดือน ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษา) ได้แก่

- อาการหลงผิด
- อาการประสาทหลอน
- มีความผิดปกติของรูปแบบคำพูด เช่น คำพูดไม่ต่อเนื่อง
- มีพฤติกรรมวุ่นวายหรืออาการคาทาโทเนีย
- มีอาการทางด้านลบ

หมายเหตุ ถ้าอาการหลงผิดมีลักษณะแปลกประหลาด เช่น เชื่อว่าความคิดของตนถูกดึงออกไปจากสมอง หรือมีอาการหูแว่วเป็นเสียงคนวิจารณ์ผู้ป่วย หรือเสียงคน 2 คน หรือมากกว่าพูดคุยกัน มีอาการเพียงอย่างเดียว

1.2 อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านอาชีพการงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือการดูแลตัวเอง

1.3 ผู้ป่วยมีอาการไม่สบายติดต่อกันเป็นเวลายาวนานอย่างน้อย 6 เดือน (รวมเกณฑ์การวินิจฉัยโรคในข้อ 1.1)

1.4 ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการของโรคจิตชนิดอื่น

1.5 อาการไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติด หรือโรคทางกาย

2. เกณฑ์ขององค์การอนามัยโรค ฉบับที่ 10 (ICD 10) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

โรคจิตเภท มีลักษณะทั่วไป คือ มีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้ มีอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือเหมินเฉย โดยระดับความรู้สึกตัว และสติปัญญามักยังปกติอยู่ อย่างไรก็ตาม การสูญเสียด้านการรู้คิดจะค่อย ๆ ปรากฏขึ้น เมื่อเวลาผ่านไป ปรากฏการณ์ทางจิตพยาธิสภาพที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ความคิดแพร่กระจาย การหลงผิดในการรับรู้ หลงผิดว่าถูกควบคุม หูแว่ว ได้ยินคนอื่นนินทาผู้ป่วย มีความคิดที่ผิดปกติ และมีอาการด้านลบ

การดำเนินโรคของโรคจิตเภท อาจเป็นแบบต่อเนื่อง หรือมีอาการเป็นพัก ๆ แล้วดำเนินต่อ หรือเป็นตลอดเวลา หรือเป็นครั้งสองครั้งแล้วหายสมบูรณ์หรือไม่ก็ได้ ไม่ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ถ้ามีความผิดปกติทางอารมณ์ แบบอารมณ์เศร้ามาก หรือ Mania ยกเว้นทราบชัดเจนว่าอาการทางอารมณ์เกิดภายหลังอาการของโรคจิตเภท และ จะไม่วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ถ้ามีอาการทางสมองชัดเจน หรือเกิดจากภาวะเป็นพิษจากยาหรือภาวะถอนยา และ ต้องไม่เกิดจากโรคลมชัก หรือโรคอื่นทางสมอง โดยรหัสโรคแบ่งเป็น F20.0-20.9 ดังนี้

1. F20.0 โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia)
2. F20.1 โรคจิตเภทชนิดเสปี้ฟรินิก (Hebephrenic Schizophrenia)
3. F20.2 โรคจิตเภทชนิดตาทาโทนิค (Catatonic Schizophrenia)
4. F20.3 โรคจิตเภทชนิดเรื้อรังที่มีอาการหลงเหลือ (Residual Schizophrenia)
5. F20.4 โรคจิตเภทชนิดจำแนกไม่ได้ (Undifferentiated Schizophrenia)
6. F20.5 โรคจิตเภทชนิดเศร้าภายหลัง (Post-Schizophrenic Depression)
7. F20.6 โรคจิตเภทชนิดพฤติกรรมเสื่อมถอย (Simple Schizophrenia)
8. F20.8 โรคจิตเภทชนิดอื่น ๆ (Other Schizophrenia)
9. F20.9 โรคจิตเภทชนิดที่ไม่สามารถระบุได้ (Unspecified Schizophrenia)

โดยสรุปการวินิจฉัยแยกโรคจิตเภทที่นิยมกันในปัจจุบันมีอยู่ 2 ระบบ คือ ระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) ปัจจุบันฉบับล่าสุด คือ ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed : [DSM-5]) เป็นการจำแนกโรคโดยใช้ลักษณะอาการของผู้ป่วยที่แสดงออกมาโดยอาการนั้นไม่ได้เกิดจากยา สาร

เสพติด หรือโรคทางกาย และระบบที่ 2 คือ การจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรค (World Health Organization) ฉบับที่ 10 (The International Classification of Diseases of Mental and Behavioral Disorders and Related Health Problem 10th Revision: ICD-10) เป็นการแบ่งโดยใช้รหัสโรค F20.0-F20.9 ตามลักษณะของอาการผู้ป่วยจิตเภท

การรักษาโรคจิตเภท

การรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบัน มีดังนี้ (กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม และคณะ, 2560)

1. การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อน รำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง เพื่อควบคุมเรื่องยาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา และมีปัญหาในการวินิจฉัยระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558)

2. การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยาเป็นหัวใจของการรักษาผู้ป่วยจิตเภท นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบของโรคได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบอยู่บ่อย ๆ นั้นส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษานั้นอาจแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ 1) ระยะควบคุมอาการ (Acute phase) คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็วอาการวุ่นวาย หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้น เป็นมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้น ต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล 2) ระยะให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization phase) หลังจากมีอาการสงบลงแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันมิให้อาการกำเริบและควรให้ขนาดเดิม และ 3) ระยะอาการคงที่ (Maintenance phase) เป็นช่วงที่อาการทุเลาลงแล้วแต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดีการควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งที่สำคัญขนาดยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรกแล้วจะค่อย ๆ ลดขนาด ร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือน จนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy: [ECT]) การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นวิธีการรักษาชนิดหนึ่งสำหรับผู้ป่วยจิตเวช เรียกชื่อว่า Electro convulsive therapy เรียกย่อว่า ECT เป็นการทำให้ชักโดยใช้กระแสไฟฟ้าในปริมาณที่เหมาะสม ผ่านเข้าไปในสมอง ทางขั้วตัวนำไฟฟ้า ซึ่งวางไว้บริเวณขมับทั้งสองข้างหรือข้างเดียว ปริมาณกระแสไฟฟ้าที่ผ่านเข้าไปในสมองผู้ป่วยโดยทั่วไปอยู่ในช่วงระหว่าง 70-150 โวลท์ เวลาที่ปล่อยกระแสไฟฟ้า ประมาณ 2-8 วินาที และมีผลให้เกิดการชักประมาณ 25-60 วินาที จึงจะมีผลต่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2563) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผลการรักษาไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้

ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า ร่วมไปด้วย โดยการ รักษาด้วยไฟฟ้าที่นิยมทำการรักษาคือ ทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยจิตเภทชนิด Catatonic หรือผู้ป่วยที่ Severe depression ร่วมด้วย

4. การรักษาด้านจิตสังคม การรักษาด้านจิตสังคมเป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะเวลาการ ดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไขรวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะ ท้อแท้ หดหู่กำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัย ด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุก ๆ ด้าน การรักษาด้านจิตสังคม ประกอบด้วย

4.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นวิธีการบำบัดแบบประคับประคองผู้รักษา ตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริง และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้

4.2 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psycho education or family counseling) เป็นการ ให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติต่อผู้ป่วย การแสดงอารมณ์เพื่อให้การทำหน้าที่ในครอบครัวดีขึ้น

4.3 กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริม ให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อนมีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา ให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

4.4 นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) ซึ่งเป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อ ช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่ทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง เกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา คຸ້ມກັນให้ผู้ป่วย ปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง (จุฬาลักษณ์ ชำช่อง, 2547)

การรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบัน มี 4 แบบ คือ การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล การ รักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาด้านจิตสังคม

โดยสรุปแล้ว โรคจิตเภทมีหลายสาเหตุที่เป็นปัจจัยของการเกิดโรค ผู้ป่วยจิตเภทจะมี ความผิดปกติ ด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ส่งผลให้การทำหน้าที่เปลี่ยนแปลง ความสามารถในด้านต่าง ๆ ลดลง และลักษณะของโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้น การดูแลรักษา ผู้ป่วยจิตเภท จึงไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีการใด วิธีการหนึ่ง ควรมีการผสมผสานการรักษาด้วยยา การบำบัดทางจิตสังคม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนหาย

ผลกระทบของโรคจิตเภท

ผลกระทบของโรคจิตเภทผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ การตัดสินใจ และพฤติกรรม ส่วนใหญ่เมื่อเป็น โรคจิตเภทแล้วมักไม่หายขาด มีอาการกำเริบเป็น

ช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ส่งผลต่อการดำรงชีวิต มีความบกพร่องในการช่วยเหลือตัวเอง ไม่สนใจร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม (หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) จึงส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ดังนี้

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจะมีความเสื่อมถอยของความสามารถด้านต่าง ๆ เช่น ความคิด พฤติกรรม โดยจะมีเสื่อมลงเล็กน้อยในช่วง 5 ปีแรกของการเจ็บป่วย หลังจากนั้นจะพบความเสื่อมลงเรื่อย ๆ จนถึงปีที่ 10 ของการเจ็บป่วย และจะเสื่อมลงอย่างมากตามจำนวนครั้งของอาการกำเริบ (Breier, Schreiber, Dyer, & Pickler, 1991 อ้างอิงใน รัชณี อุทัยพันธ์, 2555) ทำให้ส่งผลกระทบในการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง หลายด้าน ดังนี้

1.1 ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง ผู้ป่วยมีความคิด การรับรู้ หรือ พฤติกรรมที่ผิดปกติไป มีความสนใจเอาใจใส่ในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันลดลง (ยุพาพรรณ มหา, 2561)

1.2 ขาดทักษะสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางด้านลบ มักจะมีอารมณ์เหมินเฉย พุดน้อย แยกตัวเองออกจากสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.3 ด้านความสามารถด้านการคิดและการรับรู้ การตัดสินใจ ผู้ป่วยจิตเภท มักมีความคิด การรับรู้ หรือ พฤติกรรมที่ผิดปกติ มีความสนใจตนเองลดลง ขาดทักษะทางสังคม ตกงาน และถูกมองว่าเป็นคนไร้ค่าต้องพึ่งพาผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้ผู้ป่วยตำหนิตนเอง ขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกรงว่าตนเองไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ เกิดความกลัวต่อความล้มเหลว (ยุพาพรรณ มหา, 2561)

2. ผลกระทบต่อครอบครัว ส่วนใหญ่การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวรู้สึกเป็นภาระ สูญเสียเวลาเป็นส่วนตัว ไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้ดูแลรู้สึกท้อใจ เพราะไม่แน่ใจว่าอาการของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นอีกเมื่อไร ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญภาวะเครียดอย่างเรื้อรังและต่อเนื่อง มีผลต่อชีวิตประจำวัน ขาดอิสรภาพเนื่องจากความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย และถูกคุกคามทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท (บุญวดี เพชรรัตน์, 2547 อ้างอิงใน หทัยรัตน์ หาคำ, 2553) ขณะเดียวกันต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย ส่งผลต่อเศรษฐกิจครอบครัว มีความเดือดร้อนทางการเงิน นอกจากนี้ครอบครัวยังสูญเสียความคาดหวังในอนาคตต่อผู้ป่วย เกิดความเครียดในครอบครัวสูง โดยพบว่า ญาติผู้ป่วยทางจิตเวชมีแนวโน้มเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิต ร้อยละ 66.67 (มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544 อ้างอิงใน ยุพาพรรณ มหา, 2561)

3. ผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ ผู้ป่วยจิตเภทมักมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้พฤติกรรม มีขีดจำกัดไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือบทบาทตามปกติ (WHO, 2006 อ้างอิงใน

ยุพาพรรณ มหา, 2561) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ ถูกปฏิเสธจากสังคม ตกงานไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เกิดความเครียด อาจทำให้อาการกำเริบ หากควบคุมตนเองไม่ได้ อาจถูกทำร้ายหรือทำร้ายผู้อื่นได้ (ทูลกา บุญผาสังข์, 2545) บางครั้งมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม เป็นภัยต่อสังคม ส่งผลให้เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพศติดมากกว่าคนปกติ (Malakh, 1998 อ้างถึงใน ยุพาพรรณ มหา, 2561) นอกจากนี้ รัฐบาลยังต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และเสียกำลังคนในการพัฒนาประเทศอย่างมาก (เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, พิทักษ์พล บุญยมาลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สินธุ์, 2550)

สามารถสรุปได้ว่า ผลกระทบของโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยเองเกิดความเสื่อมถอยของสมรรถนะ เป็นภาระให้คนในครอบครัว รวมทั้งผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ ถูกปฏิเสธจากสังคม ตกงานไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เกิดความเครียด อาจทำให้อาการกำเริบ หากควบคุมตนเองไม่ได้ อาจถูกทำร้ายหรือทำร้ายผู้อื่นได้ในที่สุด

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบในการเข้าไปช่วยเหลือปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหา หรือสามารถปรับตัวได้ต่อสภาพปัญหาของตนเอง (Shives, 1994 อ้างถึงใน นิภาพร รัฐมั้น, 2558) ประกอบด้วย

1. การใช้กระบวนการพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย (สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2554; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554)

1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Assessment) แหล่งข้อมูล คือผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย บันทึกของทีมสุขภาพ โดยแบ่งข้อมูลเป็นการเจ็บป่วยทางกาย ประวัติส่วนตัว ประวัติทางสังคมและครอบครัว สุขภาพทั่วไป การเจ็บป่วยทางจิต และการตรวจสภาพจิต

1.2 การวิเคราะห์/ การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Analysis or Diagnosis) เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูล มาพิจารณาตรวจสอบ เปรียบเทียบ ให้เข้ากับสภาพของแต่ละบุคคล ในเรื่องความต้องการพื้นฐาน การปฏิบัติกิจกรรมตามหน้าที่ และการจัดการตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน ตามสภาพสังคม เพื่อให้การพยาบาลตอบสนองความต้องการของบุคคล

1.3 การวางแผนการพยาบาล (Planning) ขั้นตอนวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ การตั้งเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ การกำหนดแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามความต้องการของบุคคล

1.4 นำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ (Intervention) การปฏิบัติการพยาบาลควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ โดยเริ่มจากปฏิบัติการพยาบาลทั่วไป เมื่อได้ข้อมูลเพิ่มเติม จึงมีการปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลให้เหมาะสมเพิ่มขึ้น

1.5 การประเมินผล (Evaluation) เป็นการเปรียบเทียบผลของการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยว่าผลที่ได้เป็นไปตามเป้าหมายทางการพยาบาลหรือไม่ โดยเป็นการประเมินพัฒนาการของผู้ป่วย และประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาล

2. การพยาบาลยึดหลัก 4 มิติ ประกอบด้วย มิติที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพจิต ได้แก่ การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต ช่วยให้ผู้ป่วยมีพื้นฐานจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ดี อยู่ในสังคม และทำประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่น ได้ มิติที่ 2 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตสูง มิติที่ 3 การบำบัดรักษาได้แก่การจัดกิจกรรมพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตใจที่เข้มแข็งเช่นเดิม และมิติที่ 4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษาการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด และการให้การบำบัดรักษาร่วมกับในทีมจิตเวช (ยุวดี วงษ์แสง, 2548)

โดยสรุปแล้ว การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล คือ ให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ในการเข้าไปช่วยเหลือปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหา หรือสามารถปรับตัวได้ต่อสภาพปัญหาของตนเอง

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ หลังจากที่แพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยรักษาแบบผู้ป่วยใน พยาบาลจะให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีการประเมินเพื่อแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ด้วยแบบประเมิน ดังนี้

1. แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Health of the Nation Outcome Scales: [HoNos])

มีหัวข้อการประเมิน 12 ข้อ ประกอบด้วย

- 1.1 ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมที่มากเกินไปหรือเกิดจากพฤติกรรมก้าวร้าวรบกวนผู้อื่นหรือวุ่นวายอยู่ไม่สงบ
- 1.2 มีความคิดหรือพฤติกรรมการฆ่าตัวตายมีการทำร้ายตัวเองที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ
- 1.3 ปัญหาการดื่มสุราหรือการใช้ยาเสพติด
- 1.4 ปัญหาด้านพุทธิปัญญาเกี่ยวกับความจำ การรู้เวลา สถานที่ บุคคล และความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ
- 1.5 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยหรือพิการทางร่างกาย

1.6 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอาการประสาทหลอนและหลงผิด

1.7 อารมณ์ซึมเศร้า

1.8 ปัญหาทางจิตและพฤติกรรมอื่น ๆ

1.9 ปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมในเชิงเกื้อหนุนกับผู้อื่น

1.10 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันการไร้ความสามารถโดยรวม

1.11 โอกาสที่จะใช้หรือพัฒนาความสามารถในบริเวณที่ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่

1.12 โอกาสในการใช้และพัฒนาปรับปรุงความสามารถในด้านอาชีพและนันทนาการ

โดยทุกหัวข้อ แบ่งระดับความรุนแรง 0 – 4 คะแนน

0 = ไม่มีปัญหา

1 = มีปัญหาเล็กน้อย

2 = มีปัญหาไม่รุนแรงแต่เห็นชัดเจน

3 = มีปัญหารุนแรงปานกลาง

4 = มีปัญหารุนแรงถึงรุนแรงมาก

แบบประเมินนี้แพทย์จะประเมินเพื่อใช้เป็นเกณฑ์การพิจารณาผู้ป่วยไว้รักษาใน

โรงพยาบาลหากประเมินแล้วได้คะแนน 3-4 คะแนน (มีปัญหารุนแรงปานกลางถึงมีปัญหารุนแรงถึงรุนแรงมาก) นอกจากนี้ พยาบาลจะใช้ประเมินเพื่อเป็นเกณฑ์การพิจารณาการย้ายผู้ป่วยระหว่างหอผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยเพศชาย และจะประเมินเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการดูแลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของปัญหาทั้งในกรณีผู้ป่วยเพศชาย และเพศหญิง

2. แบบประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE) โดยมีเกณฑ์การเฝ้าระวังความเสี่ยงสำคัญทางคลินิก ดังนี้

2.1 แบบประเมินฆ่าตัวตาย (S: Suicide) มีเกณฑ์การให้คะแนน 2 แบบ คือ

2.1.1 วันแรกรับ คำถาม 9 ข้อ คะแนนเต็ม 9 คะแนน แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ช่วง

ดังนี้

0-3 คะแนน ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับต่ำ

4-6 คะแนน ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง

7-9 คะแนน ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับสูง

2.1.2 ขณะรักษาในสถาบัน/ โรงพยาบาล คำถาม 7 ข้อ คะแนนเต็ม 7 คะแนน แบ่ง

ระดับคะแนนเป็น 3 ช่วง ดังนี้

0-2 คะแนน ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับต่ำ

3-5 คะแนน ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง

6-7 คะแนน ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับสูง

2.2 แบบประเมินอุบัติเหตุ (A: Accident) ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ คะแนนเต็ม 9 คะแนน แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ช่วง ดังนี้

0-3 คะแนน ความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุระดับต่ำ

4-6 คะแนน ความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุระดับปานกลาง

7-9 คะแนน ความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุระดับสูง

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (V: Violence) ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ คะแนนเต็ม 12 คะแนน แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ช่วง ดังนี้

0-4 คะแนน ความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมรุนแรงระดับต่ำ

5-8 คะแนน ความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมรุนแรงระดับปานกลาง

9-12 คะแนน ความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมรุนแรงระดับสูง

2.4 แบบประเมินหลบหนี (E: Escape) ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ คะแนนเต็ม 8 คะแนน แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ช่วง ดังนี้

0-2 คะแนน ความเสี่ยงในการหลบหนีระดับต่ำ

3-5 คะแนน ความเสี่ยงในการหลบหนีระดับปานกลาง

6-8 คะแนน ความเสี่ยงในการหลบหนีระดับสูง

หมายเหตุ: ประเมินข้อคำถามใดที่มีเครื่องหมาย * ให้ปรับความเสี่ยงเป็นระดับสูง

กรณีผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย

1. ผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย หลังจากที่แพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยรักษาแบบผู้ป่วยใน จะอยู่ที่หอผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักจิตเวชชาย พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยการพยาบาลผู้ป่วยหนักจิตเวชชาย ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย ด้วยแบบประเมิน แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Health of the Nation Outcome Scales: [HoNos]) ข้อที่ 1 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน ในวันที่ 2 ของการนอนโรงพยาบาล หรือ ข้อที่ 1 น้อยกว่าหรือเท่ากับ

2 คะแนน ในวันที่ 3 ของการนอนโรงพยาบาล และประเมินด้วยแบบประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE) ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูง ให้ย้ายผู้ป่วยจิตเภท ไปที่หอผู้ป่วยงานการพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัดบำบัด 1

2. พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยงานการพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัดบำบัด 1 ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย ด้วยแบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Health of the Nation Outcome Scales: [HoNos]) ข้อที่ 1 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 หรือมีคำสั่งแพทย์ “วางแผนจำหน่าย” “Plan D/C” ให้ย้ายผู้ป่วยจิตเภท ไปที่หอผู้ป่วยงานการพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัดบำบัด 2

3. พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยงานการพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัดบำบัด 2

3.1 พยาบาลประเมินอาการทางจิตผู้ป่วย ให้เข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ตามความเหมาะสมของผู้ป่วย

