

ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของ  
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

นางสาวรัชณี อุทัยพันธ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2555  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

THE EFFECT OF GROUP MOTIVATIONAL INTERVIEWING ON MEDICATION  
COMPLIANCE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY

Miss Ratchanee Uthaiphan

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2012

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อ  
ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โดย

นางสาวรัชณี อุทัยพันธ์

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุชวิชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

รชนี้ อุทัยพันธ์ : ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. (THE EFFECT OF GROUP MOTIVATIONAL INTERVIEWING ON MEDICATION COMPLIANCE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : อ. ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์, 133 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม และ 2) เปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 40 คน คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยการจับคู่ด้วยระยะเวลาในการเจ็บป่วย และคะแนนอาการทางลบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม 2) แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) แบบวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และ 4) แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .85, .83 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ และสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
ปีการศึกษา.....2555.....

ลายมือชื่อนิติต .....  
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

## 5377829436 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS : SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY / MOTIVATIONAL INTERVIEWING / MEDICATION COMPLIANCE

RATCHANEE UTHAIPHAN : THE EFFECT OF GROUP MOTIVATIONAL INTERVIEWING ON MEDICATION COMPLIANCE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY. ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 133 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were: 1) to compare medication compliance of schizophrenic patients before and after received the group Motivational Interviewing, and 2) to compare medication compliance of schizophrenic patients who received group Motivational Interviewing and those who received regular caring activities. Forty schizophrenic patients receiving services in outpatient department at Prasimahabhodi Psychiatric Hospital, who met the inclusion criteria, were matched in pairs and then randomly assigned to experimental groups and control groups with 20 subjects in each group. The research instruments consisted of: 1) the group Motivational Interviewing, 2) Compliance Behaviors Assessment Scale, 3) Motivation enhancement on medication compliance behavior in schizophrenic patients, and 4) Stage of Change Assessments. All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The reliability of the instruments were reported by Chronbach's Alpha coefficient of .85, .83 and .81 Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Major findings were as follows:

1. The medication compliance of schizophrenic patients who received the group Motivational Interviewing was significantly higher than that before, at .05 levels.
2. The medication compliance of schizophrenic patients who received the group Motivational Interviewing was significantly higher than those who received regular caring activities at .05 levels.

Field of Study : Mental Health and Psychiatric  
 Academic Year : 2012

Student's Signature.....  
 Advisor's Signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาของอาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่คอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือให้คำปรึกษา แนะนำ ตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความเอาใจใส่มาตลอด จนนิสิตสามารถผ่านพ้นปัญหาและอุปสรรคไปด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผอ.นันทยา จิระทรัพย์ ดร.กชพงศ์ สารการ อาจารย์ ดร.สุนิสา สุขตระกูล คุณพิมพ์ชนก หาคำ และอาจารย์ ไพรทิพย์ สันตะพันธ์ ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ คุณหงษ์ บรรเทิงสุข คุณรัชชชนก เต่าทอง และคุณพรทิพย์ วชิรดิถก ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบพระคุณอธิบดีกรมสุขภาพจิตที่ได้อนุมัติทุนสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่ให้โอกาสศึกษาเรียนรู้ หัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการทางการแพทย์ หัวหน้าหน่วยบริการผู้ป่วยนอกที่เอื้ออำนวยให้ความร่วมมืออันดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย บุคลากรหน่วยบริการผู้ป่วยนอกทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและเอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ และประสบการณ์อันมีคุณค่า ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัยด้วยดีมาตลอด ขอขอบคุณเพื่อนๆ นิสิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นกำลังใจ ช่วยเหลือ แบ่งปันประสบการณ์และความประทับใจที่ควรค่าแก่การระลึกถึงเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบพระคุณ คุณพ่อแสน คุณแม่หนูดี และครอบครัวอุทัยพันธ์ทุกท่าน ที่ให้กำลังใจและการดูแลเป็นอย่างดี ตลอดจนทุกๆ ท่านที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้ครบถ้วนในที่นี้ ที่มีส่วนช่วยเหลือให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สุดท้ายนี้คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภททุกท่าน ขอให้ท่านมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตแข็งแรง สมบูรณ์ ตลอดไป

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	13
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	20
ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท.....	23
การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ.....	31
การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการ รักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท.....	35
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	41
กรอบแนวคิด.....	44
3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	48
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	57

การวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	84
สรุปผลการวิจัย.....	89
อภิปรายผลการวิจัย.....	89
ข้อเสนอแนะ.....	92
รายการอ้างอิง.....	99
ภาคผนวก.....	111
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	112
ภาคผนวก ข แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์.....	113
ภาคผนวก ค พิจารณาจริยธรรม.....	120
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	122
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	133



## สารบัญชิตาราง

ตารางที่		หน้า
1	บูรณาการการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท.....	39
2	ลักษณะกลุ่มตัวอย่างตาม ระดับคะแนนอาการทางลบ และระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	47
3	กำหนดการดำเนินกิจกรรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม.....	59
4	คะแนนแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม.....	74
5	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	78
6	คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test).....	80
7	คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test) .....	81
8	เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....	82
9	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	83

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นสาเหตุอันดับ 5 ของบรรดาโรคทั้งหมดที่ทำให้ผู้ป่วย ไร้ความสามารถและตายก่อนเวลาอันควร (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันนท์, 2552) ลักษณะการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง มักจะไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ขาดแรงจูงใจ แยกตัวเองออกจากสังคม และหยุดทำกิจกรรมที่เคยสนใจ มีอาการสำคัญ 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการทางบวกซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นชัดเจน ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ความผิดปกติด้านความคิด และความผิดปกติด้านพฤติกรรม และกลุ่มอาการทางลบที่พบบ่อยและคงอยู่นาน ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูด ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) จากสถิติเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด พบในประชากรทั่วไปร้อยละ 0.5-1 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) และทั่วโลกพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน (WHO, 2011) จากสถิติผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2551-2553 พบว่ามีจำนวน 1,030,596 ราย 1,022,504 ราย และ 1,055,548 ราย ตามลำดับ (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2551-2553)

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทด้วยยาเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงและถูกนำมาใช้ในการรักษามากที่สุด นอกจากการรักษาด้วยยาจะควบคุมอาการของผู้ป่วยแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552; Jones, 2011) จากการศึกษาของ Yu-Cheng Kao and Yia-Ping Liu (2010) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะมีความเข้าใจเรื่องโรคทางจิตที่ดีขึ้น มีจิตพยาธิวิทยารุนแรงน้อยกว่าและผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตลดลง ยารักษาโรคทางจิตมีความจำเป็นในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในทุกระยะของการเจ็บป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มมีอาการจนถึงระยะหลงเหลือ เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้จำเป็นต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานเพื่อควบคุมอาการ ดังนั้นความร่วมมือในการใช้ยาก็มีความสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ Tay (2007) พบว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีความสัมพันธ์กับการกำเริบหรือการป่วยซ้ำสูง ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 80 รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันนท์, 2552) จากสถิติโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ปีงบประมาณ 2554 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกมีอาการทางจิตกำเริบจากสาเหตุความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาร้อยละ 40.42 (หน่วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2554) ซึ่งประเมินจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติตามลักษณะการแสดงออกของพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา 5 ลักษณะ คือ การไม่ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง การหยุดใช้ยาเอง การไม่ใช้ยาตามวัตถุประสงค์ของยา ไม่ใช้ยาตามเวลา และการใช้ยาไม่ถูกขนาดเพิ่มหรือลดยาเอง โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของหัทธรัตน์ หาคำ (2552) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 86 มีอาการทางจิตกำเริบและต้องมารักษาซ้ำสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา นอกจากนี้ Maneesakorn, Robson, Gournay and Gray (2007) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยามีอัตราการกำเริบซ้ำถึง 18 เท่า และการศึกษาของวรภรณ์ พัฒนเวศน์ (2550) พบว่าระดับการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 72.4 จากสาเหตุการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษาตกลงทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ ซึ่งการกำเริบของโรคจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของประเทศชาติ (วิจิตร แผ่นทอง, 2553) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้น และทำให้สัปดาห์ในการดำเนินชีวิตแทบทุกด้านของผู้ป่วยเสื่อมลงมากเท่านั้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท สามารถแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยแรกด้านผู้ป่วย คือ การขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษา (ทัตทรวง ดานะเศรษฐ, 2548; สายรุ่ง จันทร์เส็ง, 2548) การขาดแรงจูงใจในการรักษาเนื่องจากอาการทางลบ (Oehl et. al., 2000; สวัสดิ์ เทียงธรรม, 2547) ทศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษา (Keith and Kane, 2003; ทัตทรวง ดานะเศรษฐ, 2548) การที่ผู้ป่วยเข้าใจว่ามีอาการดีขึ้นแล้วจะไม่รับประทานยาต่อเนื่อง (นวลลักษณ์ บุรณะกิติ, 2548) ปัจจัยที่สองด้านสิ่งแวดล้อม คือ การขาดผู้ดูแลการใช้ยา (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549; นวลลักษณ์ บุรณะกิติ, 2548) ขาดการสนับสนุนของครอบครัว (Andrea et al., 2010; นวลลักษณ์ บุรณะกิติ, 2548) การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ปัจจัยที่สามด้านการรักษา คือ จำนวนและขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับ ความถี่ในการได้รับยาแต่ละวัน (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549) ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงจากยา (Kumar and Sedgwick, 2001) และปัจจัยสุดท้ายด้านทีมสุขภาพ คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545; Oehl et. al., 2000) การที่ทีมสุขภาพและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะทำให้เกิดผลทางบวกต่อการรักษา ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ และรับรู้ว่ามีทีมสุขภาพสนใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น (Di Matteo and Di Nicola, 1982) และสัมพันธภาพที่ดีจะเป็นแรงจูงใจสำคัญต่อการรักษาและการใช้ยาตามคำแนะนำ (Perkins, 2002)

ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมุ่งเน้นการอยู่รักษาในโรงพยาบาลในระยะสั้นที่สุด และส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ, 2554) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนส่วนใหญ่จะอยู่ในระยะอาการสงบ โดยมีอาการทางลบเป็นอาการเด่นและเป็นปัญหาสำคัญ (Johnson, 1993) จากข้อมูลกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2543 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศ ร้อยละ 30 มีอาการแสดงออกที่สำคัญของอาการทางลบ (อดิยา โพธิ์ศรี, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Robert (2006) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกร้อยละ 30 จะมีอาการทางลบ นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม ขาดความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง ขาดแรงจูงใจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Drake et al., 2004: 102 อ้างถึงใน สวัสดิ์ เทียงธรรม, 2547: 3) โดยการขาดแรงจูงใจในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทสาเหตุเกิดจากอาการทางลบ ซึ่งเป็นการทำหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง ขาดความกระตือรือร้น โดยจะแสดงออกมาในรูปแบบของการหมดพลังงาน ขาดความสนใจสิ่งต่างๆ อย่างชัดเจน ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมให้สำเร็จลุล่วง ไม่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (พิเชฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ สวัสดิ์ เทียงธรรม (2547) พบว่าถ้าแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับดี ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาก็จะอยู่ในระดับดีด้วย ซึ่งการส่งเสริมแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น ช่วยลดอาการทางจิตที่กำเริบรุนแรงได้ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีหลายวิธี เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การจัดการรายกรณี การเสริมสร้างแรงจูงใจ การบำบัดรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ซึ่งรูปแบบการบำบัดส่วนใหญ่จะเป็นการสอน การแนะนำผู้ป่วย การให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบต่างๆ ที่ช่วยพัฒนาความรู้ของผู้ป่วย (Gray et al., 2000: 227 อ้างถึงใน ประคอง มาโพทนัน, 2552: 24) แต่การช่วยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างถูกต้องด้วยตัวผู้ป่วยเองจะช่วยพัฒนาสู่ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ (McDonald and Badger, 2002) และการเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยจะช่วยทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน (สวัสดิ์ เทียงธรรม, 2547; นิตยา สุริยพันธ์ และอรุณี โสถถิวนิชย์วงศ์, 2551) นอกจากนี้พฤติกรรมรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอต้องเกิดจากความพร้อมและแรงจูงใจที่จะปฏิบัติด้วยตนเองของผู้ป่วย (Ickovics and Meade, 2002: 103 อ้างถึงใน องค์กร ประจันเขตต์, 2551: 4)

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) เป็นการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Miller and Rollnick, 2007) โดยอิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ซึ่ง Prochaska and Diclement (1984) ได้เริ่มต้นใช้ทฤษฎีดังกล่าวในการศึกษาผู้ติดบุหรี่ และมีการประยุกต์ใช้ในการปรึกษาเพื่อการเลิก

บุหรี ซึ่งได้ผลสำเร็จเป็นอย่างดี ต่อมา Miller and Rollnick (1991) ได้นำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปประยุกต์ใช้ในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา และได้พัฒนานำไปใช้ในการปรึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพ จนกระทั่งในปีค.ศ. 2007 ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการให้การปรึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพและด้านสุขภาพจิต และเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากเข้าใจง่าย มีทิศทางและเป็นวิธีการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยาได้ดีขึ้น (Bundy, 2004) และช่วยให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรักษาอย่างมีเป้าหมายและมีทิศทางเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง จากการกำหนดและการตัดสินใจด้วยตัวเองทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ภายใต้อาการทางจิตที่ดีระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย (ไพรวลัย รมช้าย, 2552) การเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ได้ ดังเช่นการศึกษาของ Tracy et al. (2009) พบว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วย จิตเภทชนิดหวาดระแวง มีผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Cleary et al. (2008) ซึ่งได้ศึกษาการเสริมสร้างแรงจูงใจและขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตรุนแรง และผู้ใช้สารเสพติด พบว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่ใช้แนวความคิดเสริมสร้างแรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมได้ นอกจากนี้ Rosen et al. (2002) ได้ศึกษาการใช้ชุดยาอิเล็กทรอนิกส์ (Microelectronic Monitoring Systems; MEMS) ซึ่งเป็นชุดยาฝังแผ่นบันทึกวัน เวลา จำนวนครั้ง การเปิด-ปิดชุดยา แล้วนำไปเชื่อมต่อกับคอมพิวเตอร์เพื่อติดตามประมวลผลการรับประทานยาของผู้ป่วย โดยใช้หลักการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นส่วนประกอบในการสร้างทักษะ ซึ่งพบว่าการใช้ MEMS มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการมาตามนัดสม่ำเสมอ

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถบำบัดได้พร้อมกันหลายคน โดยการใช้พลังกลุ่มช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากและเร็วขึ้น (อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, 2550) มีการศึกษาการใช้รูปแบบกลุ่มที่เน้นการสัมภาษณ์เสริมแรงจูงใจเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้ผลดี เช่น การศึกษาของนิตยา สุริยะพันธ์ และอรุณี โสคติณิชย์วงศ์ (2551) ศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรับประทายามากกว่ากลุ่มควบคุม ผลการติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน ผู้ป่วยมีพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรับประทายโดยไม่ต้องกระตุ้น อาการทางจิตสงบ

มีความสามารถในการดูแลตนเอง และลดการกลับมาป่วยซ้ำ นอกจากนี้องค์การ ประจันเขตต์ (2551) ศึกษาผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มโดยการสัมภาษณ์เพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม

การนำรูปแบบของกลุ่มมาใช้จะช่วยให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองจากกลุ่ม อาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม มีการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนการรับรู้ ปรับความคิดเดิมมาเป็นความคิดใหม่ และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมใหม่ (Marram, 1978) ส่งเสริมให้สมาชิกสามารถเปลี่ยนแปลงการดำรงชีวิต ความเชื่อ เจตคติ (ทัศนคติ) (ทัศนคติ, 2545) จากการศึกษาของศักดา ชำคม (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถเสริมสร้างความหวังได้ด้วยการใช้กลุ่ม ผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมแยกตนเองสามารถลดพฤติกรรมแยกตัวเองได้ด้วยการเข้ากลุ่มบำบัด และเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณรัตน์ ชีโร่ (2547) พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้รูปแบบกลุ่มมีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการบำบัด ดังนั้นการใช้รูปแบบกลุ่มซึ่งเป็นการบำบัดทางจิตสังคมชนิดหนึ่งที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การใช้รูปแบบกลุ่มร่วมกับการใช้ยาก่อให้เกิดผลดีกว่าการใช้ยาอย่างเดียว โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยนอก (Jones, 2011) และจากการศึกษาของ Guimon (1993) ที่นำรูปแบบกลุ่มมาใช้ในผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีทัศนคติ และการแสดงออกเกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งการใช้รูปแบบกลุ่มช่วยเพิ่มการพัฒนาด้านความสัมพันธ์ภายในกลุ่มและด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยมีการกลับเข้าสู่สังคมดีขึ้น และมีอาการทางจิตลดน้อยลง (Malm, 2007) จากการศึกษาการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาส่วนใหญ่เป็นการศึกษารายบุคคลและศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งหากมีการประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรัง โดยนำรูปแบบกลุ่มร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้จะช่วยให้สมาชิกภายในกลุ่มให้การสนับสนุน ร่วมกันสร้างแรงจูงใจซึ่งกันและกัน โดยแรงจูงใจจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้อย่างต่อเนื่องและถาวร (สวัสดิ์ เทียงธรรม, 2547; องค์การ ประจันเขตต์, 2551)

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชจึงได้ทำการวิจัยและนำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2007) มาใช้ผสมผสานในรูปแบบกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตาม

ระยะของการเปลี่ยนแปลงโดยการวางแผนจัดกิจกรรมให้สมาชิกในกลุ่มมีการสนับสนุน ส่งเสริมกัน และกันให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### คำถามการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีความแตกต่างกันกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เนื่องจากอาการทางลบทำให้การหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยจะขาดความกระตือรือร้น ผู้ป่วยจะแสดงออกในลักษณะหมดพลังงาน ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมให้สำเร็จลุล่วง (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานันท์, 2552) อาการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ขาดแรงจูงใจในการร่วมมือรักษาด้วยยา ดังนั้นการเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยจะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน (นิตยา สุริยพันธ์ และอรุณี โสถถิวนิชย์วงศ์, 2551) การใช้รูปแบบกลุ่มจะช่วยให้มีการเรียนรู้ระหว่างบุคคล เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และมีการช่วยเหลือกันซึ่งจะส่งผลให้ผู้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (ดอกรัก พิทาคำ, 2549)

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Miller and Rollnick (2007) เป็นวิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจภายในให้เกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยจิตเภท มุ่งเน้นการพูดคุยอย่างมีเป้าหมายซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้ผู้เกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม คือ ให้ผู้ป่วยได้สำรวจ ค้นหา และแก้ไขสิ่งที่ลังเลใจที่จะปรับเปลี่ยนตนเอง โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยอิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ของ Prochaska and Diclemente (1997)

ซึ่งจะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้นไหนของการเปลี่ยนแปลง สามารถให้การช่วยเหลือได้เหมาะสม และการเสริมสร้างแรงจูงใจจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ด้วยยาอย่างมีขั้นตอน (องค์อร ประจันเขตต์, 2551) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของ ยา เกิดความตระหนักเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย มีแนวทางการบำบัดโดยใช้การฝึกทักษะทางสังคม นอกจากนี้การนำแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจเข้ามาใช้ในรูปแบบกลุ่มที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง สมาชิกกลุ่มด้วยกัน จะช่วยให้สมาชิกมีการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดการ เปลี่ยนการรับรู้ ปรับความคิดเดิมมาเป็นความคิดใหม่ และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมใหม่ การ สัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา มี การแลกเปลี่ยนความรู้ มีแรงจูงใจ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานยาได้ถูกต้อง เหมาะสม จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้ผสมผสานการใช้แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2007) โดยอิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ในรูปแบบกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 3 ระยะ 5 กิจกรรม คือ ระยะที่ 1 ระยะสร้าง แรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 (ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1) ระยะที่ 2 ระยะการให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 2, 3 (ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2) และกิจกรรมที่ 4 (ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3) และระยะที่ 3 ระยะการติดตามต่อเนื่อง ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 5 (ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4) รวมทั้งหมด 4 สัปดาห์ นานครั้งละ 60-90 นาที โดยเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมจะส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา ด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

**ระยะที่ 1 ระยะสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย**

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ** เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้ ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ มั่นใจในการเปิดเผยข้อมูลและความรู้สึก มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เนื่องจาก สัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา และ เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อค้นหาปัญหาจากผู้ป่วย เพื่อการวางแผนในการ พยาบาลต่อไป การสร้างสัมพันธภาพจะนำไปสู่ความร่วมมือร่วมใจ เป็นแรงจูงใจสำคัญต่อการ รักษาและการใช้ยาตามคำแนะนำ (Perkin, 2002) ในกิจกรรมนี้ใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการให้ ผู้ป่วยเล่าถึงอาการสำคัญ การเจ็บป่วย และการรักษาที่ผ่านมา โดยใช้เทคนิค OARS ได้แก่ การตั้ง คำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและ สะท้อนความคิด (Reflective listening) และการสรุปความ (Summarization) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ย่น สิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึก นั่นคือคำพูดที่สร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง (Self Motivational Statement:



SMS) (Miller and Rollnick, 2007; พิชัย แสงชาญชัย, 2553) การกล่าวข้อความใจออกมาเพื่อเป็นการยืนยันรับรองในข้อความดังกล่าว

**ระยะที่ 2** ระยะการให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย

**กิจกรรมที่ 2** การค้นหาสิ่งที่ลึกลับเกี่ยวกับการรักษา กิจกรรมนี้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถบอกถึงปัญหาในการใช้ยาของตนเองได้ สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกังวลและลึกลับเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษา หากผู้ป่วยคิดว่าเป็นปัญหาทำให้ผู้ป่วยประกาศคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง ซึ่งกิจกรรมนี้ใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยใช้เทคนิค DARES คือ ให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับตัวเอง เมื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Develop discrepancy) การหลีกเลี่ยงทะเลาะหรือโต้แย้งกับผู้ป่วย (Avoid argumentation) ไม่ตัดสินความคิด ความเชื่อผู้ป่วย โดยเคลื่อนไปตามแรงต้านของผู้ป่วย (Roll with resistance) แสดงความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วย (Express empathy) และการสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วย (Support self-efficacy) (Miller and Rollnick, 2007; พิชัย แสงชาญชัย, 2553)

**กิจกรรมที่ 3** การสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถบอกประโยชน์ของการรับประทานอย่างต่อเนื่อง เกิดแรงจูงใจในการรับประทานอย่างต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยอธิบายเกี่ยวกับอาการ และผลข้างเคียงจากการรักษา ให้ผู้ป่วยตรวจสอบรอบด้านทั้งข้อดีข้อเสียของการรับประทานอย่างต่อเนื่อง การเสริมสร้างแรงจูงใจในกิจกรรมนี้เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความใจตนเอง (Self Motivational Statement; SMS) และให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนใหม่ โดยใช้เทคนิค FRAMES ซึ่งได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการตัดสินใจ (Responsibility) การให้คำแนะนำ (Advice) การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และการส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย (Self-efficacy) (Miller and Rollnick, 2007; พิชัย แสงชาญชัย, 2553)

**กิจกรรมที่ 4** การสร้างความมั่นใจในการร่วมมือรักษาด้วยยา โดยการให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติตามแผนที่กำหนด และการฝึกทักษะการจัดการปัญหาและการรับประทานยาด้วยตนเอง เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานอย่างต่อเนื่อง เพราะโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังผู้ป่วยต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจึงมีความจำเป็นที่มีทักษะในการรับประทานยาด้วยตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีแรงจูงใจที่จะลงมือทำและมีความภาคภูมิใจในการรับรู้ความสามารถของตนเอง การเสริมสร้างแรงจูงใจในกิจกรรมนี้เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เทคนิค FRAMES ซึ่งได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการตัดสินใจ (Responsibility) การให้คำแนะนำ (Advice) การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และการ

ส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย (Self-efficacy) (Miller and Rollnick, 2007; พิชัย แสงชาญชัย, 2553) และเสริมแรงเพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษา ด้วยอย่างต่อเนื่องด้วยรูปแบบกลุ่ม โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทุกคนแสดงความคิดเห็นต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ และให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการรักษาด้วยยา เพื่อคงไว้ซึ่งความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

**ระยะที่ 3 ระยะการติดตามต่อเนื่อง ประกอบด้วย**

**กิจกรรมที่ 5 การติดตามแรงจูงใจในการร่วมมือในการรักษาด้วยยา** หลังการบำบัดติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 4 จะมีการติดตามนัดผู้ป่วยมาพบ เพื่อการติดตามประเมินความก้าวหน้า ทบทวนปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ตรวจสอบแรงจูงใจว่ายังมั่นคงอยู่หรือไม่ หากผู้ป่วยทำตามแผนที่วางไว้ได้สำเร็จกล่าวชื่นชม เน้นความรับผิดชอบของตัวเอง (Responsibility) และสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย (Self-efficacy) เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา ต่อเนื่อง หากผู้ป่วยทำไม่สำเร็จแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย (Empathy) ควรฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วย ให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) และให้พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา (Menu) พร้อมทั้งให้ข้อมูลหรือคำแนะนำที่เหมาะสม (Advice) เน้นย้ำถึงความสำคัญของการติดตามผลการรักษาและการมาพบแพทย์ตามนัด

### **สมมติฐานการวิจัย**

1. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังจากได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภตกุ่มที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### **ขอบเขตของการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 และมีอาการทางลบที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกทั้งชายและหญิง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีอาการทางจิตเฉา และแสดงอาการทางลบ โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน

ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม
2. ตัวแปรตาม คือ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเป็นรายกลุ่ม โดยใช้แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2007) มีวัตถุประสงค์ เป้าหมายและกิจกรรมให้ผู้ป่วยมาร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ข้อคิดเห็นระหว่างกัน สร้างแรงจูงใจและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เกิดการเรียนรู้ตนเอง ยอมรับข้อบกพร่องของตนเองและยอมรับผู้อื่น ช่วยกันค้นหาพบแนวทางและวิธีการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เพื่อให้กลุ่มมีการดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ 5 กิจกรรม ดังนี้

**ระยะที่ 1 ระยะสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม** ประกอบด้วย

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ** โดยการให้ผู้ป่วยเล่าถึงอาการสำคัญ การเจ็บป่วย และการรักษาที่ผ่านมา ใช้เทคนิค OARS กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจ (Self Motivational Statement: SMS) เพื่อเป็นการยืนยันรับรองในข้อความดังกล่าว

**ระยะที่ 2 ระยะการให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม** ประกอบด้วย

**กิจกรรมที่ 2 การค้นหาสิ่งที่ลังเลใจเกี่ยวกับการรักษา** โดยให้ผู้ป่วยบอกถึงปัญหาในการใช้ยาของตนเองได้ สิ่งที่ผู้ป่วยกังวลและลังเลใจเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษา หากผู้ป่วยคิดว่าเป็นปัญหาให้ผู้ป่วยประกาศคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง ใช้เทคนิค DARES

**กิจกรรมที่ 3 การสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง** โดยให้ผู้ป่วยอธิบายเกี่ยวกับอาการ และผลข้างเคียงจากการรักษา ตรวจสอบรอบด้านทั้งข้อดีข้อเสียของการรับประทานยาต่อเนื่อง ใช้เทคนิค FRAMES

**กิจกรรมที่ 4 การสร้างความมั่นใจในการร่วมมือรักษาด้วยยา** โดยการให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติตามแผนที่กำหนด และการฝึกทักษะการจัดการจัดยาและการรับประทานยาด้วยตนเอง ใช้เทคนิค FRAMES และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทุกคนให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการรักษาด้วยยา เพื่อคงไว้ซึ่งความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ต่อเนื่อง

**ระยะที่ 3 ระยะการติดตามต่อเนื่อง** ประกอบด้วย

**กิจกรรมที่ 5 การติดตามแรงจูงใจในการร่วมมือรักษาด้วยยา** โดยการนัดผู้ป่วยมาพบเพื่อการติดตามประเมินความก้าวหน้า ทบทวนปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ตรวจสอบแรงจูงใจว่ายังมั่นคงอยู่หรือไม่ ใช้เทคนิค FRAMES หากผู้ป่วยทำตามแผนที่วางไว้ได้สำเร็จกล่าวชื่นชม เน้น

ความรับผิดชอบของตัวผู้ป่วยเอง และสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย หากผู้ป่วยทำไม่สำเร็จแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ให้ข้อมูลย้อนกลับ และให้พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา พร้อมทั้งให้ข้อมูลหรือคำแนะนำที่เหมาะสม เน้นย้ำถึงความสำคัญของการติดตามผลการรักษาและการมาพบแพทย์ตามนัด

ดำเนินกิจกรรมรวมทั้งหมด 4 สัปดาห์ นานครั้งละ 60-90 นาที

**ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา** หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกในการปฏิบัติตัว เรื่องการรับประทานยาและการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องกับแผนการรักษาของแพทย์ตามคำแนะนำของ ทีมสุขภาพ ซึ่งสามารถประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตาม แนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดยพรทิพย์ วชิรดิถก และคณะ (2549) ประกอบด้วย 5 ลักษณะ ดังนี้ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้รับปรึกษาแพทย์

**ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน** หมายถึง ผู้ป่วยที่รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็น โรคจิตเภท ตามเกณฑ์ ICD 10 คือ F 20.0-F 20.9 ภายหลังจากการจำหน่ายที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและมี อาการทางลบเป็นลักษณะสำคัญในขณะที่อาศัยอยู่ในชุมชน

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลทำให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและ ด้านจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การให้คำแนะนำ ด้านสุขภาพ การให้การบริการก่อนพบแพทย์ ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม และการบริการ หลังพบแพทย์ ได้แก่ การให้คำแนะนำวิธีการรับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียงของยารักษา โรคจิต และให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลโดยการนำรูปแบบการบำบัดมาใช้ส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท
  - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
  - 1.2 สาเหตุ อาการ และการดำเนินของโรคจิตเภท
  - 1.3 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
  - 1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
  - 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
  - 2.1 ลักษณะและปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
  - 2.2 อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
  - 2.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท
  - 3.1 ความหมาย และลักษณะของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
  - 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท
  - 3.3 การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
  - 3.4 บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
4. การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
  - 4.1 ความหมายของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
  - 4.2 แนวคิดและหลักการของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
5. การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท
6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท

### 1.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภท ได้มีผู้ให้ความหมายโรคจิตเภท (Schizophrenia) ไว้ดังนี้

Boyd (2005) กล่าวว่า โรคจิตเภทตามความหมายของ ICD 10 เป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากมักเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2552) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น

พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์ (2552) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม มีระยะเวลาการป่วยนานเกิน 6 เดือน ไม่มีอาการทางด้านอารมณ์เด่นชัด

สมภพ เรื่องตระกูล (2553) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

สรุปความหมายของโรคจิตเภท ได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่มีลักษณะมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีพยาธิสภาพทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

### 1.2 สาเหตุ อาการ และการดำเนินของโรคจิตเภท

สาเหตุปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการจากหลายๆ สาเหตุ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2552) ดังนี้

#### 1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ

1.2.1.1 พันธุกรรม ได้มีการศึกษาด้านพันธุกรรมของบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งขึ้นมีโอกาสสูง

1.2.1.2 ระบบสารเคมีในสมอง โรคจิตเภทเกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ postsynaptic receptor เนื่องจากยารักษาโรคจิตนั้นออกฤทธิ์โดยการไปปิดกั้น dopamine receptor type 2 (D2 antagonist) และสารสื่อประสาทชนิด serotonin พบว่าการทำงานของ serotonin-2 (5-HT2A) receptor ใน frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ออกฤทธิ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับระบบ serotonin

1.2.1.3 กายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น บางรายงานพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณ limbic และ periventricle

1.2.1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงบริเวณ frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe

## 1.2.2 ปัจจัยด้านสังคมและครอบครัว

1.2.2.1 การเลี้ยงดูบางรูปแบบทำให้เด็กโตขึ้นป่วยเป็นผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ ครอบครัวของผู้ป่วยที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion; EE) ได้แก่ การตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ มีท่าที่ไม่เป็นมิตร จู้กับผู้ป่วยมากเกินไป มีผลต่อการกำเริบของโรค

1.2.2.2 ผู้ป่วยจิตเภทในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ต้องเผชิญกับสภาวะเครียดมากกว่าประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง ซึ่งอาจเป็นจากการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดเชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมาจากหลายๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับในปัจจุบันคือ stress diathesis model เชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

อาการทางคลินิกที่สำคัญของโรคแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) คือ

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) กลุ่มอาการทางบวกส่วนใหญ่จะแสดงออกมาให้เห็นชัดเจน และสามารถเกิดขึ้นช่วงใดช่วงหนึ่งของโรคก็ได้ ซึ่งอาการทางบวกนี้เป็นเป้าหมายสำคัญในการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2552) กลุ่มอาการทางบวกมีดังต่อไปนี้

1.1 อาการหลงผิด (Delusion) ที่พบบ่อยได้แก่ หลงผิดคิดไปเองว่ามีคนคอยปองร้าย และหลงผิดคิดไปเองว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน

1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยคือหูแว่ว (auditory hallucination) ซึ่งพบในผู้ป่วยร้อยละ 75 เสียงแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเสียงหรือคำพูด บางคนอาจรับฟังเฉยๆ หรือพูดจาโต้ตอบด้วย

1.3 อาการผิดปกติของคำพูด ผู้ป่วยมีปัญหาด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ บางครั้งคำพูดไม่ต่อเนื่อง (loose association)

หรือผู้ป่วยพูดฟังไม่รู้เรื่องเลย (incoherenc)

1.4 ความผิดปกติด้านพฤติกรรม เช่น มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก กระวนกระวาย อาจไม่สนใจดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรก หรือในลักษณะแปลกประหลาด มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม สั่งเสียงร้องตะโกน

2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) กลุ่มอาการทางลบเป็นการลดหน้าที่ปกติ เช่น การลดลงของพลังงานและแรงจูงใจและการลดลงของการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งอาการทางลบจะพบได้บ่อยและคงอยู่นาน (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2552) กลุ่มอาการทางลบมีดังต่อไปนี้

2.1 อารมณ์เฉยเมย (Affective flattening) ขาดการแสดงออกทางด้านอารมณ์ สีหน้าเรียบเฉย ไม่มีการสบตาหรือแสดงกิริยาท่าทาง

2.2 พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia)

2.3 ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (Avolition) ไม่สามารถริเริ่มในการทำกิจกรรมทุกชนิด ไม่สนใจเข้าร่วมในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม

โรคจิตเภทสามารถแสดงออกมาได้หลายรูปแบบ แตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีอาการหลักๆ คือ กลุ่มอาการทางบวกและกลุ่มอาการทางลบ ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ การที่พยาบาลสามารถเข้าใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยจะมีส่วนช่วยในการวางแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

การดำเนินของโรค ส่วนใหญ่มีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยมีอาการนำ (prodromal symptoms) มาก่อน เช่น แยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจในการเรียน หรือการทำงาน ไม่ดูแลสุขอนามัย และมีท่าทางสกปรก มีพฤติกรรมผิดปกติ หรือแสดงอารมณ์โกรธอย่างรุนแรง ญาติจะสังเกตพบว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากคนเดิม ผู้ป่วยจะแสดงอาการของโรคชัดเจน เช่น หูแว่ว หลงผิด การดำเนินโรคในผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน บางคนเป็นๆ หายๆ ในขณะที่บางคนเป็นเรื้อรัง โดยทั่วไปผู้ป่วยมักไม่หายเป็นปกติ อาการของโรคมักทรงหรือทรุดลงตามลำดับจนผู้ป่วยไร้ประสิทธิภาพในระยะแรกของโรคอาการทางด้านลบมักเด่นชัด เมื่อได้รับการรักษาอาการทางด้านบวกจะหมดไป แต่อาการทางด้านลบจะคงอยู่ (สมภพ เรืองตระกูล, 2553)

การดำเนินโรคจิตเภททั่วไป แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2552)

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือสัมพันธภาพ การเรียน การทำงานแย่ง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยสมาคมกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัย



หรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจด้านปรัชญา ศาสนาหรือจิตวิทยา มีการใช้ถ้อยคำหรือสำนวนแปลก ๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม

2. ระยะกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนและหวาดระแวงเกิน 1 เดือน โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3. ระยะหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการอาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมาก อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหวาดระแวง อาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการซึมเศร้าด้วย ส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบ ที่พบบ่อยได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ แยกตนเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่านและมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆเข้ากับตนเอง

มีผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งที่เป็นครั้งเดียวแล้วหายขาดหรือเป็น 2-3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (Complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากอาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (Incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยังเป็นบ่อยๆ ครั้ง และยังมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆ ลด ความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการทางลบมากกว่า

### 1.3 การวินิจฉัยโรค

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่นิยมใช้ปัจจุบันมี 2 เกณฑ์ คือเกณฑ์ของสมาคมอเมริกัน ฉบับที่ 4 ปรับปรุงเนื้อหา (4<sup>th</sup> ed. Text revision) และเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD 10) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2552)

เกณฑ์ของสมาคมอเมริกันฉบับที่ 4 ปรับปรุงเนื้อหา(DSM-IV-TR) ประกอบด้วยเกณฑ์ดังนี้

1. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการ และเป็นนานอย่างน้อย 1 เดือน (อาจจะน้อยกว่า 1 เดือนก็ได้ ถ้าหากได้รับการรักษา) ได้แก่

1.1 หลงผิด

1.2 ประสาทหลอน

1.3 มีความผิดปกติของคำพูด

1.4 มีพฤติกรรมสับสนอย่างเห็นได้ชัดเจน

1.5 มีอาการทางด้านลบ เช่น อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย หรือไม่ทำกิจกรรมทุกชนิด

หมายเหตุ อาการข้อ 1.1 หรือ 1.2 มีอาการเพียงอย่างเดียวก็อาจถือว่าเป็นเกณฑ์

2. มีความบกพร่องในด้านสังคมหรืออาชีพ

3. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องมีอาการตามที่กล่าวข้างต้น เป็นนานต่อเนื่องและเป็นอยู่เรื่อยๆ อย่างน้อย 6 เดือน
4. จะต้องไม่ใช่โรคจิตชนิดอื่น คือ schizoaffective disorder
5. อาการไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติด หรือโรคทางกาย
6. ถ้าเคยเป็น autistic disorder หรือ pervasive development disorder มาก่อน จะวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทต้องมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่าถ้าการรักษาได้ผลดี)

เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD 10) อาการต่างๆของโรคจิตเภทสามารถแบ่งเป็นกลุ่มเพื่อสร้างเป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรค 9 ประเภทดังนี้

1. โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia)
2. โรคจิตเภทชนิดเฮบีฟรีนิก (Hebephrenic Schizophrenia)
3. โรคจิตเภทชนิดคาทาโทนิค (Catatonic Schizophrenia)
4. โรคจิตเภทชนิดเรื้อรังที่มีอาการหลงเหลือ (Residual Schizophrenia)
5. โรคจิตเภทชนิดจำแนกไม่ได้ (Undifferentiated Schizophrenia)
6. โรคจิตเภทชนิดเศร้าภายหลัง (Post-Schizophrenic Depression)
7. โรคจิตเภทชนิดพฤติกรรมเสื่อมถอย (Simple Schizophrenia)
8. โรคจิตเภทชนิดอื่นๆ (Other Schizophrenia)
9. โรคจิตเภทชนิดที่ไม่สามารถระบุได้ (Unspecified Schizophrenia)

#### 1.4 การรักษา การรักษาโรคจิตเภทที่สำคัญได้แก่

1.4.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่นหรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง เพื่อควบคุมเรื่องยาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยาและมีปัญหาในการวินิจฉัยระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2552)

1.4.2 การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยาเป็นหัวใจของการรักษาผู้ป่วยจิตเภท นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2552) พบว่า ผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ นั้นส่วนใหญ่มักมีปัญหาจากการขาดยา การรักษานั้นอาจแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่

1.4.2.1 ระยะเวลาควบคุมอาการ (acute phase) คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว อาการวุ่นวายหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้นเป็นมาจากฤทธิ์ทำให้สงบ

ของยา ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล

1.4.2.2 ระยะเวลาให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) หลังจากที่อาการสงบลง แล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้อาการกำเริบซ้ำ และควรรักษาขนาดเดิม

1.4.2.3 ระยะเวลาการคงที่ (maintenance phase) เป็นช่วงที่อาการทุเลาลงแล้ว แต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดีการควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งที่สำคัญ ขนาดยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก แล้วจะค่อยๆ ลดยาลง ร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือนจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้

ผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกนั้นหลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาวนานอย่างน้อย 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีปัญหาด้านความคิดอยู่แล้วแพทย์จึงควรสั่งยาที่ทำให้ผู้ป่วยสะดวกในการรับประทานยา เช่น หลีกเลียงการใช้ยาหลายขนาน ใช้ยาที่รับประทานเพียงวันละ 1-2 ครั้ง เกิดผลข้างเคียงจากยาน้อย เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการเรื่องยาของตนเองได้ถูกต้องและร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

1.4.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy: ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้นผลการรักษาไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยาโดยทั่วไป จะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา อาจใช้ในผู้ป่วยจิตเภทชนิด Catatonic รุนแรงผู้ป่วยที่มีอาการ Mania หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย โดยการรักษาด้วยไฟฟ้าต้องทำร่วมกับการรักษาด้วยยาโรคจิต

1.4.4 การรักษาจิตสังคม การรักษาจิตสังคมเป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้างแม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไขรวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้ หดหู่กำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกๆด้าน การรักษาจิตสังคมประกอบด้วย

1.4.4.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นวิธีการบำบัดแบบประคับประคอง ผู้รักษาตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริง และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ ช่วยให้หาวิธีแก้ปัญหานั้นแบบที่ทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขามักทนไม่ได้

1.4.4.2 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or family counselling) เป็นการให้ความรู้เรื่องโรค รวมทั้งการปฏิบัติต่อผู้ป่วย การแสดงอารมณ์เพื่อให้การทำหน้าที่ในครอบครัวดีขึ้น

1.4.4.3 กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

1.4.4.4 นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมขบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่ทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง เกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา คຸ້ມกันให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

จะเห็นได้ว่า โรคจิตเภทมีหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ส่งผลให้การทำหน้าที่และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ความสามารถในด้านต่างๆ ลดลง และลักษณะของโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทจึงไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ควรมีการผสมผสานการรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม จะให้ผู้ป่วยคงสภาพในภาวะปกติมากที่สุด

## 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

โดยทั่วไปการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

1.5.1 การพยาบาลยึดหลัก 4 มิติ (ยวดี วงษ์แสง, 2548) ประกอบด้วย มิติที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพจิต ได้แก่ การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต ช่วยให้ผู้ป่วยมีพื้นฐานจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดี อยู่ในสังคมและทำประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้ มิติที่ 2 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตสูง มิติที่ 3 การบำบัดรักษา ได้แก่ การจัดกิจกรรมพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีสถานะจิตใจที่เข้มแข็งเช่นเดิม และมิติที่ 4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด และการให้การบำบัดรักษาร่วมกับในทีมจิตเวช

1.5.2 การพยาบาลทั่วไป (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทดูแลความสะอาด และด้านสุขอนามัยทั่วไป ด้านความคิด ได้แก่ การหาความหมายของความคิด การสนทนากับผู้ป่วย จะทำให้ทราบความคิดของผู้ป่วย และการให้ความจริงแก่ผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความเป็นจริง (reinforcing reality) ด้านจิตใจอารมณ์ พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติของผู้ป่วย เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

และด้านสังคม ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาไม่สนใจกิจกรรมสังคม พยาบาลควรประเมินความสามารถด้านการสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และการเสริมสร้างทักษะทางสังคม ส่งเสริมการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล พัฒนาทักษะสังคมที่ถูกต้องด้วยหลักการการเรียนรู้ เช่น การให้รางวัล การชมเชย เป็นต้น

1.5.3 การใช้กระบวนการพยาบาล (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ประกอบด้วย

1.5.3.1 การประเมินสภาพปัญหา โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านการคิด การรับรู้ พฤติกรรมและด้านสัมพันธภาพ เพื่อวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม นำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

1.5.3.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล โดยทั่วไปข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท

1.5.3.3 การวางแผนการพยาบาล ได้แก่ การวางแผนระยะสั้นเน้นการช่วยระยะแรก โดยเฉพาะระยะที่มีอาการ การวางแผนระยะยาวเน้นการดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง และควรระบุวัตถุประสงค์ในการดูแลไว้ลักษณะพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นและสามารถเป็นไปได้

1.5.3.4 การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการปฏิบัติตามแผนการพยาบาล และปรับตามความเหมาะสมและใช้เทคนิคการพยาบาลต่างๆ

1.5.3.5 การประเมินผล ในการประเมินผลผู้ป่วยจิตเภทนั้นพยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้วเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล เพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงมีอยู่

โดยสรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีปัญหาความบกพร่องทั้งด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม พยาบาลต้องให้การพยาบาลเน้นการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

## 2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

### 2.1 ลักษณะและปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยลักษณะเรื้อรัง จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า หลังจากผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนยังมีปัญหาในการทำหน้าที่ทางจิตสังคมอย่างมากบางรายอาการดีขึ้นสามารถประกอบอาชีพได้ระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น และมีโอกาสป่วยซ้ำได้อีก (Alan et al., 2007) ปัญหาที่พบของผู้ป่วยในชุมชนมีดังต่อไปนี้

2.1.1 การกำเริบซ้ำของโรค ซึ่งโรคจิตเภทมีอัตราการกำเริบซ้ำมากที่สุด ถึงร้อยละ 78 (ปาริชาติ สุภาพ, 2547) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้น และศักยภาพการดำเนินชีวิตแทบทุกด้านของผู้ป่วยจิตเภทก็จะเสื่อมลงมากเท่านั้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

2.1.2 การไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ป่วยจิตเภทมักจะปฏิเสธความผิดปกติของตนเอง หรือไม่ทราบว่าตนเองมีความผิดปกติ ส่งผลไปยังจิตใต้สำนึกและแสดงออกถึงการตัดสินใจไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา การไม่สามารถทนฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยต่อต้าน ไม่ร่วมมือในการรักษา โดยลดขนาดยาหรือหยุดรับประทานยาเอง (ทัศนีย์ ใจตรง และคณะ, 2542) ทำให้การดูแลเกิดปัญหายุ่งยาก ซ้ำซ้อน และสิ้นเปลืองมากขึ้น

2.1.3 การใช้สารเสพติด ผู้ป่วยจิตเภทขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ชุมชน เช่น การใช้สารเสพติดและไม่มาพบแพทย์ (Khen, 1991) ผู้ป่วยจิตเภทบางรายใช้สารเสพติดเพราะลดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรค หรือลดอาการซึมเศร้า และแก้อาการด้านลบ การใช้สารเสพติดมีผลต่อประสิทธิภาพของยารักษาอาการทางจิต อาจทำให้อาการทางจิตแย่ลง หรือทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

2.1.4 การไม่รู้และไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยาคือ ความไม่รู้ ไม่เข้าใจ และไม่สามารถเข้าใจตามคำสั่ง โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยได้รับยากลับไปรักษาต่อที่บ้าน (พงษ์ศักดิ์ สมใจ และคณะ, 2539) ทำให้ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ขณะอยู่ที่บ้าน หยุดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์และเข้าใจผิดคิดว่ายานั้นไม่ถูกกับโรคตนเอง ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบได้

ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนจะมีปัญหาต่างๆ ดังกล่าว และปัญหาเหล่านั้นควรได้รับการแก้ไข หากปล่อยไว้จะกลายเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับยากลับไปรักษาต่อเนื่องที่บ้าน ปัญหาสำคัญที่พบคือความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตแย่ลง

## 2.2 อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีอาการสงบและใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน ผู้ป่วยในระยะอาการสงบ ส่วนใหญ่จะมีอาการทางลบ (Taylor, 1994) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกร้อยละ 30 จะมีอาการทางลบ (Robert, 2006) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการด้านลบ (Negative Symptoms) มีลักษณะดังต่อไปนี้

สมภพ เรืองตระกูล (2553) กล่าวว่า ลักษณะอาการทางลบมีอาการดังต่อไปนี้ มีการแสดงออกของอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่สบตา พูดน้อย ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ไม่สนใจการแต่งกาย ขาดความสนุกสนานบันเทิง และขาดความใส่ใจในการร่วมกิจกรรมต่างๆ

พิเชษฐ อุคมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์ (2552) กล่าวว่า อาการทางลบเป็นการลดหน้าที่ปกติ เช่น การลดลงของพลังงานและแรงจูงใจ และการลดลงของการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งอาการทางลบจะพบได้บ่อยและคงอยู่นาน

อดิญา โพธิ์ศรี (2551) กล่าวว่า อาการทางลบ คือ ลักษณะอาการที่ลดน้อยลงกว่าสภาพปกติ โดยขาดการแสดงออกทางด้านอารมณ์ ขาดความใส่ใจเข้าร่วมกิจกรรม ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัวออกจากสังคม

Kay, Fiszbein and Opler (1987) กล่าวว่า ส่วนในกลุ่มอาการทางลบสาเหตุเกิดจากการขาดแรงกระตุ้น หรือขาดความสนใจจากบุคคลในครอบครัวหรือสังคม โดยอาการทางลบจะมีการแสดงออกด้านอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยจะมีหน้าตาเฉยเมย พูดน้อย เนื้อหาในการพูดมีน้อย (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย เก็บตัว (Avolition) ขาดความสนุกสนานเบิกบานใจ (Anhedonia) ขาดความใส่ใจในการร่วมทำกิจกรรมต่างๆ (Attentional impairment) มีปฏิกริยาตอบสนองต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง

กล่าวโดยสรุป อาการทางลบเป็นลักษณะอาการที่ขาดหรือลดลงของพลังและแรงจูงใจ และการลดลงของการแสดงออกทางด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการแสดงออก คือ พูดน้อย เฉยเมย แยกตัวเอง ไม่กระตือรือร้น แสดงออกด้านอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ การลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้

### 2.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทเป็นแบบเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมี 2 รูปแบบ ดังนี้

2.3.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ถือเป็นงานสำคัญของโรงพยาบาลที่ต้องดำเนินการจัดระบบบริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่ออำนวยความสะดวก รวดเร็วให้แก่ผู้รับบริการ ครอบคลุมถึงงานรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ (เพลิน เสียงโชคอยู่, 2548) เป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

2.3.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในงานสุขภาพจิตชุมชน ตามหลักการพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน (ศิริวรรณ ฤกษ์ชนะขจร และคณะ, 2546) ดังนี้

2.3.2.1 การพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน สามารถแบ่งเป็นกรอบแนวคิดเฉพาะ ได้แก่ กระบวนการปฏิบัติงานและกลยุทธ์ในการให้ความช่วยเหลือชุมชนในการสร้างสุขภาพจิต ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ได้แก่

2.3.2.1.1 การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจปัญหาและความรุนแรง ความสูญเสียในการรักษา การเฝ้าระวัง การสังเกต และการดูแลตนเอง หรือคนในครอบครัวในชุมชน

2.3.2.1.2 การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อให้สามารถเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ และการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในชุมชน

2.3.2.2 พิจารณาปัจจัยอื่นที่อยู่ สังคม ครอบครัว ประสพการณ์ของสมาชิก ความเครียดและปัญหาชีวิต เพื่อใช้เป็นข้อมูลแนะแนวทางที่จะเพิ่มศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจิตโรคประสาทใช้หลักแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม ด้วยการนำโน้ตส์หรือกระบวนการคิดและประสพการณ์ชีวิตของบุคคลมาผสมผสานกัน

2.3.2.3 มุ่งเน้นให้การช่วยเหลือบุคคลด้วยการบูรณาการและผสมผสานศาสตร์สหวิทยาการ โดยมีการประยุกต์แนวคิดเพื่อนำไปใช้ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.2.4 แนวคิดหรือมโนทัศน์ของชุมชนต้องพิจารณากลุ่มเป้าหมาย สังคมของชุมชน เครือข่ายของสังคมเป็นอันดับแรก

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอกและในชุมชนครอบคลุมถึงงานรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค และงานฟื้นฟูสภาพ และเป็น การดูแลแบบองค์รวม โดยมีการประยุกต์ บูรณาแนวคิดต่างๆ กับการจัดกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งรายกลุ่มและรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

### 3. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

#### 3.1 ความหมายและลักษณะของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความหมาย Non-compliance หรือ Non-adherence ซึ่งปกติจะอธิบายถึงการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีความหมายที่คล้ายคลึงกัน โดย compliance จะเป็นการที่ผู้ป่วยยินยอมรับประทานยาหรือใช้ยาตามที่แพทย์หรือทีมสุขภาพแนะนำ ส่วนคำว่า adherence จะเป็นการที่ผู้ป่วยยินยอมรับประทานยาหรือใช้ยาตามที่แพทย์หรือทีมสุขภาพแนะนำอย่างเต็มใจ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้คำว่า compliance เนื่องจากต้องการศึกษาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยประเมินที่พฤติกรรมหรือการกระทำนั้นสอดคล้องกับ



คำแนะนำและแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งมีผู้ศึกษาและให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษา ด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทไว้หลายท่านแตกต่างกันไป ดังนี้