3.2 เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ ประเมินด้วยแบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Health of the Nation Outcome Scales: [HoNos]) ข้อที่ 1, 2 และ 6 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน แพทย์มีคำสั่งให้จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ และมีญาติมารับผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลมีการส่งต่อข้อมูลให้จิตเวชชุมชน เพื่อจิตเวชชุมชนจะได้ส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยให้เครือข่ายได้รับทราบข้อมูล เพื่อในการดูแลต่อเนื่องในชุมชนต่อไป

กรณีผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิง

1. ผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิง หลังจากที่แพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยรักษาแบบผู้ป่วยใน จะอยู่ที่หอผู้ป่วยงานการพยาบาลจิตเวชหญิง พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยงานการพยาบาลจิตเวชหญิง ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย ด้วยแบบประเมิน แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Health of the Nation Outcome Scales: [HoNos]) ข้อที่ 1 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน ในวันที่ 3 ของการนอนโรงพยาบาล และประเมินด้วยแบบประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE) ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูง ให้แยกผู้ป่วยจิตเภทไปอยู่ห้องรวม ของหอผู้ป่วยงานการพยาบาลจิตเวชหญิง

2. พยาบาลประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย ด้วยแบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Health of the Nation Outcome Scales: [HoNos]) ข้อที่ 1 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน หรือมีคำสั่งแพทย์ “วางแผนจำหน่าย” “Plan D/C” จัดให้เข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ตามความเหมาะสมของผู้ป่วย

3. เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ ประเมินด้วยแบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Health of the Nation Outcome Scales: [HoNos]) ข้อที่ 1, 2 และ 6 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน แพทย์มีคำสั่งให้จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ และมีญาติมารับผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลมีการส่งต่อข้อมูลให้จิตเวชชุมชน เพื่อจิตเวชชุมชนจะได้ส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยให้เครือข่ายได้รับทราบข้อมูล เพื่อในการดูแลต่อเนื่องในชุมชนต่อไป

ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างครอบคลุมตามสภาพปัญหา และอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ มีแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

1. ประเมินอาการทางจิต
2. ติดตามผลการรักษาและประเมินผลอาการข้างเคียงของยา

3. ประเมินการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านและสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ
 4. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย และครอบครัวต่อการบำบัดรักษา
 5. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยการพูดคุยกับผู้ป่วย และเสริมสร้างความไว้วางใจ ด้วยท่าทีจริงใจอบอุ่นเป็นมิตร
 6. สนทนาเพื่อการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะ การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหาชีวิตประจำวัน
 7. พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ความคิดเห็นและรับฟังผู้ป่วยโดยไม่โต้เถียงไม่ตัดสินว่าผิดหรือถูก
 8. ให้คำปรึกษาให้กำลังใจผู้ป่วยชมเชย และหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ
 9. ให้ความรู้ญาติ ในการดูแลผู้ป่วย ในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง
 10. ให้ความรู้ผู้ป่วย และญาติ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยการรักษาผลข้างเคียงของยา และการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการแพ้ยา การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา และการหลีกเลี่ยง สิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ เช่น การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สารเสพติด การพูดล้อเลียนการตำหนิติเตียน เป็นต้น
 11. แนะนำญาติให้ดูแลให้ผู้ป่วยให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และนำ หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยไปตรวจตามนัด
 12. แนะนำญาติให้จัดสิ่งแวดล้อมให้ปราศจากสิ่งของที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นอาวุธในการทำร้ายตนเองและผู้อื่น
 13. แนะนำญาติให้นำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน
 14. แนะนำและ/ หรือหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีในชุมชน ที่ผู้ป่วยและญาติสามารถรับบริการได้ เช่น อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตำรวจ เป็นต้น
 15. ให้แรงเสริมผู้ป่วย ญาติ เพื่อให้เกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย
 16. นำผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เมื่อไม่สามารถควบคุมอาการผู้ป่วยได้แนวทางการป้องกันและเฝ้าระวังความเสี่ยง
- สามารถสรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เป็นการดูแลผู้ป่วยตามระยะของการเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ฟื้นฟู และสามารถกลับไปอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

การส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งต้องทำอย่างต่อเนื่อง ทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาล และขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยสามารถทำได้ทั้งในรูปแบบรายบุคคล รายกลุ่ม ครอบครัวและชุมชน และแบบผสมผสาน (Zygmunt et al., 2002 อ้างถึงใน รัชณี อุทัยพันธ์, 2555) และหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษา พยาบาลมีแนวทางในการดูแลดังนี้ (พัสนี สิทธิคุณ, 2551)

1. ประเมินสาเหตุสำคัญของการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา

2. ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับ โรค การรักษา การใช้ยาและการจัดการกับผลข้างเคียงของยา โดยกลุ่มต้องประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีลักษณะความเจ็บป่วย และความสามารถในการทำหน้าที่คล้ายคลึงกัน กระตุ้นให้กลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงประสพการณ์ และปัญหาการใช้ยา รักษาทางจิต โดยพยาบาลสามารถสอดแทรกสาระดังกล่าวในกระบวนการกลุ่ม

3. ความร่วมมือจะต้องเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวดูแล และพยาบาลผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชมีบทบาทที่สำคัญ คือการรับฟังผู้ป่วย พูดคุยกับผู้ป่วยอย่างมีเป้าหมาย ดังนั้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะไม่ร่วมมือในการใช้ยา เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมมือในการใช้ยา และมีความต่อเนื่อง

จะเห็นได้ว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบซ้ำ พยาบาลต้องประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา การให้สุขภาพจิตศึกษาและการบำบัดทางสังคม ร่วมทั้งการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

ความหมายของพฤติกรรมความร่วมมือในใช้ยา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมความร่วมมือในใช้ยา ตรงกับคำในภาษาอังกฤษ คือ Compliance และ Adherence ซึ่งมีผู้ให้ความหมายที่คล้ายคลึงกัน โดย Compliance จะเป็นการที่ผู้ป่วยยินยอมรับประทานยา หรือใช้ยาตามที่แพทย์หรือทีมสุขภาพแนะนำ ส่วนคำว่า Adherence จะเป็นการที่ผู้ป่วยยินยอมรับประทานยาหรือใช้ยาตามที่แพทย์หรือทีมสุขภาพแนะนำอย่างเต็มใจ การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้คำว่า Compliance เนื่องจาก ต้องการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยประเมินที่พฤติกรรมหรือการกระทำนั้นสอดคล้องกับคำแนะนำและแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งมีผู้ศึกษาและให้ความความหมายของพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทไว้หลายท่าน แตกต่างกันไป ดังนี้

Haynes (1979) กล่าวว่า เป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยในด้านการรับประทานยา การรับประทานยาตามที่แนะนำ หรือการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับคำแนะนำทางการแพทย์และสุขภาพ

Farragher (1999) กล่าวว่า ลักษณะของพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท จะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การไม่ใช้ยาต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยามืดเวลา การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา และการใช้ยามากกว่าแผนการรักษา

McDonald and Badger (2008) กล่าวว่า พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความตั้งใจที่จะปฏิบัติให้สอดคล้องกับการรักษา เพื่อผลลัพธ์ที่ดีด้านคลินิก ประกอบด้วย การรับประทานยาตามแผนการรักษา การปรับแบบแผนการรับประทานอาหาร และการดำเนินชีวิตประจำวันตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อผลดีต่อการรักษา

พรทิพย์ วชิรดิถก , สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, วิโรจน์ วงษ์สุริยะเดช และบุญช่วย เทพยศ (2549) กล่าวว่า พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา เป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวสอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา ความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิตได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการมาตามนัด โดยมีการแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ให้หยุดยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลาการใช้ยาถูกขนาดโดยไม่เพิ่ม หรือลดขนาดยาเองโดยไม่ได้รับการปรึกษาแพทย์

รัชณี อุทัยพันธ์ (2555) กล่าวว่า พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง หมายถึง การที่ผู้ป่วยยินดีปฏิบัติตามแผนการรักษาที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำให้ เพื่อการบำบัดโรคของตน ซึ่งไม่ได้หมายถึงวิธีการใช้ยาเท่านั้น แต่รวมถึงการใช้ยาที่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์การใช้ยาในขนาด ความถี่ เวลาที่เหมาะสม และการมารับยาตามนัด

สรุป พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา เป็นพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติตัวเรื่องรับประทานยา และปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ คำแนะนำของทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ความสามารถในการสังเกต และจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิตได้เหมาะสม รวมถึงการมาตามนัด เพื่อผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิก และผลดีในการรักษา ซึ่งแสดงออก ใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยาการใช้ยา การใช้ยาถูกต้องตามเวลา การใช้ยาถูกขนาดโดยไม่เพิ่มขนาดของยาเองโดยไม่ได้รับการปรึกษาแพทย์ และการไม่ลดขนาดของยาเองโดยไม่ได้รับการปรึกษาแพทย์

ลักษณะของผู้ที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา

ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทจะดีหรือไม่ดี ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละคนว่าปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือไม่ ซึ่งผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี จะมีการรับประทานยาที่ถูกต้องตามขนาด และเวลา มาตรวจตามนัด และเฝ้าระวังติดตามผลการรักษาของตนเองอย่างสม่ำเสมอ (NIMH, 2003 อ้างถึงใน สวัสดิ์ เทียงธรรม, 2547; รัชนิ อุทัยพันธ์, 2555)

Matthews and Hingson (1977 อ้างถึงใน สวัสดิ์ เทียงธรรม, 2547) ได้สรุปลักษณะของผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยา ดังนี้

1. มีความรู้ ความเข้าใจ ในปัญหาที่เผชิญอยู่ ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรักษาจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในความรุนแรงของโรค หรือภัยอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย
2. มีการปฏิบัติตามข้อกำหนด ซึ่งเกิดจากความเข้าใจ และยินยอมที่จะมีความร่วมมือในการรักษา ซึ่งข้อกำหนดที่ให้ผู้ป่วยปฏิบัตินี้ ต้องกำหนดให้เหมาะสม และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้
3. ความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการ โดยทั่วไปสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยที่ดีนั้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา

ลักษณะของผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการประเมินค่าของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติที่มีในแผนการรักษาเรื่องการรับประทานยาที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ และความต่อเนื่องของการรักษา ซึ่งลักษณะของผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา มี 5 ลักษณะ (Holmes, 2003 อ้างถึงใน รัชนิ อุทัยพันธ์, 2555) ดังนี้

1. การรับประทานยาไม่ติดต่อกันตามแผนการรักษา
2. การรับประทานยาไม่ถูกขนาด
3. การรับประทานยาไม่ถูกเวลา
4. การลืมรับประทานยาในบางขนาด
5. การหยุดรับประทานยาหรือไม่รับประทานยาเลย

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีหลากหลายปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท อาจแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในด้านผู้ป่วย มีดังต่อไปนี้

1.1 อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (Agarwal, 1998 อ้างถึงใน รัชณี อุทัยพันธ์, 2555)

1.2 เพศ จากการศึกษาที่สังคมกำหนดให้เพศหญิงมีบทบาทเป็นแม่ที่ทำหน้าที่ในการดูแลบุคคลในครอบครัวซึ่งส่งผลให้เมื่อเจ็บป่วยเพศหญิงจะสามารถดูแลตนเองมากกว่าเพศชาย (Agarwal, 1998 อ้างถึงใน รัชณี อุทัยพันธ์, 2555)

1.3 แรงจูงใจในการรับประทานยา เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องยาวนาน ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง ขาดแรงจูงใจในการรับประทานยา โดยการศึกษาพบว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ลดลงร้อยละ 29-33 หลังการรักษา 5 ปี ระยะเวลาที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาสูงสุด คือ ภายใน 6 ปี และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยา เป็นระยะเวลาน้อยกว่า 5 ปี จะมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเป็นเวลามากกว่า 5 ปี (Razali & Yahya, 1995 อ้างถึงใน รัชณี อุทัยพันธ์, 2555) เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำการเสริมสร้างแรงจูงใจจึงเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

1.4 มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การที่ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องโรค และการรักษา จะทำให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง หากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาแล้วและเกิดความตระหนักแล้ว ผู้ป่วยจะปฏิบัติตนได้เหมาะสม และการปฏิบัติตนที่เหมาะสมนั้นจะเป็นการลดความรังเกียจจากสังคม เป็นที่ยอมรับของสังคม และอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ (หทัยรัตน์ หาคำ, 2552)

1.5 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้โอกาสที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ การให้ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง ที่จะนำไปสู่การมีอาการทางจิตมากขึ้น การให้ความรู้เสี่ยงต่อการป่วยซ้ำจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการรักษา (หทัยรัตน์ หาคำ, 2552)

1.6 การรับรู้ความรุนแรงของโรค การที่บุคคลรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลจึงเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดการป่วยซ้ำจะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่คุกคาม (Adam and Scott, 2000 อ้างถึงใน รัชณี อุทัยพันธ์, 2555)

1.7 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผลการรักษา เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่เชื่อว่าสามารถทำได้ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับ ลดความรังเกียจของสังคม และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสงบสุข การปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เน้นที่พฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาและสังเกต

อาการจากอาการข้างเคียงของยา จึงมีความสำคัญต่อการรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง (จิรากร กันทับทิม, 2558)

1.8 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษา การไม่สามารถรับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา การดื่มสุราและการใช้สารเสพติดอื่น ๆ สิ่งเหล่านี้ทำให้การรักษาไม่ประสบความสำเร็จ (รัชณี อุทัยพันธ์, 2555)

1.9 การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์จากการศึกษาของ Kamali et al., 2000 อ้างถึงใน นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549) พบว่าการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.02$)

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในด้านสิ่งแวดล้อม มีดังต่อไปนี้

2.1 ฐานะทางเศรษฐกิจ โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสการบริการด้านสุขภาพเพื่อตนเอง ได้ดีกว่าผู้ที่ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยาที่ราคาแพง ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยา หรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ (Kumar & Sedgwick, 2001 อ้างถึงใน รัชณี อุทัยพันธ์, 2555)

2.2 การมีผู้ดูแลการใช้ยา บุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา การนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัดเป็นการเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแล (นวลลักษณ์ บุรณะกิติ, 2548)

3. ปัจจัยด้านการรักษา ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

3.1 วิธีการได้รับยา พบว่าการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย โดยวิธีการฉีดจะสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษามากกว่าวิธีการรับประทาน (Kumar & Sedgwick, 2001 อ้างถึงใน รัชณี อุทัยพันธ์, 2555)

3.2 การซับซ้อนของการรักษา ผู้ป่วยที่ได้รับประทานยาหลายชนิด และจำนวนมาก อาจเกิดการสับสนในการใช้ยา ลืมวิธีการใช้ยา จำนวนครั้งของการรับประทานยาในแต่ละวัน หากผู้ป่วยต้องรับประทานยามากถึง 3-4 ครั้งต่อวัน ความร่วมมือในการรักษาลดลงมากกว่ารับประทานยาวันละครั้ง (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549; ศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์, 2560)

3.3 ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา เช่น ตัวแข็ง คอบิด ง่วงนอน ปากและคอแห้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้น และมีความผิดปกติด้านเพศสัมพันธ์ อาการต่าง ๆ เหล่านี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน

และหยุดใช้ยาเองในที่สุด (Kumar & Sedgwick, 2001 อ้างถึงใน รัชณี อุทัยพันธ์, 2555; ศิวาภรณ์ พุทธิวงษ์, 2560)

4. ปัจจัยด้านทรมาน คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทรมาน สัมพันธภาพที่ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจจะทำให้เกิดการเรียนรู้ การรับรู้ และการจดจำแนวทางการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (นพวรรณ เอกสุวิรพงษ์, 2549; รัชณี อุทัยพันธ์, 2555)

โดยสรุป ความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทมีหลายปัจจัยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยด้านทีม แต่ปัจจัยที่สำคัญปัจจัยที่สำคัญ คือผู้ป่วย ด้านการขาดแรงจูงใจ เกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง ขาดแรงจูงใจ ไม่มีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง แม้ปัจจัยอื่น ๆ จะสมบูรณ์ แต่หากผู้ป่วยขาดแรงจูงใจดังกล่าว จะทำให้การรักษาด้วยยา มีความยุ่งยาก ไม่ประสบความสำเร็จ ในการศึกษาค้นคว้า ผู้ศึกษาได้พัฒนาโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความร่วมมือในการใช้ยา

วิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนเอกสารรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท มีดังต่อไปนี้

1. การบำบัดด้วยยารักษาโรคจิตที่เหมาะสม Masand and Narasimhan (2006) กล่าวว่า การเลือกใช้ยาที่มีผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด และเลือกใช้ยาที่ผู้ป่วยทนได้ เป็นทางเลือกแรก ๆ ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท การบำบัดด้วยยาควรประกอบด้วยกลยุทธ์ในการให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ โดยใช้หลักการเสริมแรงจูงใจ การแก้ปัญหาการเอื้ออำนวย ด้านบริการ การให้ความรู้แก่ครอบครัว การให้บริการต่อเนื่องในชุมชน

2. การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตศึกษา มีจุดประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้ในเรื่อง โรคและการรักษา การให้สุขภาพจิตศึกษามีทั้งรูปแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม แม้ว่าจะไม่ได้เพิ่มทัศนคติต่อการรักษาและไม่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการรักษาโดยตรง แต่อย่างน้อยการให้สุขภาพจิตศึกษาก็เป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการรักษาด้วยยา สามารถนำไปใช้ประกอบด้านการปรับพฤติกรรมและช่วยเสริมในด้านการบริการให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่ได้ผลควรร่วมกับการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่าย เทคนิคการเสริมแรงจูงใจ การจัดการด้านการใช้สารเสพติด (Zygmunt, 2002)

3. การดูแลในชุมชนเป็นการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่ประกอบไปด้วยการสนับสนุนส่งเสริม และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยการส่งต่อบริการ รวมทั้งการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองและการได้รับการรักษาที่เหมาะสม (Zygmunt, 2002)

4. ครอบครัวบำบัดเป็นวิธีการบำบัดที่มีจุดมุ่งหมายที่จะให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในครอบครัวให้เป็นไปในลักษณะที่ถูกต้องเหมาะสม สร้างสรรค์ แก้ไขปัญหา หรือความสัมพันธ์ที่ผิดปกติช่วยให้ระบายความรู้สึกต่อกัน โดยมีผู้รักษาเป็นคนกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจกันดีขึ้นและเรียนรู้ที่จะปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสำคัญในการช่วยลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วย รูปแบบของการบำบัดประกอบด้วยทำให้สุขภาพจิตศึกษาให้มีการปรับพฤติกรรม และการหากลยุทธ์ในการแก้ปัญหาในครอบครัว ซึ่งมีการเสริมแรงใจให้กับครอบครัว มีการใช้วิถีโอการแสดงบทบาทสมมุติการให้ความสนใจในความคิด ความเชื่อของผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาได้ (Zygmunt, 2002)

5. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษา (Compliance therapy) เป็นการบำบัดที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องในการรักษาด้วยยาจิตเวช สามารถใช้ได้ทั้งในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกโดยพัฒนามาจากหลักการของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ (Miller and Rollinick, 2007) เป็นการปรึกษารายบุคคลที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาการเลิกบุหรี่ ลดความอ้วน หรือเลิกดื่มสุรา มีการนำมาปรับเพื่อใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเวชโดยเพิ่มความยืดหยุ่น และปรับระยะเวลาให้มากขึ้นมีการพูดซ้ำ ๆ จนทำให้ผู้ป่วยมั่นใจ และส่งข้อความที่จูงใจตนเองออกมา การพัฒนาต่อมา มีการนำมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อเพิ่มทัศนคติในการรักษา แนะนำวิธีการแก้ปัญหา เพิ่มเติมความรู้เรื่องโรคจิตเภท และมีการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มจำนวนครั้งของการบำบัด เพื่อบำบัดอาการทางจิตที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

สามารถสรุปได้ว่า วิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท ต้องเกิดจากการผสมผสานในหลายด้าน ทั้งการเลือกใช้ยาที่มีผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด การให้สุขภาพจิตศึกษาด้านความรู้ในเรื่องโรคและการรักษา การดูแลในชุมชน ครอบครัวบำบัด รวมไปถึงการบำบัดด้านจิตสังคมเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษา (Compliance therapy)

โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

ความหมายการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นวิธีการบำบัด ที่มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยมีผู้ให้การบำบัด เป็นผู้ใช้ทักษะต่าง ๆ ในการช่วยเหลือ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้สำรวจ ค้นหา และจัดการกับความรู้สึกลังเล

พิชัย แสงชาญชัย (2553) กล่าวว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นการให้คำปรึกษาแบบมีทิศทาง ยืดการพูดคุยแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้ให้การปรึกษาจะช่วยผู้รับบริการปรึกษาสำรวจ และจัดการกับความรู้สึกลังเล (Ambivalence) ในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

องค์อร์ ประจันเขตต์ (2551) กล่าวว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นการให้คำปรึกษาเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยมีเป้าหมายที่จะช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาสามารถค้นหาและแก้ไขความรู้สึกลังเลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

Miller and Rollnick (2007) กล่าวว่า การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นการบำบัดแบบเป็นระบบ (Systematic intervention) เพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ หลักการอยู่บนพื้นฐานของจิตวิทยาการเสริมสร้างแรงจูงใจ และรูปแบบการบำบัดที่เห็นผลลัพธ์อย่างรวดเร็วต่อเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจภายใน ซึ่งการบำบัดนี้เป็นการบำบัดแบบสั้น ใช้ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 1-4 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง ประกอบด้วยการประเมิน (Assessment) การสะท้อนกลับ (Feedback) และการใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: [MI])

นอกจากนี้ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นวิธีการบำบัดยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเชื่อว่าบุคคลมีศักยภาพ พลังอำนาจในตนเอง ที่จะผลักดันให้ตนเองเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยผู้บำบัดเป็นผู้ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นศักยภาพของตนเอง โดยการใช้เทคนิคต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยค้นหา และจัดการกับความรู้สึกลังเล มีทิศทางและเป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการตื่นตัวในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายที่ตนเองต้องการอย่างมีทิศทาง จากการพัฒนาทฤษฎีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ พบว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

วิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) เป็นการให้การปรึกษาที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client centered) พูดคุยแบบมีทิศทาง มีวิธีการบำบัดที่เน้น

ให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจภายในตัวเอง (Intrinsic motivation) โดยแก้ไขความลังเลใจ และจัดการกับความรู้สึกลังเล (Ambivalence) และเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมองว่า ผู้ให้บริการปรึกษาและผู้รับการปรึกษามีความเท่าเทียมกัน ผู้รับการปรึกษาจะเป็นผู้กำหนดทิศทางทั่ว ๆ ไปของการบำบัด ในขณะที่ผู้ให้บริการปรึกษาจะเป็นผู้เอื้อให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจ และตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเอง (Insightful self-understanding) ผ่านการใช้ทักษะที่ทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความกระจำจัด (พิชัย แสงชาญชัย, 2553)

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change)

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้อิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska and DiClemente (1997) ซึ่ง Prochaska and DiClemente ได้เริ่มใช้ทฤษฎีดังกล่าวในปี ค.ศ. 1984 โดยศึกษาในผู้ติดบุหรี่ และได้มีการประยุกต์เพื่อการปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ ในปี ค.ศ. 1997 เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มี 6 ขั้นตอน (Miller & Rollnick, 2007; พิชัย แสงชาญชัย, 2553) ดังนี้

1. ขั้นเมินเฉย (Pre-contemplation) ผู้ป่วยยังไม่ตระหนัก ว่าตนเองมีปัญหา และยังไม่คิดถึงการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยจะมีลักษณะต่อต้าน หรือปฏิเสธ หากถูกบังคับให้เข้ารับการรักษ การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัดคือการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) และการให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง (Information) อย่างตรงไปตรงมา เป็นเหตุเป็นผล
2. ขั้นลังเลใจ (Contemplation) ผู้ป่วยมีความรู้สึกสองอย่างในเวลาเดียวกัน เริ่มตระหนักว่าตนเองมีปัญหา เริ่มพิจารณาการเปลี่ยนแปลงแต่ยังลังเลใจ การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัดคือ ให้ผู้ป่วยพูดคุยถึง ข้อดีข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงและไม่เปลี่ยนแปลง (Pros & cons)
3. ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination) ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหา และต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงมีความตั้งใจและตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการขอรับความช่วยเหลือ การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด คือให้ทางเลือกในการ (Menu of options) ที่เหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยเลือกได้อย่างอิสระ (Freedom of choice) เน้นความรับผิดชอบในการเลือกของผู้ป่วยเอง (Responsibility) และส่งเสริมศักยภาพในการกระทำได้ของผู้ป่วยเอง (Self-efficacy)
4. ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action) ผู้ป่วยกำลังลงมือปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลง ระยะเวลามักอยู่ในช่วง 6 เดือนแรก การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัดคือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจและกระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกได้อย่างต่อเนื่อง (Compliance or adherence)
5. ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) ผู้ป่วยดำเนินการตามวิธีการที่ตนเองเลือกได้อย่างต่อเนื่อง ได้ประมาณ 6 เดือน และคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การตอบสนองที่

เหมาะสมของผู้บำบัดคือการป้องกันพฤติกรรมกำเริบไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Relapse prevention) เช่น การหยุดรับประทานยา การเพิ่มหรือลดยาเอง

6. ขั้นตอนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse) ผู้ป่วยกลับไปสู่พฤติกรรมเดิมการตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัดคือ การให้กำลังใจและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยยาให้เร็วที่สุด (Recovery process)

การที่ผู้บำบัดเข้าใจวงจรการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะช่วยให้ผู้บำบัดประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีแรงจูงใจเป็นอย่างไรตามทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อะไรที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และใช้กลยุทธ์การบำบัดได้สอดคล้องกับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยให้ขยับไปสู่แรงจูงใจในขั้นสูงขึ้นไป ซึ่งการสร้างแรงจูงใจที่ไม่เข้ากับความต้องการของผู้ป่วยจะนำไปสู่การต่อต้าน และความไม่ร่วมมือในการรักษา (จิรากรกันทัตทิมา, 2558) และการทำความเข้าใจในวงจรการเปลี่ยนแปลงจะช่วยให้ผู้บำบัดมีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ถึงแม้ว่าแต่ละบุคคลจะเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงในวงจรตามวิถีทางที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล แต่ก็เป็นวงจรเดียวกันแต่ความเร็วและประสิทธิภาพของการเปลี่ยนแปลงในวงจรจากขั้นตอนหนึ่งไปสู่อีกขั้นตอนหนึ่งจะแตกต่างกัน สิ่งที่ผู้บำบัดอยากให้ผู้ป่วยกล่าวออกมาในการสนทนาตามแนวทางการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ คือข้อความที่จูงใจตนเอง (Self-Motivational Statement: [SMS]) โดยกระบวนการของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจผู้บำบัดจะตั้งคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยพูดข้อความหรือคิด เมื่อเวลาการสนทนาผ่านไป SMS จากผู้ป่วยก็จะออกมามากขึ้นตามผู้บำบัดก็จะใช้การยืนยันรับรอง สะท้อนความและการสรุปความ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยืนยันได้รับทราบ SMS ของตนเองซ้ำ ๆ แรงจูงใจของผู้ป่วยก็มากขึ้นตาม

ประเภทของข้อความจูงใจตนเองแบ่งได้ 4 ประเภท

1. Problem recognition เป็น SMS ที่แสดงถึงความตระหนักในปัญหาผม เช่น “ผมเพิ่งรู้ว่าผมมีปัญหามากกว่าที่คิด”
2. Concern เป็น SMS ที่แสดงถึงความกังวลในปัญหา เช่น “เหลือเชื่อเป็นไปได้ไง”
3. Intention to change เป็น SMS ที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง เช่น “ผมต้องทำอะไรซักอย่าง”
4. Optimism for change เป็น SMS ที่แสดงถึงทัศนคติที่ดีต่อการร่วมมือ เช่น “ผมมั่นใจว่าผมทำได้”

การกล่าวข้อความจูงใจตนเองเป็นการแสดงถึงการเกิดความตระหนักหรือกังวลต่อปัญหาที่จะเกิดขึ้น มีความตั้งใจ มีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยาเพื่อรักษา บางครั้งผู้ป่วยอาจ

ต้องการเหตุผลอย่างมากเพื่อช่วยให้เขาเกิดความมั่นใจ ดังนั้นจึงต้องใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความใจตนเอง (Self-Motivational Statement: [SMS]) ดังนี้

1. กลยุทธ์การถามเพื่อกระตุ้นเร้าให้ผู้ผู้ป่วยพูดข้อความใจตนเอง (Evocative questions) ผู้บำบัดควรมองว่าผู้ป่วยมีความลังเลใจในการตัดสินใจเลิกพฤติกรรม ปฏิเสธการรับประทานยา แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ตระหนักในปัญหาก็ตาม คือสมมติว่าผู้ป่วยมีแรงใจอยู่ในขั้นที่ 2 คือ ลังเลใจ ผู้บำบัดควรถามผู้ป่วยด้วยคำถามปลายเปิดว่า “คุณกังวลกับเรื่องการรับประทานยาอย่างไร” มากกว่า “คุณกังวลกับเรื่องการรับประทานยาหรือไม่”

2. กลยุทธ์การตรวจสอบเหตุผลทั้งสองด้าน (Exploring pros and cons) เป็นการเปิดโอกาสให้ตรวจสอบข้อดี ข้อเสียของการรับประทานยา ท่าทีของผู้บำบัดต้องไม่มีอคติครอบงำ หรือชักจูงใจเกินเหตุ โดยปกติผู้บำบัดมักเน้นแต่ข้อดีของการรับประทานยาและข้อเสียของการไม่รับประทานยา ควรเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบทุก ๆ ด้านทั้งข้อดี ข้อเสียของการรับประทานยา และข้อดีข้อเสียของการไม่รับประทานยา เพราะผู้ป่วยจะได้ไตร่ตรองให้รอบคอบ จนกระทั่งตัดสินใจเองได้ทำให้แรงใจมุ่งมั่นคงกว่าการจูงใจโดยผู้บำบัดอย่างเดียว

3. กลยุทธ์การถามเพื่อให้ได้รายละเอียดมาก ๆ (Elaboration) เมื่อผู้ป่วยมีโอกาสมากมากขึ้นก็จะพูด SMS มากขึ้นผู้บำบัดก็ทำหน้าที่ตั้งคำถาม สะท้อน และสรุปทำให้ผู้ป่วยได้คิดได้ฟังข้อความใจตนเองมากขึ้นเรื่อย ๆ แรงใจก็จะยิ่งมีมากขึ้นตามไปด้วย

4. กลยุทธ์จินตนาการสมมติ (Imaging) โดยผู้บำบัดถามถึงสิ่งที่เลวร้ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหากไม่รับประทานยาแล้วจินตนาการสมมติว่าตนเองอยู่ในสภาวะนั้นจะเป็นอย่างไรก็จะถูกเร้าใจให้เกิดความกังวลใจความกังวลใจจะทำให้เกิดแรงจูงใจที่อยากจะเปลี่ยนแปลงแก้ไข

5. กลยุทธ์คาดการณ์ในอนาคต (Looking forward) โดยผู้บำบัดถามถึงความคาดหวังในอนาคตอาจถามว่า “สุขภาพของคุณจะเปลี่ยนไปอย่างไรหากยังไม่ยอมกินยา”

6. กลยุทธ์มองย้อนกลับไปสู่อดีต (Looking back) โดยเปรียบเทียบช่วงอดีตก่อนที่จะป่วยกับช่วงที่ป่วยว่ามีอะไรแตกต่างกันบ้างอาจถามว่า “หลังจากป่วยแล้วทำให้ชีวิตเปลี่ยนไปจากเดิมอย่างไรบ้าง”

7. กลยุทธ์การสำรวจเป้าหมายในชีวิต (Exploring goals) โดยผู้บำบัดอาจถามว่า “อะไรคือสิ่งที่สำคัญมากที่สุดในชีวิต” “อะไรคือเป้าหมายในชีวิต” “อะไรคือสิ่งที่มีค่าที่สุดในชีวิต” ผู้ป่วยจะมีแรงใจแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต

8. กลยุทธ์ขัดเพื่อให้แย้ง (Paradoxical challenge) โดยผู้บำบัดใช้เหตุผลด้านจิตใจที่ไม่อยากรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้แย้งหรือกระตุ้นจิตใจด้านที่อยากรักษาอย่างต่อเนื่อง

เช่น “คุณแล้วคุณยังไม่สนใจว่าชีวิตจะเป็นอย่างไรต่อไปการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องคุณคงทำไม่ได้” “การปฏิเสธการเจ็บป่วยคงเป็นเรื่องสำคัญที่คุณจะหายได้ยาก”

หลักการและทักษะที่ใช้ในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างสร้างแรงจูงใจ

เทคนิคและทักษะ ที่ใช้ในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2007) และพิชัย แสงชาญชัย (2553) ที่สำคัญในการบำบัดเพื่อเสริมสร้าง คือ DARES, ORAS และ FRAMES ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. DARES เป็นหลักการในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างสร้างแรงจูงใจ ซึ่งประกอบไปด้วย 5 หลักการ ดังต่อไปนี้

1.1 การทำให้เห็นช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับสิ่งที่เป็นอยู่ปัจจุบัน (Develop discrepancy) การทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างสถานภาพในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากเป็นจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยตระหนักถึงความสูญเสียและผลกระทบรุนแรงที่เกิดจากพฤติกรรมปัจจุบันและเมื่อเห็นว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วย โอกาสจะเปลี่ยนแปลงจะเป็นไปได้มากขึ้นนั่นคือแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น

1.2 การหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย (Avoid argumentation) ในแนวทางการเสริมสร้างสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัดจะมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ผู้ป่วยได้เผชิญหน้ากับความจริงหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วยซึ่งจะทำให้เกิดการต่อต้านมากกว่าการเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงวิธีการที่เหมาะสมผู้บำบัดคือช่วยให้ผู้ป่วยค่อย ๆ เปลี่ยนการรับรู้แทนการโต้แย้งเพื่อให้เกิดการยอมรับ ซึ่งเป็นผลดีของการร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพราะหากผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต่อต้านขึ้นจะเป็นตัวพยากรณ์ความล้มเหลวในการให้การรักษา

1.3 การเคลื่อนไหวไปตามแรงต้านที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Roll with resistance) ผู้บำบัดต้องเคารพในความคิดเห็นและให้เกียรติผู้ป่วยได้เลือกตัดสินใจวางแผนการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง จะช่วยลดแรงต้านได้ไม่ควรบังคับให้ผู้ผู้ป่วยมีมุมมองใหม่ตามผู้บำบัดผู้บำบัดอาจเสนอข้อมูลใหม่ แนวคิดในการมองปัญหาใหม่คือ “เลือกเฉพาะที่ต้องการและทิ้งที่เหลือไว้” เป็นแนวคิดที่ผู้ป่วยมีอิสระที่จะตัดสินใจว่าจะนำไปใช้หรือไม่ก็ได้ ซึ่งจะเป็นการหลีกเลี่ยงการขัดแย้งระหว่างสองฝ่าย

1.4 การแสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้ป่วย (Express empathy) บทบาทของผู้บำบัดคือการรับฟังอย่างตั้งใจสะท้อนความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยเน้นเคารพความคิดเห็นและการตัดสินใจของผู้ป่วยผู้บำบัดมีหน้าที่เป็นผู้ฟังมากกว่าการบอกให้ผู้ผู้ป่วยทำ (Listening rather than telling) สะท้อนความรู้สึก (Reflection) เน้นความรับผิดชอบในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

1.5 การสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วย (Support self-efficacy)

การรู้สึกว่าคุณเองมีศักยภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้บำบัด ซึ่งให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้โดยทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง

2. OARS เป็นทักษะที่สำคัญในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งทักษะนี้ใช้เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สิ่งที่ผู้บำบัดอยากให้ผู้ป่วยกล่าวออกมาในการพูดคุย ตามแนวทางของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ Self-Motivational Statement: [SMS] หรือ ข้อความที่ใจตนเอง ผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยเสมือนหนึ่งคุยกับตนเองโดยใช้ ประอบไปด้วย (พิชัย แสงชาญชัย, 2553)

2.1 การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) ซึ่งการใช้คำถามปลายเปิด เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความใจตนเองออกมามากขึ้น

2.2 การยืนยันรับรอง (Affirmation) คือในขณะที่เดียวกันที่รับการบำบัดเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงที่มากขึ้น ผู้บำบัดจะใช้การยืนยันรับรอง เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความมั่นใจมากขึ้น

2.3 การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening) การสะท้อนความ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ย่นสิ่งที่ตนเองคิด และรู้สึกซ้ำ ๆ

2.4 การสรุปความ (Summarizing) การสรุปนี้เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเสมือนหนึ่งได้คุยกับตนเองซ้ำ ๆ นี้ ทำให้แรงจูงใจของผู้ป่วยมากขึ้นตามไปด้วย

3. FRAMES เป็นเทคนิค ในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งประกอบไปด้วย 6 เทคนิค ดังต่อไปนี้

3.1 การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) เป็นการให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของปัญหาการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยที่สะท้อนความรุนแรงของโรค

3.2 การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วย (Responsibility) เป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองในการตัดสินใจว่าจะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาหรือไม่ผู้บำบัดเป็นเพียงผู้แนะนำสิ่งดี ๆ ให้แต่ไม่สามารถบังคับผู้ป่วยได้

3.3 การให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และจำเป็น (Advice) เป็นการให้คำแนะนำที่จำเป็นต่อการตัดสินใจที่มีผลต่อสุขภาพกายและจิตใจ

3.4 การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) เป็นทางเลือกปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยมีความพอดีไม่น้อยหรือมากเกินไปและผู้ป่วยเลือกอย่างอิสระ

3.5 การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) เป็นการแสดงความเห็นอกเห็นใจ

เข้าใจในตัวผู้ป่วยยอมรับในภาวะดังเลขของผู้ป่วยว่าอาจยังไม่ตระหนักในปัญหาและยังมองไม่เห็น
ข้อเสียของการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา

3.6 การส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจและ
เชื่อมั่นว่าตนเองทำได้

สรุปได้ว่า เทคนิคและทักษะในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทั้ง DARES, OARS
และ FRAMES มีความสำคัญที่ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่
เหมาะสม ตระหนักถึงความสำคัญของความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ผู้บำบัดควร
ตอบสนองให้เหมาะสมเพื่อการเปลี่ยนแปลงไปสู่ขั้นตอนการร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง
ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจทั้ง DARES, OARS และ
FRAMES เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยคำพูดของผู้ป่วยเอง และประเมินผู้ป่วย
ในเรื่องขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stage of change) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยขับเคลื่อนไปสู่ขั้นตอนที่
สูงขึ้น จนไปสู่ขั้นตอนการร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างคงทนถาวร

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว พบว่าการจัดโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือ
ในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท มีหลากหลายโปรแกรมซึ่งส่วนใหญ่จะส่งผลให้พฤติกรรม
การรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น และโปรแกรมส่วนใหญ่ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มตัวอย่างที่
เป็นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แผนกผู้ป่วยนอก และในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น โปรแกรมการ
สัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทใน
ชุมชน โดยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมี
ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
แบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (รัชณี อุทัยพันธ์, 2555) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิต
เวชโดยครอบครัวต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในโรงพยาบาล
เพชรบูรณ์ โดยพบว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หลังที่ผู้ดูแลได้รับ
โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .01 (พจนันท์ กาศสกุล, 2550) โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาใน
ผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้าง
แรงจูงใจในการรักษาด้วยยา มีความร่วมมือในการรับประทานอย่างต่อเนื่องสูงกว่าก่อนได้รับการ
เสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (เยาวภา
ไตรพฤกษชาติ, 2554) โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อความร่วมมือ
ในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยพบว่า พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยที่ได้รับ
การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวดีกว่าก่อนได้ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้าง

แรงจูงใจโดยครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (จิรากร กันทับทิม, 2558) ผลการให้ การปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการ รับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรับประทานยา มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (นิตยา สุริยะพันธ์ และอรุณี โสตถิวนิชย์วงศ์, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาใน ผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษา ผลการศึกษาพบว่า การ ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทโดยการบำบัดเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือ ในการรักษา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดความเชื่อ และแรงจูงใจส่งผลให้เกิดพฤติกรรม ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องมีอาการทางจิตลดลง (หทัยรัตน์ หาคำ, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น แต่การศึกษาเหล่านี้ส่วนใหญ่ทำในชุมชน และแผนกผู้ป่วยนอก จึงไม่สามารถยืนยันในผู้ป่วยจิตเภทที่ยังรับการรักษาใน โรงพยาบาล ผู้วิจัยจึง ได้พัฒนาโปรแกรมดังกล่าวนี้ขึ้น สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมี แรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาตั้งแต่ที่อยู่ในโรงพยาบาลและต่อเนื่อง ถึงเมื่อกลับไปดำเนินชีวิตในสังคม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (Two group pre-posttest) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล โดยเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทอายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามกลุ่มโรค F20.0-F20.9 ตามรหัสของโรคในระบบขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ฉบับที่ 10 (The International Classification of Diseases of Mental and Behavioral Disorders and Related Health Problem 10th Revision: ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทอายุ 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในระยะเตรียมกลับบ้าน ตามการวินิจฉัยของแพทย์ โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion Criteria) ที่กำหนด ดังนี้

1. ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทไม่เกิน 5 ปี
2. มีคะแนนอาการทางจิตระดับน้อย ประเมินด้วยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale [BPRS] ไม่เกิน 36 คะแนน
3. มีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องระดับต่ำถึงปานกลาง ประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ของ รัชนี อุทัยพันธ์ (2555) คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 42 คะแนน

4. มีขั้นระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของ Prochaska and DiClemente (1997) ที่ขั้นเฝื่อนเฉย (Pre-contemplation) หรือขั้นลังเลใจ (Contemplation)

5. มีผู้ดูแลหลักหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

6. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) การวิจัยครั้งนี้

กำหนดการคัดกลุ่มตัวอย่างออก คือ มีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยทางกาย เช่น โรคหัวใจ ล้มเหลว โรคความดันโลหิตสูงวิกฤต มีอาการชัก สารน้ำและสารอาหารในเลือดผิดปกติ ฯลฯ