Haynes (1979) กล่าวว่า compliance เป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยในด้านการรับประทานยา การรับประทานยาตามที่แนะนำ หรือการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต ที่สอดคล้องกับคำแนะนำทางการแพทย์และสุขภาพ

Farragher (1999) กล่าวว่า ลักษณะของพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือในการของผู้ป่วยจิตเภทที่จะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การไม่ใช้ยาต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าจะตนเองมีความผิดปกติ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยามืดเวลา การใช้น้อยกว่าแผนการรักษา และการใช้ยามากกว่าแผนการรักษา

McDonald and Badger (2002) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความตั้งใจที่จะปฏิบัติให้สอดคล้องกับการรักษาเพื่อผลลัพธ์ที่ดีด้านคลินิก ประกอบด้วย การรับประทานยาตามแผนการรักษา การปรับแบบแผนการรับประทานอาหาร และการดำเนินชีวิตประจำวันตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อผลดีต่อการรักษา

พรทิพย์ วชิรฉิลก และคณะ (2549) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาเป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวสอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา ความสามารถในการสังเกต และการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิตได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการมาตามนัด โดยมีการแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ให้ใช้หยุดยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา การใช้ยาถูกขนาดโดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

มนัส พงศ์ชัยเดชา และคณะ (2006) กล่าวว่า ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง หมายถึง การที่ผู้ป่วยยินดีปฏิบัติตามแผนการรักษาที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำให้ เพื่อการบำบัดโรคของตน ซึ่งไม่ได้หมายถึงวิธีการใช้ยาเท่านั้น แต่รวมถึงการใช้ยาที่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาในขนาด ความถี่ เวลาที่เหมาะสม และการมารับยาตามนัด

สรุปความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานยาและการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ตามคำแนะนำของทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ความสามารถในการสังเกต และการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิตได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการมาตามนัด เพื่อผลลัพธ์ที่ดีด้านคลินิกและผลดีต่อการรักษา โดยมีการแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา และการใช้ยาถูกขนาดโดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

### ลักษณะของผู้ที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

Mattews and Hingson (1977 อ้างถึงใน สวัสดิ์ เทียงธรรม, 2547: 18) ได้สรุปลักษณะของผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรักษาไว้ดังนี้

1. มีความรู้ความเข้าใจในปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรักษาจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องความรุนแรงของโรคหรืออันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย
2. มีการปฏิบัติตามข้อกำหนด ซึ่งเกิดจากความเข้าใจและยินยอมที่จะมีความร่วมมือในการรักษาซึ่งข้อกำหนดที่ให้ผู้ป่วยปฏิบัตินี้ต้องกำหนดให้เหมาะสมต่อการที่ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติได้
3. ความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการ โดยทั่วไปสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยที่เกิดขึ้นด้วยดีนั้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการที่ไม่ดีจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษาลดลง

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทจะดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละคนว่าปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือไม่ ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ดีจะมีการรับประทานยาที่ถูกต้องตามขนาดและเวลา มาตรวจตามนัด และเฝ้าระวังติดตามผลการรักษาของตนเองอย่างสม่ำเสมอ (NIMH, 2003 อ้างถึงใน สวัสดิ์ เทียงธรรม, 2547: 2)

ส่วนความไม่ร่วมมือของผู้ป่วยมีลักษณะ 5 ประการ (Holmes, 2003) ดังนี้

1. การรับประทานยาไม่ติดต่อกันตามแผนการรักษา
2. การรับประทานยาไม่ถูกขนาด
3. การรับประทานยาไม่ถูกเวลา
4. การลืมรับประทานยาในบางขนาด
5. การหยุดรับประทานยา หรือไม่รับประทานยาเลย

สรุปได้ว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการประเมินค่าของผู้ป่วยถึงการปฏิบัติที่มีต่อแผนการรักษาในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานยาถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ และความต่อเนื่องของการรักษา มี 5 ลักษณะ คือ การรับประทานยาไม่ติดต่อกันตามแผนการรักษา รับประทานยาไม่ถูกขนาดและเวลา ลืมรับประทานยา และหยุดรับประทานยาเอง หากผู้ป่วยมีลักษณะการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ดี จะทำให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นด้วย

### 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีหลากหลายปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท อาจสามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

#### 3.2.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย

3.2.1.1 ลักษณะของประชากร เป็นปัจจัยที่บอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท คือ

3.2.1.1.1 อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมความรุนแรงในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (Agarwal, 1998)

3.2.1.1.2 เพศ จากการที่สังคมกำหนดให้เพศหญิงมีบทบาทเป็นแม่ที่ทำหน้าที่ในการดูแลบุคคลในครอบครัว ซึ่งส่งผลให้เมื่อเจ็บป่วยเพศหญิงจะสามารถดูแลตนเองมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษา Agarwal (1998) พบว่า เพศหญิงปฏิบัติตามเกณฑ์ได้มากกว่าเพศชาย

3.2.1.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแนวคิด ความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นทัศนคติ และความเชื่อในการอธิบายการปฏิบัติของบุคคลต่อภาวะสุขภาพที่ไ้ยอมรับในการทำนายพฤติกรรม สามารถอธิบายได้ดังนี้

3.2.1.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เป็นการรับรู้โอกาสที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงรวมทั้งภาวะเสี่ยงต่างๆ ที่จะนำไปสู่การมีอาการทางจิตมากขึ้น การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการรักษา (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545)

3.2.1.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค การที่บุคคลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลจึงเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิดการป่วยซ้ำ จะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่คุกคาม (Adam and Scott, 2000: 119 อ้างถึงใน สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545: 49)

3.2.1.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผลการรักษา เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่เชื่อว่าสามารถทำได้ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับ ประกอบอาชีพ ลดความรังเกียจของสังคมและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสงบสุข การปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเน้นที่พฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการจากอาการข้างเคียงของยา จึงมีความสำคัญต่อการรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545)

3.2.1.2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติดูแลสุขภาพ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษา การไม่สามารถรับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา การดื่มสุราและการใช้สารเสพติดอื่นๆ สิ่งเหล่านี้ทำให้การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) ดังเช่นการศึกษาของจรงค์รัตน์ ลิ้มพัฒนศิริ

(2547) พบว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับประทานยา ต่อเนื่องได้ร้อยละ 5.8

3.2.1.3 การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ จากการศึกษาของ Kamali et al., 2006 อ้างถึงใน นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549) พบว่าการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.02$ )

3.2.1.4 ลักษณะของการเจ็บป่วย Kaplan and Sadock (1995) กล่าวว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษามี 2 ลักษณะ ได้แก่

3.2.1.4.1 ความคิดหลงผิด การรับรู้ว่าตนเองเป็นคนสำคัญ มีอำนาจ โดยไม่สามารถเปลี่ยนความเชื่อได้ด้วยการอธิบายโดยใช้เหตุผลตามธรรมดา ทำให้ผู้ป่วยขาดการตระหนักรู้ตนเอง ขาดแรงจูงใจ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) ทำให้คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องรักษา

3.2.1.4.2 กลุ่มอาการทางลบ เช่น การตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ ขาดความสามารถในการคิด และการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการรักษา (Oehl, Hummer and Fleischhackwer, 2002) อาการทางลบเป็นอาการลดลงของหน้าที่ปกติ เช่น การลดลงของพลังงานและแรงจูงใจ ผู้ป่วยจะขาดความกระตือรือร้น ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปแบบของการหมดพลังงาน แรงขับ ความสนใจต่างๆ อย่างชัดเจน ไม่มีแรงจูงใจในการทำงานให้สำเร็จลุล่วง ไม่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สนใจดูแลตนเองน้อย (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) ซึ่งอาการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

3.2.1.5 ลักษณะการเจ็บป่วย ถ้าผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังความร่วมมือในการรักษาจะลดลง เนื่องจากระยะเวลาที่ใช้ในการรักษานานผู้ป่วยจะเกิดความเบื่อหน่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Perri (2003) พบว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดลงร้อยละ 29-33 หลังการรักษา 5 ปี ระยะเวลาที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาสูงสุดคือภายใน 6 และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปีจะมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเป็นเวลามากกว่า 5 ปี (Razali and Yahya, 1995)

### 3.2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

3.2.2.1 ฐานะทางเศรษฐกิจ โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากการบริการด้านสุขภาพเพื่อตนเองได้ดีกว่าผู้ที่ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จากการศึกษาของ Kumar and Sedgwick (2001) พบว่า ปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา ยากลุ่มใหม่ที่ราคาแพง ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยา หรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

3.2.2.2 การมีผู้ดูแลการใช้ยา บุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา การนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด เป็นการเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแลในเรื่องนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของนวลลักษณ์ บุรณะกิติ (2548) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ญาติไม่ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล จากการศึกษาของนพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ (2549) พบว่า การไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาเป็นปัจจัยทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 16.5

3.2.2.3 การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หมายถึง การแสดงอารมณ์สูง มีการแสดงถึงความไม่เป็นมิตร วิพากษ์วิจารณ์สูง มีความผูกพันด้านอารมณ์สูงเกินไป ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Oehl, Hummer and Fleischhackwer, 2002)

3.2.2.4 ทศนคติของสังคมและครอบครัว เป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลนั้นต่อผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยอยู่ในสังคมที่ไม่ให้ความสำคัญของการรักษา ทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนรับการรักษา และมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามการรักษา (Oehl, Hummer and Fleischhackwer, 2002) และการสนับสนุนทางครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการรักษา (Andrea et al., 2010)

### 3.2.3 ปัจจัยด้านการรักษา ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

3.2.3.1 วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย จากการศึกษาของ Kurmar and Sedgwick (2001) พบว่า การได้รับยาเข้าสู่ร่างกายโดยวิธีการฉีดจะสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษา มากกว่าวิธีการรับประทาน

3.2.3.2 การซับซ้อนของการรักษา ผู้ป่วยที่ได้รับประทานยาหลายชนิดและจำนวนมาก อาจเกิดการสับสนในการใช้ยา ลืมวิธีการใช้ยา จำนวนครั้งของการรับประทานยาในแต่ละวัน หากผู้ป่วยต้องรับประทานยามากถึง 3-4 ครั้งต่อวันความร่วมมือในการรักษาลดลงมากกว่ารับประทานยาวันละครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของนพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ (2549) พบว่าจำนวนขนานยาทั้งหมดที่ได้รับ ความถี่ในการบริหารยาต่อวันสามารถทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

3.2.3.3 ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา เช่น ตัวแข็ง คอบิด ง่วงนอน ปากและคอแห้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้น และมีความผิดปกติด้านเพศสัมพันธ์ อาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานและหยุดใช้ยาในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Kurmar and Sedgwick (2001) พบว่า การไม่ใช้ยาในกลุ่มที่ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา คือ ความไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์จากฤทธิ์ข้างเคียงจากยาส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และอาจส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดน้อยลงได้

3.2.4 ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เป็นสัมพันธภาพที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยจะทำให้เกิดการเรียนรู้ รับรู้ และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kemppainn et al. (2003) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

โดยสรุป ความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทมีหลายปัจจัย แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านการรักษาและปัจจัยด้านทีม แต่ปัจจัยที่พบมากที่สุดคือปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ขาดความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง ขาดแรงจูงใจ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

### 3.3 การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสามารถประเมินได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับข้อกำหนดของการรักษาผู้ป่วยแต่ละโรค ซึ่งการประเมินต้องประเมินอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกเกณฑ์ข้อบังคับ เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ในปัจจุบันแบ่งการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็น 2 วิธี (Bond and Hussar, 1991) ได้แก่

1. การประเมินโดยตรง (Direct method) เป็นการวัดโดยอาศัยหลักทางชีววิทยาในช่วงเวลาที่กำหนด คือ

1.1 การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ เป็นการวัดระดับสารที่ถูกขับออกทางปัสสาวะหรือสารที่เกิดจากการเมตาโบไลต์ของยา ซึ่งวิธีนี้สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยา แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาหรือไม่

1.2 การสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยตรง ใช้การติดตามและเยี่ยมบ้านสังเกตพฤติกรรม สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือไม่ พฤติกรรมที่แสดงออกต่อการปฏิบัติตัวเป็นข้อบ่งชี้ของความร่วมมือในการรักษา

2. การประเมินโดยอ้อม (Indirect method) โดยการอาศัยเครื่องมือในการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย ซึ่งนักวิจัยแต่ละคนสร้างขึ้น คือ

2.1 การประเมินโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ เป็นวิธีที่ง่ายและนิยมใช้ที่สุด อาจจะได้สัมภาษณ์จากผู้ป่วยหรือจากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย จะได้ข้อมูลที่ละเอียด แต่ข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงกับความจริง สามารถแก้ไขด้วยการปรับปรุงความแม่นยำตรงของคำถาม ส่วนปัญหาจากผู้สัมภาษณ์มักพบว่าการประเมินความร่วมมือในการรักษามักเกินความจริงเสมอ

2.2 การนับจำนวนเม็ดยา เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้บ่อยและง่าย สามารถบอกจำนวนเม็ดยาที่ใช้ไปทั้งหมด แต่วิธีนี้อาจส่งผลไม่ตรงกับความจริงถ้าผู้ป่วยทำเม็ดยาหาย หรือแอบทิ้งยา หรือให้ผู้อื่นใช้ยาร่วมด้วย

2.3 การพิจารณาความสม่ำเสมอของการมารับยาตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับยาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี ทั้งประเมินได้ว่าผลการรักษาได้ผลดีอย่างไร มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือไม่

จากการศึกษาของ Cramer and Rosenheck (1998) ได้รวบรวมวิธีการที่ใช้ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยฝ่ายกาย พบว่าผู้วิจัยส่วนใหญ่ร้อยละ 50 ใช้การประเมินโดยการสัมภาษณ์ แสดงว่าวิธีการนี้เป็นที่นิยม และสามารถได้ข้อมูลที่ละเอียดเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้ศึกษาจึงเลือกการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทด้วยวิธีการใช้แบบสอบถาม โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่พัฒนาโดยพรทิพย์ วชิรดิถก และคณะ (2549)

### 3.4 บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา สรุปได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งต้องทำอย่างต่อเนื่องทั้งขณะในการดูแลในโรงพยาบาลและขณะอยู่ที่บ้าน การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล ทั้งในรูปแบบรายบุคคล รายกลุ่ม ครอบครัวและชุมชน และแบบผสมผสาน (Zygmunt et al., 2002)

การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษามีดังนี้ (Forman, 1993: 23-25 อ้างถึงใน พัสนี สิทธิคุณ, 2551: 35)

1. คำนึงถึงสาเหตุสำคัญของการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา
  2. ทำความเข้าใจเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย
  3. การปฏิบัติการพยาบาล เช่น การสอนผู้ป่วยรายกลุ่มเกี่ยวกับการใช้ยา โดยกลุ่มต้องประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีลักษณะความเจ็บป่วยและความสามารถในการทำหน้าที่คล้ายคลึงกัน กระตุ้นให้กลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์และปัญหาการใช้ยารักษาทางจิตและระหว่างกระบวนการกลุ่มพยาบาลสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับยา ความเจ็บป่วยตามความบกพร่องของผู้ป่วย
  4. ความร่วมมือจะต้องเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวดูแล และพยาบาล
- ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวช มีบทบาทที่สำคัญคือการรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดคุยอย่างมีเป้าหมาย จึงเห็นว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม จะเป็นวิธีการหนึ่งที่จะ

ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา เกิดการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์และพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างเต็มที่ และมีความต่อเนื่อง

#### 4. การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

##### 4.1 ความหมายการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

Miller and Rollnick (2007) กล่าวว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นวิธีการบำบัดที่มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยมีผู้ให้การบำบัดเป็นผู้ใช้ทักษะต่างๆ ในการช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้สำรวจ ค้นหา และจัดการกับความรู้สึกลังเล

พิชัย แสงชาญชัย และคณะ (2553) กล่าวว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นการให้คำปรึกษาแบบมีทิศทาง ยึดการพูดคุยแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้ให้การปรึกษาจะช่วยผู้รับการปรึกษาศรวจและจัดการกับความรู้สึกลังเล (ambivalence) ในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

องค์อร ประจันเขตต์ (2551) กล่าวว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นการให้คำปรึกษาเน้นผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง โดยมีเป้าหมายที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถค้นหาและแก้ไขความรู้สึกลังเลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สรุปได้ว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นวิธีการบำบัดยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยผู้บำบัดใช้เทคนิคต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้ค้นหาและจัดการกับความรู้สึกลังเล และกระตุ้นมีการตื่นตัวในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายที่ตนเองต้องการ อย่างมีทิศทาง

##### 4.2 แนวคิดและหลักการการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing; MI)

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ได้พัฒนาขึ้นครั้งแรกโดย Miller and Rollnick (1991) ซึ่งได้รับการยอมรับและนิยมอย่างแพร่หลายว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา และได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งในปีค.ศ. 2007 ได้พัฒนาขึ้นเพื่อให้การปรึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพและด้านสุขภาพจิต ได้เป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากเข้าใจง่าย มีทิศทางและเป็นวิธีการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการให้คำปรึกษาแบบมีทิศทาง ยึดหลักการพูดคุยแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยสำรวจและจัดการกับความรู้สึกลังเล (ambivalence) ในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ซึ่งการพูดคุยจะมุ่งเน้นการพูดคุยอย่างมีเป้าหมาย (Miller and Rollnick, 2007; พิชัย แสงชาญชัย และ



คณะ, 2553) ยึดหลักตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ตนเอง ซึ่งเชื่อว่าถ้าบุคคลได้รับรู้สิ่งที่เขาเป็นด้วยตัวของเขาเอง เขาจะนำมาคิด วิเคราะห์ ทบทวน ทำให้เกิดความเข้าใจ ต้องการปรับปรุงและพัฒนาตนเองไปในทางที่ดีขึ้น จากคำกล่าวที่ว่า “As I hear myself talk, I learn what I believe” หรือเมื่อฉันได้ยินสิ่งที่ฉันคุยกับตนเอง ฉันเรียนรู้ในสิ่งที่ฉันเชื่อ” (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553)

4.2.1 ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้อิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska and DiClemente (1997) ซึ่ง Prochaska and DiClement ได้เริ่มใช้ทฤษฎีดังกล่าวในปีค.ศ. 1984 โดยศึกษาในผู้ติดบุหรี่ และได้มีการประยุกต์เพื่อการปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ในปีค.ศ. 1997 มี 6 ขั้นตอน (Miller & Rollnick, 1991; 2007; พิชัย แสงชาญชัยและคณะ, 2553) ดังนี้

4.2.1.1 ขั้นเฉยเมย (Pre-contemplation) ผู้ป่วยยังไม่ตระหนักว่าตนเองมีปัญหา และยังไม่คิดถึงการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยจะมีลักษณะต่อต้านหรือปฏิเสธหากถูกบังคับให้เข้ารับการรักษา การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด คือ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) และการให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง (Information) อย่างตรงไปตรงมาเป็นเหตุเป็นผล

4.2.1.2 ขั้นลังเลใจ (Contemplation) ผู้ป่วยมีความรู้สึกละเอียดอ่อนในเวลาเดียวกัน เริ่มตระหนักว่าตนเองมีปัญหา เริ่มพิจารณาการเปลี่ยนแปลงแต่ยังลังเลใจ การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัดคือให้ผู้ผู้ป่วยพูดคุยถึงข้อดีข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงและไม่เปลี่ยนแปลง (pros & cons)

4.2.1.3 ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination) ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาและต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง มีความตั้งใจและตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการขอรับความช่วยเหลือ การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด คือ ให้ทางเลือกในการ (Menu of options) ที่เหมาะสม โดยให้ผู้ผู้ป่วยเลือกได้อย่างอิสระ (Freedom of choice) เน้นความรับผิดชอบในการเลือกของผู้ป่วยเอง (Responsibility) และส่งเสริมศักยภาพในการกระทำได้ของผู้ป่วยเอง (Self-efficacy)

4.2.1.4 ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action) ผู้ป่วยกำลังลงมือปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลง ระยะเวลามักอยู่ในช่วง 6 เดือนแรก การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด คือ การส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจและกระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกได้อย่างต่อเนื่อง (Compliance or Adherence)

4.2.1.5 ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) ผู้ป่วยดำเนินการตามวิธีการที่ตนเองเลือกได้อย่างต่อเนื่องได้ประมาณ 6 เดือน และคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด คือ การป้องกันพฤติกรรมที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Relapse prevention) เช่น การหยุดรับประทานยา การเพิ่มหรือลดยาเอง

4.2.1.6 ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse) ผู้ป่วยกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม การ

ตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด คือ การให้กำลังใจและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยยาให้เร็วที่สุด (Recovery process)

การที่ผู้บำบัดเข้าใจวงจรการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะช่วยให้ผู้บำบัดประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีแรงจูงใจเป็นอย่างไรตามทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้บำบัดสามารถแสดงท่าทีที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย และใช้กลยุทธ์การบำบัดได้สอดคล้องกับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยให้ขยับไปสู่แรงจูงใจในขั้นสูงขึ้นไปได้ การสร้างแรงจูงใจที่ไม่เข้ากับความต้องการของผู้ป่วยจะนำไปสู่การต่อต้านและความไม่ร่วมมือในการรักษา (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2549)

4.2.2 หลักการที่ใช้ในการสร้างแรงจูงใจ Miller and Rollnick (1991) และพิชัย แสงชาญชัย และคณะ (2553) ได้อธิบายเทคนิคที่สำคัญในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 5 ประการ คือ DARES ได้แก่

1. การทำให้เห็นช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับสิ่งที่เป็นอย่างปัจจุบัน (Develop discrepancy) การทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างสถานภาพในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากเป็น จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยตระหนักถึงความสูญเสียและผลกระทบรุนแรงที่เกิดจากพฤติกรรมปัจจุบัน และเมื่อเห็นว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วยโอกาสจะเปลี่ยนแปลงจะเป็นไปได้มากขึ้น นั่นคือแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น

2. การหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย (Avoid argumentation) ในแนวทางการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัดจะมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ผู้ป่วยได้เผชิญหน้ากับความจริง หลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วยซึ่งจะทำให้เกิดการต่อต้านมากกว่าการเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง วิธีการที่เหมาะสม ผู้บำบัดคือช่วยให้ผู้ป่วยค่อยๆ เปลี่ยนการรับรู้แทนการโต้แย้งเพื่อให้เกิดการยอมรับ ซึ่งจะเป็ผลดีของการร่วมมือในการรักษาด้วยยา เพราะหากผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต่อต้านขึ้นจะเป็นตัวพยากรณ์ความล้มเหลวในการให้การรักษา

3. การเคลื่อนไปตามแรงต้านที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Roll with resistance) ผู้บำบัดต้องเคารพในความคิดเห็น และให้เกียรติผู้ป่วยได้เลือกตัดสินใจวางแผนการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง จะช่วยลดแรงต้านได้ ไม่ควรบังคับให้ผู้ผู้ป่วยมีมุมมองใหม่ตามผู้บำบัด ผู้บำบัดอาจเสนอข้อมูลใหม่ แนวคิดในการมองปัญหาใหม่ คือ “เลือกเฉพาะที่ต้องการ และทิ้งที่เหลือไว้” เป็นแนวคิดที่ผู้ป่วยมีอิสระที่จะตัดสินใจว่าจำนำไปใช้หรือไม่ก็ได้ ซึ่งจะเป็นการหลีกเลี่ยงการขัดแย้งระหว่างสองฝ่าย

4. การแสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้ป่วย (Express empathy) บทบาทของผู้บำบัดคือการรับฟังอย่างตั้งใจ สะท้อนความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วย เน้นเคารพความคิดเห็น

และการตัดสินใจของผู้ป่วย ผู้นำบัดมีหน้าที่เป็นผู้ฟังมากกว่าการบอกให้ผู้ป่วยทำ (listening rather than telling) สะท้อนความรู้สึก (Reflection) เน้นความรับผิดชอบในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

5. การสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วย (Support self-efficacy) การรู้สึกว่าตนเองมีศักยภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้นำบัดชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ โดยทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง

4.2.3 เทคนิคในการเสริมสร้างแรงจูงใจ Miller and Rollnick ได้พัฒนาเทคนิคในการเสริมสร้างแรงจูงใจตั้งแต่ปี 1991 เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สิ่งที่ผู้นำบัดอยากให้ผู้ผู้ป่วยกล่าวออกมาในการพูดคุยตามแนวทางของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ Self Motivational Statement: SMS หรือข้อความที่จูงใจตนเอง ผู้นำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยเสมือนหนึ่งคุยกับตนเอง โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาที่ต้องใช้บ่อยครั้ง คือ OARS ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening) และการสรุปความ (Summarization) (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553) การใช้คำถามปลายเปิดเป็นการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพูดข้อความจูงใจตนเองออกมามากขึ้น ในขณะที่เดียวกันแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงก็มากขึ้น ผู้นำบัดจะใช้การยืนยันรับรอง การสะท้อน และการสรุปความเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ยืนยันสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึกซ้ำๆ ซึ่งการช่วยให้ผู้ป่วยเสมือนหนึ่งได้คุยกับตนเองซ้ำๆ นี้ทำให้แรงจูงใจของผู้ป่วยมากขึ้นตามไปด้วย เทคนิคที่สำคัญเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (FRAMES)

1. การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) เป็นการให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของปัญหาการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยที่สะท้อนความรุนแรงของโรค

2. การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วย (Responsibility) เป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองในการตัดสินใจว่าจะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาหรือไม่ ผู้นำบัดเป็นเพียงผู้แนะนำสิ่งดีๆ ให้แต่ไม่สามารถบังคับผู้ป่วยได้

3. การให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และจำเป็น (Advice) เป็นการให้คำแนะนำที่จำเป็นต่อการตัดสินใจที่มีผลต่อสุขภาพกายและจิตใจ

4. การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) เป็นทางเลือกปฏิบัติสำหรับผู้ป่วย มีความพอดีไม่น้อยหรือมากเกินไป และผู้ป่วยเลือกอย่างอิสระ

5. การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) เป็นการแสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในตัวผู้ป่วย ยอมรับในภาวะล้มเหลวของผู้ป่วยว่าอาจยังไม่ตระหนักในปัญหา และยังไม่เห็นข้อเสียของการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา

6. การส่งเสริมศักยภาพเดิม (Self-efficacy) เป็นการส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจ และเชื่อมั่นว่าตนเองทำได้

สรุปได้ว่า เทคนิคในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทั้ง DARES, OARS และ FRAMES มีความสำคัญที่ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ ครอบคลุมถึงความสำคัญของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ผู้บำบัดควรตอบสนองให้เหมาะสมเพื่อการเปลี่ยนแปลงไปสู่ขั้นตอนการร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและคงทนถาวร

##### 5. การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม และความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท สรุปได้ว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปฏิสัมพันธ์กัน เป็นแรงจูงใจให้กำลังใจกันและกัน เกิดการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสม การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ซึ่ง Miller and Rollnick (1991) โดยอิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(Stage of change) ของ Prochaska and Diclement (1984) ที่ศึกษาในผู้ติดบุหรี่ และได้มีการประยุกต์เพื่อการปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ในปีค.ศ. 1997 ต่อมา Miller and Rollnick ได้พัฒนาอย่างต่อเนื่องในการให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีปัญหาการดื่มสุรา และการปรึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพ จนกระทั่งในปีค.ศ. 2007 ได้พัฒนาขึ้นในการให้การปรึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพและด้านสุขภาพจิต และได้รับความนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากเป็นวิธีการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ(Motivational Interviewing) ยึดหลักการพูดคุยแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้บำบัดเป็นผู้ใช้ทักษะต่างๆในการช่วยเหลือและสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจทั้ง DARES, OARS และ FRAMES เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยคำพูดของผู้ป่วยเอง และประเมินผู้ป่วยในเรื่องขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (stage of change) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยขับเคลื่อนไปสู่ขั้นตอนที่สูงขึ้นจนไปสู่ขั้นตอนการร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างคงทนถาวร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา สุริยะพันธ์ และอรุณี โสถถิวนิชย์วงศ์ (2550) ที่ทำการศึกษากาการให้การปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีแรงจูงใจในการร่วมมือในการ

รับประทานยา และมีพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรับประทานยาโดยไม่ต้องกระตุ้นเตือน มีอาการทางจิตสงบ

ดังนั้นการนำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2007) มาใช้ในรูปแบบกลุ่ม จะทำให้สมาชิกได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นแรงจูงใจให้กำลังใจกันและกัน ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ระยะที่ 2 ระยะการให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 2, 3 (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 3) และระยะที่ 3 ระยะการติดตามต่อเนื่อง ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 5 (สัปดาห์ที่ 4) รวมทั้งหมด 4 สัปดาห์ นานครั้งละ 60-90 นาที การดำเนินกิจกรรมทุกครั้งจะดำเนินการในรูปแบบกลุ่ม ซึ่งเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมจะส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

**ครั้งที่ 1** กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การมีสัมพันธภาพที่ดี สมาชิกรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และได้การยอมรับ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดปรับความคิดและพฤติกรรมใหม่ ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 3 ระยะ **ระยะสร้างสัมพันธภาพ** โดยผู้ศึกษาสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ มั่นใจในการเปิดเผยข้อมูลและความรู้สึก มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เนื่องจากสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา และเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการค้นหาปัญหาจากผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพนำไปสู่ความร่วมมือร่วมใจเป็นแรงจูงใจสำคัญต่อการรักษาและการใช้ยาตามคำแนะนำ (Perkin, 2002) การสร้างสัมพันธภาพโดยการกล่าวต้อนรับ แนะนำตนเอง พูดคุยซักถามทั่วไปเพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลาย **ระยะดำเนินการ** ให้ผู้ป่วยเล่าถึงอาการสำคัญ การเจ็บป่วย และการรักษาที่ผ่านมา ในกิจกรรมนี้ใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยใช้เทคนิค OARS เพื่อทำให้ผู้ป่วยได้ยินสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึก ซึ่งเป็นคำพูดที่สร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง (Self Motivational Statement: SMS) ที่แสดงให้เห็นถึงความตระหนัก ความกังวลในปัญหา ความตั้งใจที่จะร่วมมือในการรักษาด้วยยา และ**ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม** สรุปข้อความ SMS เป็นการยืนยันรับรองในข้อความที่ค้างมา

**ครั้งที่ 2** กิจกรรมที่ 2 การค้นหาสิ่งที่ลังเลใจเกี่ยวกับการรักษา และกิจกรรมที่ 3 การสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง ดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้ง 3 ระยะ **ระยะสร้างสัมพันธภาพ** เมื่อบรรยากาศผ่อนคลายเข้าสู่**ระยะดำเนินการ** ผู้ป่วยสามารถบอกถึงปัญหาในการใช้ยาของตนเองได้ สิ่งที่ผู้ป่วยกังวลและลังเลใจเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษา หากผู้ป่วยคิดว่าเป็นปัญหา ให้ผู้ป่วยประกาศคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง ซึ่งกิจกรรมนี้ใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยใช้เทคนิค DARES คือ ให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับตัวเอง

เมื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Develop discrepancy) การหลีกเลี่ยงทะเลาะหรือโต้แย้งกับผู้ป่วย (Avoid argumentation) โดยเคลื่อนไปตามแรงต้านของผู้ป่วย (Roll with resistance) แสดงความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วย (Express empathy) และการสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วย (Support self-efficacy) (Miller and Rollnick, 2007; พิชัย แสงชาญชัย, 2553) และดำเนินการเข้าสู่การสร้างความแรงจูงใจในการรับประทานยา ให้สมาชิกบอกประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เกิดแรงจูงใจในการรับประทานยา ให้สมาชิกอธิบายเกี่ยวกับอาการ และข้างเคียงจากการรักษา ตรวจสอบรอบด้านทั้งข้อดีข้อเสียของการรับประทานยาต่อเนื่อง การเสริมแรงจูงใจในกิจกรรมนี้ใช้เทคนิค FRAMES ซึ่งได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการตัดสินใจ (Responsibility) การให้คำแนะนำ (Advice) การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และการส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย (Self-efficacy) (Miller and Rollnick, 2007; พิชัย แสงชาญชัย, 2553) **ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม** เชื่อมโยงผลดีผลเสียของยาตามที่ผู้ป่วยอธิบาย และสนับสนุนการตัดสินใจในการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วย เน้นว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยจะต้องดำเนินการด้วยตนเอง

**ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 4 การสร้างความมั่นใจในการร่วมมือรักษาด้วยยา** ดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้ง 3 ระยะ **ระยะสร้างสัมพันธภาพ** เมื่อบรรยากาศผ่อนคลายเข้าสู่ระยะดำเนินการ โดยการให้ผู้ปลงมือปฏิบัติตามแผนที่กำหนดและการฝึกทักษะการจดจำรับประทานยาด้วยตนเอง เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทต้องรับประทานยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีทักษะในการรับประทานยาด้วยตนเองอย่างถูกต้อง จึงจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีแรงจูงใจที่จะลงมือทำและมีความภาคภูมิใจในการรับรู้ความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐกา ราชบุตร และคณะ (2550) พบว่า การฝึกทักษะการรับประทานยาด้วยตนเองในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยสามารถรับประทานด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 95.5 และผู้ป่วยบอก "รู้สึกมีคุณค่า ไม่ต้องเป็นภาระผู้อื่น สามารถดูแลตนเองได้" ร้อยละ 100 การเสริมแรงจูงใจในกิจกรรมนี้เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ ตนอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เทคนิค FRAMES ได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการตัดสินใจ (Responsibility) การให้คำแนะนำ (Advice) การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และการส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย (Self-efficacy) (Miller and Rollnick, 2007; พิชัย แสงชาญชัย, 2553) **ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม** เสริมแรงเพื่อสร้างความมั่นใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องด้วยกลุ่ม โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกต่อการเข้าร่วมบำบัดในครั้งนี้ และให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการรักษาด้วยยา เพื่อคงไว้ซึ่งความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับ

การศึกษาของสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2543) กล่าวว่า การได้รับการเสริมแรงจะนำไปสู่การปรับตัว และการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมภายหลังออกจากโรงพยาบาล

**ครั้งที่ 4** กิจกรรมที่ 5 การติดตามต่อเนื่อง หลังการบำบัดติดต่อกัน 3 สัปดาห์ จะมีการติดตาม นัดผู้ป่วยมาพบ เพื่อการติดตามเพื่อประเมินความก้าวหน้า ดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้ง 3 ระยะ **ระยะ สร้างสัมพันธภาพ** เมื่อบรรยากาศผ่อนคลายเข้าสู่ **ระยะดำเนินการ** ทบทวนปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ตรวจสอบแรงจูงใจว่ายังมีมั่นคงอยู่หรือไม่ หากผู้ป่วยทำตามแผนที่วางไว้ได้สำเร็จกล่าวชื่นชม เน้นความรับผิดชอบของตัวผู้ป่วยเอง (Responsibility) และสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย (Self-efficacy) เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง หากผู้ป่วยทำไม่สำเร็จแสดง ความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย (Empathy) ควรฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความรู้สึก ให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) และให้พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา (Menu) พร้อมทั้งให้ข้อมูลหรือคำแนะนำที่เหมาะสม (Advice) **ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม** สมาชิกให้กำลังใจกันเพื่อเกิดแรงจูงใจร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อเนื่อง เน้นความสำคัญการติดตามผลการรักษาและมาพบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยจิตเภท จะมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น ประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อนและหลังเข้ากลุ่มทุกครั้ง

กล่าวโดยสรุปการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมี ปฏิสัมพันธ์กัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดแรงจูงใจและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ป้องกันการกำเริบซ้ำของอาการทางจิตและช่วยให้การ ดำรงชีวิตปกติสุขตามศักยภาพของตนเอง

**ตารางที่ 1** ตารางบูรณาการการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรม	แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	รูปแบบกลุ่ม	วิธีการบูรณาการ
กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ	การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยการแนะนำตัวพูดคุยเพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลาย ให้สมาชิกเล่าถึงอาการสำคัญการเจ็บป่วย การรักษาที่ผ่านมา ค้นหาประโยชน์ที่สร้างแรงจูงใจ (SMS) จากการฟังอย่างตั้งใจ สะท้อนความ ใช้คำถามปลายเปิดและสะท้อนความเห็นอกเห็นใจให้ความมั่นใจสรุปข้อความจูงใจอีกครั้ง	ผู้นำกลุ่มดำเนินกิจกรรมโดยกระตุ้นให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การ สร้างสัมพันธภาพที่ดีนำไปสู่ความร่วมมือร่วมใจ มีความคุ้นเคย กล้าแสดงออก เป็นแรงจูงใจสำคัญต่อการรักษาและการใช้ยาตามคำแนะนำ	ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนระยะเวลา รูปแบบกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับพูดคุยเรื่องทั่วไป ใช้เทคนิค OARS กระตุ้นให้สมาชิกเล่าถึงอาการสำคัญ ประสพการณ์เจ็บป่วย การรักษาที่ผ่านมาเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ความคิดพฤติกรรม และกระตุ้นให้สมาชิกกล่าวข้อความจูงใจตนเอง ปิดกลุ่มสรุปข้อความ SMS เป็นการยืนยันรับรองข้อความที่ดีงาม
กิจกรรมที่ 2 การค้นหาสิ่ง ที่ลึกลับใจ เกี่ยวกับการ รักษา	ผู้ป่วยสามารถบอกถึงปัญหาในการใช้ยารักษาอาการทางจิตของตนเอง บอกสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลและลึกลับใจเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษา	ผู้นำกลุ่มมีบทบาทหน้าที่กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นได้ แลกเปลี่ยนประสพการณ์ ซึ่งกลุ่มจะเป็นพลังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น	ดำเนินการโดยเชื่อมโยงข้อมูลจากการสนทนาครั้งที่ผ่านมา ผู้นำกลุ่มใช้คำถามกระตุ้นให้สมาชิกพูดถึงสิ่งที่กังวลใจ/ลึกลับใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา ใช้เทคนิคการเสริมแรงจูงใจคือ DARES ปิดกลุ่ม



กิจกรรม	แนวทางการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	รูปแบบกลุ่ม	วิธีการบูรณาการ
			โดยให้สมาชิกแสดงความรู้สึกในการเข้าร่วมกิจกรรม และสรุปประเด็นสนทนา
กิจกรรมที่ 3 การสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง	ผู้ป่วยบอกประโยชน์ของการรับประทานยาอย่าง ต่อเนื่อง อธิบายเกี่ยวกับอาการและข้างเคียงจากยา ให้ผู้ป่วยตรวจสอบรอบ ทั้งข้อดี ข้อเสียของการรับประทานยาต่อเนื่อง	ผู้นำกลุ่มมีบทบาทหน้าที่กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งกลุ่มจะเป็นพลังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น	ดำเนินการโดยให้สมาชิกทบทวนประเด็นที่สนทนาครั้งที่ผ่านมา กระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ การรักษา และผลข้างเคียงจากยา และการรับประทานยา ต่อเนื่อง ตรวจสอบทั้งข้อดีข้อเสียของการรับประทานยาใช้เทคนิค FRAMES เชื่อมโยงผลดีผลเสียของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาปิดกลุ่มโดย สนับสนุนการตัดสินใจในการรับประทานยาต่อเนื่อง เน้นเป็นความรับผิดชอบของสมาชิกเอง
กิจกรรมที่ 4 การสร้าง ความมั่นใจในการร่วมมือ	การให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติ ตามแผนที่กำหนด และการฝึกทักษะการจัดยา และการรับประทานยา	ผู้นำกลุ่มสนับสนุนและกระตุ้นสมาชิกกลุ่มให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดประสบการณ์	ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ กระตุ้นให้สมาชิกทบทวนประเด็นที่สนทนาครั้งที่ผ่านมาให้

กิจกรรม	แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	รูปแบบกลุ่ม	วิธีการบูรณาการ
รักษาด้วยยา	ด้วยตนเอง เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีแรงจูงใจที่จะลงมือทำและมีความภาคภูมิใจในการรับรู้ความสามารถของตนเอง	ทำให้เกิดแนวคิดในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน การเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น และนำกลุ่มเพื่อให้กลุ่มมีการดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์การดูแลตนเองเกี่ยวกับการจัดยา รับประทานยา ผู้นำกลุ่มสาธิตการจัดยา และให้สมาชิกฝึกจัดยา รับประทานเอง ใช้เทคนิค FRAMES เพื่อสร้างความมั่นใจในการร่วมมือรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง กระตุ้นให้สมาชิกให้กำลังใจกันเพื่อคงไว้ซึ่งความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อเนื่อง ปิดกลุ่ม โดยการสรุปประเด็น
กิจกรรมที่ 5 การติดตามแรงจูงใจในการร่วมมือในการรักษาด้วยยา	การติดตามผู้ป่วย เพื่อการติดตามประเมินความก้าวหน้า ทบทวนปัญหา/อุปสรรคที่เกิดขึ้น ตรวจสอบแรงจูงใจ ว่ายังมั่นคงอยู่หรือไม่ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง	กลุ่มจะสร้างแรงจูงใจและให้กำลังใจกัน เกิดการเรียนรู้ ยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง และผู้อื่น ช่วยกันค้นหาพบแนวทางและวิธีการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน มีการดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้คือ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ กระตุ้นให้สมาชิกทบทวนประเด็นที่สนทนาคั้งที่ผ่านมา กระตุ้นให้สมาชิกทบทวนเหตุผลของการเปลี่ยนแปลง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เพื่อย้ำถึงค้ำมั่นสัญญา เกิดแรงจูงใจต่อเนื่อง สอบถามปัญหาและอุปสรรคในความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ใช้

กิจกรรม	แนวทางการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	รูปแบบกลุ่ม	วิธีการบูรณาการ
			เทคนิค FRAMES เปิดโอกาสให้สมาชิกพูดถึงความรู้สึกที่เข้าร่วมกิจกรรม และให้กำลังใจกันและกัน ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจและเชื่อมั่นว่าทุกคนทำได้ เน้นความสำคัญการติดตามผลการรักษาและมาพบแพทย์ตามนัด

#### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จรงค์นั้ ลิ้มพัฒนศิริ (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มาตรวจรักษา/รับยาที่ OPD สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 46 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับประทานยาต่อเนื่องระดับมาก มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง การรับรู้อุปสรรคระดับน้อย และการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับประทานยาต่อเนื่องได้ร้อยละ 5.8

นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ (2549) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 56.8 มีคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ ระยะเวลาการเจ็บป่วยและจำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เพศชายมีคะแนนความไม่ร่วมมือสูงกว่าเพศหญิง และการไม่มีผู้ดูแลในการใช้ยามีคะแนนความไม่ร่วมมือสูงกว่าการมีผู้ดูแล เกี่ยวกับการใช้ยา การใช้แอลกอฮอล์ จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ ๆ ได้รับความถี่ในการบริหารยาต่อวัน เป็นปัจจัยทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทได้ ร้อยละ 16.5

นิตยา สุริยะพันธ์ และอรุณี โสคติวินิชย์วงศ์ (2550) ศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดชาย โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 20 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มควบคุม ผลการติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย 1 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมให้ความ

ร่วมในการรับประทานยาโดยไม่ต้องกระตุ้นเตือน มีอาการทางจิตสงบ มีความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยทำงานบ้านและลดการกลับมาป่วยซ้ำในโรงพยาบาลใน 28 วัน

อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ (2550) ศึกษาแนวทางการสัมภาษณ์และการเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในหอผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 21 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ในระยะติดตาม 1 เดือนผู้ป่วย 14 คนยังคงลดการสูบบุหรี่ อีก 4 คนหยุดสูบบุหรี่ และระยะ 3 เดือน มีผู้ป่วย 13 คนลดการสูบบุหรี่ อีก 4 คนหยุดสูบบุหรี่ และวิธีการกลุ่มเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของระดับแรงจูงใจเพิ่มขึ้นในระดับที่ 6.08

องค์อร ประจันเขตต์ (2551) ศึกษาผลของการใช้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เก็บข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ที่มารับบริการด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่แผนกสุขภาพ โรงพยาบาลบาราศนราดูร กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน ผลการศึกษาพบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หทัยรัตน์ หาคำ (2552) ศึกษาการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 คน เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคล ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทโดยการบำบัดเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดความเชื่อและแรงจูงใจ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีอาการทางจิตลดลง

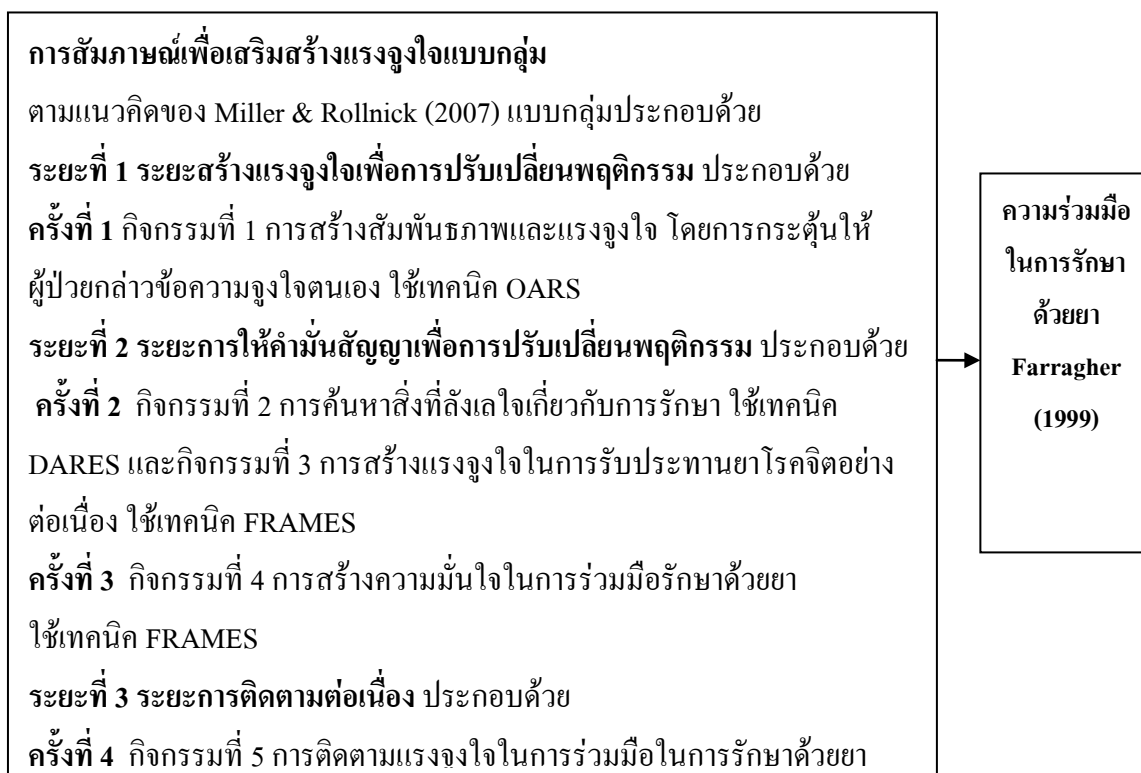
Jones et al. (2006) ได้ทำการทดลองประสิทธิผลของการบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive-Behavior Therapy; CBT) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มการดูแลตามปกติ ด้านการรักษาด้วยยา โดยการศึกษาคัดเลือกงานวิจัยตั้งแต่ปี 1966-2001 ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 19 เรื่อง เป็นผู้ป่วย Schizophrenia, delusional disorder or schizophrenia effective disorder พบว่าการใช้ CBT สามารถลดความเสี่ยงของการเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลได้ แต่ CBT ไม่มุ่งเน้นความร่วมมือในการรับประทานยาจะไม่สามารถเพิ่ม compliance ได้

Jones et al. (2011) ศึกษาประสิทธิภาพของการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยหญิงที่ติดเชื้อ HIV ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่ติดเชื้อ HIV จำนวน 391 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นชี้ให้เห็น

โปรแกรมนี้สามารถเพิ่มคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV และลดพฤติกรรมเสี่ยง และคงไว้ซึ่งความร่วมมือในการรักษาที่ดี

Bundy (2004) ศึกษาการเสริมสร้างแรงจูงใจในความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต โดยการสุ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคที่เกี่ยวกับอารมณ์ (schizoaffective) จำนวน 21 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการเสริมสร้างแรงจูงใจใน 2-3 ระยะ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยมีการยอมรับและการปฏิบัติที่ได้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติของพวกเขาไปสู่การร่วมมือในการใช้ยา

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ประกอบด้วย 5 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ การดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประกอบด้วยขั้นตอนการทำกลุ่ม 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม แต่ละนานครั้งละ 60-90 นาที

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest–posttest control group design) (Polit & Beck, 2004) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ตัวแปรต้น คือ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

ตัวแปรตาม คือ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>	กลุ่มทดลอง
O <sub>3</sub>		O <sub>4</sub>	กลุ่มควบคุม

O<sub>1</sub> หมายถึง การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

O<sub>2</sub> หมายถึง การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

X หมายถึง การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

O<sub>3</sub> หมายถึง ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O<sub>4</sub> หมายถึง ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sample) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย
2. มีอาการทางจิตทุเลา โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale มีคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน
3. มีคะแนนอาการทางลบระดับปานกลางถึงมาก (5-13 คะแนน)
4. มีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 21-42 คะแนน คือคะแนนต่ำมากถึงปานกลาง
5. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางกาย
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Cochran and Cox, 1992) โดยใช้โปรแกรม Power analysis for sample size (PASS) แบบ Two-Sample T-tests power analysis โดยนำค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง จากงานวิจัยเรื่องผลของการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ขององค์กร ประจันเขตต์ (2551) มาคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดอำนาจทดสอบ = 80.07,  $\bar{x} = 0.05$  พบว่าได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 16 คน รวม 32 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่ม ผู้วิจัยได้กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการจับคู่ (Matched Pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย เนื่องจากความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะลดลงหลังการรักษา 5 ปี (Perri, 2003) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลาน้อยกว่า 5 ปีจะมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเป็นเวลามากกว่า 5 ปี (Razali and Yahya, 1995)
2. คะแนนอาการทางลบ โดยใช้แบบประเมินอาการทางลบ คัดเลือกผู้ป่วย เนื่องจากการขาดแรงจูงใจในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทสาเหตุเกิดจากอาการทางลบ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันท์, 2552)

ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แล้วนำมาจับคู่ (Matched pair) โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือระยะเวลาในการเจ็บป่วย และคะแนนอาการทางลบ เมื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างครบ 20 คู่ จากนั้นจับฉลากทีละคู่เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน ดังแสดงในตารางที่ 2

#### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน แสดงว่ามีอาการทางจิตทุเลา และทำแบบประเมินอาการทางลบ โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคะแนนอาการทางลบ 5-13 คะแนน แสดงว่ามีอาการทางลบในระดับปานกลางถึงมาก
3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา
4. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่ (Matched pair) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยจับคู่ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และคะแนนอาการทางลบในระดับปานกลางถึงมาก (ค่าคะแนน 5-13 คะแนน) แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างตาม ระดับคะแนนอาการทางลบ และระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	คะแนนอาการทางลบ	ระยะเวลาในการเจ็บป่วย	คะแนนอาการทางลบ	ระยะเวลาในการเจ็บป่วย
1	7	7	8	8
2	6	6	5	3
3	5	5	9	9
4	6	6	7	7
5	9	9	8	8
6	7	7	3	3



คู่ที่	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	คะแนนอาการทางลบ		ระยะเวลาในการเจ็บป่วย	
7	6	6	8	8
8	5	5	9	8
9	8	8	8	8
10	5	5	6	6
11	7	7	8	8
12	5	5	10	10
13	6	6	21	22
14	9	9	7	7
15	6	6	4	4
16	6	6	10	10
17	8	8	3	3
18	6	6	3	3
19	9	9	3	3
20	7	7	3	3

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการทดลอง คือ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และแบบสอบถามขึ้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2007) มาตรฐานการในการดำเนินกิจกรรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบกลุ่ม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดกระบวนการกลุ่ม การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

2. สร้างคู่มือการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2007) รูปแบบกลุ่ม โดยกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท กำหนดการดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 4 ครั้ง โดยทุกขั้นตอนของการวิจัยผู้วิจัยได้วางแผนร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

3. จัดทำคู่มือ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท และจัดทำเอกสารที่ใช้ประกอบการทำกิจกรรม เช่น ใบงาน ใบความรู้ในแต่ละกิจกรรม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### **กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ (ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1)**

ระยะเวลา 60 นาที

**สาระสำคัญ** เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกเป็นรายกลุ่ม เริ่มต้นด้วยการกล่าวต้อนรับ แนะนำตนเอง ให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตัวเอง พูดคุยซักถามเรื่องทั่วไปเพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม ให้ผู้ป่วยเล่าถึงอาการสำคัญ ประสบการณ์การเจ็บป่วย และการรักษาที่ผ่านมา เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิก

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการใช้เทคนิค OARS เพื่อทำให้ผู้ป่วยได้ยินสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึก นั่นคือคำพูดที่สร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง จะทำให้เกิดการเรียนรู้ มีความตระหนักปัญหา ความตั้งใจที่จะร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการที่สมาชิกเข้าใจวัตถุประสงค์ และรูปแบบของกิจกรรมตรงกันและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันจะช่วยให้เกิดความร่วมมือ และเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