เกณฑ์การให้กลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Discontinuation Criteria) คือ ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ร่วมการบำบัดครบทุกกิจกรรม หรือไม่สามารถอยู่ร่วมดำเนินการวิจัยจนเสร็จสิ้น เช่น ได้กลับบ้าน ถูกส่งตัวไปรักษาโรงพยาบาลอื่น มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดครบทุกขั้นตอน เป็นต้น

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size) ซึ่งคำนวณจากสูตรของ Glass (1976 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2555) จากงานวิจัย เรื่องผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของรัชณี อุทัยพันธ์ (2555) มาคำนวณจากค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แล้วนำมาหารด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม เพื่อหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

จากสูตรของ Glass (1976 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2555)

$$d = \frac{X_E - X_C}{SD_C}$$

โดยกำหนดให้

d คือ ขนาดของอิทธิพล

X_E คือ ค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลอง

X_C คือ ค่าเฉลี่ยกลุ่มควบคุม

SD_C คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

การแปลผลค่าขนาดอิทธิพล (Cohen, 1988 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2561) ได้แบ่งขนาดอิทธิพลออกเป็น 3 ระดับ คือขนาดเล็ก (Small effect size) เท่ากับ 0.20 ขนาดกลาง (Medium effect size) เท่ากับ 0.50 และขนาดใหญ่ (Large effect size) เท่ากับ 0.80 สำหรับการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัย เรื่องการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของ รัชณี อุทัยพันธ์ (2555)

โดยนำมาแทนค่าตามสูตรดังนี้ $d = X_E - X_C / SD$

$$d = 54.05 - 42 / 4.12$$

$$d = 2.92$$

คำนวณได้ค่า 2.92 จากค่า Effect size ที่ได้มีค่ามากกว่า 0.80 ประมาณค่าอิทธิพลขนาดใหญ่จึงใช้ค่าขนาดของอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.80 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 0.95 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level) ที่ระดับ 0.05 และนำค่าดังกล่าวมาเปิดตาราง Master Table Statistical Power Table แบบ One-tailed test (Burn & Grove, 2009 อ้างถึงในรัตนศิริ ทาโต, 2561) พบว่าได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 10 คน รวม 20 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างทดลอง (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 20% ของที่คำนวณได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราฎ, 2555) การศึกษานี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 24 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 24 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินอาการทางจิตฉบับภาษาไทย (Brief Psychotic Rating Scale: [BPRS]) โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย และทำแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 42 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ต้องระดับต่ำถึงปานกลาง
3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา
4. ผู้วิจัยทำการสุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากโดยกำหนดให้ “เลขคู่” เป็นกลุ่มทดลอง และ “เลขคี่” เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และทดลองตามขั้นตอนที่กำหนดต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยสามส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล 3) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง 4) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการทดลอง

1. เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินอาการทางจิตฉบับภาษาไทย (Brief Psychotic Rating Scale: [BPRS]) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายพัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham (1962 มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุภากิตติรัตน์ไพบุลย์, 2549 อ้างอิงใน รัชณี อุทัยพันธ์, 2555) ซึ่งมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง (Reliability) โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach 'Alpha Coefficient) เท่ากับ .87 ทั้งนี้แบบประเมินอาการทางจิตนี้เป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงไม่มีการประเมินคุณภาพของเครื่องมือในเรื่องของความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ข้อ 1-10 ให้คะแนนตามที่ผู้ป่วยบอก ข้อ 11-18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย โดยระดับคะแนน ตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ ดังนี้

ไม่มีอาการ = 1 คะแนน	มีอาการขั้นต่ำสุด = 2 คะแนน
มีอาการเล็กน้อย = 3 คะแนน	มีอาการปานกลาง = 4 คะแนน
มีอาการค่อนข้างรุนแรง = 5 คะแนน	มีอาการรุนแรง = 6 คะแนน
มีอาการรุนแรงมาก = 7 คะแนน	

คะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน คือ มีอาการระดับน้อย คะแนนมากกว่า 36 คะแนน คือ มีอาการระดับมาก

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินอาการทางจิตฉบับภาษาไทย (Brief Psychotic Rating Scale: [BPRS]) เป็นเครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย โดยใช้เกณฑ์พิจารณาที่คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของ รัชณี

อุทัยพันธ์ (2555) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ 0.88 และเครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.85 ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหาแต่อย่างใด และผู้วิจัยจะได้นำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้ (Try out) ในการประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยากับผู้ป่วยจิตเภท ที่รักษาแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน และนำมาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.85 โดยแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยนี้ ประกอบด้วยการใช้ตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง

ใช้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง และความสามารถในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคย โดยประกอบไปด้วยคำถาม 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือคำถามข้อที่ 1-8 เป็นด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และข้อคำถามที่ 9-16 เป็นด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็นข้อความทางลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 7, 8, 12, 15 และข้อความทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 9, 10, 11, 13, 14, 16 โดยมีเกณฑ์คะแนนดังนี้

ความหมาย		ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	4	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	3	2
นาน ๆ ครั้ง	นาน ๆ ปฏิบัติครั้ง	2	3
ไม่เคย	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	4

การคิดค่าคะแนนรวมทุกข้อคำถาม คะแนนค่าคะแนนน้อย หมายถึง พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับต่ำ คะแนนค่าคะแนนมาก หมายถึง พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับสูง โดยรวมทุกข้อคำถาม 64 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง (รัชนี้ อุทัยพันธ์, 2555) ดังนี้

คะแนน น้อยกว่า 21	หมายถึง	มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องระดับต่ำ
คะแนน 21 – 42	หมายถึง	มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง
คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 43	หมายถึง	มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องระดับสูง

ในการศึกษาครั้งนี้ การแปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์พิจารณาที่คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 42 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องระดับต่ำถึงปานกลาง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตจนถึงปัจจุบัน จำนวนครั้งที่มีการกำเริบจนต้องเข้ารับการศึกษาที่โรงพยาบาลจิต

เวช สาเหตุของการขาดยา ความสะดวกของการมารับยาที่โรงพยาบาล ผู้ให้การดูแลหลักขณะอยู่บ้าน และการดูแลด้านการรับประทานยา ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคทางสุขภาพจิต และจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 1 ท่าน โดยหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.94

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (รายละเอียดตามเครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ข้อ 1.2)

3. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาตามแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2007) ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 1 ท่าน โดยหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.96 หลักสำคัญ คือการกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภท เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง ใช้วิธีการโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเห็นข้อดีของการเปลี่ยนแปลง ให้คำแนะนำชี้แนะแนวทาง และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วยตนเองโดยกระบวนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จะเป็นการบำบัดรายบุคคล ใช้ระยะเวลา 45-90 นาที แบ่งเป็น 4 ระยะ รวมทั้งหมด 7 กิจกรรม โดยกิจกรรมที่ 1-6 ดำเนินการขณะอยู่โรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่อยู่ระยะเตรียมกลับบ้าน ตามการวินิจฉัยของแพทย์ (Discharge plan) (สัปดาห์ที่ 1-3) และกิจกรรมที่ 7 ดำเนินการหลังออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 5 เป็นการโทรศัพท์) ดังนี้

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อจุดมุ่งหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา โดยประกอบไปด้วยกิจกรรม

ครั้งที่ 1 กิจกรรม “รู้จักัน รู้เธอ เราคือเพื่อนร่วมทาง” เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม

ครั้งที่ 2 กิจกรรม “ปิดหมุดหมายก่อนเดินทาง” เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจ เกิดความตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมความร่วมมือการใช้ยา ประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บอกประโยชน์สร้างแรงจูงใจ และเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาของตนเอง

ระยะที่ 2 เสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อสร้างคำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา โดยประกอบไปด้วยกิจกรรม

ครั้งที่ 3 กิจกรรม “อะไรบ้างที่ลั้งเล” เพื่อสำรวจค้นหาสิ่งที่คุณป่วยกังวล ลังเลใจ ไม่สบายใจ หรือเป็นปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

ครั้งที่ 4 กิจกรรม “แน่วแน่แก้ไข เปลี่ยนใหม่สู่ปลายทาง” เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตเภท ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่อง และให้ผู้ป่วยตรวจสอบรอบด้านทั้งข้อดี – ข้อเสีย ของการรับประทานยาต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 เสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการลงมือกระทำอย่างต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา โดยประกอบไปด้วยกิจกรรม

ครั้งที่ 5 กิจกรรมที่ “ฉันก็ทำได้” เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา สามารถจัดยารับประทานได้เองและร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 6 กิจกรรมที่ “เชื่อมั่นฉันทำได้แน่” เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจยิ่งขึ้น และสามารถจัดยารับประทานด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 4 คงไว้ซึ่งแรงจูงใจ

ครั้งที่ 7 กิจกรรม “ย้ายไว้ให้คงอยู่” เพื่อประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา หลังออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ตรวจสอบแรงจูงใจว่ายังคงอยู่หรือไม่ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยกลับบ้านทดลองจัดยารับประทานเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดหรือระบายความในใจ และเสริมแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง

4. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการทดลอง

4.1 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (รายละเอียดตามเครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ข้อ 1.2)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และการตรวจสอบค่าความเที่ยง ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2007) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน

ได้แก่ จิตแพทย์จำนวน 1 คน อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา รวมทั้งความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบเนื้อหา กิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา และความเหมาะสมของระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 2 คน จากทั้งหมด 3 คน จากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ แล้วจึงนำโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 10 คน โดยทดลองใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จนครบทั้ง 7 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ประเมินความเข้าใจในเนื้อหา พิจารณาความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมและเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมฯ พบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจในกิจกรรมดี สามารถดำเนินกิจกรรมได้

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ของรัชนี อุทัยพันธ์ (2555) ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและหาความเชื่อมั่นมาแล้ว ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้มีการตัดแปลงเนื้อหาแต่อย่างใด และผู้วิจัยได้นำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้ (Try out) ในการประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยากับผู้ป่วยจิตเภท ที่รักษาแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .85 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้เนื่องจากมีค่ามากกว่า .80 (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2555)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเสนอ โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา
2. หลังจาก โครงร่างวิทยานิพนธ์ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดอุบลราชธานี

3. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย เพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ระยะเวลาการวิจัย บทบาทของการเข้าร่วมการวิจัย แก่ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์การคัดเลือก รวมถึงชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถตอบรับ ปฏิเสธ หรือถอนตัวเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยพึงได้รับ แต่อย่างใด

4. ผู้วิจัยชี้แจงถึงการรักษาความลับของข้อมูล โดยข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม ไม่ได้เปิดเผยชื่อ หรือลักษณะส่วนบุคคล และจะจัดเก็บข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ล็อกด้วยรหัสลับ การเข้าถึงข้อมูลมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้น และข้อมูลจะนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย และยินดีให้ความร่วมมือจึงลงนามในใบยินยอม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ก่อนดำเนินการวิจัยมีดังนี้

1.1 หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัย ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์แล้ว นำหนังสือผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ และขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูล โดยใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

1.2 หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานการพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัดบำบัด 2 หัวหน้างานการพยาบาลจิตเวชหญิง และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 คัดดังกล่าว มีผู้ป่วยลักษณะที่ตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความอนุเคราะห์ขอใช้ห้องกิจกรรม

1.3 เตรียมสถานที่ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจัดเตรียมห้องทำบำบัด ผู้ป่วยเพศชายที่ห้องกิจกรรมของงานการพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัดบำบัด 2 และผู้ป่วยเพศหญิงที่ห้องกิจกรรมของงานการพยาบาลจิตเวชหญิง เพื่อความเหมาะสมในการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยจัดให้มีความสะดวก ปลอดภัย สงบ ไม่มีสิ่งรบกวน

1.4 การเตรียมผู้วิจัยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำในการทำการบำบัดโดยผู้วิจัยได้ผ่านการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รหัสวิชา 106503 (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง 1) และรหัสวิชา 106505 (การฝึกปฏิบัติในวิชาการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง) และผู้วิจัยเป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาจากตำรา ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เรียนรู้หลักและแนวทางในการทำโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอันเกิดจากความลำเอียงของผู้วิจัยโดยมีผู้ช่วยวิจัย 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนกลับบ้าน มีหน้าที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดในการเป็นผู้ช่วยวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง แนวทางการใช้แบบสอบถาม แนวทางการบันทึกข้อมูล การบันทึกพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างในการทำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละครั้ง

1.6 เตรียมกลุ่มตัวอย่างเมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะนัดหมายวันเวลาและสถานที่ในการทดลอง โดยกำหนดการจัดกิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลอง ณ ห้องกิจกรรมของงานการพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัดบำบัด 2 และห้องกิจกรรมของงานการพยาบาลจิตเวชหญิง เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์

2. ขั้นตอนการทดลอง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามขั้นตอนดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง

2.1.1 ระยะเวลาการทดลอง

2.1.1.1 ผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง และแนะนำผู้ช่วยวิจัย สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยในครั้งนี้ และการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ และขั้นตอนรายละเอียดของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลา จำนวนครั้งของการบำบัดในกลุ่มทดลอง และเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในขั้นตอนนี้ ใช้ระยะเวลาประมาณ 45-60 นาที

2.1.1.2 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ซึ่งผู้ช่วยผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการทางจิตฉบับภาษาไทย และแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Pre-test) โดยให้กลุ่ม

ตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลาประมาณ 45-60 นาที พร้อมกับนัดหมายการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2.1.2 ระยะเวลาทดลอง

การทดลองตาม โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษา แผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดอุบลราชธานี ในกลุ่มทดลอง 12 คน ซึ่งการบำบัดจะเป็นการบำบัดรายบุคคล ใช้ระยะเวลาประมาณ 45- 90 นาที แบ่งเป็น 4 ระยะ รวมทั้งหมด 7 กิจกรรม โดยกิจกรรมที่ 1- 6 ดำเนินการขณะอยู่โรงพยาบาล กับผู้ป่วยที่อยู่ระยะเตรียมกลับบ้าน ตามการวินิจฉัยของแพทย์ (Discharge plan) (สัปดาห์ที่ 1-3) และกิจกรรมที่ 7 ดำเนินการหลังจากออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 5 เป็นการโทรศัพท์) ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมที่วางไว้มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อจูงใจมุ่งหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา (สัปดาห์ที่ 1) โดยประกอบไปด้วยกิจกรรม

ครั้งที่ 1 กิจกรรม “รู้จัก รู้เธอ เราคือเพื่อนร่วมทาง” เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม

ครั้งที่ 2 กิจกรรม “ปักหมุดหมายก่อนเดินทาง” เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจเกิดความตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บอกประโยชน์สร้างแรงจูงใจ และเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาของตนเอง

ระยะที่ 2 เสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อสร้างคำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา (สัปดาห์ที่ 2) โดยประกอบไปด้วยกิจกรรม

ครั้งที่ 3 กิจกรรม “อะไรบ้างที่ลึกลง” เพื่อสำรวจค้นหาสิ่งที่ยังกังวล ลังเลใจ ไม่สบายใจ หรือเป็นปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

ครั้งที่ 4 กิจกรรม “แน่วแน่แก้ไข เปลี่ยนใหม่สู่ปลายทาง” เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตเภท ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่อง และให้ผู้ผู้ป่วยตรวจสอบรอบด้านทั้งข้อดี-ข้อเสีย ของการรับประทานยาต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 เสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการลงมือกระทำอย่างต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา (สัปดาห์ที่ 3) โดยประกอบไปด้วยกิจกรรม

ครั้งที่ 5 กิจกรรมที่ “ฉันก็ทำได้” เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา สามารถจัดยารับประทานได้เองและร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 6 กิจกรรมที่ “เชื่อมั่นฉันทำได้แน่” เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจยิ่งขึ้น และสามารถจัดยารับประทานด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

*หมายเหตุ ในวันที่ผู้ดูแลหลัก มารับผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลหลัก ดังนี้ เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ระหว่างการเข้าร่วม โครงการวิจัย เรื่อง ผลของ โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล และอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัย บทบาทของผู้ดูแลหลัก โดยให้ผู้ดูแลหลักสังเกตพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วย และบันทึกลงในแบบฟอร์ม ใบงานที่ 7 “ปฏิทินการรับประทานยาของฉัน” ทั้งนี้ให้ผู้ดูแลหลัก ลงลายมือชื่อกำกับทุกครั้ง que ผู้ป่วยรับประทานยาเอง และให้นำแบบฟอร์มนี้มาให้ผู้วิจัยในวันที่มาตรวจตามแพทย์นัด (Follow up)

ระยะที่ 4 คงไว้ซึ่งแรงจูงใจ (สัปดาห์ที่ 5)

ครั้งที่ 7 กิจกรรม “ย้ายไว้ให้คงอยู่” เพื่อประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาหลังจากออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ตรวจสอบแรงจูงใจว่ายังคงอยู่หรือไม่ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยกลับบ้านทดลองจัดยารับประทานเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดหรือระบายความในใจ และเสริมแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง

ในระหว่างนี้เป็นช่วงเวลาที่มึสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID -19) ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง และมาตรการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตามนโยบายของโรงพยาบาล ทั้งนี้ผู้วิจัยจะประสานงานกับฝ่ายควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล เพื่อจัดสถานที่ โดยคำนึงถึงความ เป็นส่วนตัวและการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะมีมาตรการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID -19) ดังต่อไปนี้

1. วัดอุณหภูมิร่างกายให้กับกลุ่มตัวอย่างทุกคนก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศา ผู้วิจัยจะขอให้งดการเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. สังเกตอาการเสี่ยง เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูกเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก
3. แจกหน้ากากอนามัยสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคน
4. ให้ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

5. จัดที่นั่งโดยจัดเว้นระยะห่างระหว่างกันอย่างน้อย 1 เมตร ตามแนวทางของการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing)

2.1.3 ระยะหลังการทดลอง

เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ทำแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Post-test) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลาประมาณ 45-60 นาที ทำในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด (Follow up) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

2.2 กลุ่มควบคุม

2.2.1 ระยะก่อนการทดลอง

2.2.1.1 ผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง และแนะนำผู้ช่วยวิจัย สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยในครั้งนี้ และการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ และขั้นตอนรายละเอียดของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลา และเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในขั้นตอนนี้ ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที

2.2.1.2 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ซึ่งผู้ช่วยผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการทางจิตฉบับภาษาไทย และแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Pre-test) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลาประมาณ 45-60 นาที พร้อมกับนัดหมายในการพบกันครั้งที่ 2 เพื่อตอบแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Post-test) คือ หลังออกจากโรงพยาบาล แล้วผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด

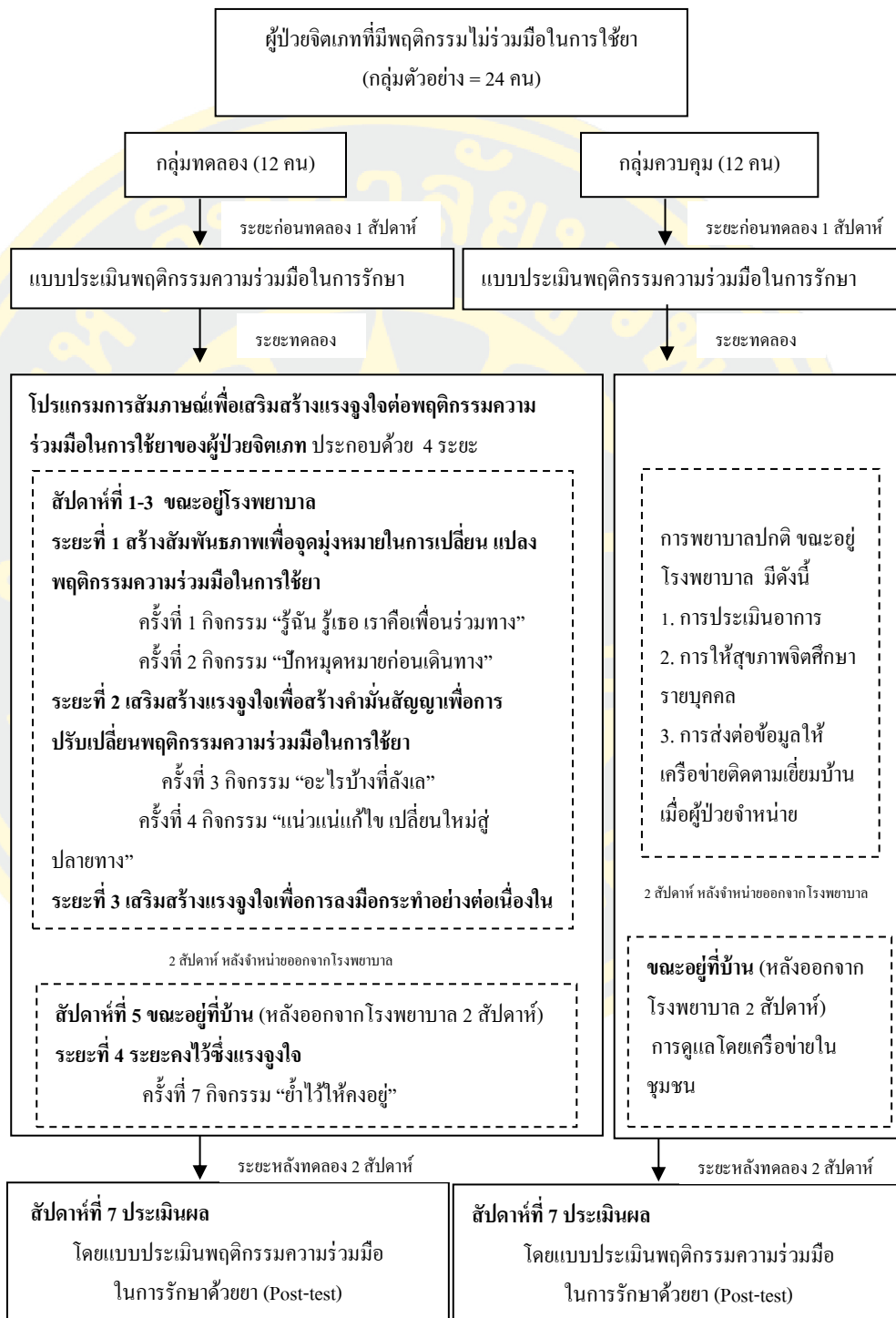
2.2.2 ระยะทดลอง

พยาบาลจิตเวชให้การพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล และการส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายติดตามเยี่ยมบ้านเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย

2.2.3 ระยะหลังการทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม ทำแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Post-test) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลาประมาณ 45-60 นาที ทำในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด (Follow up) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

รายละเอียดของขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม สามารถสรุปได้ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
หมายเหตุ: ทั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที (Independent *t*-test)
3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติที (Dependent *t*-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัตรระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (Two group pre-post test) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการสัมผัสภาพนิ่งเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล ที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564

ผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ตอนที่ 2 คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เฉลี่ยรายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เฉลี่ยรายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เฉลี่ยรายข้อ ก่อนการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เฉลี่ยรายข้อ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตอนที่ 6 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เฉลี่ยรายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

ตอนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติที (Independent *t*-test)

ตอนที่ 8 ผลการวิเคราะห์ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติที (Dependent *t*-test)

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบความแตกต่าง
คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่าง ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูล
พื้นฐาน ($n = 24$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ($n = 12$)		กลุ่มควบคุม ($n = 12$)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ					0.104
20-39 ปี	8	47.06	9	52.94	
40-59 ปี	4	57.14	3	42.86	
เพศ					0.104
ชาย	9	52.94	8	47.06	
หญิง	3	42.86	4	57.14	
การศึกษา					0.127
ประถมศึกษา	5	55.56	4	44.44	
มัธยมศึกษา	7	53.85	6	46.15	
อาชีวศึกษา	0	00.00	2	100.00	
อาชีพ					0.505
เกษตรกร	7	46.67	8	53.33	
ว่างงาน	5	55.56	4	44.44	
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย					0.133
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี	6	40.00	9	60.00	
มากกว่า 2 ปี-5 ปี	6	66.67	3	33.33	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ($n = 12$)		กลุ่มควบคุม ($n = 12$)		p -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนครั้งรับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช					0.238
2 ครั้ง	6	40.00	9	60.00	
3 ครั้ง	1	50.00	1	50.00	
4 ครั้ง	2	50.00	2	50.00	
มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง	3	100.00	0	00.00	
สาเหตุของการขาดยา					0.159
คิดว่าตนเองไม่ป่วย	2	50.00	2	50.00	
คิดว่าหายป่วยแล้ว	1	100.00	0	00.00	
เบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง	9	47.37	10	52.63	
ความสะดวกของการมารับยา					0.204
สะดวก	11	47.83	12	52.17	
ไม่สะดวก	1	100.00	0	00.00	
ผู้ให้การดูแลหลักขณะอยู่ที่บ้าน					0.233
ดูแลตนเอง	3	50.00	3	50.00	
บิดา มารดา	5	41.67	7	58.33	
คู่สมรส สามี ภรรยา	4	66.67	2	33.33	
การดูแลด้านการรับประทานยา					.204
ผู้ป่วยจัดยารับประทานเอง	11	47.83	12	52.17	
ผู้ป่วยจัดยารับประทานเองญาติคอยเตือน	1	100.00	0	00.00	

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมแล้ว พบว่าส่วนใหญ่อายุ 20-39 ปี ร้อยละ 47.06 ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 52.94 ซึ่งมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.85 และประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 46.67 มีระยะ

ของการเจ็บป่วยน้อยกว่า 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00 มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นครั้งที่ 2 ร้อยละ 40 สาเหตุของการขาดยาเกิดจากความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 47.37 ทั้งนี้ ผู้ป่วยมีความสะดวกในการมารับยาพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 47.67 บิดามารดาเป็นผู้ให้การดูแลลักษณะอยู่ที่บ้าน ร้อยละ 41.67 และผู้ป่วยเป็นคนจัดยารับประทานเอง คิดเป็นร้อยละ 47.43

ส่วนในกลุ่มควบคุมเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองแล้ว พบว่าส่วนใหญ่อายุ 20-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.94 ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 47.06 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.15 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.33 มีระยะของการเจ็บป่วยน้อยกว่า 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.00 ส่วนมากมารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นครั้งที่ 2 ร้อยละ 60 สาเหตุของการขาดยาเกิดจากความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 52.63 ผู้ป่วยมีความสะดวกในการมารับยาพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 52.17 บิดามารดาเป็นผู้ให้การดูแลลักษณะอยู่ที่บ้าน ร้อยละ 58.33 และผู้ป่วยเป็นคนจัดยารับประทานเอง คิดเป็นร้อยละ 52.17

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 2 คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เกล็ดรายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เกล็ดรายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม ($n = 16$)

ข้อความ	Pre- test	Post- test	p-value
1. ท่านหยุดกินยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้นแล้ว	1.83	2.25	
2. ท่านลืมกินยา	2.21	2.42	
3. ท่านกินยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น	2.00	2.33	
4. ท่านกินยาตรงตามเวลา	2.50	2.50	
5. ท่านกินยาครบตามที่แพทย์สั่ง	2.33	2.42	
6. ท่านทำตามคำแนะนำของพยาบาลหรือแพทย์ในเรื่องการ ใช้ยา	2.33	2.67	
7. ท่านเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	2.42	2.42	
8. ท่านเคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	2.00	2.33	
9. เมื่อท่านมีอาการผิดปกติจากอาการข้างเคียงของยา รักษาอาการทางจิต รีบไปพบแพทย์ทันที	1.58	1.75	
10. เมื่อท่านมีอาการข้างเคียงของยา รักษาอาการทางจิต ท่านจะกินยาลดอาการข้างเคียงที่แพทย์สั่งให้	1.58	1.67	
11. ท่านขอให้แพทย์ปรับการรักษาเมื่ออาการทางจิตไม่ดีขึ้น	2.00	1.92	
12. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย ท่านหยุดกินยา รักษาโรคจิตทันที โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์	2.08	1.92	
13. แม้มีอาการทางจิตดีขึ้น ท่านยังมารับยาสม่ำเสมอ	2.00	2.00	
14. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	2.00	2.00	
15. เมื่อยาหมด ท่านจะดูแลตนเองโดยไม่ได้พบแพทย์	2.08	2.00	
16. ท่านปรึกษาพยาบาลหรือแพทย์ เมื่อมีปัญหาหรือมีอาการ ผิดปกติจากการใช้ยา	2.00	2.00	
รวมคะแนนเฉลี่ยทุกข้อ	2.06	2.16	0.197

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทุกข้อ ของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง เท่ากับ 2.06 คะแนน และหลังก่อนทดลอง เท่ากับ 2.16 คะแนนเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทุกข้อ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 3 คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เลลี่ยรายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 3 คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เลลี่ยรายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง ($n = 16$)

ข้อความ	Pre- test	Post- test	<i>p</i> -value
1. ท่านหยุดกินยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้นแล้ว	1.83	4.00	
2. ท่านลืมกินยา	2.00	3.83	
3. ท่านกินยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น	1.92	4.00	
4. ท่านกินยาตรงตามเวลา	2.25	3.33	
5. ท่านกินยาครบตามที่แพทย์สั่ง	2.17	4.00	
6. ท่านทำตามคำแนะนำของพยาบาลหรือแพทย์ในเรื่องการ ใช้ยา	2.08	3.33	
7. ท่านเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	2.25	3.83	
8. ท่านเคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	1.83	3.67	
9. เมื่อท่านมีอาการผิดปกติจากอาการข้างเคียงของยารักษา อาการทางจิต รีบไปพบแพทย์ทันที	1.58	3.00	
10. เมื่อท่านมีอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ท่าน จะกินยาลดอาการข้างเคียงที่แพทย์สั่งให้	1.58	3.50	
11. ท่านขอให้แพทย์ปรับการรักษาเมื่ออาการทางจิตไม่ดีขึ้น	2.00	2.58	
12. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย ท่านหยุดกินยารักษาโรคจิต ทันที โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์	2.08	3.25	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อความ	Pre- test	Post- test	p-value
13. แม้มืออาการทางจิตดีขึ้น ท่านยังมารับยาสม่ำเสมอ	2.00	3.58	
14. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	2.00	4.00	
15. เมื่อยาหมด ท่านจะดูแลตนเองโดยไม่ได้พบแพทย์	2.08	3.00	
16. ท่านปรึกษาพยาบาลหรือแพทย์ เมื่อมีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติจากการใช้ยา	2.00	2.25	
รวมคะแนนเฉลี่ยทุกข้อ	1.98	3.91	< 0.001

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเฉลี่ยทุกข้อ ของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง เท่ากับ 1.98 คะแนน และหลังก่อนทดลอง เท่ากับ 3.91 คะแนน เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเฉลี่ยทุกข้อ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$)

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเฉลี่ยรายข้อ ก่อนการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เฉลี่ยรายข้อ ก่อนการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($n = 16$)

ข้อความ	จำนวน	คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา				t	p-value
		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง			
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ข้อความทางบวก	9	2.04	0.32	1.96	0.23	1.96	0.086
ข้อความทางลบ	7	2.09	0.19	1.99	0.15	2.57	0.061

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เฉลี่ยรายข้อ ในกลุ่มทดลอง ของข้อคำถามทางบวกซึ่งเป็นการถามถึงพฤติกรรมการรับประทานที่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท คะแนนเฉลี่ย 1.96 คะแนน ข้อคำถามทางลบซึ่งเป็นการถามถึงพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท คะแนนเฉลี่ย 1.99 คะแนน และในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยข้อคำถามทางบวก และข้อคำถามทางลบ เท่ากับ 2.04 และ 2.09 คะแนน ตามลำดับ

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เฉลี่ยรายข้อ ก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เฉลี่ยรายข้อ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เฉลี่ยรายข้อ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($n = 16$)

ข้อความ	จำนวน	คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา				<i>t</i>	<i>p</i> -value
		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง			
		\bar{X}	<i>SD</i>	\bar{X}	<i>SD</i>		
ข้อคำถามทางบวก	9	2.10	0.35	3.29	0.59	-5.17	< 0.001
ข้อคำถามทางลบ	7	2.24	0.20	3.65	0.37	-8.62	< 0.001

จากตารางที่ 5 พบว่า หลังการทดลองคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เฉลี่ยรายข้อ ในกลุ่มทดลอง ของข้อคำถามทางบวกซึ่งเป็นการถามถึงพฤติกรรมการรับประทานที่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท คะแนนเฉลี่ย 3.29 คะแนน ข้อคำถามทางลบซึ่งเป็นการถามถึงพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท คะแนนเฉลี่ย 3.65 คะแนน และในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยข้อคำถามทางบวก และข้อคำถามทางลบ เท่ากับ 2.10 และ 2.24 คะแนน ตามลำดับ

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เกลี้ยรายข้อ หลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$)

ตอนที่ 6 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เกลี้ยรายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เกลี้ยรายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง ($n = 16$)

ข้อความ	จำนวน	คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา				<i>t</i>	<i>p</i> -value
		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
		\bar{X}	<i>SD</i>	\bar{X}	<i>SD</i>		
ข้อความทางบวก	9	1.96	0.23	3.29	0.59	-6.57	< 0.001
ข้อความทางลบ	7	1.99	0.15	3.65	0.37	-9.41	< 0.001

จากตารางที่ 6 พบว่า ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เกลี้ยรายข้อ ของข้อความทางบวกซึ่งเป็นการถามถึงพฤติกรรมมารับประทานที่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท คะแนนเฉลี่ย 1.96 คะแนน ข้อความทางลบซึ่งเป็นการถามถึงพฤติกรรมมารับประทานยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท คะแนนเฉลี่ย 1.99 คะแนน แต่ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยข้อความทางบวก และข้อความทางลบ เท่ากับ 3.29 และ 3.65 คะแนน ตามลำดับ

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เกลี้ยรายข้อ ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = < 0.001$)

ตอนที่ 7 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 24$)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา		95%CI	<i>t</i>	<i>p</i> -value
	\bar{X}	<i>SD</i>			
กลุ่มควบคุม ($n = 12$)	34.08	5.50	-26.15 ถึง -16.52	-9.19	< 0.001
กลุ่มทดลอง ($n = 12$)	55.42	5.87			

จากตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ภายหลังจากทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 55.42 ($SD = 5.87$) และ 34.08 ($SD = 5.50$) ตามลำดับ และพบว่า ภายหลังจากทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -9.19, p < 0.001$)

โดยภายหลังจากทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = -9.19$)

ตอนที่ 8 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง ($n = 24$)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา		95%CI	t	p -value
	\bar{X}	SD			
ก่อนทดลอง ($n = 12$)	32.00	3.77	-26.71 ถึง -20.13	-15.67	< 0.001
หลังทดลอง ($n = 12$)	55.42	5.87			

จากตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.00 ($SD = 3.77$) และ 55.42 ($SD = 5.87$) ตามลำดับ และพบว่า ในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -15.67, p < 0.001$)

โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = -15.67$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสัมมนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 12 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 12 คน ดำเนินการทดลองในระหว่าง เดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสัมมนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ทำการทดลองด้วยรูปแบบการบำบัดรายบุคคล ครั้งละ 45-90 นาที จำนวน 7 ครั้ง ครั้งที่ 1-6 ดำเนินกิจกรรมขณะอยู่ในโรงพยาบาล สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ และครั้งที่ 7 ดำเนินการ โดยการ โทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 5 หลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล คือ การดูแลทางด้านสุขภาพทั่วไป การประเมินอาการ การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล การส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายติดตามเยี่ยมบ้านเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย ทั้งสองกลุ่ม ประเมินผลพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ด้วยยา 2 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติที่ (t -test)

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งรับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช สาเหตุของการขาดยาความสะดวกของการมารับยา ผู้ให้การดูแลลักษณะอยู่ที่บ้าน การดูแลด้านการรับประทานยา หลังสิ้นสุดการวิจัย สามารถสรุปได้ดังนี้

1. หลังการทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หลังการทดลองสูงกว่าและก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

1. โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล เป็นวิธีการบำบัดที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาไปในทางที่ดีขึ้นและเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองต้องการ มากกว่าการให้การพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

จากผลการศึกษาที่สามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรม ๑ มีเทคนิคและกลยุทธ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ในโปรแกรม ๑ ประกอบไปด้วยกิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา เช่น

ในกิจกรรมที่ 4 ของโปรแกรม ๑ จะเป็นกิจกรรมที่ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับของโรคจิตเภท ทั้งเรื่องการรับประทานยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาอาการทางจิต การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีการเน้นย้ำว่าต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องแม้ว่าอาการจะดีขึ้น ห้ามหยุดรับประทานยาเอง แพทย์ผู้รักษาจะเป็นผู้พิจารณา เป็นต้น ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสม

ในกิจกรรมการบำบัดที่ 5 และ 6 เป็นกิจกรรมการบำบัดที่ฝึกทักษะให้ผู้ป่วยได้จัดยารับประทานเองโดยการแสดงสถานการณ์บทบาทสมมติ เช่น “กินข้าวเช้าเสร็จแล้ว ขณะนี้เวลา 8 โมง เราต้องทำอะไรก่อนที่จะทำอย่างอื่น” “วันนี้เวลา 2 ทุ่ม จะเข้านอนแล้ว เราต้องทำอะไรก่อนเข้านอน” เป็นต้น ซึ่งเป็นการฝึกทักษะที่ให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติการจัดยาด้วยตนเองซ้ำ ๆ ตามเวลา เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านจะได้นำไปปฏิบัติกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตรงตามเวลา และไม่ให้ตนเองลืมรับประทานยา และในกิจกรรมการบำบัดที่ 7 ของโปรแกรม ๑ เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านมี “ปฏิทินการรับประทานยาของฉัน” ให้ผู้ป่วยได้บันทึกทุกครั้งหลังรับประทานยา และในการให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการจัดยารับประทานด้วยตนเองนั้น ยังมีการกำหนดสถานการณ์สมมติในชีวิตประจำวันเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยาเมื่ออยู่บ้าน จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา ทั้ง 16 ข้อ ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรม ๑ สูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ดังแสดงในภาพที่ 4 ในภาคผนวก)

นอกจากนี้ ในโปรแกรม ๑ ยังมีกิจกรรมตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง ผ่านการบอก “ข้อความจูงใจตนเอง” (Self-Motivational Statement: [SMS]) ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเป้าหมายเพื่อที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสม และทบทวนปัญหาอุปสรรคที่ยังคงเหลือในการลงมือกระทำเพื่อไปสู่เป้าหมายนั้น และในทุกครั้งของ

กิจกรรมการบำบัด มีการประเมินลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง (Stage of change) เพื่อให้การบำบัดที่เหมาะสมกับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ดังในกิจกรรมที่ 3 ที่กลุ่มทดลองยังอยู่ในขั้นการลังเล ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทบทวนสิ่งที่ยังลังเลหรือสิ่งที่ยังกังวล รวมทั้งอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถร่วมมือในการรับประทานอย่างต่อเนื่อง การทบทวนดังกล่าวได้ช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและผู้วิจัยเข้าใจถึงประเด็นปัญหาอุปสรรคที่ทำให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทาน และเห็นช่องทางในการแก้ไขปัญหาเหล่านั้นระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัยโดยประเด็นที่ทำให้ผู้ป่วยยังลังเลมาจากการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา การได้รับผลข้างเคียงของยาจิตเวช การหลีกเลี่ยงทราบอาการจากผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งการที่ผู้วิจัยทราบปัญหานี้ ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถกำหนดประเด็นที่จะให้ความรู้ ความเข้าใจ ในกิจกรรมที่ 4 อย่างชัดเจน ซึ่งในกิจกรรมที่ 4 นั้นจะเป็นกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ การรักษา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการรับประทาน การจัดการผลข้างเคียงของยา และลดการรับรู้ต่อทราบอาการของโรคจิตเภท รวมไปถึงกิจกรรมที่ให้ผู้ผู้ป่วยเห็นข้อดีของการรับประทานอย่างต่อเนื่อง และข้อเสียของการไม่ร่วมมือในการรับประทาน ซึ่งทั้งหมดนี้ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ถึงแม้ว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจะมีคะแนนความเพิ่มขึ้นเป็นในระดับสูง แต่มีเพียงแค่ 2 ราย คิดเป็นร้อยละเพียง 16.67 และไม่มีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเลย (ดังแสดงในตารางที่ 9 ในภาคผนวก) การที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองกำลังเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยอยากปฏิบัติตัวให้เหมาะสมตามคำแนะนำของพยาบาล (วสันต์ ทองไทย, 2555 อ้างอิงใน รัชณี อุทัยพันธ์, 2555) อีกทั้งผู้ป่วยทั้งหมดเพิ่งออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้าน อาจมีการนำประสบการณ์การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานขณะอยู่โรงพยาบาลไปปฏิบัติต่อบ้าน

ภายใต้สภาพการณ์คล้ายกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งในด้าน อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งรับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จิตเวช สาเหตุของการขาดยาความสะดวกของการมารับยา ผู้ให้การดูแลหลักขณะอยู่ที่บ้าน และการดูแลด้านการรับประทานยา แต่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรม ฯ มีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เขาวภา ไตรพฤษชาติ (2554) เรื่อง โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยา มีความร่วมมือในการรับประทานอย่างต่อเนื่องสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และยังสอดคล้องกับการศึกษา

ของ Favrod (2019) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสุขกับแรงจูงใจต่อพฤติกรรม การดำรงชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรม มีพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมการแต่งตัว พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา เป็นต้น ดีขึ้นมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับ โปรแกรมดังกล่าว ซึ่งผลการศึกษารังนี้สะท้อนให้เห็นว่าการได้รับการพยาบาลตามปกติของผู้ป่วยจิตเภท อาจจะยังไม่เพียงพอต่อการแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น จึงควรให้การบำบัดผู้ป่วยจิตเภทด้วยโปรแกรมการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ควบคู่ไปกับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล

2. โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า การได้รับโปรแกรม ฯ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น มีการรับรู้ว่าการกำเริบซ้ำบ่อย ๆ จะทำให้อาการรุนแรงและความเสื่อมถอยของร่างกายมากขึ้นตามไปด้วย ผู้ป่วยได้ทบทวนข้อดีข้อเสียและประโยชน์ของการร่วมมือในการใช้ยา (Pros & cons) อุปสรรคที่จะขัดขวางการไปถึงเป้าหมาย ซึ่งอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความเชื่อ และพฤติกรรมทางสุขภาพของตัวผู้ป่วย และสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมเป้าหมาย (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2562) ดังจะเห็นได้ว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา รายชื่อ หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองทั้ง 16 ข้อคำถาม