#### **กิจกรรมที่ 2 การค้นหาสิ่งที่ลังเลใจเกี่ยวกับการรักษา (ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2)**

ระยะเวลา 60 นาที

**สาระสำคัญ** การค้นหาสิ่งที่สมาชิกกังวลหรือลังเลในการรักษาด้วยยา จะทำให้ผู้ป่วยสามารถบอกถึงปัญหาในการใช้ยาของตนเองได้ สิ่ง que ผู้ป่วยกังวลและลังเลใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษา กิจกรรมนี้ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยใช้เทคนิค DARES คือ ให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับตัวเอง เมื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Develop discrepancy) การหลีกเลี่ยงทะเลาะหรือโต้แย้งกับผู้ป่วย (Avoid argumentation) ไม่ตัดสินความคิด ความเชื่อผู้ป่วย เคลื่อนไปตามแรงต้านของผู้ป่วย (Roll with resistance) แสดงความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วย (Express empathy) และการสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วย (Support self-efficacy) (Miller and Rollnick, 2007; พิชัย แสงชาญชัย, 2553) กิจกรรมนี้จะทำให้ผู้บำบัดประเมิน

ผู้ป่วยได้ว่าอยู่ในขั้นไหนของการเปลี่ยนแปลง เพื่อนำข้อมูลที่รวบรวมได้ไปวางแผนในการสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่องในขั้นตอนต่อไป

**กิจกรรมที่ 3** การสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง (ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2)

ระยะเวลา 60 นาที

**สาระสำคัญ** การสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง จะทำให้สมาชิกเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การรักษาและผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต ประโยชน์จากการรับประทานยาต่อเนื่อง กระตุ้นให้สมาชิกกล่าวข้อความจูงใจตนเอง (Self Motivational Statement: SMS) และให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนใหม่ โดยใช้เทคนิค FRAMES ได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการตัดสินใจ (Responsibility) การให้คำแนะนำ (Advice) การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และการส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย (Self-efficacy) ซึ่งการเชื่อมโยงผลดีผลเสียของยาตามที่ผู้ป่วยอธิบาย และสนับสนุนการตัดสินใจในการรับประทานยาต่อเนื่อง เน้นว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยจะต้องดำเนินการด้วยตนเอง จะส่งผลให้สมาชิกร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

**กิจกรรมที่ 4** การสร้างความมั่นใจในการร่วมมือรักษาด้วยยา (ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3)

ระยะเวลา 60 นาที

**สาระสำคัญ** การฝึกทักษะการจัดการจัดยา และการรับประทานยาด้วยตนเอง เป็นการสนับสนุนให้สมาชิกรับประทานยาต่อเนื่อง และส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีแรงจูงใจที่จะลงมือทำ มีความภาคภูมิใจในการรับรู้ความสามารถของตนเอง การเสริมแรงจูงใจในกิจกรรมนี้เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เทคนิค FRAMES ได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการตัดสินใจ (Responsibility) การให้คำแนะนำ (Advice) การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และการส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย (Self-efficacy) และการเสริมสร้างความมั่นใจให้สมาชิกมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องด้วยกระบวนการกลุ่มจะทำให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการรักษาด้วยยา คงไว้ซึ่งความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

**กิจกรรมที่ 5** การติดตามแรงจูงใจในการร่วมมือในการรักษาด้วยยา (ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4)

ระยะเวลา 60 นาที

**สาระสำคัญ** หลังการบำบัดติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 4 จะมีการติดตามนัดผู้ป่วยมาพบ เพื่อการติดตามประเมินความก้าวหน้า ทบทวนปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ตรวจสอบแรงจูงใจว่ายังมั่นคงอยู่หรือไม่ หากผู้ป่วยทำตามแผนที่วางไว้ได้สำเร็จกล่าวชื่นชม เน้นความรับผิดชอบของตัวผู้ป่วยเอง (Responsibility) และสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย (Self-efficacy) เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง หากผู้ป่วยทำไม่สำเร็จแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย (Empathy) ควรฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วย ให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) และให้พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา (Menu) พร้อมทั้งให้ข้อมูลหรือคำแนะนำที่เหมาะสม (Advice) เน้นย้ำถึงความสำคัญของการติดตามผลการรักษาและการมาพบแพทย์ตามนัด

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) คือ ผู้วิจัยนำการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 1 คน และพยาบาลจิตเวชระดับชำนาญการ 1 คน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก) เพื่อตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา และความตรงเชิงโครงสร้าง รวมทั้งความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบเนื้อหา กิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา และความเหมาะสมของระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 คนจากทั้งหมด 5 คน ผลของการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไขดังนี้

1.1 ปรับเพิ่มเนื้อหาในกิจกรรมบางส่วนให้ชัดเจนและครอบคลุมขึ้น

1.2 เพิ่มเติมเอกสารประกอบการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทเป็นภาพจำลองแสดงลักษณะสารเคมีในสมองของบุคคลปกติ และภาพจำลองแสดงลักษณะสารเคมีในสมองของบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจง่ายขึ้น

1.3 เพิ่มเติมเอกสารใบงานประกอบกิจกรรมที่ 4 เพื่อการประเมินติดตามการฝึกทักษะการจัดยาและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 10 คน โดยทดลองใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม จนครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ดูความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่ม

ตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 5 กิจกรรม พบว่าสมาชิกมีความเข้าใจในกิจกรรมดี สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามที่วางแผนไว้ แต่การดำเนินกิจกรรมบางกิจกรรมไม่ราบรื่น คือ กิจกรรมที่ 1 และ 2 ผู้วิจัยมีการแบ่งกลุ่มย่อย แต่พบว่าสัมพันธ์ภายในกลุ่มของสมาชิกไม่ต่อเนื่อง จึงได้มีการปรับให้มีการดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่มเดียว

## 2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดยพรทิพย์ วชิรดิถก และคณะ (2549) ซึ่งประกอบด้วยการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง และความสามารถในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาลักษณะเครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่เคย ประกอบไปด้วยคำถาม 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ คำถามข้อที่ 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
นานๆ ครั้ง	นานๆ ปฏิบัติครั้ง	2	3
ไม่เคย	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	4

การแปลผล คะแนนภาพรวมคะแนนเต็มทั้งฉบับ 64 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง (พรทิพย์ วชิรดิถก และคณะ (2549) ดังนี้

- คะแนน < 21 หมายถึง มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องระดับต่ำ
- คะแนน 21-42 หมายถึง มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง
- คะแนน > 43 หมายถึง มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องระดับสูง

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คนทำการตรวจสอบโดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 คนจากทั้งหมด 5 คน มีประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไขดังนี้

1.1 สลับที่ข้อคำถามที่ 5 เป็นข้อคำถามที่ 7 และข้อคำถามที่ 7 เป็นข้อคำถามที่ 5 เพื่อให้ข้อคำถามอยู่ในกลุ่มเดียวกัน

1.2 ปรับปรุงภาษาข้อคำถามที่ 15 ให้เข้าใจง่ายขึ้น

จากนั้นหาค่า Content validity index (CVI) ซึ่งใช้เกณฑ์  $> 0.8$  (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาสามารถสรุป คือ แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา  $CVI = 14/16 = .88$

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .85

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของ Biener and Adam (1991) พัฒนาโดยัญชนก เต่าทอง (2554) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาให้เหมาะกับผู้ป่วยจิตเภท มีทั้งหมด 10 ขั้นบันได แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

ก = ขั้นบันไดที่ 0	หมายถึง	ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 1 คือ ขั้นเมินเฉย (Pre-contemplation Stage)
ข = ขั้นบันไดที่ 1-2	หมายถึง	ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 2 คือ ขั้นลังเลใจ (Contemplation Stage) มีความเมินเฉยรวมกับความลังเลเล็กน้อย
ค = ขั้นบันไดที่ 3-5	หมายถึง	ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 2 คือ ขั้นลังเลใจ

		(Contemplation Stage) มีความลังเลและคิดที่จะเตรียมพร้อมในการเปลี่ยนแปลง
ง = ขั้นบันไดที่ 6-8	หมายถึง	ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 3 คือ ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination Stage)
จ = ขั้นบันไดที่ 9-10	หมายถึง	ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 4 คือ ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action Stage)

ใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของระดับแรงจูงใจว่าอยู่ในขั้นตอนใดของวงจรการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งจะประเมินก่อนและหลังการทำกลุ่มทุกครั้ง

การแปลผลใช้วิธีแปลผลจากการเลือกคำตอบตามตัวเลือก ก ข ค ง จ

- ก หมายถึง ระยะเริ่มเลย
- ข หมายถึง ระยะลังเลใจใช้
- ค/ง หมายถึง ระยะตัดสินใจ
- จ หมายถึง ระยะลงมือกระทำ

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 1 คน และพยาบาลจิตเวชระดับชำนาญการ 1 คน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา และความตรงเชิงโครงสร้าง รวมทั้งความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบเนื้อหา กิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 ท่านจากทั้งหมด 5 ท่าน ผลของการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกันทั้ง 5 ท่าน โดยมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มตัวอย่างพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาให้สอดคล้องกับคำจำกัดความในข้อคำถาม จ

จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่

กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ จำนวน 30 คน พบว่าสมาชิกเข้าใจและสามารถตอบแบบสอบถามได้ดี

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stage of change) ของกลุ่มตัวอย่าง 2 ช่วง ได้แก่ 1) ประเมินคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่ม โดยผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในระยะขั้นลังเลใจ (Contemplation) ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination) ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action) จะได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ซึ่งสามารถทำได้พร้อมกันหลายคน กลุ่มจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากและเร็ว และวิธีการกลุ่มเป็นปัจจัยภายนอกที่มีผลอย่างยิ่งต่อแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งเป็นปัจจัยภายใน (Prochaska & Diclmente, 1993; อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, 2550) ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ระยะเฝ้าเฉย (Pre-comtemplation) จะได้รับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล โดยการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) และการให้ข้อมูล (Information) เพื่อให้มีความก้าวหน้าในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความพร้อมที่จะถูกจัดเข้ากลุ่มได้ และ 2) ประเมินก่อนและหลังการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ที่สร้างโดยพิชัย แสงชาญชัย และคณะ (2552) ตามแนวคิดของ DiClemente & Hughes (1990) และนำมาพัฒนาโดยชัยชนก เต่าทอง (2554) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 32 คำถาม โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็นคำถามทางบวก 25 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 15-27, 30, 32 และคำถามทางลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 11, 13, 28, 29, 31

ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 5 ระดับ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามความถี่ของความรู้สึกที่เกิดขึ้น คือ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ไม่เกิดความรู้สึกนั้นเลยในหนึ่งเดือน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านเดือนละประมาณ 1-3 ครั้ง
ตัดสินใจไม่ได้	หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
เห็นด้วย	หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านเป็นประจำทุกวัน



เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งบ่อยครั้ง	ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
ตัดสินใจไม่ได้	ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
เห็นด้วย	ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้ 1 คะแนน	ได้ 5 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยแบ่งแรงงใจเป็น 5 ระดับ

คะแนน 115-132	หมายถึง	แรงงใจในความร่วมมือรักษาด้วยยาระดับต่ำสุด
คะแนน 97-114	หมายถึง	แรงงใจในความร่วมมือรักษาด้วยยาระดับต่ำ
คะแนน 79-96	หมายถึง	แรงงใจในความร่วมมือรักษาด้วยยาระดับปานกลาง
คะแนน 61-78	หมายถึง	แรงงใจในความร่วมมือรักษาด้วยยาระดับสูง
คะแนน 43-60	หมายถึง	แรงงใจในความร่วมมือรักษาด้วยยาระดับสูงสุด

หมายเหตุ ข้อคำถามส่วนใหญ่จะเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ดังนั้นค่าคะแนนที่แปลผลออกมาจึงได้ค่าคะแนนสูง แสดงว่าผู้ป่วยมีแรงงใจในการรักษาด้วยยาต่ำ

**เกณฑ์กำกับการทดลอง** ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีระดับคะแนนแรงงใจรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 78 คะแนน ซึ่งถือว่าแรงงใจในการรักษาอยู่ในระดับสูงถึงสูงสุด จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงงใจในการรักษาด้วยยาเป็นไปตามที่กำหนด ถ้าระดับคะแนนแรงงใจไม่เป็นไปตามเกณฑ์คะแนนข้างต้น ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไขโดยการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อวิเคราะห์ปัญหา และเสริมในส่วนของกิจกรรมที่พบว่าเป็นปัญหาจนกว่าจะมีคะแนนแรงงใจในการรักษาถึงเกณฑ์ที่กำหนด

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามเพื่อวัดแรงงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเรียกว่าแบบสอบถามเพื่อวัดแรงงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ได้ทำการตรวจสอบ ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา CVI = .84 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามเพื่อวัดแรงงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ตรวจสอบหาค่าความเที่ยง แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณวิเคราะห์หา

ความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .83

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อพิจารณาว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยก่อนทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2555 และผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ วิธีการ และผลประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูล ไม่มีข้อบังคับใดๆ สามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล และเน้นย้ำว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลระหว่างดำเนินกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างจะยุติการบันทึกข้อมูลเมื่อไหร่ก็ได้ สอบถามถึงความสนใจ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการศึกษาให้ผู้ป่วยลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

#### 1. ระยะเตรียมการ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และเข้ารับการอบรมภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ในการอบรมหลักสูตรระยะสั้น “การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ” จัดโดยแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา และเป็นผู้สังเกตการณ์และฝึกประสบการณ์การให้คำปรึกษารายกลุ่มตามแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยผู้ป่วยจิตเภทในหอผู้ป่วย ภายใต้การนิเทศของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) ประกอบกับผู้ศึกษามีประสบการณ์เป็นผู้นำกลุ่มบำบัดมากกว่า 5 ปี ซึ่งจะทำให้ผู้ศึกษามีทักษะและมีความมั่นใจที่จะสามารถดำเนินการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มที่จะส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

#### 1.2 จัดทำแผนการดำเนินการศึกษา และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1.2.1 การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

### 1.2.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

#### 1.2.3 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

#### 1.2.4 แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

#### 1.2.5 แบบสอบถามเพื่อวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

1.3 เตรียมสถานที่ที่ใช้ทำการศึกษา ติดต่อประสานงานโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยชี้แจงกับหัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย วิธีการดำเนินการ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล และประสานงานหัวหน้าหน่วยบริการผู้ป่วยนอกเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

1.5 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าฝ่ายเวชระเบียน เพื่อขออนุญาตดูแลเพิ่มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.6 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แบบวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และแบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

1.7 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยในการดำเนินกิจกรรมจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บข้อมูล และเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลอง ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำกลุ่มบำบัด และผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์กิจกรรมต่างๆ ในการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม รายละเอียดของเครื่องมือ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อเข้าใจบทบาทตนเองได้ชัดเจน

## 2. ระยะดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบ

กลุ่ม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นกลุ่มละ 10 คน โดยกลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้า และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในภาคบ่าย โดยการสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่บ้าน โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์

2.2 กลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดไว้

**ตารางที่ 3** กำหนดการดำเนินกิจกรรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

กลุ่มที่	วันเดือนปี/เวลา	กิจกรรม
1	16 พฤษภาคม 2555 เวลา 10.00-11.00 น.	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเอง ใช้เทคนิค OARS
2	16 พฤษภาคม 2555 เวลา 13.30-14.30 น.	
1	23 พฤษภาคม 2555 เวลา 10.00-11.00 น.	กิจกรรมที่ 2 การค้นหาสิ่งที่ดึงดูดใจเกี่ยวกับการรักษา ใช้เทคนิค DARES กิจกรรมที่ 3 การสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง ใช้เทคนิค FRAMES
2	23 พฤษภาคม 2555 เวลา 13.30-14.30 น.	
1	30 พฤษภาคม 2555 เวลา 10.00-11.00 น.	กิจกรรมที่ 4 การสร้างความมั่นใจในการร่วมมือรักษาด้วยยา ใช้เทคนิค FRAMES
2	30 พฤษภาคม 2555 เวลา 13.30-14.30 น.	
1	6 มิถุนายน 2555 เวลา 10.00-11.00 น.	กิจกรรมที่ 5 การติดตามแรงจูงใจในการร่วมมือในการรักษาด้วยยา ใช้เทคนิค FRAMES
2	6 มิถุนายน 2555 เวลา 13.30-14.30 น.	

## สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ศึกษากับสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันภายในกลุ่ม
2. สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองได้
3. สามารถบอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอน รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมได้

### สาระสำคัญ

เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับสมาชิกเป็นรายกลุ่ม เริ่มต้นด้วยการกล่าวต้อนรับ แนะนำตนเอง ให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตัวเอง พูดคุยซักถามเรื่องทั่วไปเพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม ให้ผู้ป่วยเล่าถึงอาการสำคัญ ประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรักษาที่ผ่านมา เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิก

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการใช้เทคนิค OARS เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยินสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึก นั่นคือคำพูดที่สร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง จะทำให้เกิดการเรียนรู้ มีความตระหนักปัญหา ความตั้งใจที่จะร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการที่สมาชิกเข้าใจวัตถุประสงค์ และรูปแบบของกิจกรรมตรงกันและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันจะช่วยให้เกิดความร่วมมือ และเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

### กิจกรรม ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่

ระยะสร้างสัมพันธภาพ (ใช้เวลา 10 นาที)

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง และให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตัวเอง
2. พูดคุยซักถามทั่วไปเพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลาย สร้างความไว้วางใจและเป็นมิตร
3. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกเกี่ยวกับวัน เดือน ปี
4. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
5. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถาม ตกลงบริการ

กิจกรรมในระยะนี้ ผู้วิจัยใช้เทคนิคที่สำคัญคือ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตนเองทั้งชื่อ นามสกุล และที่อยู่ ทำให้สมาชิกรู้จักและคุ้นเคยกัน การดำเนินกิจกรรมช่วงแรกสมาชิกค่อนข้างเงียบ เมื่อสมาชิกได้ทำความรู้จักกับผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยและสมาชิกคนอื่นๆ พร้อมทั้งได้รับชี้แจงข้อมูลต่างๆ บรรยากาศกลุ่มผ่อนคลาย ผู้ป่วยแสดงท่าทีไว้วางใจและมีความพร้อมในการทำกิจกรรม

ระยะดำเนินการ (ใช้เวลา 40 นาที)

1. ประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้แบบประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change)

2. ผู้นำกลุ่มค่อยๆ ใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวนเกี่ยวกับสาเหตุการมารักษาครั้งแรก/ครั้งที่ผ่านมา เพื่อเชื่อมโยงกับอาการสำคัญ ประสบการณ์การเจ็บป่วย และการรักษาที่ผ่านมา (ใบงานที่ 1)

3. กระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นในประเด็นการรักษาที่ผ่านมา

4. ผู้นำกลุ่มสรุปตามประเด็น เชื่อมโยงสาเหตุ อาการ การรักษา กับคุณภาพชีวิต หรืออาการทางจิตที่ดีเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

5. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกล่าวข้อความจูงใจตนเอง (Self Motivational Statement: SMS) โดยใช้เทคนิค OARS ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความคิด (Reflective listening) และการสรุปความ (Summarization)

6. ให้สมาชิกเขียนบันทึกข้อความจูงใจตนเอง (ใบงานที่ 2) และสะท้อนให้สมาชิกทราบทันที แล้วให้สมาชิกกล่าวข้อความจูงใจอีกครั้งเพื่อยืนยันรับรองในข้อความที่ดิงาม

กิจกรรมในระยะนี้ ผู้วิจัยใช้เทคนิคต่างๆ คือ การใช้ตั้งคำถามปลายเปิดแบบมีทิศทาง กระตุ้นให้สมาชิกคิดทบทวนสาเหตุการมารักษา อาการสำคัญ ประสบการณ์การเจ็บป่วย และการรักษาที่ผ่านมา (ส่วนใหญ่สมาชิกบอกว่า มีอาการหูแว่ว หงุดหงิด ควบคุมตนเองไม่ได้ นอนไม่หลับ ญาติจับมา/ญาติพามา ได้ยาไปรับประทานยา/ งดยา นอนโรงพยาบาล ช็อคไฟฟ้า) ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าการทำกลุ่มเป็นการบำบัดโรคจิตเภทชนิดหนึ่ง เพื่อเชื่อมโยงการเข้าร่วมกลุ่มในการวิจัยครั้งนี้ และกระตุ้นให้สมาชิกกล่าวข้อความจูงใจตนเอง (SMS) เมื่อสมาชิกกล่าว SMS สะท้อนให้สมาชิกทราบทันที เป็นการยืนยันรับรองข้อความดิงาม ทำให้สมาชิกรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่มาจากเขาเอง และผู้วิจัยมีการสรุปเป็นระยะ โดยเฉพาะข้อความ SMS ที่สมาชิกกล่าวออกมา ทำให้สมาชิกได้รับการยืนยัน และเป็นการกระตุ้นให้กล่าวข้อความ SMS เพิ่มมากขึ้น

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (ใช้เวลา 10 นาที)

1. ให้สมาชิกสรุปสิ่งที่พูดคุยวันนี้
2. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุม และสรุปข้อความ SMS ที่ผู้ป่วยกล่าวออกมา
3. เปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึกในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้
4. ประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change)
5. นัดหมายกลุ่มครั้งต่อไป

กิจกรรมในระยะนี้ ผู้วิจัยให้สมาชิกสรุปสิ่งที่พูดวันนี้ ซึ่งสมาชิกสรุปได้ครอบคลุม ในประเด็นวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยได้สรุปข้อความ SMS ที่สมาชิกกล่าวออกมา (สมาชิกส่วนใหญ่บอกว่า การเข้ากลุ่มครั้งนี้ ทำให้ได้เพื่อนใหม่เพิ่มขึ้น ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ได้รู้ว่าคนอื่นก็ป่วยเหมือนเรา กินยาเหมือนเรา)

การเข้ากลุ่มครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของสมาชิก พบว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสมาชิกทุกคนอยู่ในขั้นตระหนักรู้ว่ามีปัญหา (Contemplation stage) และหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังอยู่ในขั้นการเปลี่ยนแปลงเดิม

#### การประเมินผล

ประเมินผลกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ จากการสังเกตพฤติกรรมสมาชิก พบว่าผ่อนคลาย ไม่เคร่งเครียด ความสนใจและตั้งใจของสมาชิก การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สมาชิกสามารถพูดคุยเปิดเผยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

**สัปดาห์ที่ 2** กิจกรรมที่ 2 การค้นหาสิ่งที่ลังเลใจเกี่ยวกับการรักษา

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสำรวจค้นหาสิ่งที่สมาชิกกังวลหรือลังเลใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สามารถบอกสิ่งที่กังวลใจหรือลังเลใจในการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้

#### สาระสำคัญ

การค้นหาสิ่งที่สมาชิกกังวลหรือลังเลใจในการรักษาด้วยยา จะทำให้ผู้ป่วยสามารถบอกถึงปัญหาในการใช้ยาของตนเองได้ สิ่ง que ผู้ป่วยกังวลและลังเลใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษา กิจกรรมนี้ใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยใช้เทคนิค DARES คือ ให้ผู้ป่วยมองเห็นถึง

ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับตัวเอง เมื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Develop discrepancy) การหลีกเลี่ยงทะเลาะหรือโต้แย้งกับผู้ป่วย (Avoid argumentation) ไม่ตัดสินความคิด ความเชื่อผู้ป่วย โดยเคลื่อนไปตามแรงต้านของผู้ป่วย (Roll with resistance) แสดงความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วย (Express empathy) และการสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วย (Support self-efficacy) (Miller & Rollnick, 2007; พิชัย แสงชาญชัย, 2553) กิจกรรมนี้จะทำให้ผู้บำบัดประเมินผู้ป่วยได้ว่าอยู่ในขั้นไหนของการเปลี่ยนแปลง เพื่อนำข้อมูลที่รวบรวมได้ไปวางแผนในการสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่องในขั้นตอนต่อไป

**กิจกรรม ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่**

ระยะสร้างสัมพันธภาพ (ใช้เวลา 10 นาที)

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง และให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวเอง
2. พุดคุยซักถามทั่วไปเพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลาย

กิจกรรมในระยะนี้ ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนเลือกแนะนำเพื่อนสมาชิก 1 คนที่คิดว่าตนเองจำได้ ทำให้บรรยากาศเป็นเอง สมาชิกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่จำเพื่อนได้ และเพื่อนจำตนเองได้

ระยะดำเนินการ (ใช้เวลา 40 นาที)

1. ประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้แบบประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change)

2. ใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูด ทบทวนปัญหาและสาเหตุที่เคยมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา

3. ค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลใจหรือลังเลใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และประเมินทัศนคติต่อการรักษาของสมาชิกจากคำพูดของสมาชิก และกระตุ้นให้คิดทบทวนเชื่อมโยงเหตุการณ์ และสาเหตุของการมารับการรักษา ทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา ให้สมาชิกพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นต่างๆ โดยใช้คำถามปลายเปิด (ใบงานที่ 3)

“คุณเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการรักษาอย่างไร”

“คุณมีความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับยาที่แพทย์สั่งให้ได้อย่างไร”

“การรับประทานยาส่งผลต่อตัวคุณอย่างไร”

“อะไรทำให้คุณกังวลหรือลังเลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา”

“อุปสรรคที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติตามดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่มี อะไรบ้าง”

“คุณมองเรื่องการรับประทานยาในช่วงปีที่ผ่านมาอย่างไร”

4. ผู้นำกลุ่มรับฟังอย่างใส่ใจ (Active listening) แสดงความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วย (Express empathy) ให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงความขัดแย้งในตนเอง เมื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Develop



discrepancy) ขอมรับผู้ป่วย ไม่ตัดสินความคิด ความเชื่อผู้ป่วย โดยเคลื่อนไปตามแรงด้านของผู้ป่วย (Roll with resistance และเคารพในความคิดเห็นของผู้ป่วย ให้เกียรติผู้ป่วยในการตัดสินใจ หลีกเลี่ยงทะเลาะหรือโต้แย้งกับผู้ป่วย (Avoid argumentation) และสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วย (Support self-efficacy)

5. หากสมาชิกยังลังเลใจและไม่คิดว่าการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นปัญหา ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคสะท้อนความรู้สึกให้ผู้ป่วยทราบว่าเขามีความลังเลใจอยู่ และให้สมาชิกวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของการร่วมมือเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจ

6. หากสมาชิกมีความคิดร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี ผู้นำกลุ่มชื่นชมในการตัดสินใจว่าสามารถเลือกสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง ให้กำลังใจและเชื่อมั่นว่าทำได้