นอกจากนี้กิจกรรมการบำบัดของโปรแกรมฯ เป็นกิจกรรมที่สร้างให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ว่าตนเองนั้นสามารถทำได้ (Self-efficacy) ผู้ป่วยจะเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมของตนเอง ผู้ทำการบำบัดเป็นเพียงผู้ให้ทางเลือกในการปฏิบัติเท่านั้น ผู้ป่วยสามารถเลือกได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ (Menu) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมี มั่นใจในการกระทำของตนเอง มีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดังในกิจกรรมที่ 4 “แน่วแน่แก้ไข เปลี่ยนใหม่สู่ปลายทาง” กิจกรรมที่ 5 “ฉันก็ทำได้” และกิจกรรมที่ 6 “เชื่อมั่นฉันทำได้แน่” การใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักในปัญหา ความกังวลกับปัญหาของการจากการไม่ร่วมมือรับประทานยา ความตั้งใจ และทัศนคติอันดีต่อการรับประทานยาต่อเนื่อง เช่น “การที่คุณไม่กินยา มันเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายที่คุณตั้งไว้อย่างไรบ้าง” “คุณคิดว่าตัวคุณจะเป็นอย่างไรถ้าคุณยังไม่กินยา” “สมมุติว่าคุณกินยาต่อเนื่อง ชีวิตคุณจะดีขึ้นอย่างไร” “อะไรที่จะทำให้คุณกินยาต่อเนื่อง” เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้พูด “ข้อความจูงใจตนเอง” (Self-Motivational Statement: [SMS]) ซึ่งการพูดข้อความจูงใจนี้จะมีการสอดแทรกไว้ในทุก ๆ กิจกรรมการบำบัดทั้ง 7 ครั้ง ยกตัวอย่างข้อความ

งใจที่ผู้ป่วยพูด เช่น “ผมเพิ่งรู้ว่าการที่ผมไม่กินยามันเป็นปัญหาค่ะ” “ฉันต้องกินยาแล้ว เพราะฉันกังวลว่าฉันจะตีลูกอีก” “กลับบ้านไปผมจะกินยาตามที่บอกไม่หยุดยาเอง” “ผมต้องกินยาผมทำได้อยู่แล้ว” เป็นต้น การให้ผู้ป่วยพูดข้อความใจตนเองบ่อย ๆ ซ้ำ ๆ เพื่อเป็นการยืนยัน ให้ยึดมั่นในสิ่งที่ตนเองกล่าวออกมาเอง และการที่ผู้ป่วยได้ฟังข้อความใจของตนเองซ้ำ ๆ ผู้ป่วยจะมีโอกาสได้คิด และส่งผลให้เกิดแรงจูงใจมากขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย, 2553) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยได้ลงมือจัดยารับประทานของตัวเองตามคำสั่งแพทย์ด้วยตนเอง ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถจัดยาได้อย่างถูกต้อง และตอกย้ำว่าตนเองมีว่าตนเองมีศักยภาพในการที่จะจัดยารับประทานด้วยตนเอง ไม่มี ความลังเลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเกิดแรงจูงใจในการรับประทานอย่างต่อเนื่องในที่สุด (หทัยรัตน์ หาคำ, 2553)

ทั้งนี้ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรากร กันทับทิม (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่พบว่าพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวดีกว่าก่อนได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ รัชณี อุทัยพันธ์ (2555) เรื่องผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่พบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาล้างการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งการศึกษาของ Jos Dobber (2018) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พบว่าในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

ดังนั้นโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลนี้ เป็นอีกโปรแกรมทางเลือกหนึ่งที่จะนำมาบำบัดผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดีขึ้น เนื่องจากเป็น โปรแกรมการบำบัดประยุกต์การใช้ลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแรงจูงใจจึงทำให้โปรแกรมมีความสั้นกระชับ สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน และการที่ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น การกระตุ้นต่อเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน และติดตามประเมินเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อติดตามการรักษาครั้งต่อมาจะทำให้แรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา อยู่ ลดการกำเริบซ้ำบ่อย และนำมาซึ่งความผาสุกของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถนำกิจกรรมการบำบัดของโปรแกรมการสัมภาระเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลในครั้งนี้ ไปใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

2. ด้านการวิจัย นักวิจัยทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มโรคอื่น ๆ ต่อไป

3. ด้านบริหาร ผู้กำหนดนโยบายการบริหารการพยาบาลจิตเวชในสถานพยาบาลสามารถนำโปรแกรมนี้อไปใช้ในการกำหนดนโยบาย ในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลที่มุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือในการรักษาหรือการรับประทานอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลได้รับการบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ หรือในผู้ป่วยจิตเวชโรคอื่น ๆ เช่น โรคซึมเศร้า โรคคิดสุรา โรคติดสารเมทแอมเฟตามีน กัญชา และบุหรี่ เป็นต้น

2. ควรทำวิจัยที่มีการติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมฯ หลังการทดลองในระยะยาว เช่น 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ต่อไป

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ ลี้ศรีเจริญ. (2558). *จิตเวช ศิริราช DSM-5*. กรุงเทพฯ: ประชาราษฎร์ไทยการพิมพ์.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559*.
นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560ก). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560*.
นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560ข). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ*. นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2561*.
นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2562*.
นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2563*.
นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2564*.
นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม, ภัทรี พหลภักย์, ภาพันธ์ วัฒนวิทย์กิจ และ ศิริินภา อภิสัทธีภิญโญ. (2560). *จิตเวชศาสตร์ Psychiatry* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, พิทักษ์พล บุญยามาลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สินธุ์. (2550). *รายงานการวิจัย เรื่องรูปแบบ/ กิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยจิตเวชในระดับชุมชน*.
โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
- จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, สุกฤติยา กุลศรี และวัฒนาภรณ์ พิบูลย์อัครกษณ์. (2556). ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์กลางของประเทศไทย*, 27(3), 75-86.
- จิระภา สุมาลี. (2559). *ผลของกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- จิรากร ก้นทับทิม. (2558). ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬาลักษณ์ ชำชอง. (2547). ประสบการณ์การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชารีพะห์ เจ๊ะแฉ. (2560). ปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยในการป้องกันอุบัติเหตุของนักศึกษาสถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตยะลา. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.
- ทูลกา นุปผาสังข์. (2545). ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพวรรณ เอกสุรวีรพงษ์. (2549). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นวลลักษณ์ บุรณะกิติ. (2548). การศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำและผลของการใช้การสังคมสงเคราะห์จิตเวชที่มีต่อพฤติกรรมแยกตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 156-157.
- นิตยา สุริยะพันธ์ และอรุณี โสติดิวนิชย์วงศ์. (2551). Motivation interviewing เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท, การประชุมวิชาการ สุขภาพจิตนานาชาติ, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 14-27.
- นิภาพร รัฐมั้น. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2555). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 6) กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.

- พัสนี สิทธิคุณ. (2551). การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พจนันท์ กาศสกุล. (2550). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยครอบครัวต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรทิพย์ วชิรดิถก, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, วิโรจน์ วงษ์สุริยะเดช และบุญช่วย เทพยศ. (2549). ผลของการให้การปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. อดุรธานี: โรงพยาบาลอดุรธานี.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2553). การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. กรุงเทพฯ: วนิดาการพิมพ์.
- พิเชษฐ อดุมนรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนนานนท์. (2552). ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยาโรคจิต. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 54(3), 273-286.
- เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ. (2562). การเสริมสร้างพลังอำนาจ: บทบาทของพยาบาล. วารสารกองการพยาบาล, 44(2).159-168.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์.
- ยุพาพรรณ มาหา. (2561). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ยุวดี วงษ์แสง. (2548). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เยาวภา ไตรพฤษชาติ. (2554). การเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- รัชณี อุทัยพันธ์. (2555). ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง) (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ระพีพร แก้วคอนไทย. (2551). การสอนทักษะการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ราตรี เครื่องวัลย์. (2553). การวิเคราะห์สถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564ก). แผนพัฒนาโรงพยาบาลโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. อุบลราชธานี: งานยุทธศาสตร์และแผนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564ข). รายงานประจำปีโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ปีงบประมาณ 2563. อุบลราชธานี: ฝ่ายเวชระเบียนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานการประชุมวิชาการการบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า. นนทบุรี: ศูนย์บำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วัฒนา แก้วมะไฟ. (2555). การบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วัฒนาภรณ์ พิบูลอารักษ์. (2549). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์. (2560). การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอบรรเทาเพื่อปรับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2557). *ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สวัสดิ์ เทียงธรรม. (2547). *แรงจูงใจและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพัฒนา สุขสว่าง และ ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (2548). การศึกษาตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท. *การประชุมวิชาการ สุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 20-29.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ปทุมธานี: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุวรรณ ชันทับ. (2554). *การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี. (2554). *การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหญิงที่มีความมึนเมาในตนเองต่ำ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- หทัยรัตน์ หาคำ. (2553). *การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทโดยการใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วีพรีนท์.
- องค์อร ประจันเขตต์. (2556). *ประสบการณ์ของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้*. วารสารพยาบาลทหารบก, 14 (3), 116-117
- อนันต์ตรี สมิทธีนราเศรษฐ. (2560). การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย*, 11(3), 43-56.
- อภิขญา วงศ์คม. (2557). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

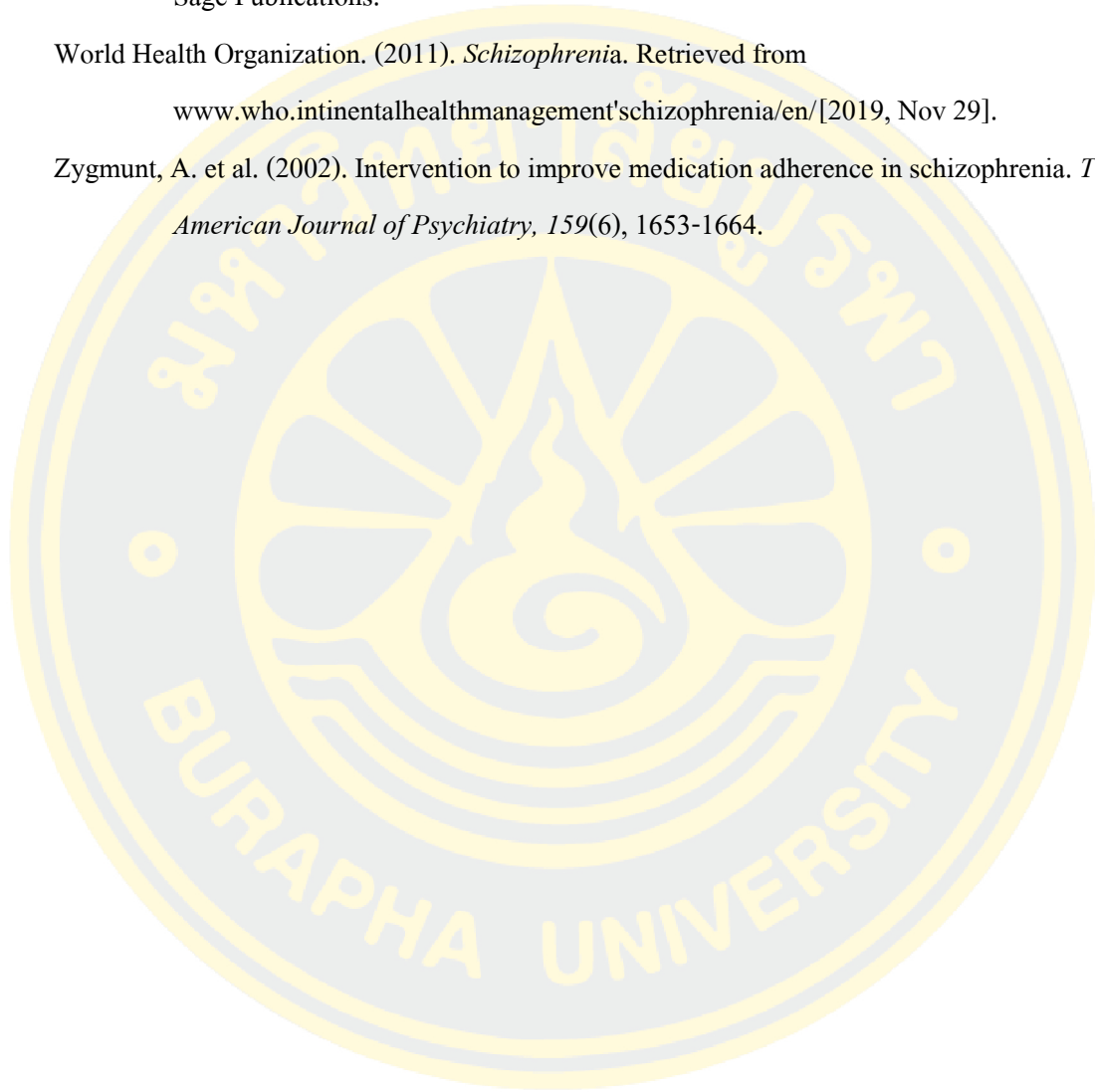
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorder* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorder* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Dobber, J. (2018). *Medication adherence in patients with schizophrenia: a qualitative Study of the patient process in motivational interviewing*. *BMC Psychiatry*, 135(18), 4-9.
- Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. *Irish Medication Journal*, 92(6), 1-3
- Favrod, J. (2019). Improving Pleasure and Motivation in Schizophrenia: A Randomized Controlled Clinical Trial. *BMC Psychiatry*, 136(6), 84-95.
- Haynes, R. B. (1979). *Compliance in health care*. Baltimore. Johns Hopkins University Press.
- Holmes, L. (2003). *How long should people with schizophrenia take antipsychotic drug*. [online]. Available from: http://www.mentalheath.about.com/cs/psychopharmacology/a/antipsy_2htm. [2020, Jan 5].
- Kenedy, M. G., Scheep, K. G., & O' Connor, F. W. (2000). *Symptoms Self-management and Relapse in Schizophrenia*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(6), 266-275.
- Masand, P.S. and Narasimhan, M. (2006). *Improving Adherence to Antipsychotic Pharmacotherapy*. *Current Clinical Pharmacology* 1(1), 10-21.
- McDonald, J. L., & Badger, T. A. (2008). Social function of persons with schizophrenia. *Journal of psychocial Nursing*, 40(6), 42-50.
- Miller, W. R., & Rollinick, S. (2007). *Motivation Interviewing in Treatment of Psychological Problems*. New York: The Guilford press.
- Minzenberg, M. J. (2011). Cognitive control deficits in schizophrenia: mechanisms and meaning. *Research in PubMed: Neuropsychopharmacology*, 36(1), 38-316.
- Prochaska, J.O. and Diclmente, C.C. (1997). *In search of how people change: applications to addictive behaviors, in Additive behaviors: Reading on Etiology, Prevention, And Treatment*. Edited by Marlatt GA, Vaden Bos GR. Washington, DC: American Psychological Association Press.

Sadock, J. B., & Sandock, A. V. (2005). *Comprehensive Textbook of The Psychiatry*. Philadelphia: Williams & Wilkins.

Sundel, M., & Sundel, S. (2000). *Behavior Changes in The Human Services* (4th ed.). California: Sage Publications.

World Health Organization. (2011). *Schizophrenia*. Retrieved from www.who.int/informational/mental_health/prevention_and_promotion/schizophrenia/en/ [2019, Nov 29].

Zygmunt, A. et al. (2002). Intervention to improve medication adherence in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 159(6), 1653-1664.





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์เวทิต ประทุมศรี นายแพทย์เชี่ยวชาญ
โรงพยาบาลพุทธโสธร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทจุฑา ชัยเสนา คาลลาส อาจารย์ประจำ
มหาวิทยาลัยบูรพา บางแสน
3. นางรัตดาพร สันติวงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี
ฉัตรราชฯ





ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

- 1) แบบประเมินอาการทางจิตฉบับภาษาไทย (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS)
- 2) แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- 2) แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

3. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง

- 1) โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

4. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการทดลอง

- 1) แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา



แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

โครงการวิจัย ผลของ โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือ
ในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

1. อายุ

1. 20-29 ปี 2. 30-39 ปี 3. 40-49 ปี 4. 50-59 ปี

2. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

3. การศึกษาสูงสุด

1. ไม่ได้เรียน 2. ประถมศึกษา 3. มัธยมศึกษา
 4. อาชีวศึกษา 5. อุดมศึกษา 6. อื่น ๆ (ระบุ).....

4. อาชีพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. เกษตรกรรม 2. รับจ้าง/ พนักงานหน่วยงานเอกชน
 3. ค้าขาย 4. รับราชการ
 5. รัฐวิสาหกิจ/ ลูกจ้าง พนักงานหน่วยงานราชการ
 6.ว่างงาน 7. อื่น ๆ (ระบุ).....

5. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

1. น้อยกว่า หรือเท่ากับ 2 ปี
 2. มากกว่า 2 ปี แต่ไม่เกิน 5 ปี

6. จำนวนครั้งที่มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช

1. จำนวน 1 ครั้ง 2. จำนวน 2 ครั้ง 3. จำนวน 3 ครั้ง
 4. จำนวน 4 ครั้ง 5. จำนวนมากกว่า 5 ครั้ง

7. สาเหตุของการขาดยาเนื่องจาก

1. คิดว่าตนเองไม่ป่วย 2. คิดว่าหายป่วยแล้ว
 3. เบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง 4. ค่าใช้จ่าย
 5. รักษาทางไสยศาสตร์
 6. อับอาย/ คนอื่นล้อเลียนว่าจิตเวช 7. อื่น ๆ ระบุ.....

8. ความสะดวกของการมารับยา

- () 1. สะดวก
- () 2. ไม่สะดวก (ระบุ สถานที่ ที่ต้องการรับยา / ผู้รับยาแทน/ อื่น ๆ ระบุ).....

9. ผู้ให้การดูแลหลักขณะอยู่ที่บ้าน

- () 1. ดูแลตนเอง
- () 2. บิดา หรือ มารดา
- () 3. ญาติ
- () 4. คู่สมรส สามี ภรรยา
- () 5. อื่น ๆ ระบุ....

10. การดูแลด้านการรับประทานยา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1. ผู้ป่วยจัดยากินยาเอง
- () 2. ผู้ป่วยจัดยากินเองญาติคอยเตือน
- () 3. ญาติจัดยาให้กินทุกครั้ง
- () 4. บุคลากรสาธารณสุข
- () 5. ชุมชน / เพื่อนบ้าน
- () 6. อื่น ๆ ระบุ....



แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS)

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ

ลำดับ	อาการและอาการแสดง	ระดับคะแนน						
		1	2	3	4	5	6	7
1	ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)							
2	อาการวิตกกังวล (Anxiety)							
3	ความรู้สึกผิด (Guilt Feeling)							
4	ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความจริง (Grandiosity)							
5	อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive mood)							
6	ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility)							
7	ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness)							
8	อาการประสาทหลอน (Hallucinatory)							
9	เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content)							
10	อาการไม่รู้เวลา สถานที่ บุคคล (Disorientation)							
11	ความคิดสับสน (Conceptual disorganization)							
12	การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional Withdrawal)							
13	ความตึงเครียด (Tension)							
14	ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing)							
15	การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor retardation)							
16	การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness)							
17	การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect)							
18	อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement)							

ข้อที่ 1-10 ให้คะแนนตามที่ถูกผู้ป่วยบอก ข้อที่ 11-18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย

ไม่มีอาการ	1 คะแนน	มีอาการค่อนข้างรุนแรง	5 คะแนน
มีอาการขั้นต่ำสุด	2 คะแนน	มีอาการรุนแรง	6 คะแนน
มีอาการเล็กน้อย	3 คะแนน	มีอาการรุนแรงมาก	7 คะแนน

มีอาการปานกลาง 4 คะแนน
คะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน คะแนนรวมที่ได้.....คะแนน
การแปลผล คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน มีอาการระดับน้อย
คะแนนมากกว่า 36 คะแนน มีอาการระดับมาก



แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมการรับประทานยาของท่านมากที่สุด ในระยะ
 1 เดือนที่ผ่านมา

ข้อความ	เป็น ประจำ	บ่อย ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านหยุดกินยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้นแล้ว				
2. ท่านลืมกินยา				
3. ท่านกินยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น				
4. ท่านกินยาตรงตามเวลา				
5.....				
6.....				
7.....				
8.....				
9.....				
10.....				
11.....				
12.....				
13.....				
14.....				
15.....				
16.....				

หมายเหตุ :

เป็นประจำ หมายถึง

ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน

บ่อยครั้ง หมายถึง

ปฏิบัติเกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง)

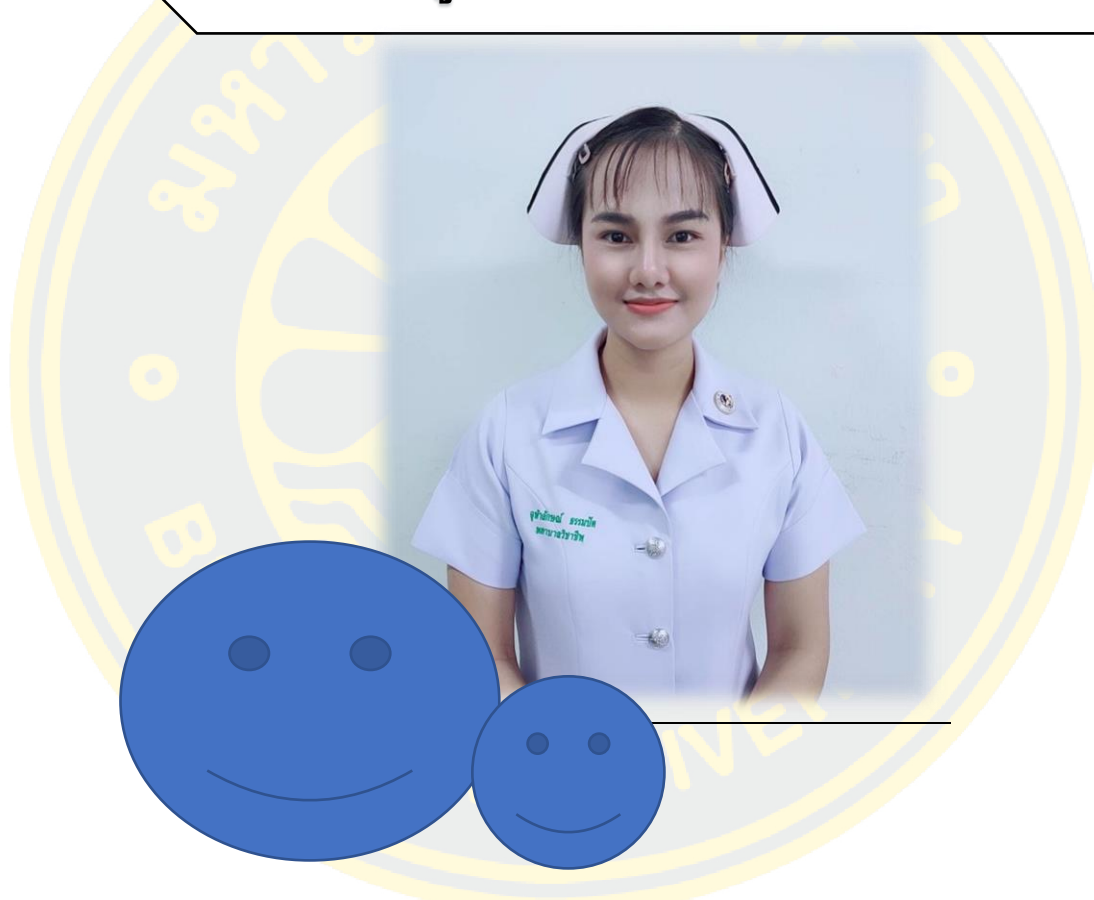
นาน ๆ ครั้ง หมายถึง

นาน ๆ ปฏิบัติสักครั้งหนึ่ง (เดือนละ 1 ครั้ง)

ไม่เคย หมายถึง

ไม่เคยปฏิบัติเลย

โครงการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา
ของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล



จัดทำโดย

นางสาวจุฬาลักษณ์ ธรรมปัท

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จะเป็นการบำบัดรายบุคคล แบ่งเป็น 4 ระยะ รวมทั้งหมด 7 กิจกรรม โดยกิจกรรมที่ 1-6 ดำเนินการขณะอยู่โรงพยาบาล (สัปดาห์ที่ 1-3) ในผู้ป่วยที่อยู่ระยะเตรียมกลับบ้าน ตามการวินิจฉัยของแพทย์ (Discharge plan) และกิจกรรมที่ 7 ดำเนินการหลังออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 5 เป็นการโทรศัพท์) การทำกิจกรรมแต่ละครั้งใช้ระยะเวลา ประมาณ 60-90 นาที

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อจุดมุ่งหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา

ครั้งที่ 1 กิจกรรม “รู้จักัน รู้เธอ เราคือเพื่อนร่วมทาง”

ครั้งที่ 2 กิจกรรม “ปักหมุดหมายก่อนเดินทาง”

ระยะที่ 2 เสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อสร้างค้ำยันสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา

ครั้งที่ 3 กิจกรรม “อะไรบ้างที่ลั้งเล”

ครั้งที่ 4 กิจกรรม “แน่วแน่แก้ไข เปลี่ยนใหม่สู่ปลายทาง”

ระยะที่ 3 เสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการลงมือกระทำอย่างต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา

ครั้งที่ 5 กิจกรรม “ฉันก็ทำได้”

ครั้งที่ 6 กิจกรรม “เชื่อมั่นฉันทำได้แน่”

ระยะที่ 4 คงไว้ซึ่งแรงจูงใจ

ครั้งที่ 7 กิจกรรม “อย่าไว้ให้คงอยู่”

ใบงานที่ 1
“รู้จักฉัน รู้จักกัน”

ฉันชื่ออะไร.....

ฉันมาจากไหน ชุมชนที่ฉันอยู่ ฉันอยู่กับใคร บุคคลที่ฉันรักและคิดถึง

.....
.....
.....

อาชีพของฉัน และกิจกรรมที่ฉันชอบทำ

.....
.....
.....

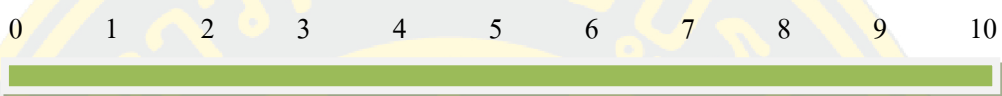
คติประจำใจ

.....
.....
.....

เป้าหมายในชีวิต

.....
.....
.....

ใบงานที่ 8
ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจ
 ครั้งที่.....กิจกรรมที่.....วันที่.....



การแปลความหมาย

0-2 = มีแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมน้อยที่สุด

3-4 = มีแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมน้อย

5-6 = มีแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมปานกลาง

7-8 = มีแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมมาก

9-10 = มีแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมมากที่สุด

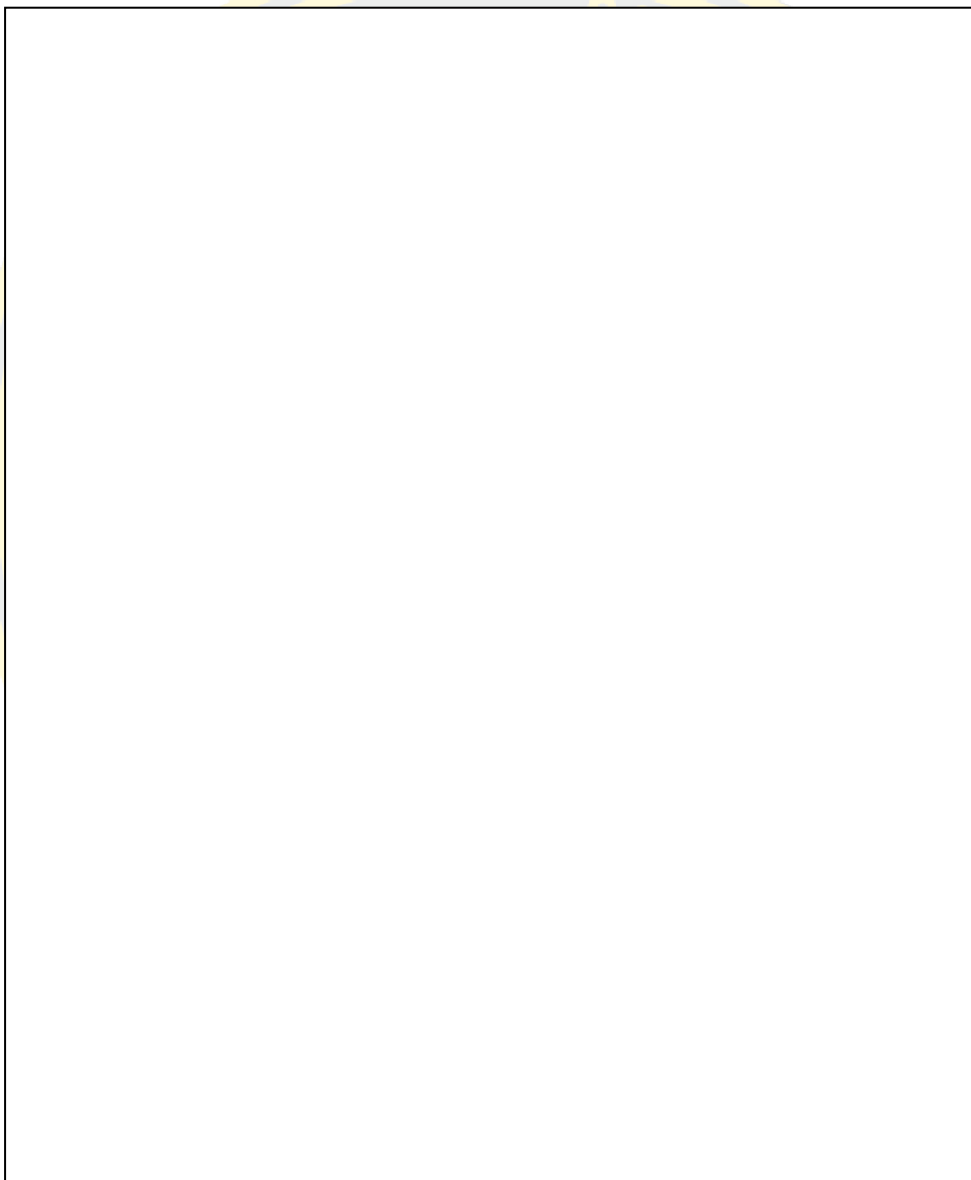
ใบงานที่ 9

ฉันอยู่บ้าน ฉันมีปัญหาหรืออุปสรรค เกี่ยวกับการรับประทานยาของฉัน

ดังนี้

ลงชื่อ.....

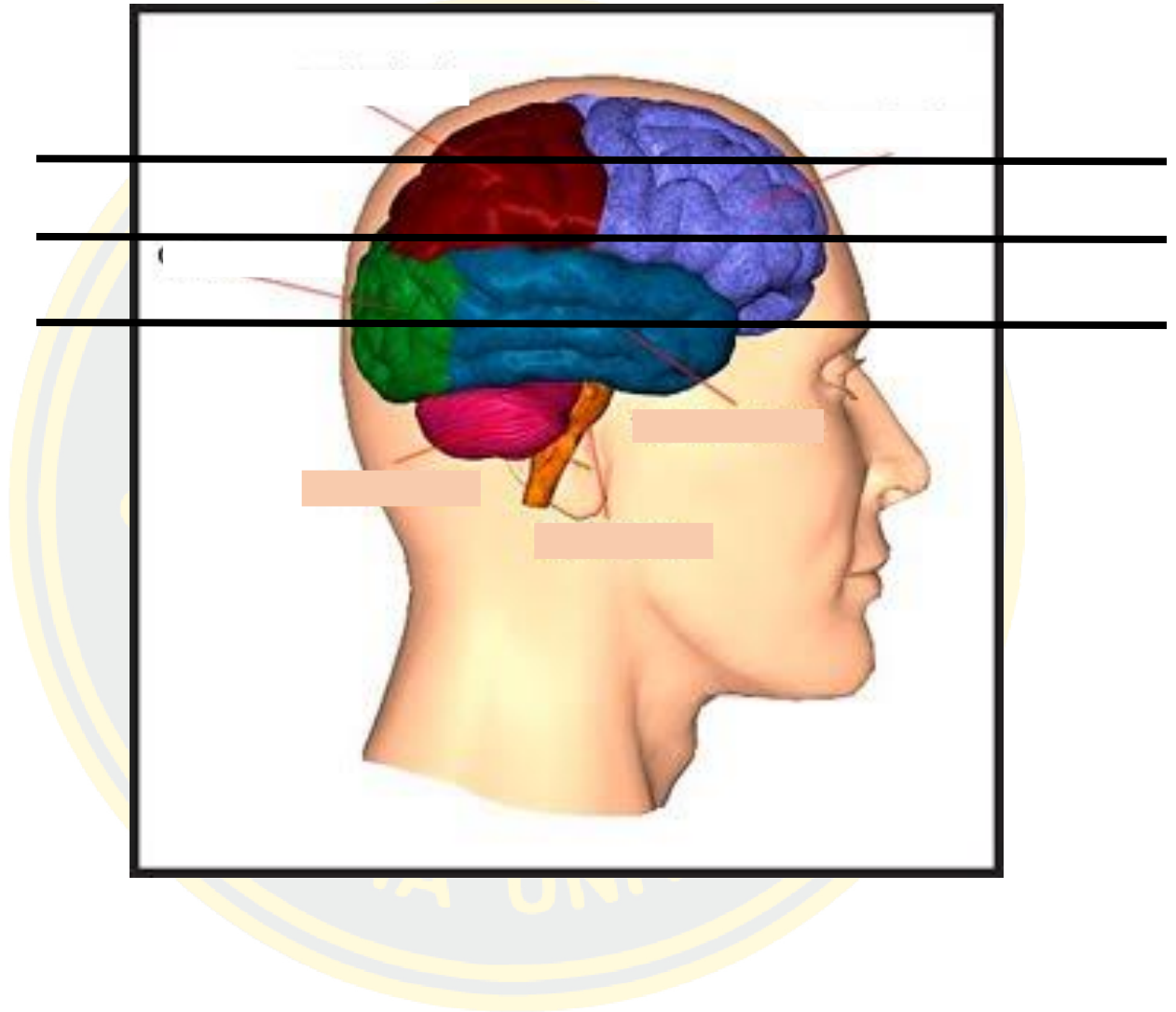
ลงชื่อ (ผู้ดูแล).....



ใบความรู้ที่ 1

ภาพจำลอง แสดงลักษณะสารเคมีในสมองของบุคคลปกติ

มีลักษณะเป็นเส้นตรง



ใบความรู้ที่ 7

การสังเกตอาการเตือนของการกำเริบของโรคจิตเภท

“อาการเตือนก่อนการกำเริบของโรคจิตเภท”

โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยมักมีอาการเบื้องต้น หรืออาการเตือนที่พอสังเกตได้ก่อนที่จะมีทางจิตรุนแรง การสังเกตเห็นและแก้ไขอย่างรวดเร็ว อาจช่วยหยุดยั้งการเกิดความรุนแรงของอาการทางจิตที่จะเกิดขึ้นได้

อาการเตือนของผู้ป่วยอาจแตกต่างกันไปในแต่ละคน อาจพบได้คือ

- สมาธิหรือความจำไม่ดี
- ความคิดแล่นช้าหรือเร็วเกินไป
- วิดกกังวลหรือตื่นเครียด
- ซึมเศร้าหรือเบื่อหน่าย
- โกรธหรือหงุดหงิดง่าย
- อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย
- นอนไม่หลับ
- มีความรู้สึกว้าวุ่นต่าง ๆ รอบตัวเปลี่ยนไป
- ไม่ไว้วางใจหรือระแวงผู้อื่น

ตารางที่ 9 คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

คนที่	แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	ระดับปานกลาง
1	30	ระดับปานกลาง	30	ระดับปานกลาง
2	29	ระดับปานกลาง	29	ระดับปานกลาง
3	29	ระดับปานกลาง	29	ระดับปานกลาง
4	28	ระดับปานกลาง	29	ระดับปานกลาง
5	34	ระดับปานกลาง	34	ระดับปานกลาง
6	36	ระดับปานกลาง	36	ระดับปานกลาง
7	39	ระดับปานกลาง	44	ระดับสูง
8	38	ระดับปานกลาง	45	ระดับสูง
9	36	ระดับปานกลาง	36	ระดับปานกลาง
10	32	ระดับปานกลาง	32	ระดับปานกลาง
11	30	ระดับปานกลาง	31	ระดับปานกลาง
12	34	ระดับปานกลาง	34	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมทุกคนมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ระดับปานกลาง ซึ่งภายหลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับเท่าเดิมคือระดับปานกลาง จำนวน 10 คน และอยู่ในระดับสูง จำนวน 2 คน

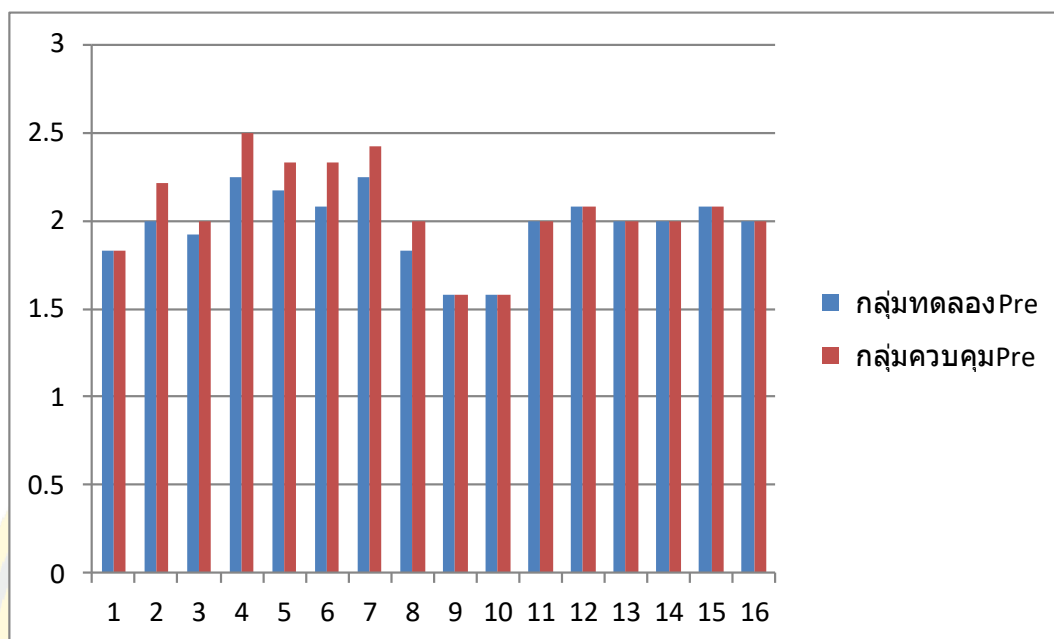
เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 10 คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง (Pre test) และหลังการทดลอง (Post test)

คนที่	แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	ระดับปานกลาง
1	32	ระดับปานกลาง	57	ระดับสูง
2	30	ระดับปานกลาง	54	ระดับสูง
3	25	ระดับปานกลาง	46	ระดับสูง
4	36	ระดับปานกลาง	50	ระดับสูง
5	39	ระดับปานกลาง	57	ระดับสูง
6	31	ระดับปานกลาง	58	ระดับสูง
7	29	ระดับปานกลาง	49	ระดับสูง
8	34	ระดับปานกลาง	62	ระดับสูง
9	30	ระดับปานกลาง	48	ระดับสูง
10	36	ระดับปานกลาง	62	ระดับสูง
11	32	ระดับปานกลาง	62	ระดับสูง
12	30	ระดับปานกลาง	60	ระดับสูง

จากตารางที่ 10 พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองทุกคนมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ระดับปานกลาง แต่ภายหลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับสูง

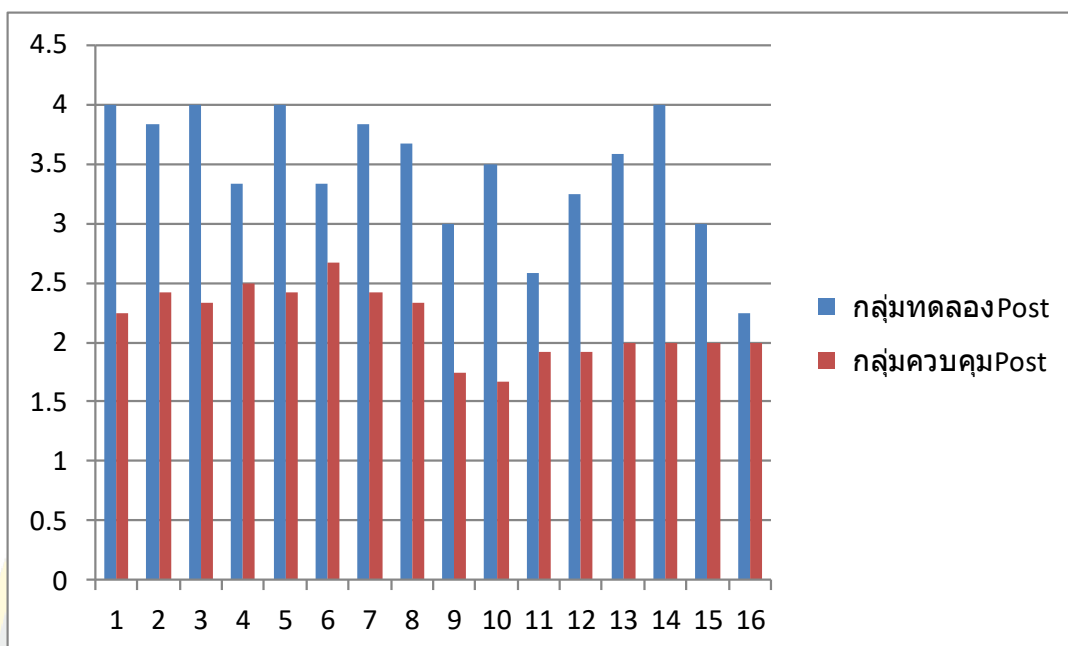
เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .000$)



ภาพที่ 3 แผนภูมิเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เจลลี่รายข้อ ก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากภาพที่ 3 พบว่าก่อนการทดลอง คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เจลลี่รายข้อ ทั้ง 16 ข้อ ก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 1.98 และของกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.06 คะแนน

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา รายข้อ ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน



ภาพที่ 4 แผนภูมิเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เจลลี่รายข้อ หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากภาพที่ 4 พบว่าภายหลังการทดลอง คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเจลลี่รายข้อ ทั้ง 16 ข้อ ของกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 3.91 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.16 คะแนน เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา รายข้อ ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .000$)



ภาคผนวก ค
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



เอกสารแสดงความยินยอม

ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 066/2563

โครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความ
ร่วมมือในการใช้ยาของผู้มีปัญหายาเสพติดในโรงพยาบาล
ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบาย
ถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่าง ๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูล
สำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าว
ครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้
ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วม
โครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้น ไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ
การรักษาพยาบาล และผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของข้าพเจ้าแต่อย่างใด

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วน
ที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับ
อนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสาร
แสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดง
ความยินยอมให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงประทับลายนิ้วแม่่มือขวาของข้าพเจ้าใน
เอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลายนิ้วแม่่มือขวา.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)



หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent)

วันที่.....