กิจกรรมในระยนี้ ผู้วิจัยใช้เทคนิคต่างๆ คือ การใช้ตั้งคำถามปลายเปิด กระตุ้นให้สมาชิกทบทวนปัญหาและสาเหตุที่เคยมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ค้นหาสิ่งที่กังวลใจ/ลังเลใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และประเมินทัศนคติต่อการรักษาของสมาชิกจากคำพูดของสมาชิก กระตุ้นให้คิดทบทวนเชื่อมโยงเหตุการณ์ และสาเหตุของการมารับการรักษา ทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา (ส่วนใหญ่สมาชิกบอกว่า คิดว่าตนเองหายดีแล้วไม่ต้องกินยาต่อ ตนเองไม่ได้ป่วยเป็นอะไร กินยามากๆกลัวไตเสื่อม) ใช้คำถาม “คุณเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการรักษาอย่างไร” ทำให้เกิดการรับรู้ตราบาปของสมาชิก 3 คน ผู้นำกลุ่มได้ใช้กระบวนการกลุ่มให้กำลังใจกันและกัน ซึ่งสามารถช่วยลดตราบาปได้ในสมาชิก 2 คน และอีก 1 คน ร้องไห้ขณะพูดถึงตราบาปของตนเอง มีการปรึกษารายบุคคล เน้นการส่งเสริมศักยภาพในตนเอง (Support self-efficacy) ทำให้สมาชิกรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถตัดสินใจพิจารณาของตนและดำเนินการทำพฤติกรรมที่เหมาะสมด้วยความมั่นใจ ผู้นำกลุ่มเปรียบเทียบอาการเจ็บป่วยในอดีตกับปัจจุบันให้สมาชิกเห็นความแตกต่างกัน (Develop discrepancy) และเชื่อมโยงอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยา คือ อาการทางจิตไม่กำเริบ แสดงความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วย (Express empathy) โดยการตั้งใจฟังอย่างเข้าใจไม่โต้แย้งกับผู้ป่วย (Avoid argumentation) ไม่รีบตัดสินความคิด ความเชื่อ และเคลื่อนไปตามแรงด้านของผู้ป่วย (Roll with resistance)

มีสมาชิกบางคนลังเลใจและไม่คิดว่าการไม่ร่วมมือในการรักษาจะเป็นปัญหา ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคสะท้อนความเข้าใจให้ทราบว่าเขากำลังลังเลใจอยู่

สมาชิก: ผมคิดว่ากินยาทำให้อาการดี แต่กินยาไปนานๆ ยาจจะทำให้ไตเสื่อม

ผู้นำกลุ่ม: คุณคิดว่าการกินยาทำให้อาการดี

สมาชิก: กินยาก็ไม่ต้องมานอนโรงพยาบาลอีก แต่ถ้าเรากินอาหารดีมีประโยชน์ ออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรงอยู่เสมออาการก็ดีขึ้นได้

ผู้นำกลุ่ม: การกินยาทำให้คุณไม่ต้องมานอนโรงพยาบาล  
และให้สมาชิกวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของการร่วมมือในการรักษาด้วยยา เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจ

ผู้นำกลุ่ม: หากคุณกินยา คุณจะเป็นอย่างไรร

สมาชิก: (ส่วนใหญ่บอกว่า อากาศดี ทำงานได้ ควบคุมตนเองได้)

ผู้นำกลุ่ม: หากคุณไม่กินยา คุณจะเป็นอย่างไรร

สมาชิก: (ส่วนใหญ่บอกว่า อากาศกำเริบ ต้องมานอนโรงพยาบาลอีก ควบคุมตนเองไม่ได้)  
สนับสนุนส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วย (Support self-efficacy) โดยผู้นำกลุ่มกล่าวชื่นชม  
สมาชิกมีความคิดร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี ว่าสามารถเลือกสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง ซึ่งเห็นว่า  
อาการทางจิตดีต่อเนื่องจากการกินยาสม่ำเสมอ ทำให้สมาชิกมีความหวังที่จะร่วมมือในการ  
รับประทานยาต่อเนื่อง ให้กำลังใจและเชื่อมั่นว่าทำได้

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (ใช้เวลา 10 นาที)

1. ให้สมาชิกกลุ่มสรุปสิ่งที่พูดคุยวันนี้ และผู้นำกลุ่มสรุปอีกครั้งในส่วนที่ไม่ครอบคลุม
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึกในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้
3. ประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change)
4. นัดหมายกลุ่มครั้งต่อไป

กิจกรรมในระยะนี้ ผู้วิจัยให้สมาชิกสรุปสิ่งที่พูดวันนี้ ซึ่งสมาชิกสรุปได้ดี ผู้วิจัยนำกลุ่มได้  
สรุปประเด็นที่ไม่ครอบคลุม

การเข้ากลุ่มครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการ  
ประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของสมาชิก พบว่าก่อนเข้าร่วม  
กิจกรรมกลุ่มสมาชิกทุกคนอยู่ในขั้นตระหนักรู้ว่ามีปัญหา (Contemplation stage) หลังเข้าร่วม  
กิจกรรมกลุ่มพบว่า ส่วนใหญ่ยังอยู่ในขั้นการเปลี่ยนแปลงเดิม และมีบางคนที่เลื่อนการเปลี่ยนแปลง  
พฤติกรรมไปสู่ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination)

### การประเมินผล

ประเมินจากการที่สมาชิกสามารถบอกถึงปัญหาในการใช้ยาของตนเองได้ ให้ข้อมูลที่เป็น  
เป็นไปตามประสบการณ์ตรงหรือสภาพจริงเกี่ยวกับความกังวลหรือลังเลใจในการปฏิบัติตาม  
แผนการรักษา

กิจกรรมที่ 3 การสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกสามารถบอกประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้

2. เพื่อสร้างแรงจูงใจของสมาชิกในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ และผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต
4. เพื่อให้ผู้ป่วยตรวจสอบรอบด้านทั้งข้อดี-ข้อเสียของการรับประทานยาต่อเนื่อง

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. บอกประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้
2. บอกอาการ และผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตได้
3. บอกข้อดี-ข้อเสียของการรับประทานยารักษาโรคจิตต่อเนื่องได้

#### สาระสำคัญ

การสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง จะทำให้สมาชิกเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การรักษาและผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต ประโยชน์จากการรับประทานยาต่อเนื่อง กระตุ้นให้สมาชิกกล่าวข้อความจูงใจตนเอง (Self Motivational Statement: SMS) และให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนใหม่ โดยใช้เทคนิค FRAMES ได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการตัดสินใจ (Responsibility) การให้คำแนะนำ (Advice) การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และการส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย (Self-efficacy) ซึ่งการเชื่อมโยงผลดีผลเสียของยาตามที่ผู้ป่วยอธิบาย และสนับสนุนการตัดสินใจในการรับประทานยาต่อเนื่อง เน้นว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยจะต้องดำเนินการด้วยตนเอง จะส่งผลให้สมาชิกร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

#### กิจกรรม ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่

ระยะสร้างสัมพันธภาพ (ใช้เวลา 10 นาที)

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย แนะนำตนเองและให้สมาชิกแนะนำตัวเอง
2. พูดคุยซักถามทั่วไปเพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลาย

กิจกรรมในระยะนี้ ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกจับคู่สลับกันแนะนำตัวเอง ผู้ป่วยคุ้นเคยและวางไว้วางใจกัน ทำให้บรรยากาศผ่อนคลาย สมาชิกกระตุ้นพูดคุยกันเองในกลุ่ม

ระยะดำเนินการ (ใช้เวลา 40 นาที)

1. ประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้แบบประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change)
2. กระตุ้นให้สมาชิกพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การรักษา และผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต และประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
3. ให้สมาชิกตรวจสอบรอบด้านทั้งข้อดีข้อเสียของการรับประทานยา (ใบงานที่ 4)

4. ให้สมาชิกตรวจสอบรอบด้านทั้งข้อดีข้อเสียของการไม่รับประทานยา (ใบงานที่ 5)
5. ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) เกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสมาชิก เช่น อาการทางจิตกำเริบ
6. แสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ให้คำแนะนำ (Advice) และเสนอทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu)
7. ให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่อง โรคจิตเภท อาการ การรักษาและผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต (ใบความรู้ที่ 1, 2, 3, 4, ภาพจำลองแสดงลักษณะสารเคมีในสมองของบุคคลปกติ และภาพจำลองแสดงลักษณะสารเคมีในสมองของบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท)

กิจกรรมในระยะนี้ ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคต่างๆ คือ การใช้คำถามปลายเปิด เชื่อมโยงให้สมาชิกทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การรักษา และผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต และประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (ส่วนใหญ่บอกว่า เป็นโรครักษาไม่หาย เป็นโรคสมองเสื่อม หูแว่วเสียงคนจะฆ่า หงุดหงิด กินยาแล้วเบลอๆ ง่วงนอน เดินเหมือนหุ่นยนต์) ให้ข้อมูลเรื่องโรคโดยใช้แผ่นภาพสมองคนปกติ (เป็นเส้นตรง) และสมองคนผิดปกติ (เป็นเส้นหยัก) อาการ การรักษา ผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตและวิธีการเบื้องต้น สมาชิกมีความสนใจบอกว่า รูปภาพสวย ดู เข้าใจง่าย (สมาชิกบอกว่า “ยาทำให้สมองดีขึ้น ทำงานได้ ต้องกินยาทุกวัน” “ผมเป็นโรคจิต สมองเป็นเส้นหยัก ต้องกินยาตามหมอสั่งจนกว่าหมอบอกให้หยุด สมองจะได้เป็นเส้นตรง”) ให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเพื่อตรวจสอบรอบด้านทั้งข้อดีข้อเสียของการรับประทานยา และข้อดีข้อเสียของการไม่รับประทานยา สรุปได้ดังนี้

ข้อดีของการรับประทานยา: หายจากโรค อาการดีขึ้น ควบคุมตัวเองได้ ทำได้

ข้อเสียของการรับประทานยา: ง่วงซึม ทำงานช้า คิดช้า สมองไม่โล่ง เดินเหมือนหุ่นยนต์

ข้อดีของการไม่รับประทานยา: ไม่มี

ข้อเสียของการไม่รับประทานยา: อาการกำเริบ ควบคุมตัวเองไม่ได้ นอนโรงพยาบาล

หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มสรุปให้สมาชิกฟังทีละด้าน (สมาชิกทุกคนบอกว่า ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง อาการจะได้ไม่กำเริบ ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ประสบอยู่ ได้แก่ อาการทางจิตกำเริบ ถูกจับนอนโรงพยาบาล ทำงานไม่ได้ แสดงความเห็นใจและเข้าใจว่า โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน ขอมริบว่าผู้ป่วยอาจเบื่อ หรือถ้าอาการดีขึ้น ไม่อยากรับประทานยาต่อ อับอายเพื่อน ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ เช่น การรับประทานยาได้อย่างไร การสังเกตและจัดการเบื้องต้นกับอาการข้างเคียงจากยาทำอย่างไร พร้อมทั้งเสนอทางเลือกในการปฏิบัติ โดยให้สมาชิกเลือกด้วยตนเองอย่างอิสระ เช่น จัดยาใส่กล่องตามเวลาที่รับประทาน ตั้งนาฬิกาปลุกรับประทานยา

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (ใช้เวลา 10 นาที)

1. สรุปประเด็นที่สิ่งที่พูดคุยวันนี้ โดยเชื่อมโยงเรื่องข้อดี-ข้อเสียของการรับประทานยาและไม่รับประทานยา
2. สนับสนุนการตัดสินใจในการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วย โดยเน้นว่าเป็นความรับผิดชอบที่สมาชิกจะดำเนินการ (Responsibility) และการส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวสมาชิก เชื่อมมั่นว่าทำได้ (Self-efficacy) โดยการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ป่วยคิดไปข้างหน้า เช่น “หากคุณกินยาต่อเนื่องชีวิตของคุณจะเป็นอย่างไร”
3. เปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึกในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้
4. ประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change)
5. นัดหมายกลุ่มครั้งต่อไป ให้สมาชิกนำยาที่รับประทานมาด้วยในการเข้ากลุ่มครั้งหน้า

กิจกรรมในระยะนี้ สมาชิกช่วยกันสรุปสิ่งที่พูดคุยด้วยได้ดี ผู้นำกลุ่มสรุปเพิ่มเติม สนับสนุนการตัดสินใจในการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วย โดยเน้นว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเอง ในการร่วมมือรักษาด้วยยา และส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย โดยการใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยคิดไปข้างหน้า “หากคุณกินยาต่อเนื่องชีวิตของคุณจะเป็นอย่างไร” (ส่วนใหญ่ผู้ป่วยบอกว่า ทำงานเลี้ยงตัวเองและครอบครัวได้ อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข)

การเข้ากลุ่มครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของสมาชิก พบว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยทุกคนอยู่ในขั้นตระหนักว่ามีปัญหา (Contemplation stage) แต่เมื่อประเมินหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังอยู่ในขั้นการเปลี่ยนแปลงเป็นขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination stage)

#### การประเมินผล

ประเมินได้จากที่สมาชิกสามารถอธิบายข้อดี-ข้อเสียของการรับประทานยาและไม่รับประทานยาได้ สมาชิกมีแรงจูงใจในการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่องแสดงออกมาเป็นคำพูดต่างๆ เช่น “ผมรู้แล้วว่าต่อไปผมต้องกินยาต่อเนื่อง” “ผมจะเริ่มต้นใหม่”

กิจกรรมที่ 4 การสร้างความมั่นใจในการร่วมมือรักษาด้วยยา (ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3)

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา

2. เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกสามารถรับประทานยาอย่างต่อเนื่องด้วยการจัดการรับประทานยาของตัวเอง

3. เพื่อเสริมแรงจูงใจให้สมาชิกมีกำลังใจร่วมมือในการรักษาด้วยยา

4. เพื่อให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นต่อการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับ

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สามารถจัดยารับประทานยาของตัวเองได้ถูกต้อง

2. บอกประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมได้

#### สาระสำคัญ

การฝึกทักษะการจัดการจัดยา และการรับประทานยาด้วยตนเอง เป็นการสนับสนุนให้สมาชิกรับประทานยาต่อเนื่อง และส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีแรงจูงใจที่จะลงมือทำ มีความภาคภูมิใจในการรับรู้ความสามารถของตนเอง การเสริมแรงจูงใจในกิจกรรมนี้เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เทคนิค FRAMES ได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการตัดสินใจ (Responsibility) การให้คำแนะนำ (Advice) การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และการส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย (Self-efficacy) และการเสริมสร้างความมั่นใจให้สมาชิกมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องด้วยกระบวนการกลุ่มจะทำให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการรักษาด้วยยา คงไว้ซึ่งความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

#### กิจกรรม ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่

ระยะสร้างสัมพันธภาพ (ใช้เวลา 10 นาที)

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย แนะนำตนเองและให้สมาชิกแนะนำตนเอง

2. พุดคุยซักถามทั่วไปเพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลาย

กิจกรรมในระยะนี้ ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแนะนำตัวเอง ผู้ป่วยคุ้นเคยและวางไว้วางใจกัน ทำให้บรรยากาศผ่อนคลาย สมาชิกกระตุ้นพุดคุยกันเองในกลุ่ม

ระยะดำเนินการ (ใช้เวลา 40 นาที)

1. ประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้แบบประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change)

2. กระตุ้นให้สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการจัดยาและการรับประทานยา ซึ่งประกอบด้วยยาที่ได้รับมีกี่ชนิด รับประทานกี่ครั้ง รับประทานเวลาใด การอ่านและการทำความเข้าใจในฉลากยา ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ถูกต้องหรือยังไม่ครอบคลุม

3. ผู้นำกลุ่มสาธิตการจัดยาให้สมาชิกดูเป็นตัวอย่าง และให้สมาชิกฝึกจัดยารับประทานเอง และตรวจสอบการจัดยาที่ละคนจนครบ

4. ให้สมาชิกทบทวน หากสมาชิกบอกได้ถูกต้อง ครบถ้วน ให้เสริมแรงทางบวกโดยการกล่าวคำชม และให้เพื่อนสมาชิกปรบมือให้ หากสมาชิกบอกไม่ครบถ้วน ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) ทันที และให้คำแนะนำใหม่ (Advice) การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการตัดสินใจ (Responsibility) ให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) แสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และการส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย (Self-efficacy)

5. ให้การบ้านผู้ป่วยบันทึกการรับประทานยาของตนเอง (ใบงานที่ 6) เพื่อประเมินทักษะการจัดยาและการรับประทานยาของผู้ป่วย

6. สรุปกิจกรรมและความสำคัญของการจัดยารับประทานเอง และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการฝึกจัดยารับประทานด้วยตนเอง

กิจกรรมในระยะนี้ ผู้นำกลุ่มใช้คำถามปลายเปิด เชื่อมโยงให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดยาและการรับประทานยา (ส่วนใหญ่สมาชิกจะมีรับประทานยามากกว่า 2 ชนิด และรับประทานยา 2-4 ครั้ง/วัน ญาติเป็นจัดยา) มีสมาชิก 1 คน รับประทานยาผิดตลอดมา บอกว่ายา Artane แพทย์ให้รับประทานเฉพาะเวลานอนไม่หลับ แต่ที่แท้จริงแพทย์สั่งให้รับประทาน 3 เวลาหลังอาหาร ผู้นำกลุ่มให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยอ่านฉลากหน้าซองยาก่อนรับประทานยาและหลังจากนี้ต่อไปให้รับประทานยาให้ถูกต้องตามแพทย์ เพื่อป้องกันอาการกำเริบ หรือการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตได้ ผู้นำกลุ่มสาธิตการจัดยาให้สมาชิกดูเป็นตัวอย่าง และให้สมาชิกฝึกจัดยารับประทานเอง และตรวจสอบการจัดยาที่ละคน ผู้นำกล่าวคำชม และให้เพื่อนสมาชิกปรบมือให้สมาชิกที่ทำได้ถูกต้องเป็นการเสริมแรงทางบวก สมาชิกที่ทำยังไม่ครบถ้วน ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลย้อนกลับทันที และให้คำแนะนำใหม่ เน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการตัดสินใจ โดยใช้คำถามปลายเปิด “การกินยาเป็นหน้าที่ของใคร” (สมาชิกทุกคนตอบว่าเป็นหน้าที่ของตัวเอง) เสนอให้ทางเลือกในการปฏิบัติ แสดงความเห็นอกเห็นใจ และส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย ว่าสมาชิกทำได้ด้วยตนเอง

ปัญหาและอุปสรรคในการทำกลุ่มครั้งนี้ คือ มีสมาชิก 1 คนรวมยาที่รับประทานทั้งหมด 4 ชนิดใส่ในซองเดียวกัน ไม่มีฉลากยา หลังเสร็จสิ้นการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มได้ประสานเภสัชกรในการจัดยาใส่ซองให้ผู้ป่วย

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (ใช้เวลา 10 นาที)

1. เปิดโอกาสให้สมาชิกพูดความรู้สึกที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ และประโยชน์ที่ได้รับ
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนพูดให้กำลังใจเพื่อนทีละคน

3. ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจสมาชิกทุกคน และเชื่อมั่นว่าทุกคนทำได้
4. ประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change)
5. นัดหมายกลุ่มครั้งต่อไป ให้สมาชิกนำซองยาและสมุดคู่มือทักษะการรับประทานยาของตนเองมาด้วย

ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกให้กำลังใจกันและกันทีละคน สมาชิกบางคนไหว้ขอบคุณ บางคนเดินมาแตะไหล่ให้กำลังใจกัน และสมาชิกเกิดการสัญญากันเองภายในกลุ่มว่าครั้งหน้ามาพบกันใหม่ และจะรับประทานยาต่อเนื่อง

การเข้ากลุ่มครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของสมาชิก พบว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยบางคนอยู่ในขั้นตระหนักว่ามีปัญหา (Contemplation stage) และบางคนอยู่ในขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination stage) แต่หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มพบว่า ผู้ป่วยอยู่ในขั้นการเปลี่ยนแปลงเป็นขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination stage) และขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action)

#### การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น การแสดงออกทางคำพูดถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับยากับพฤติกรรมการใช้ยา สมาชิกสามารถอธิบายขั้นตอนการฝึกและสามารถจัดยารับประทานเองได้ถูกต้อง และสมาชิกแสดงออกด้วยสีหน้าท่าทาง คำพูด ให้กำลังใจกันและกันในการรักษา

#### สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 5 การติดตามแรงจูงใจในการร่วมมือในการรักษาด้วยยา

##### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อการติดตามเพื่อประเมินความก้าวหน้า
2. เพื่อทบทวนปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น
3. เพื่อตรวจสอบแรงจูงใจว่ายังมั่นคงอยู่หรือไม่ และเสริมแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง

##### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. มีแรงจูงใจร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น

##### กิจกรรม ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่

ระยะสร้างสัมพันธภาพ (ใช้เวลา 10 นาที)

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย แนะนำตนเองและให้สมาชิกแนะนำตัวเอง
2. พุดคุยซักถามทั่วไปเพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลาย



กิจกรรมในระยะนี้ ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแนะนำตัวเอง สมาชิกทักทายเรื่องๆทั่วไปกันเอง ภายในกลุ่ม บรรยากาศผ่อนคลาย สมาชิกกระตุ้นพูดคุยกันเองในกลุ่ม

ระยะดำเนินการ (ใช้เวลา 40 นาที) มีกิจกรรมดังนี้

1. ประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้แบบประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change)

2. ทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยในครั้งที่แล้ว และเชื่อมโยงการบ้านที่สมาชิกฝึกทักษะการจัดการ จัดยา รับประทานด้วยตนเอง และบันทึกการรับประทานยาของตนเอง

3. ตรวจสอบว่าสมาชิกทำอะไรไปบ้างแล้วเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการตรวจสอบสมุดพกบันทึกทักษะการรับประทานยาและตรวจนับจำนวนยาที่เหลือของสมาชิกแต่ละคน

4. ทบทวนถึงเหตุผลที่สำคัญที่สุดของการเปลี่ยนแปลงตนเองให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เพื่อเป็นการทบทวนความจำ และให้สมาชิกย้ำถึงคำมั่นสัญญาเดิมเพื่อให้เกิดแรงจูงใจต่อเนื่อง

5. สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการร่วมมือในการรักษาด้วยยา ถ้าพบปัญหาให้สมาชิกตรวจสอบ กำหนดแผนใหม่และให้คำมั่นสัญญาอีกครั้ง โดยใช้แสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย (Empathy) ฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความรู้สึกของสมาชิก ให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) และให้พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา (Menu) พร้อมทั้งให้ข้อมูลหรือคำแนะนำที่เหมาะสม (Advice) ให้กำลังใจ และสร้างความเชื่อมั่นว่าสมาชิกทำได้สำเร็จ และสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวสมาชิก (Self-efficacy) และเน้นความรับผิดชอบของตัวเอง (Responsibility)

6. หากสมาชิกมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทำตามแผนที่วางไว้ได้สำเร็จกล่าวชื่นชม เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง

กิจกรรมในระยะนี้ ผู้นำกลุ่มตรวจสอบสมุดพกบันทึกทักษะการรับประทานยา พบว่าสมาชิกบันทึกการรับประทานยาของตนเองได้ถูกต้อง ครบทุกคน และมีสมาชิก 2 คนเขียนในช่องหมายเหตุว่าว่าง ไม่ว่าง เบลอๆ ซึ่งผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลว่าอาจเป็นผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตและวิธีการเบี่ยงเบน หากว่างมากแนะนำปรึกษาแพทย์เพื่อปรับยา (สมาชิกส่วนใหญ่บอกว่า ที่เปลี่ยนแปลงให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เพราะไม่อยากให้อาการกำเริบ) ตรวจสอบสมาชิกทำตามแผนที่กำหนดไว้ได้ดี ผู้นำกลุ่มกล่าวชื่นชม เพื่อให้เกิดความร่วมมือต่อเนื่อง

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (ใช้เวลา 10 นาที)

1. เปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนพูดถึงความรู้สึกที่เข้าร่วมกิจกรรมครบทั้ง 4 กิจกรรม

2. เปิดโอกาสให้สมาชิกให้กำลังใจเพื่อนทีละคน

3. ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจและเชื่อมั่นว่าทุกคนทำได้ และยินดีช่วยเหลือหากมีปัญหาเรื่องการเจ็บป่วยและการรักษาด้วยยา
4. เน้นย้ำถึงความสำคัญของการติดตามผลการรักษาและการมาพบแพทย์ตามนัด
5. กล่าวปิดกลุ่ม
6. ให้สมาชิกประเมินแบบวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change)

กิจกรรมในขณะนี้ สมาชิกทุกคนยืนยันว่าการรับประทานยาเป็นหน้าที่ของตนเอง และต่อไปนี้จะจัดยารับประทานเองไม่ให้เป็นการละเมิด และจะรับประทานยา มาตามนัดต่อเนื่อง สมาชิกกล่าวความรู้สึกดีใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ มีเพื่อนเพิ่มขึ้น ได้ความรู้เพิ่มขึ้น รู้วิธีการดูแลตนเอง และรู้สึกใจหายจะไม่ได้เข้ากลุ่มกับเพื่อนๆ ในลักษณะนี้อีก และสมาชิกกล่าวลาเพื่อนด้วยคำว่า “อย่าลืมกินยานะคะ” หลังจากผู้นำกลุ่มปิดกลุ่ม สมาชิกได้แลกเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์กัน แสดงให้เห็นถึงความผูกพันกันของสมาชิก และขอสมุดบันทึกไปจดบันทึกการรับประทานยาของตนเองต่อ หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย แสดงให้เห็นถึงความมั่นคงของแรงจูงใจในการร่วมมือรักษาด้วยยา

การเข้ากลุ่มครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของสมาชิก พบว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยอยู่ในขั้นตระหนักรู้ว่ามีปัญหา (Contemplation stage) ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination stage) และขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action) หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในขั้นการเปลี่ยนแปลงเป็นขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action)

### การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น การแสดงออกทางคำพูดถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับยากับพฤติกรรมการใช้ยา และสมาชิกแสดงออกด้วยสีหน้าท่าทาง คำพูด ให้กำลังใจกันและกันในการรักษา ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเคลื่อนสู่ขั้นที่สูงขึ้น และมีแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับดีถึงดีที่สุด สมาชิกทุกคนสามารถบันทึกการรับประทานยาของตนเองได้ถูกต้องและทำต่อเนื่อง

### การกำกับการวิจัย

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยทำการกำกับการศึกษา โดยให้ผู้ป่วยทำแบบวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภททันที แสดงผลการกำกับการศึกษา ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** คะแนนแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