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้ง ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น จน ข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะ ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและในอนาคต

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูป ของสรุปผลการวิจัยโดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินโครงการวิจัย

(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ..... พยาน ลงชื่อ พยาน

(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง) (.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)
(สำหรับกลุ่มควบคุม)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 066/2563

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาล

เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวจุฬาลักษณ์ ธรรมปัด นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาล” ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ที่รับบริการแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

เนื่องจากท่านเป็นบุคคลที่เหมาะสม มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกของโครงการวิจัย หากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอให้ท่านลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และตอบแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง การเข้าร่วมตอบคำถามการศึกษานี้เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัว จากการศึกษานี้ได้ทุกเมื่อ โดยไม่ว่าท่านจะตอบรับเข้าร่วม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ก็จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่าน ในการได้รับการบริการและการรักษา

ผลของการศึกษานี้ ท่านอาจจะได้ประโยชน์จากการได้รับ โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้ร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง หรืออาจไม่เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการให้บริการการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาลต่อไป และจะใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น โดยข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัย และจะถูกลบไปทำลายหลังจากนั้น

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางสาวจุฬาลักษณ์
ธรรมปัด คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์
หมายเลข 061-7424197 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ หรือที่ ผศ.ดร.
พิชามณูษ์ อินทะพุด อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โทรศัพท์หมายเลข 083-5844998 และหากผู้วิจัย
ไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม
หมายเลขโทรศัพท์ 038-102620

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสาร
แสดงความยินยอมร่วม โครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ
ที่นี้



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(Participant Information Sheet)

(สำหรับกลุ่มทดลอง)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 066/2563

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาล

เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวจุฬาลักษณ์ ธรรมปัด นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาล” ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ที่รับบริการแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

เนื่องจากท่านเป็นบุคคลที่เหมาะสม มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกของโครงการวิจัย หากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอให้ท่านลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และตอบแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง การเข้าร่วมตอบคำถามการศึกษานี้เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัว จากการศึกษานี้ได้ทุกเมื่อ โดยไม่ว่าท่านจะตอบรับเข้าร่วม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ก็จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่าน ในการได้รับการบริการและการรักษา เมื่อท่านเข้าร่วม โครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้เข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระยะ ระยะที่ 1 คือ สร้างสัมพันธภาพเพื่อจุดมุ่งหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ระยะที่ 2 เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อสร้างค้ำประกันสัญญาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ระยะที่ 3 เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการลงมือกระทำอย่างต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา และระยะที่ 4 เป็นการคงไว้ซึ่งแรงจูงใจ

ผลของการศึกษานี้ ท่านอาจจะได้รับประโยชน์จากโปรแกรมฯ เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้ร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และจะเป็นประโยชน์ในการ

พัฒนาระบบการให้บริการการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาลต่อไป และจะใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น โดยข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะไม่มี การเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัย และจะถูกนำไปทำลายหลังจากนั้น

หากท่านมีคำถาม หรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางสาวจุฬาลักษณ์ ธรรมปัด คณะพยาบาล

ศาสตร์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์หมายเลข 061-7424197 ข้าพเจ้ายินดีตอบ

คำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ หรือที่ ผศ.ดร.พิชามญช์ อินทะพุด อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ หมายเลขโทรศัพท์ 083-5844998 และหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ใน เอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102620

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสาร แสดงความยินยอมร่วม โครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสัมผัสเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือ
ในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

วันที่ชี้แจง.....

ชื่อผู้ร่วมวิจัย 1. นางสาวจุฬาลักษณ์ ธรรมปัด หัวหน้าโครงการวิจัย
2. ผศ.ดร.พิชามญช์ อินทะพัฒน์ ผู้ร่วมวิจัย
3. รศ.ร.อ.หญิง ดร.ชนัดดา แนบเกษร ผู้ร่วมวิจัย

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์ 038-102808
(ที่บ้าน) 99 หมู่ 1 ต.ป่าไร่ อ.คอนสาร จ.มุกดาหาร โทรศัพท์ 061-7424197

ผู้ให้ทุนวิจัย -

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วม
หรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วม
ในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำ
อะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วย
ผู้วิจัย ที่ทำโครงการนี้ เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่าน
ที่บ้าน เพื่อปรึกษากับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจ ว่าควรจะเข้า
ร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ต้องเป็นความสมัครใจของท่าน ไม่
มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาล
ตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการ การ
รักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้า
ร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็น
อาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย
และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึง ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
เท่านั้น

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบได้บ่อยที่สุด เป็นโรคที่ติดอันดับ 1 ใน 10 ของโรคที่ก่อให้เกิดภาวะความเจ็บป่วยรุนแรงและเรื้อรัง โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างรุนแรงและยาวนาน เพราะผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ ความคิด การรับรู้ การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ โดยที่ความรู้สึกรู้ตัวและสติปัญญาส่วนใหญ่ปกติ อาการทางคลินิกของโรคแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คืออาการด้านบวก ผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ลักษณะการพูดหรือพฤติกรรมแปลกไปจากคนปกติ และกลุ่มอาการด้านลบ ผู้ป่วยมีอาการเหมินเฉย พูดน้อย ไม่ยินดีในร้าย ทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจต่อสภาพความเป็นจริง จากอาการทางคลินิกดังกล่าวทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันลดลง ผู้ป่วยขาดความสนใจ และแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีโอกาสดำเนินการกำเริบเกิดขึ้นได้ ซึ่งการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตนั้น เป็นเหตุให้เกิดความเรื้อรังของโรค การกำเริบของอาการทางจิตยิ่งบ่อยครั้งจะยิ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้น ศักยภาพในการดำรงชีวิตแทบทุกด้านก็จะเสื่อมลงมากเท่านั้น การกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตนั้น มีหลายสาเหตุ แต่ที่พบบ่อยคือ พฤติกรรมการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา และปัจจัยหลักของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา คือตัวผู้ป่วยเอง ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสัมพันธภาพเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในรูปแบบการบำบัดรายบุคคล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามระยะของการเปลี่ยนแปลง ในบริบทขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดแรงจูงใจ เนื่องจากมีบุคลากรที่มีสุขภาพที่ดีดูแลใกล้ชิด ดูแลให้รับประทานยาตรงเวลา รับฟังความคิดเห็น และให้ความเชื่อมั่นในศักยภาพของผู้ป่วย อีกทั้งยังมีผู้ป่วยจิตเภทด้วยกันเป็นแรงเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้เห็นแบบอย่างที่ดี ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเห็นว่าตนเองสามารถควบคุมอาการทางจิตได้ ผ่านประสบการณ์ตรงที่อาการทางจิตค่อย ๆ ดีขึ้น จากการรับประทานยา ส่งผลให้มีพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา มาเป็นให้ความร่วมมือในการรับประทานยา นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและรับผิดชอบในการรับประทานยาของตนเองได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วม โครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

1. อายุระหว่าง 20-59 ปี
2. ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทไม่เกิน 5 ปี
3. มีคะแนนประเมินอาการทางจิตระดับน้อย ประเมินด้วยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน
4. มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องระดับต่ำถึงปานกลาง ประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ของ รัชนี อุทัยพันธ์ (2555) มีค่าคะแนน ≤ 42 คะแนน
5. มีขั้นระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของ Prachaska and DiClemente (1997) ที่ขั้นเฝ้าเฉย (Pre-contemplation) หรือขั้นตั้งเลใจ (Contemplation)
6. มีผู้ดูแลหลักหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
7. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. มีอาการทางจิตกำเริบเฉียบพลัน เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวงมาก ฯลฯ และมีความรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทได้
2. มีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยทางกาย เช่น โรคหัวใจล้มเหลว โรคความดันโลหิตสูง วิกฤต มีอาการชัก สารน้ำและสารอาหารในเลือดผิดปกติ ฯลฯ
3. ไม่สามารถเข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท จนครบ 100%

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 24 คน ในกรณีเพศชาย ดำเนินการที่ห้องทำกิจกรรมของงานการพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัดบำบัด 2 และเพศหญิงดำเนินการที่ห้องกิจกรรมงานการพยาบาลจิตเวชหญิง ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งดังนี้

ท่านจะได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคล ทั้งหมด 7 ครั้ง ซึ่ง แบ่งเป็น 4 ระยะ โดยระยะที่ 1-3 คือกิจกรรมครั้งที่ 1-6 ดำเนินการขณะอยู่โรงพยาบาล (สัปดาห์ที่ 1-3) และระยะที่ 4 คือกิจกรรมครั้งที่ 7 ดำเนินการหลังออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 5 เป็นการโทรศัพท์) การทำกิจกรรมแต่ละครั้งใช้ระยะเวลา ประมาณ 60-90 นาที

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติ
อย่างไร

หากท่านได้รับทราบแนวทางการปฏิบัติในขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัย และตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัยรวมถึงได้เซ็นชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ท่านจะได้รับการปฏิบัติ
ดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
 2. ก่อนดำเนินการกิจกรรมตอบแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 3. เข้าร่วมกิจกรรม ตามวัน เวลา สถานที่ที่นัดหมาย ซึ่งจะแบ่งเป็นภาคเช้า และภาคบ่าย ซึ่งท่านจะได้ทำกิจกรรมในโรงพยาบาล 2 ครั้ง/สัปดาห์ ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 6 ครั้ง รายละเอียดการนัดหมายจะแจ้งเป็นรายบุคคลต่อไป
 4. กิจกรรมการบำบัดครั้งที่ 7 จะเป็นการ โทรศัพท์ หลังจากท่านออกจากโรงพยาบาลได้ 2 สัปดาห์ (วันที่ 14 หลังออกจากโรงพยาบาล)
 5. ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดแต่ละครั้ง จะมีการตอบแบบวัดแรงจูงใจ ใช้แบบไม่บรรทัดวัดแรงจูงใจ เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา
 6. ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมทั้ง 7 ครั้งแล้ว 2 สัปดาห์ ตอบแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ความไม่สุขสบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น
- การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ส่งผลอันตรายต่อผู้ถูกวิจัยเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำการทดลองหรือปฏิบัติหัตถการใด ๆ ที่เป็นการรุกรานร่างกายและคุกคามด้านจิตใจ แต่อาจต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม และเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลาความเป็นส่วนตัวของผู้ถูกวิจัย และถ้าผู้ถูกวิจัยได้รับความเสียหายหรือความรู้สึกลำบากใจหรือรู้สึกกังวลที่จะให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินกิจกรรม และให้การช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาเบื้องต้น พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลประจำตึกรับทราบและช่วยเหลือต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

ผลของการศึกษาที่จะเป็นประโยชน์ต่อท่านคือมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งจะทำให้อาการทางจิตไม่กำเริบ สามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นได้อย่างปกติสุข ไม่ต้องมานอนโรงพยาบาล และจะเป็นแนวทางการบำบัดมาใช้เสริมสร้างให้เกิดความต่อเนื่องของการรับประทาน

ยาในผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพ ร่วมทั้งเป็นแนวทางไปประยุกต์เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น และจะไม่ได้รับความเสียหายใด ๆ เนื่องจากเป็นการให้ข้อมูลซึ่งเป็นการสัมภาษณ์เท่านั้น หากเกิดสถานการณ์ที่ท่านต้องการความช่วยเหลือในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจะให้คำปรึกษา หรือส่งต่อเพื่อรับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมจากทีมการรักษาต่อไป

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย (ถ้ามี)

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ แต่ท่านได้รับของที่ระลึกที่ผู้วิจัยได้เตรียมไว้ให้เป็นการตอบแทนในการให้ความร่วมมือในโครงการวิจัยครั้งนี้

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

ท่านจะได้รับกิจกรรมการพยาบาลแบบผู้ป่วยในตามปกติ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยการประเมินอาการทางจิต การให้ยาฉีด ยารับประทานตามแผนการรักษา การจำกัดพฤติกรรม การแยกผู้ป่วยในห้องแยกเมื่อเกิดอาการทางบวก การประเมินความต้องการของผู้ป่วย และการจัดสิ่งแวดล้อม และคำแนะนำในการดูแลตนเองที่บ้าน

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใครและได้รับการปฏิบัติอย่างไร

1. ผู้วิจัยหลัก นางสาวจุฬาลักษณ์ ธรรมปัด นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยบูรพา ที่อยู่ 99 หมู่ 1 ตำบลป่าไร่ อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร โทรศัพท์ (มือถือ) หมายเลข 061-7424197 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม ข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ

2. อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผศ.ดร.พิชามณูษ์ อินทะพุด คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์ (มือถือ) หมายเลข 083-5844998

การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ส่งผลอันตรายต่อผู้ถูกวิจัยเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำการทดลองหรือปฏิบัติหัตถการใด ๆ ที่เป็นการรุกรานร่างกายและคุกคามด้านจิตใจ แต่หากเกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ ที่อาจจะเกิดขึ้นจากโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพให้ปลอดภัย และการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย และผู้ถูกวิจัยไม่ได้อยู่เพียงลำพัง จะมีผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตการณ์ ตลอดระยะเวลาการบำบัด

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัย ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย ผู้วิจัย นางสาวจุฬาลักษณ์ ธรรมปัท นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยบูรพา ที่อยู่ 99 หมู่ 1 ตำบลป่าไร่ อำเภอคอนสาร จังหวัดมุกดาหาร โทรศัพท์ (มือถือ) หมายเลข 061-7424197 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ

หากท่านรู้สึกว่าจะได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผศ.ดร.พิชามณูชู่ อินทะพุดผา โทรศัพท์ (มือถือ) หมายเลข 083-5844998 และหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102620 หรือที่ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ หรือ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ตึกอาคารอาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 081-7309423 หรือ 092-5525174 หรือ 0-4535-2500 ต่อ 61-535

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ และใช้รหัสแทนชื่อจริงของท่าน การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความระมัดระวังหากมีความเสียหายใดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวของท่านเป็นความลับ และจะดำเนินการอย่างรัดกุมปลอดภัย โดยเฉพาะการแยกเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์และใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อป้องกันการตรวจสอบข้อมูลของท่านได้ และจะไม่มีทางอ้างถึงท่านโดยใช้ชื่อของท่านในรายงานใด ๆ ที่เกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัย และจะถูกนำไปทำลายหลังจากนั้น สิทธิประโยชน์อื่นอันเกิดจากการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยบูรพา

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความตัดสินใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับ หรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย และท่านสามารถถอนตัวจากการศึกษาภายหลังได้ โดยท่านมีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยเหตุผลหากท่านไม่สะดวกใจ และหากท่านมีอาการทางจิตกำเริบเฉียบพลัน หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยทางกายรุนแรง จนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดครบทุก

ครั้ง ผู้วิจัยอาจขอให้ท่านถอนตัวออกจากโครงการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งการตอบรับหรือปฏิเสธของท่านครั้งนี้ ท่านจะไม่มีผลเสียผลประโยชน์ใด ๆ และการตัดสินใจของท่าน จะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาของท่าน

หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นโดยผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วมนั้นทันที (ในกรณีที่เป็นการศึกษาเกี่ยวข้องกับการรักษาโดยเฉพาะการใช้จ่าย)

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็ว ไม่ปิดบัง





ภาคผนวก ง

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม
หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล



บันทึกข้อความ

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ 3496
วันที่ 13 พ.ย. 2563
เวลา 15.11 น.

งหน/๕๕๕

ส่วนงาน กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม งานมาตรฐานและจริยธรรมในงานวิจัย โทร. ๒๖๒๐
ที่ อว ๘๑๐๐/ว๖๕๖ วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓
เรื่อง ขอส่งเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่นิสิตระดับบัณฑิตศึกษาในหน่วยงานของท่าน ได้ยื่นเอกสารคำร้องเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา สำหรับโครงการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา และระดับปริญญาตรี ชุดที่ ๓ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) รหัสโครงการวิจัย G-HS 066/2563 โครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล โดยมี นางสาวจุฬาลักษณ์ ธรรมปัด เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย นั้น

บัดนี้ โครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชุดที่ ๑ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม ในฐานะผู้ประสานงาน จึงขอส่งเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน ๑ ฉบับ (หมายเลขใบรับรองที่ ๐๖๕/๒๕๖๓) มายังท่าน เพื่อแจ้งนิสิตระดับบัณฑิตศึกษาที่มีรายชื่อข้างต้น นำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดแจ้งให้นิสิตระดับบัณฑิตศึกษาทราบ จะขอบคุณยิ่ง

จิตร คุ้ม

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิฑูรย์ แจ่มเยี่ยม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ชุดที่ ๑ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

หมายเหตุ : ทั้งนี้ จะดำเนินการส่งไฟล์สำเนาเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ไปยัง e-mail ของนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา
ที่มีรายชื่อข้างต้น ต่อไป



ที่ ๐๖๕/๒๕๖๓

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 066/2563

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา
ของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวจุฬาลักษณ์ ธรรมปัต

หน่วยงานที่สังกัด : นิติระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของ โครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

- | | |
|---|---|
| ๑. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๖ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๒. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๖ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๓. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๖ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๔. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๖ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๕. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซึ่งผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว หรือชุดที่ใช้เก็บข้อมูลจริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๖ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๖. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) | ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. - |

วันที่รับรอง : วันที่ ๔ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓

วันที่หมดอายุ : วันที่ ๓ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวิส แจ้งเอี่ยม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ชุดที่ ๑ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

ที่ สธ ๐๘๓๑/๑๕๑



โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
๒๑๒ ถนนแจ้งสนิท อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๐๐๐

๒๗ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอส่งหนังสืออนุมัติการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน

เรียน นางสาวจุฬาลักษณ์ ธรรมปัด และคณะ

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ ๐๐๒/๒๕๖๔ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

ตามที่ ท่านได้ส่งโครงร่างการวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล (The effect of motivational interviewing program on medication compliance behaviors of persons with schizophrenia in hospital)” เพื่อรับรองด้านจริยธรรม นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้พิจารณาอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในคน โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และได้ส่งเอกสารรับรองโครงการวิจัยรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายประภาส อุครานันท์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

โทร. ๐ ๔๕๓๕ ๒๕๐๖

โทรสาร ๐ ๔๕๓๕ ๒๕๙๗

COA No. 002/2564



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ที่อยู่เลขที่ 212 ถนนแจ้งสนิท ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000

โทร. 045 352506 และ 045 352597

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

- ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล
- เลขที่โครงการวิจัย : 002/2564
- ผู้วิจัย : นางสาวจุฬาลักษณ์ ธรรมปัด และคณะ
- สังกัดหน่วยงาน : นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด (Full board)
- รายงาน : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี/ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก 6 เดือน /ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก 3 เดือน
- เอกสารรับรอง
1. แบบเสนอโครงร่างการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง Version วันที่ 24 มกราคม 2564
 2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร Version 3 วันที่ 24 มกราคม 2564
 3. หนังสือแสดงเจตนาเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 3 วันที่ 24 มกราคม 2564
 4. แบบประวัติผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย Version 3 วันที่ 24 มกราคม 2564

ลงนาม

(นางพันธิพย์ โกศลวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม.....

(นางสาวเกษรภรณ์ เคนบุปผา)

กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 27 มกราคม 2564

วันหมดอายุ : 26 มกราคม 2565

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขตั้งที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ที่ อว ๘๑๓๗/๒๓๒

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ด้วยนางสาวจุฬาลักษณ์ ธรรมบัต รหัสประจำตัว ๖๑๙๒๐๐๕๘ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชามณูช ปุณโณทก เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ คือ “แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา” จากงานวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” ของ คุณรัชณี อุทัยพันธ์ หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๕๕

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นางสาวจุฬาลักษณ์ ธรรมบัต ใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตได้ที่เบอร์โทรศัพท์ ๐๖-๑๗๕๒-๔๑๙๗ หรือที่ E-mail: julalak.th@hotmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุญาต จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๒๗๐ ๐๐๐ ต่อ ๗๐๗, ๗๐๕
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวจุฬาลักษณ์ ธรรมปัด
วัน เดือน ปี เกิด	23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2533
สถานที่เกิด	จังหวัดมุกดาหาร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	99 หมู่ที่ 1 ตำบลป่าไร่ อำเภอคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร 49120
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2556-2557 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าซาด อำเภอคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร พ.ศ. 2557-2564 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2564-ปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เทศบาลตำบลบุงคำ อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2556 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ พ.ศ. 2564 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) มหาวิทยาลัยบูรพา