ID	ก่อนการศึกษา	ระดับ	หลังการศึกษา	ระดับ
1	84	ปานกลาง	76	สูง
2	80	ปานกลาง	75	สูง
3	94	ปานกลาง	72	สูง
4	92	ปานกลาง	60	สูงสุด
5	96	ปานกลาง	67	สูง
6	88	ปานกลาง	70	สูง
7	91	ปานกลาง	67	สูง
8	90	ปานกลาง	65	สูง
9	93	ปานกลาง	64	สูง
10	90	ปานกลาง	60	สูง
11	98	ต่ำ	63	สูง
12	97	ต่ำ	61	สูง
13	96	ปานกลาง	59	สูงสุด
14	85	ปานกลาง	59	สูงสุด
15	94	ปานกลาง	63	สูง
16	85	ปานกลาง	61	สูง
17	100	ต่ำ	67	สูง
18	94	ปานกลาง	63	สูง
19	83	ปานกลาง	62	สูง
20	100	ต่ำ	64	สูง

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการศึกษามีคะแนนแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 และระดับต่ำ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 หลังการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีคะแนนแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับดี 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 85 และระดับสูงสุด 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 15 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาเป็นไปตามที่กำหนด

### 3. ระยะสรุปผลการดำเนินกิจกรรม

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการศึกษา (Pre-test) ก่อนการทำกิจกรรม 1 สัปดาห์ ในวันที่ 10 พฤษภาคม 2555 โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแบบสอบถามเพื่อวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

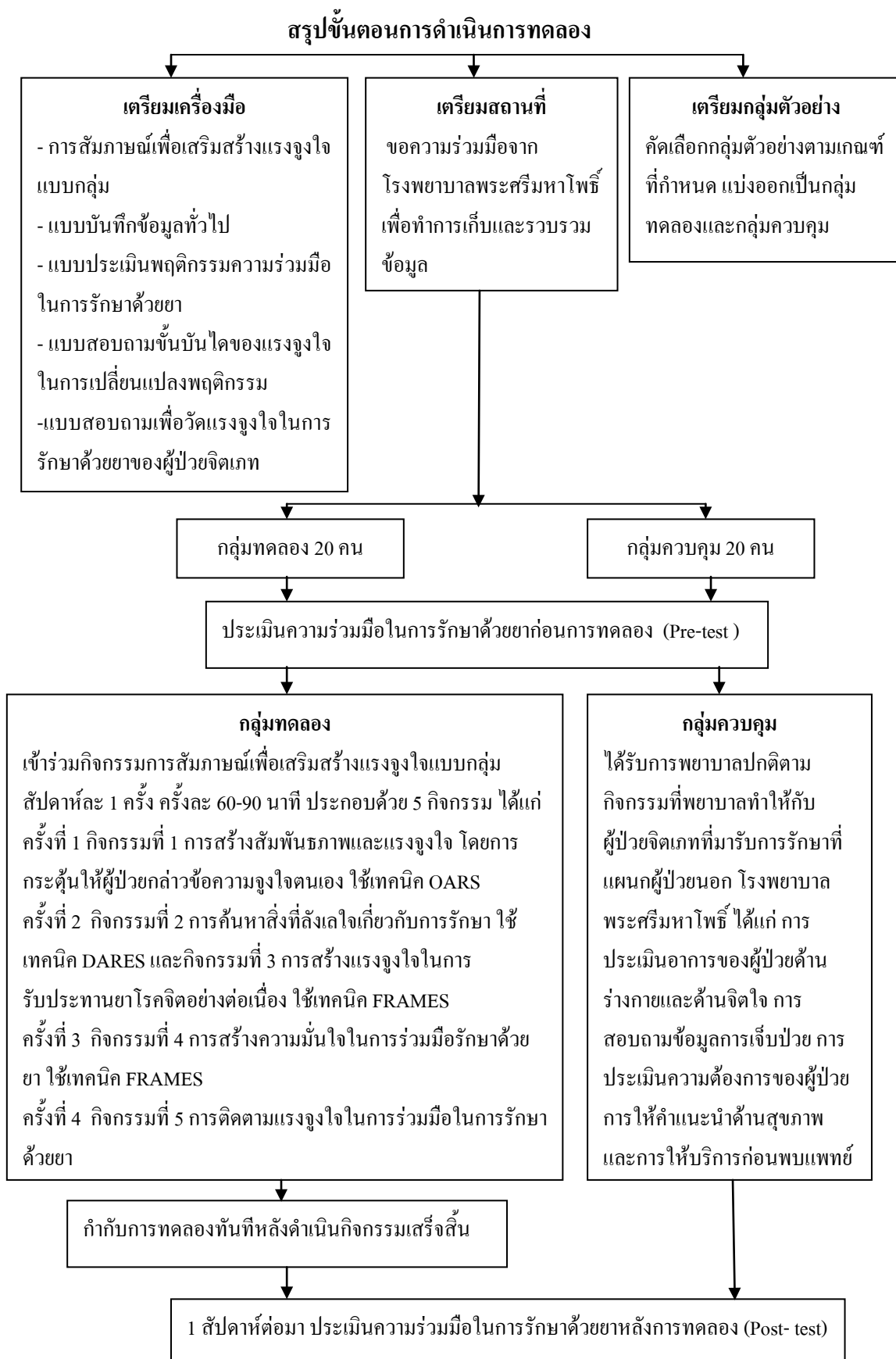
ภายหลังการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง ประเมิน โดยใช้แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

หลังดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 5 กิจกรรม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเพื่อวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภททันที ในวันที่ 6 มิถุนายน 2555 และหลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการวัดผลตัวแปรตาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ ในวันที่ 13 มิถุนายน 2555 และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณหาค่าทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป นำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ
2. คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t – test)
3. คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t – test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Matched - pair) ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันในเรื่องของระยะเวลาในการเจ็บป่วย และคะแนนอาการทางลบ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน โดยเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนมิถุนายน 2555 ผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 5

ส่วนที่ 2 คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test) ดังแสดงในตารางที่ 6

ส่วนที่ 3 คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test) ดังแสดงในตารางที่ 7

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 8

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 9

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ</b>						
20-29 ปี	2	10	5	25	7	17.5
30-39 ปี	6	30	9	45	15	37.5
40-49 ปี	9	45	5	25	14	35
50-59 ปี	3	15	1	5	4	10
<b>เพศ</b>						
ชาย	12	60	13	65	25	62.5
หญิง	8	40	7	35	15	37.5
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้เรียน	1	5	0	0	1	2.5
ประถมศึกษา	13	65	14	70	27	67.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	10	4	20	6	15
มัธยมศึกษาตอนปลาย /ป.ว.ช.	4	20	1	5	5	12.5
อนุปริญญา/ป.ว.ส.	0	0	1	5	1	2.5
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	13	65	12	60	25	62.5
คู่	4	20	7	35	11	27.5
เกษตรกรรม	7	35	7	35	14	35
รับจ้าง	5	25	6	30	11	27.5
ค้าขาย	4	20	2	10	6	15
แม่บ้าน	0	0	2	10	2	5
ว่างงาน	4	20	3	15	7	17.5

ตารางที่ 5 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>รายได้ของครอบครัวต่อเดือน</b>						
พอใช้จ่าย และเหลือเก็บ	3	15	3	15	6	15
พอใช้จ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ	16	80	12	60	28	70
ไม่พอใช้จ่าย	1	5	3	15	4	10
ไม่พอใช้จ่าย และเป็นหนี้	0	0	2	10	2	5
<b>ระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่ม</b>						
<b>เจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน</b>						
น้อยกว่า 5 ปี	6	30	7	35	13	32.5
5-10 ปี	13	65	12	60	25	62.5
มากกว่า 20 ปี	1	5	1	5	2	5

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นถึงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว/เดือนและระยะเวลาที่เจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.5 เป็นชาย ร้อยละ 62.5 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 67.5 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 62.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 35 รายได้ครอบครัว/เดือนส่วนใหญ่พอใช้จ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 70 และมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันอยู่ในช่วง 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.5



ส่วนที่ 2 คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และการแปลผลของกลุ่มควบคุม ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test)

ตารางที่ 6 คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test)

คนที่	แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	42	ระดับปานกลาง	39	ระดับปานกลาง
2	35	ระดับปานกลาง	46	ระดับสูง
3	38	ระดับปานกลาง	47	ระดับสูง
4	35	ระดับปานกลาง	45	ระดับสูง
5	41	ระดับปานกลาง	50	ระดับสูง
6	41	ระดับปานกลาง	38	ระดับปานกลาง
7	39	ระดับปานกลาง	48	ระดับสูง
8	41	ระดับปานกลาง	49	ระดับสูง
9	42	ระดับปานกลาง	43	ระดับสูง
10	39	ระดับปานกลาง	38	ระดับปานกลาง
11	38	ระดับปานกลาง	39	ระดับปานกลาง
12	35	ระดับปานกลาง	37	ระดับปานกลาง
13	39	ระดับปานกลาง	42	ระดับปานกลาง
14	42	ระดับปานกลาง	42	ระดับปานกลาง
15	34	ระดับปานกลาง	39	ระดับปานกลาง
16	39	ระดับปานกลาง	40	ระดับปานกลาง
17	39	ระดับปานกลาง	39	ระดับปานกลาง
18	42	ระดับปานกลาง	42	ระดับปานกลาง
19	38	ระดับปานกลาง	38	ระดับปานกลาง
20	40	ระดับปานกลาง	39	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มควบคุมทุกคนมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งภายหลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคะแนนความ

ร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับเท่าเดิมคือระดับปานกลาง ร้อยละ 65 และอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 35 สาเหตุที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนความร่วมมือสูงขึ้น 7 ราย แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลปกติของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท หรืออาจเป็นปฏิกิริยาร่วมระหว่างการทดสอบครั้งแรกกับวิธีทดลอง (Interaction effect of testing and treatment)

**ส่วนที่ 3** คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และการแปลผลของกลุ่มทดลอง ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test)

**ตารางที่ 7** คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test)

คนที่	แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	39	ระดับปานกลาง	59	ระดับสูง
2	42	ระดับปานกลาง	53	ระดับสูง
3	39	ระดับปานกลาง	48	ระดับสูง
4	39	ระดับปานกลาง	61	ระดับสูง
5	38	ระดับปานกลาง	46	ระดับสูง
6	42	ระดับปานกลาง	44	ระดับสูง
7	42	ระดับปานกลาง	48	ระดับสูง
8	42	ระดับปานกลาง	52	ระดับสูง
9	42	ระดับปานกลาง	55	ระดับสูง
10	41	ระดับปานกลาง	61	ระดับสูง
11	40	ระดับปานกลาง	43	ระดับสูง
12	31	ระดับปานกลาง	58	ระดับสูง
13	41	ระดับปานกลาง	52	ระดับสูง
14	41	ระดับปานกลาง	61	ระดับสูง
15	42	ระดับปานกลาง	50	ระดับสูง
16	38	ระดับปานกลาง	55	ระดับสูง
17	42	ระดับปานกลาง	63	ระดับสูง

18	40	ระดับปานกลาง	55	ระดับสูง
19	38	ระดับปานกลาง	61	ระดับสูง
20	40	ระดับปานกลาง	56	ระดับสูง

จากตารางที่ 7 พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองทุกคนมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับปานกลาง แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมดมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากยังไม่เคยมีการใช้โปรแกรมการเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภท อย่างนี้มาก่อน ซึ่งส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยมารับยาที่โรงพยาบาลแล้วกลับบ้านเท่านั้น

#### ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
ก่อนการทดลอง	39.95	2.58	ปานกลาง	19	-8.937	.000
หลังการทดลอง	54.05	6.10	สูง	19		
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
ก่อนการทดลอง	38.95	2.56	ปานกลาง	19	-2.962	.008
หลังการทดลอง	42	4.12	ปานกลาง	19		

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t=-8.937$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังจากได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
<b>ในการรักษาด้วยยา</b>						
<b>ก่อนการทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	39.95	2.58	ปานกลาง	38	1.228	.227
กลุ่มควบคุม	38.95	2.54	ปานกลาง	38		
<b>หลังการทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	54.05	6.10	สูง	38	7.323	.000
กลุ่มควบคุม	42	4.12	ปานกลาง	38		

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $t=7.323$ ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ตัวแปรต้น คือ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ตัวแปรตาม คือ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังจากได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม
2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี อาการทางจิตทุเลา โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale มีอาการแสดงในลักษณะอาการทางลบระดับปานกลางถึงมาก และมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ระดับต่ำมากถึงปานกลาง

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความ

ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2007) โดยอิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) มาบูรณาการในการดำเนินกิจกรรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 3 ระยะ 5 กิจกรรม คือ ระยะที่ 1 ระยะสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 ระยะที่ 2 ระยะการให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 2, 3 และกิจกรรมที่ 4 และระยะที่ 3 ระยะการติดตามต่อเนื่อง ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 5 ระยะดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 สัปดาห์ ครั้งละ 60-90 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบเนื้อหาของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คนตรวจสอบ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 10 คน โดยทดลองจนครบทั้ง 5 กิจกรรม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

## 2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดยพรทิพย์ วชิรดิถก และคณะ (2549) ซึ่งครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท ประกอบไปด้วยคำถาม 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ คำถามข้อที่ 1-8 เป็นด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และคำถามข้อที่ 9-16 เป็นด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ซึ่งผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยกรรณำแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คนตรวจสอบ แล้วนำมาหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาพบว่า แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา  $CVI = .88$  จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกไปคำนวณวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของ Biener and Adam

(1991) พัฒนาโดยชัยชนก เต่าทอง (2554) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาให้เหมาะกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ด้วยการนำแบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้น ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ถูกต้อง เหมาะสม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน พบว่าสมาชิกให้เข้าใจและสามารถตอบแบบสอบถามได้ดี

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ที่สร้างโดยพิชัย แสงชาญชัย และคณะ (2552) ตามแนวคิดของ DiClemente & Hughes (1990) และนำมาพัฒนาโดยชัยชนก เต่าทอง (2554) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 32 คำถาม โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็นคำถามทางบวก 25 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 15-27, 30, 32 และคำถามทางลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 11, 13, 28, 29, 31 ซึ่งผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คนตรวจสอบ ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า .84 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .83

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

#### 1. ระยะเวลาเตรียมการ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การลงทะเบียนเรียนวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และเข้ารับการอบรมภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ในการอบรมหลักสูตรระยะสั้น “การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ” และการเป็นผู้สังเกตการณ์และฝึกประสบการณ์การให้คำปรึกษารายกลุ่มตามแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษากับผู้ป่วยจิตเภทในหอผู้ป่วย

#### 1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และจัดทำแผนการดำเนินการวิจัย

1.3 เตรียมสถานที่ที่ใช้ทำการดำเนินการวิจัย โดยประสานงานโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานหัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการทางการแพทย์และหัวหน้าหน่วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย วิธีการดำเนินการ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

1.4 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม และแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Pre-test) แบบสอบถามเพื่อวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และแบบสอบถามขึ้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

1.5 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยในการดำเนินกิจกรรม เพื่อช่วยในการเก็บข้อมูลและเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลอง ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำกลุ่มบำบัดและผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงของกิจกรรมและรายละเอียดของเครื่องมืออย่างชัดเจนก่อนดำเนินการ

## 2. ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นกลุ่มละ 10 คน โดยกลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้า เวลา 10.00-11.00 น. และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในภาคบ่าย เวลา 13.30-14.30 น. ใช้ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม – 6 มิถุนายน 2555 ณ ห้องกิจกรรมกลุ่มบำบัด หน่วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์ ดังรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ในวันที่ 16 พฤษภาคม 2555 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเอง ใช้เทคนิค OARS

สัปดาห์ที่ 2 ในวันที่ 23 พฤษภาคม 2555 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 การค้นหาสิ่งที่ลี้ลับใจเกี่ยวกับ



การรักษา ใช้เทคนิค DARES และกิจกรรมที่ 3 การสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง ใช้เทคนิค FRAMES

สัปดาห์ที่ 3 ในวันที่ 30 พฤษภาคม 2555 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 การสร้างความมั่นใจในการร่วมมือรักษาด้วยยา ใช้เทคนิค FRAMES

สัปดาห์ที่ 4 ในวันที่ 6 มิถุนายน 2555 ดำเนินกิจกรรมที่ 5 การติดตามแรงจูงใจในการร่วมมือในการรักษาด้วยยา ใช้เทคนิค FRAMES

ภายหลังการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง ผู้วิจัยประเมินโดยใช้แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

#### **การกำกับการวิจัย**

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยทำการกำกับการศึกษา โดยให้ผู้ป่วยทำแบบวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภททันที

#### **3. ระยะเวลาสรุปผลการดำเนินกิจกรรม**

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการศึกษา (Pre-test) ก่อนการทำกิจกรรม 1 สัปดาห์ ในวันที่ 10 พฤษภาคม 2555 โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแบบสอบถามเพื่อวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และหลังดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 5 กิจกรรม และหลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการวัดผลตัวแปรตาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ ในวันที่ 13 มิถุนายน 2555

#### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณหาค่าทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป นำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ
2. คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t – test)
3. คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t – test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถสรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัย 2 ประการ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลของการวิจัยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.5 เป็นชาย ร้อยละ 62.5 การศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 67.5 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 62.5 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 35 รายได้ครอบครัวเดือนพอใช้จ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 70 และมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.5

จากผลการวิจัยดังกล่าวอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างพบมากที่สุดในช่วงอายุ 30-39 ปี ซึ่งสอดคล้องว่าผู้ป่วยจิตเภทพบมากในช่วงอายุ 15-54 ปี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2552) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Agarwal (1998) พบว่า เพศหญิงปฏิบัติตามเกณฑ์ได้มากกว่าเพศชาย เนื่องจากการที่สังคมกำหนดให้เพศหญิงมีบทบาทเป็นแม่ที่ทำหน้าที่ในการดูแลบุคคลในครอบครัว ซึ่งส่งผลให้เมื่อเจ็บป่วยเพศหญิงจะสามารถดูแลตนเองมากกว่าเพศชาย และเพศหญิงให้ความร่วมมือดีกว่าเพศชาย (Fleishchacker et al., 1994) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนี ศรีหิรัญ (2544) พบว่า ผู้ป่วยที่มีคู่สมรสมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่เป็น โสด เนื่องจากขาดการสนับสนุนจากคู่สมรส ขาดที่ปรึกษาและแรงจูงใจ และผู้ป่วยที่แต่งงานแล้วมีการพยากรณ์โรคได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ยังไม่ได้แต่งงาน (Sadock and Sandock, 2000) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของผลทิพย์ ปานแดง (2547) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อย ระยะเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 5-10 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Perri (2003) พบว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังความร่วมมือในการรักษาจะลดลง เนื่องจากระยะเวลาที่ใช้ในการรักษานาน ผู้ป่วยจะเกิดความเบื่อหน่าย ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลา น้อยกว่า 5 ปีจะมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเป็นเวลามากกว่า 5 ปี (Razali and Yahya, 1995)

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลองระหว่าง ก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ดีขึ้น ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Miller and Rollnick (2007) โดยมีการบูรณาการร่วมกับการใช้รูปแบบกลุ่มและพัฒนากิจกรรมจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีทั้งหมด 5 กิจกรรม ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการดำเนินกิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเอง ใช้เทคนิค OARS กิจกรรมที่ 2 การค้นหาสิ่งที่ลี้ใจเกี่ยวกับการรักษา ใช้เทคนิค DARES กิจกรรมที่ 3 การสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง ใช้เทคนิค FRAMES กิจกรรมที่ 4 การสร้างความมั่นใจในการร่วมมือรักษาด้วยยา ใช้เทคนิค FRAMES และกิจกรรมที่ 5 การติดตามแรงจูงใจในการร่วมมือในการรักษาด้วยยา ใช้เทคนิค FRAMES ซึ่งการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Miller and Rollnick (2007) เป็นวิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจภายในให้เกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยจิตเภท มุ่งเน้นการพูดคุยอย่างมีเป้าหมายซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม คือ ให้ผู้ป่วยได้สำรวจ ค้นหา และแก้ไขสิ่งที่ลี้ใจที่จะปรับเปลี่ยนตนเอง โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยอิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ของ Prochaska and Diclemente (1997) จะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้นไหนของการเปลี่ยนแปลง สามารถให้การช่วยเหลือได้เหมาะสมและการเสริมสร้างแรงจูงใจจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือใน

การรักษาด้วยยาอย่างมีขั้นตอน เห็นได้จากคำพูดข้อความเชิงใจตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการ  
สัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม เช่น

ผู้ป่วย: อาการดีก็อยากหยุดกินยา ป่วยก็อยากกินยา ตอนนี้อยากกินยาจนกว่าหมอจะให้หยุด

ผู้นำกลุ่ม: ดีมากเลยคะ ที่คุณ...จะกินยาต่อเนื่อง ฉันขอเอาใจช่วยให้ประสบผลสำเร็จนะคะ  
(ใช้เทคนิค *Affirmation* ชื่นชมยืนยันรับรอง เป็นการเสริมแรงต่อ SMS ที่ผู้ป่วยกล่าวออกมา)

ผู้ป่วย: ถ้ายังมีชีวิตอยู่จะกินยาต่อไป

ผู้นำกลุ่ม: คุณ...จะกินยาต่อไป (ใช้เทคนิค *Reflective listening* สะท้อนความให้ผู้ป่วยได้คิด  
ได้ฟังข้อความ SMS ที่กล่าวออกมา จะทำให้แรงจูงใจมากขึ้น )

ผู้ป่วย: หนูคิดว่ากินยาดีกว่าไม่กินยา

ผู้นำกลุ่ม: คุณ...คิดว่าเป็นอย่างไรบ้าง หากคุณกินยาต่อเนื่องไปเรื่อยๆ (ใช้เทคนิค *Open-  
ended questioning* กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยกล่าว SMS มากขึ้น)

ผู้ป่วย: ให้รู้สึกตลอดเวลาว่าอย่าลืมกินยา ทำหน้าที่ให้ดีที่สุด

ผู้นำกลุ่ม: คุณคิดว่าการกินยาเป็นหน้าที่ของคุณ (ใช้เทคนิค *Reflective listening* สะท้อน  
ความให้ผู้ป่วยได้คิด ได้ฟังข้อความ SMS ที่กล่าวออกมา จะทำให้แรงจูงใจมากขึ้น)

ผู้ป่วย: มีหลายคนป่วยเหมือนเรา กินยาเหมือนเรา

ผู้นำกลุ่ม: คุณเป็นห่วงกังวลในเรื่องการกินยาของคุณอย่างไรบ้าง (ใช้เทคนิค *Open-ended  
questioning* สะท้อนความให้ผู้ป่วยได้คิด ได้ฟังข้อความ SMS ที่กล่าวออกมา จะทำให้แรงจูงใจมาก  
ขึ้น )

ผู้ป่วย: หนูรู้ว่ารักษาไม่หาย แต่ถ้าเราดูแลตนเองดี ก็ไม่มีโรคอื่นแทรกซ้อน เราก็อยู่ใน  
สังคมอย่างมีความสุข

ผู้นำกลุ่ม: อะไรที่ทำให้คุณ...คิดว่าเป็นการดูแลตนเองดี (ใช้เทคนิค *Open-ended  
questioning* สะท้อนความให้ผู้ป่วยได้คิด ได้ฟังข้อความ SMS ที่กล่าวออกมา จะทำให้แรงจูงใจมาก  
ขึ้น )

ผู้ป่วย: เคยหยุดยามือเดียวเบลอไปเลย หนูสัญญากับตัวเองว่าหนูจะไม่หยุดกินยา สัญญากับตัวเองเพราะสัญญากับคนอื่นไม่มีความหมาย

ผู้นำกลุ่ม: คุณสัญญากับตัวเองว่าจะไม่หยุดกินยา ฉันขอเป็นกำลังใจให้ นะคะ (ใช้เทคนิค *Open-ended questioning* และ *Affirmation* สะท้อนความให้ผู้ป่วยได้คิด ได้ฟังข้อความ SMS ที่กล่าวออกมา จะทำให้แรงจูงใจมากขึ้น และชื่นชมยืนยันรับรองเสริมแรงจูงใจต่อ SMS ที่ผู้ป่วยกล่าวออกมา)

กลยุทธ์หรือเทคนิคของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่สำคัญที่ผู้บำบัดใช้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา คือ การตั้งคำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยพูด SMS มากขึ้น การสะท้อน และการชื่นชมยืนยันข้อความจูงใจที่ผู้ป่วยกล่าวออกมา ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้คิด ได้ฟังข้อความจูงใจของตนเองมากขึ้นเรื่อยๆ แรงจูงใจก็จะมากขึ้นตาม (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553)

2. จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ จะเห็นได้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยจะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน (สวัสดี เทียงธรรม, 2547; นิตยา สุริยพันธ์ และอรุณี โสถถินวิชยวงศ์, 2551) และการใช้รูปแบบกลุ่มร่วมกับการใช้ยาก่อให้เกิดผลดีกว่าการใช้ยาอย่างเดียว โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยนอก (Jonh, 2011) สอดคล้องการศึกษาของ Guimon (1993) ที่นำรูปแบบกลุ่มมาใช้ในผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีทัศนคติ และการแสดงออกเกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Miller and Rollnick (2007) เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยาได้ดีขึ้น (Bundy, 2004; ไพรวลัย รมชัย, 2552) ดังนั้นจากผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในแบบกลุ่มส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ที่ได้รับกิจกรรมที่พยาบาลทำให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ การให้บริการก่อนพบแพทย์ ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา

รายกลุ่ม และการบริการหลังพบแพทย์ ได้แก่ การให้คำแนะนำวิธีการรับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต และให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ภายหลังจากทดลอง พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีคะแนนความร่วมมือสูงขึ้น 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 35 แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลปกติ ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท หรืออาจเป็นปฏิกริยาร่วมระหว่างการทดสอบครั้งแรกกับวิธีทดลอง (Interaction effect of testing and treatment) ซึ่งเป็นผลจากการทดสอบครั้งแรกที่ไปกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการตอบสนองต่อวิธีการทดลองเปลี่ยนไป จนทำให้ผลการทดสอบครั้งหลังเพิ่มขึ้น (วสันต์ ทองไทย, 2555) แต่ในการวิจัยครั้งนี้ หลังการทดลองพบว่า คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยากกลุ่มทดลองสูงขึ้นอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 100

จากผลการวิจัยสามารถสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรมของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เนื่องจากเมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมทั้ง 5 พบว่าแต่ละกิจกรรมมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีแรงจูงใจและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ กระบวนการบำบัดเกิดขึ้นภายใต้สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท ตั้งแต่เริ่มต้นต่อเนื่องตลอดโปรแกรม โดยใช้เทคนิค OARS ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจ และสะท้อนความคิด (Reflective listening) และการสรุปความ (Summarization) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย เข้าใจวัตถุประสงค์ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือได้ จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ รับรู้และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (Oehl et al., 2000) นอกจากนี้เทคนิค OARS ยังช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทกล่าวคำพูดที่สร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง (Self Motivational Statement: SMS) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยืนยันสิ่งที่ตนเองพูดเป็นการยืนยันรับรองในข้อความดีงาม การที่ผู้ป่วยได้ยืนยันได้รับทราบ SMS ของตนเองซ้ำๆ แรงจูงใจของผู้ป่วยก็มากขึ้นตาม (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553)

2. การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการค้นหาสิ่งลึกลับเกี่ยวกับการรักษา โดยใช้เทคนิค DARES คือ ให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับตัวเอง เมื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Develop discrepancy) การหลีกเลี่ยงทะเลาะหรือโต้แย้งกับผู้ป่วย (Avoid argumentation) ไม่ตัดสินความคิด ความเชื่อผู้ป่วย โดยเคลื่อนไปตามแรงต้านของผู้ป่วย (Roll with resistance) แสดงความเห็นอกเห็น

ใจต่อผู้ป่วย (Express empathy) และการสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Rusch and Corrigan (2002) พบว่าการสัมผัสเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ สามารถสร้างความตระหนัก การยอมรับความเจ็บป่วย มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาและเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้การดำเนินกิจกรรมการค้นหาสิ่งที่ลึกลับเกี่ยวกับการรักษา โดยใช้คำถาม “คุณเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการรักษาอย่างไร” ยังทำให้เกิดการรับรู้ตราบปของผู้ป่วยจำนวน 3 คน ดังเช่นคำพูดของผู้ป่วย ได้แก่

“ผมไปสมัครงานเป็นยาม/ภารโรง เขาไม่ดูเอกสารอื่นๆ นอกจากวุฒิการศึกษา”

“เป็นแรกๆ พ่อแม่เขาห้ามลูกไม่ให้เข้าใกล้ผม เด็กๆอย่าเข้าใกล้ พ่อใหญ่...มันเป็นบ้า”

“ไม่รู้เหมือนกันทำไมต้องมีกฎหมายห้ามให้คนบ้าเปิดร้านเป็นของตนเอง”

“อย่าเข้าไปร้านมัน มันบ้า อย่าให้มันจับหัว”

“ถ้าขาดยาทำให้เดินเหมือนหุ่นยนต์ หนูก็ย้ายเพื่อน เพื่อนๆ ที่ตลาดก็หัวเราะเยาะหนู”

“คนในชุมชนเขาไม่คบ เขาไม่ให้งานทำ”

การรับรู้ตราบปของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.3 ผู้ป่วยกังวลว่าจะถูกมองในแง่ไม่ดี เนื่องจากกำลังรับการรักษาโรคจิต และหลีกเลี่ยงไม่กรอกข้อมูลว่าได้รับการรักษาทางจิตในเอกสารต่างๆ เพราะกลัวมีผลต่อการสมัครงาน (อุบลรัตน์ สิงหเสนี , 2552) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee, Chiu, Tsang, chi and Kleinman (2006) พบว่า การที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะถูกปฏิเสธในการรับเข้าทำงานและหลีกเลี่ยงที่จะเข้าใกล้ ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมเปิดเผยความเจ็บป่วยของตนเอง ปฏิเสธแผนการรักษาก่อให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการรักษาตามมา การใช้พลังกลุ่มผู้ป่วยให้กำลังใจกันและกันทำให้ผู้ป่วย 2 คนมีการรับรู้ตราบปลดลง ดังเช่นคำพูดของผู้ป่วยได้แก่

“คนบ้าก็ทำได้”

“ใครจะว่าเราน่ากลัวไป แต่เราเปิดร้านเสริมสวยได้ ทำงานได้ เลี้ยงพ่อแม่ได้”

“ผมก็กินยาไปเรื่อยๆ อาการดีขึ้นเรื่อยๆ ผ่านไปก็ถาม”

แต่มีผู้ป่วย 1 คนไม่สามารถช่วยเหลือในการลดการรับรู้ตราบปของผู้ป่วยขณะนั้นได้ เมื่อสิ้นสุดการเข้ากลุ่ม ผู้นำกลุ่มจึงได้ให้คำปรึกษารายบุคคล โดยใช้เทคนิคการสัมผัสเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ DARES ส่งเสริมศักยภาพในตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถตัดสินใจพิจารณาเรื่องความสามารถของตนเองที่จะดำเนินการทำพฤติกรรมด้วยความมั่นใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุบลรัตน์ สิงหเสนี (2552) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ทำให้มีความมั่นใจที่จะแสดงพฤติกรรมตามระดับความยากง่าย สามารถนำประสบการณ์เดิมมาปรับใช้ในสถานการณ์ใหม่ๆ ได้เหมาะสมตามความเป็นจริง

3. การสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เทคนิค FRAMES ซึ่งได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการตัดสินใจ (Responsibility) การให้คำแนะนำ (Advice) การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และการส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย (Self-efficacy) การให้ความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องการ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา และผลข้างเคียงจากการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Massand and Narasimhan (2006) ซึ่งได้ทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ สนับสนุนให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง ด้วย และการตรวจสอบรอบด้านทั้งข้อดีข้อเสียของการรับประทานยาต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองใหม่ การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัดคือ การให้ทางเลือกที่เหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยเลือกได้อย่างอิสระ เน้นความรับผิดชอบในการเลือกของตัวเอง และส่งเสริมศักยภาพในการกระทำได้ของผู้ป่วย (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553)

4. การสร้างความมั่นใจในการร่วมมือรักษาด้วยยา ใช้เทคนิค FRAMES ซึ่งได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการตัดสินใจ (Responsibility) การให้คำแนะนำ (Advice) การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และการส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย (Self-efficacy) 2553 โดยการให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติตามแผนที่กำหนดและการฝึกทักษะการจัดการยาและการรับประทานยาด้วยตนเองให้ถูกต้องตามขนาด ชนิด เวลา และวิธีการ สามารถสังเกตอาการข้างเคียงจากยาและจัดการเบื้องต้นได้ และการมีคู่มือทักษะการรับประทานยา จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีแรงจูงใจที่จะลงมือทำ และมีความภาคภูมิใจในการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยได้ฝึกทักษะโดยการสาธิตและอธิบาย และให้ผู้ป่วยลองทำ ให้ข้อมูลย้อนกลับทันทีในส่วนที่ดีและควรปรับปรุง สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันท์ จักรณัฐสวัสดิ์ (2536) ที่ศึกษาการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่ากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจ มี การปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยามากกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งการให้ผู้ป่วยได้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยเหลือกัน สร้างความหวัง แรงจูงใจโดยผ่านกลุ่ม เพื่อคงไว้ซึ่งความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ต่อเนื่อง

5. การติดตามความก้าวหน้า ทบทวนปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ตรวจสอบแรงจูงใจว่ายังมี มั่นคงอยู่หรือไม่ หากผู้ป่วยทำตามแผนที่วางไว้ได้สำเร็จกล่าวชื่นชม เน้นความรับผิดชอบของตัวเอง (Responsibility) และสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย (Self-efficacy) เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง หากผู้ป่วยทำไม่สำเร็จแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย



(Empathy) ควรฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วย ให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) และให้พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา (Menu) พร้อมทั้งให้ข้อมูลหรือคำแนะนำที่เหมาะสม (Advice) เน้นย้ำถึงความสำคัญของการติดตามผลการรักษาและการมาพบแพทย์ตามนัด

การมีสมุดบันทึกทักษะการรับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วยบันทึกการรับประทานยาของตนเอง จะสามารถติดตามประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และให้ความร่วมมือต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากมีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 2 คน ที่เขียนระบุเพิ่มเติมในช่องหมายเหตุแต่ละวัน เช่น ระบุวันนัด ระบุไม่มั่งง่วง ง่วงนอน ตื่นสาย นั้น แสดงให้เห็นว่าบางครั้งผู้ป่วยอาจมีปัญหาเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยา และจากคำพูดของผู้ป่วย ได้แก่

“เห็นสมุดบันทึกก็นึกถึงการกินยาเลยครับ”

“มันเป็นเหมือนปฏิทินเตือนกินยากะ วันไหนลืมกินยาก็ไม่ได้เขียนลงสมุด”

“ดีมากเลยครับการจัดยากินเอง แล้วบันทึกในสมุดมาให้คุณหมอด้วย”

“หนูเอาสมุดไปอวดสามีด้วยคะ บอกว่าได้จากการมาเข้ากลุ่มกับคุณหมอ และสามียังชมหนูเลยว่าเขียนสวย หนูจะเขียนทุกวัน”

การเสริมแรงทางบวกโดยการกล่าวคำชื่นชมพร้อมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยบอกผู้ป่วยถึงอาการทางจิตไม่กำเริบจากการที่ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาและมาตามนัดต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการปรับพฤติกรรมที่ว่า การให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นการเสริมแรงและแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่นเดียวกับการศึกษาของสมพร และคณะ (2545) ที่พบว่าถ้าต้องการให้ได้ผลควรให้ข้อมูลย้อนกลับคู่กับการเสริมแรงชนิดอื่นๆ เช่น เสริมแรงทางสังคม จะทำให้เกิดเป็นแรงเสริมในการดำเนินกิจกรรมต่อไป

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ดังเช่นการศึกษาของ Cleary et al. (2008) ซึ่งได้ศึกษาการเสริมสร้างแรงจูงใจและขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตรุนแรงและผู้ที่ใช้สารเสพติด พบว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่ใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของนิตยา สุริยะพันธ์ และอรุณี โสคติวิณิชยวงศ์ (2551) ศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมให้ร่วมในการรับประทานยาโดยไม่ต้องกระตุ้นเตือน มีอาการทางจิตสงบ มีความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยทำงานบ้าน

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามระยะของการเปลี่ยนแปลงสมาชิกในกลุ่มมีการสนับสนุน ส่งเสริมกันและกัน ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

1. ควรนำการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไปใช้ในการบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภทชุมชนในงานประจำ เพื่อเป็นแนวทางช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองเหมาะสม สามารถดำรงชีวิตในครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข

2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทีมสุขภาพจิตในเครือข่าย โดยการประชุมชี้แจง การปรับทัศนคติ การเสริมความรู้ และการพัฒนาทักษะการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) เพื่อให้บุคลากรในเครือข่ายสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในชุมชนได้ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ต่างอำเภอ หรือมีข้อจำกัดในการเดินทาง และจำเป็นต้องอาศัยสถานบริการสาธารณสุขในชุมชน

3. ระยะเวลา การลำดับเนื้อหา การดำเนินโปรแกรมต้องมีความยืดหยุ่น โดยคำนึงถึงความพร้อม ความต้องการ แรงจูงใจของผู้ป่วย โดยดำเนินกิจกรรมไปตามลำดับของแต่ละขั้นตอน และย้อนกลับได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านแรงจูงใจ หรือไม่มีความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change)

4. ผู้บำบัดต้องมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยการอบรมและฝึกปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เกิดทักษะสามารถนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

#### ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย

1. ควรพัฒนาโปรแกรม โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม เนื่องจากการที่ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ให้คำมั่นสัญญาที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ร่วมในการรักษาด้วยยาต่อเนื่อง การแสดงความตระหนักในความร่วมมือรักษาด้วยยาของผู้ป่วย การแสดงข้อมูลสะท้อนกลับของผู้ดูแลภายใต้บรรยากาศความหวังดี เห็นอกเห็นใจ และสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงได้มากขึ้นและต่อเนื่อง

2. ควรทำวิจัยผลการศึกษาศึกษาการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเวชชนิดอื่นๆ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

3. ควรมีการศึกษาระยะยาว และติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ อย่างน้อยเดือนละครั้ง เพื่อประเมินความคงอยู่ของแรงจูงใจในการร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และประสิทธิผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- เกษณี คำจันทร์. 2546. ผลของกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อความเครียด และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุขไชโย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. 2554. การสนับสนุน ทางสังคมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. *Srinagarind Med J* 26 (ตุลาคม 2554): 186-189.
- จรรย์รัตน์ ลิ้มพัฒนศิริ. 2547. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์หา ธีระสมบุรณ์. 2543. แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับพยาบาล. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- จันทร์ประภา ไชยรักษ์ และคณะ. 2536. งานติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสระบุรี. งานวิจัยโรงพยาบาลสระบุรี.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. 2541. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ชูชีพ โพชะจา. 2550. ผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชูชัย สมितिไกร. 2546. เอกสารการสอนประกอบวิชาจิตวิทยาองค์การ. ภาควิชาจิตวิทยา และคณะ มนุษยศาสตร์: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัฐิกา ราชบุตร, นิตยา งามคุณ, มณีรัตน์ คงแสนคำ และ ศรีณพร มรกตศรีวรรณ. 2550. การฝึก ทักษะการรับประทานยาด้วยตนเองในผู้ป่วยจิตเภท. ใน การประชุม วิชาการสุขภาพจิต นานาชาติ, หน้า 180. 1-3 สิงหาคม 2550 ณ โรงแรมปรีณซ์พาลเลซ กรุงเทพมหานคร.
- ดอกกรัก พิทาคำ. 2549. ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของ ผู้ติดสุราโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ทัตทรวง ตานะเศรษฐ. 2548. ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ทัศนคติต่อการใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคจิตเภทชาวไทยภูเขามารับบริการโรงพยาบาลแม่สะเรียง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนีย์ ใจตรง และคณะ. 2542. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ณ ห้องปรึกษาปัญหาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสารสุขภาพจิตและจิตเวช 1: 49-57.
- ทัศนยา เขมมณี. 2545. กลุ่มสัมพันธ์เพื่อการทำงานและการจัดการเรียนการสอน. กรุงเทพฯ: นิชนแอควอร์ไทซิง กรุ๊ป.
- ธัญชนก เต่าทอง. 2554. ผลของสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อภาวะผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพวรรณ เอกสุวิพงษ์. 2549. ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วยในโรคจิตเภทโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นวลลักษณ์ บุรณะกิติ. 2548. การศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำและผลของการใช้การสังคนสงเคราะห์จิตเวชที่มีต่อพฤติกรรมแยกตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. ใน การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ, หน้า 156-157. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- นิตยา สุริยะพันธ์ และอรุณี โสถถินวิชยวงศ์. 2551. การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร. 2553. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- ประคอง มาโพทนัน. 2552. การบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปรารธนา คำมีสินนท์. 2550. การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปาริชาติ สุภาพ. 2547. การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ

พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ผลทิพย์ ปานแดง. 2547. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พงษ์ศักดิ์ สมใจ, อุดลย์ กลางบุรัมย์ และ ทองใบ เหล่าสมบัติ. 2539. รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและทัศนคติของผู้รับบริการต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยาโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.

พรทิพย์ วชิรดิถก, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, วิโรจน์ วงษ์สุริยะเดช และ บุญช่วย เทพยศ. 2549. ผลของการให้การปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย จิตเภท. อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี.

พระศรีมหาโพธิ์, โรงพยาบาล. งานเวชระเบียน. 2551-2553. รายงานสถิติประจำปี. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

พระศรีมหาโพธิ์, โรงพยาบาล. หน่วยบริการผู้ป่วยนอก. 2554. สถิติผู้ป่วยนอกที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรับประทานยา. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

พิชัย แสงชาญชัย. 2552. การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา. แผนงานการพัฒนาาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

พิชัย แสงชัยชาญ, ดร.ณิ ภูขาว, สัจวร สมบัติใหม่, ณัฐนาถ สระอุบล, สายรัตน์ นกน้อย และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ. 2553. การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. กรุงเทพมหานคร: วนิดาการพิมพ์.

พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์. 2552. ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

เพชร คันธสายบัว. 2544. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพลิน เสียงโซคอยู่. 2548. ศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์กรรวมสำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. การค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ไพรวัดย์ รมชัย. 2552. การบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,

- สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พัสนี สิทธิคุณ. 2551. การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภาวดี การเร็ว. 2541. ความสม่ำเสมอในการรับยาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มนัส พงศ์ชัยเดชา, อุไรวรรณ ตระการกิจวิจิต และกิตติ พิทักษ์นิตินันท์. 2549. ผลของการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยในต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคหืดและหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชย์. 2548. จิตเวชศาสตร์รามาชิปดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชย์. 2552. จิตเวชศาสตร์รามาชิปดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- มานิต ศรีสุรภานันท์. 2549. การให้คำปรึกษาโดยการสร้างแรงจูงใจในการรักษาผู้ติดสุรา. เชียงใหม่: ศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชียงใหม่.
- ยุวดี วงษ์แสง. 2548. ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เขาวัดกษณ์ การกล้า. 2550. การเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท งานบริการผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ราตรี พัฒนรังสรรค์. 2544. พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาคน. กรุงเทพมหานคร: สถาบันราชภัฏจันทรเกษม.
- รัตน์ศิริ ทาโต. 2552. การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรภรณ์ พัฒนเวศน์. 2550. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่มาตรวจตามนัดในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลแพร่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วสันต์ ทองไทย. การออกแบบการวิจัย. [online] 2555. Available from: [http://www.bpcd.net/new\\_subject/library/research/document/sopida/research/ku/develop/04.\[2554, กันยายน 7\]](http://www.bpcd.net/new_subject/library/research/document/sopida/research/ku/develop/04.[2554, กันยายน 7])
- วิจิตร แผ่นทอง. 2553. การส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอบึงโขงหลง จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วาสนา เหล่าคงธรรม, เขียวลักษณ์ การกล้า และพรชนก แก้วอมตวงษ์. 2550. ผลของให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. ใน การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ, ครั้งที่ 7 ประจำปี 2551 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์. 2549. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ ฤกษ์ชนะขจร, กาญจน์กนก สุรินทร์ชมพู, ภาวิณี สถาพรธีระ, ประพัตรา จันชนะสมบัติ และนริสา วงศ์พนารีย์ .2546. การบริการสุขภาพจิตชุมชน: การส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ธรรมขันธ์.
- ศักดิ์ดา ชำคม. 2545. การเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเภทด้วยกระบวนการกลุ่ม. ใน การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ, หน้า 178. ครั้งที่ 8 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, บุญเรือง ร่วมแก้ว และ จิตารัตน์ พิมพ์ดีด. 2545. การสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยจิตเภทหญิงต่อการติดประกาศผลการประเมินพฤติกรรมในการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด. วารสารคณะพยาบาลมหาวิทาลัยขอนแก่น 25(2-3): 38-40.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. 2546. พยายามกับการดูแลบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. 2546. การทำกลุ่มบำบัดสำหรับพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานา
- สมภพ เรื่องตระกูล. 2543. คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. 2553. ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- สวัสดิ์ เทียงธรรม. 2547. แรงจูงใจและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สรินทร์ เชี่ยวโสธร. 2545. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาธุพร พุดขาว. 2541. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สายรุ้ง จันทร์เส็ง. 2548. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. การค้นคว้าอิสระปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์. 2536. ผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุขภาพจิต, กรม. 2547. สถิติประจำปีโรงพยาบาลจิตเวช. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- สาธารณสุข, กระทรวง., สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองการพยาบาล. 2544. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์
- สุขภาพจิต, กรม. กองแผนงาน. 2551-2553. สถิติประจำปีโรงพยาบาลจิตเวชกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี : กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
- สุพรรณรัตน์ ซีโร่. 2547. ผลการให้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. 2545. การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. 2554. การพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- เสวีกุล จำสนอง. 2546. พฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หทัยรัตน์ หาคำ. 2553. การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทโดยการใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- องค์อร ประจันเขตต์. 2551. ผลของการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อดิญา โพธิ์ศรี. 2551. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวณิชชัย. 2554. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: วีพริ้นท์.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. 2545. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุบลรัตน์ สิงหนณี. 2552. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัครเดช กลิ่นพิบูลย์. 2550. การนำแนวคิดการสัมภาษณ์และการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในหอผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อัญชลี ประคำทอง. 2552. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยจิตเภทและกรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

### ภาษาอังกฤษ

- Adam, J. and Scott, J. 2002. Predicting medication adherence in severe mental disorder. **Acta Psychiatrica scandinavica** 101(6): 111-124.
- Agarwal, R. M. 1998. Non-Compliance with treatment in patients suffering From schizophrenia A Study to evaluate possible contributing factors. **International Journal of social psychiatry** 44(2): 92-106.
- Alan, S. et al. 2007. Assessment of Community Functioning in People With Schizophrenia and other Severe Mental Illnesses: A White Paper Based on an NIMH-Sponsored Workshop. **Schizophrenia Bulletin** 33(3): 805-822.
- Alison Behrman. 2006. Facilitating Behavioral Change in Voice Therapy: The Relevance of Motivational Interviewing. **American Journal of speech-Language Pathology** 15 (August 2006): 215-225.
- Andrea, E. et al. Medication compliance among mentally III patients in public clinics in Kingston and St Andrew, **Jamica Pulished** [online]. 2010. Available from: <http://www.scrip.org/journal/libise> [2010, June 12]
- Bond W.S. and Hussar D.A.1991. Detection method and strategies of improving medication compliance. **Amarican Journal of Hospital Psychiatry** 48: 1978-1988.
- Boyd, M.A. 2005. **Psychiatric Nursing Contemporary Practice**. 3<sup>rd</sup>ed. Philadelphia: Lippincott.
- Bundy, C. 2004. Changing behavior: using motivational interviewing techniques. **Journal of the Royal Society of medicine** 97(44): 43-47.
- Cleary, M. et al. **Psychosocial intervention for people with both severe mental illness and substance misuse (Review)** [online]. 2008. Available from: <http://www.Sciedirect.com> [2011, July 12]
- Cramer, J. A. and Rosenheck, R. 1998. Compliance with medication regiments for mental and physical disorders. **Psychiatric Service** 49: 196-201.
- Cochran and Cox. 1992. **Experimental Designs**. 2 nd ed. New York: John Wiley & Sons.
- Cynthia, L. et al. 2011. Motivational /interviewing in Dialysis Adherence Study. **Nephology Nursing Journal** 38(3): 229-237.

- Davis, L. 1992. Instrument review : Getting the most from your panel of expert. **Applied Nursing Research** 5: 104-107.
- Drake, R.E et al. 2004. Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. **Winter** 9(1): 102-110.
- Dennis, G., Robert, A. and Michael, S. et al. 2000. Management for Negative Symptoms Among Patients With Schizophrenia Attending Multiple-Family Group. **Psychiatric services** 51: 4.
- DiClemente, C.C. and Hughes, S.O. 1990. Stage of change profiles in alcoholism treatment. **Journal of Substance Abuse** 2: 217-235.
- Di Matteo, M. R. and Di Nicola, D. O. 1982. **Achieving patient compliance: The psychology of the medical practitioner's role**. New York: Pergamon Press.
- Farragher, B., 1999. Treatment compliance in the mental health service. **Irish Medication Journal** 92(6): 1-3.
- Fleishchacker, w. w., Meise, U., Gunther, V. and Kurz, M. 1994. Complianec with antipsychotic drug treatment: Influence of side effect. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 89(382): 11-15.
- Forman, L. 1993. Medication: Reasons and interventions for Non-compliance. **Journal of Psychosocial Nursing** 31(10): 23-25.
- Gray R., Wykes T., and Gournay. 2002. From compliane to concordance: a review of the literlature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. **Journal of psychiatric and Mental Health Nursing** 19(5): 277-284.
- Haynes, R.B., 1979. **Compliance in health care**. Baltimore. Johns Hopkins University Press.
- Holmes, L. **How long should people with schizophrenia take antipsychotic drug**. [online]. 2003. Available from: [http://www.mentalheath.about.com/cs/psychophramachology/a/antipsy\\_2htm](http://www.mentalheath.about.com/cs/psychophramachology/a/antipsy_2htm). [2011, June 5]
- Ickovies, J.R. and Meade, C.S. 2002. Adherence to antiretroviral therapy among patients with HIV: A clinical link between behavioral and biomedical scienss. **Journal of Acquired Immune Deticiency Syndrome** 31(3): 98-102.
- John, U., et al. 2011. Motivation intervention Individual conselling vs a group treatment approach for alcohol-depedenting patient. **Alcohol & Alcoholism** 38(3): 263-9.

- Johnson, B.S. 1993. **Psychiatric Mental Health**. 3rd ed. Pennsylvania; J.B. Lippincott.
- Jones, C., Cormac, I. and Campbell, C. **Cognitive behavior therapy for schizophrenia (Review)** [online]. 2006. Available from: <http://www.thecochranelibrary.com> [2006, September 23]
- Jones, B. et al. 2011. Group Motivational Interviewing for HIV Infected Women. **AIDS and Behavior** 15(5): 885-896.
- Kaplan, H.I. and Sadock, B.J. 1995. **Comprehensive textbook of psychiatry**. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kamali, M. et al. 2006. A prospective evaluation of adherence to medication in first episode schizophrenia. **European Psychiatry** 21(2006): 29-33.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., and Opler, L. A. 1987. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin** 13(2): 261-276.
- Keith, S.J. and Kane, J.M. 2003. Partial compliance and patient consequence in psychiatry. **J clin psychiatry** 64(11): 1308-1315.
- Kemppainen, J.H. et al. 2003. Psychiatric Nursing and Medication adherence. **Journal of Psychosocial Nursing** 4(2): 29-39.
- Kurmar, S. and Sedgwick, P. 2001. Can the factors influencing medication: Compliance reported from western populations be applied to an eastern Indian context. **Journal of Mental Health** 10(3): 267-277.
- Lee, S., Chiu, M. Y., Tsang, A., Chi, H., and Kleinman, A. 2006. Stigmatizing experience and Structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong. **Social science Medicine** 62: 1685-1695.
- Litt, M. 2000. **Adherence to health care regimens: Summary of current research**. Dept. of Behavioral Science, University of Connecticut Health Center.
- Malm, U. 2007. The Influence of Group Therapy on Schizophrenia. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 65: 1.
- Maneesakorn, S., Robson, D., Gournay, K. and Gray, R. 2007. A RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. **Journal of Clinical Nursing** 16: 1302-1312.

- Massand, P.S. and Narasimhan, M. 2006. Improveing Adherence to Antipsychotic Pharmacotherapy. **Current Clinical Pharmacology** 1(1).
- Mattews, D. and Hingson. 1977. Improving patient Compliance: **A guide for Psychiatric Nursing** 29(6): 6-7.
- Marram, G.D. 1978. **The group approach in nursing practice**, second edition. Saint Louis., MO. : The C.V.Mosby Co.
- McDonald, J.L. and Badger, T.A., 2002. Social Function of persons with schizophrenia, **Journal of psychocial Nursing** 40(6): 42-50.
- Miller W.R. and Rollnick S. 1991. **Motivational Interviewing Preparing People to Change Addictive Behavior**. Newyork: The Guilford press.
- Miller W.R. and Rollnick S. 2007. **Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems**. Newyork: The Guilford press.
- Minkoff, K. and Kola, L. 2004. Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness, **Winetr** 9(1): 102-110.
- National Institute of Mental Health. **Schizophrenia**. The Health belief model and Medication compliance in schizophrenia. Retrived June 17, 2003 from <http://www.NIMH Health Belife Model.htm>
- Oehl, M., Hummer, M. and Fleischhackwer, W.W. 2000. Compliance with antipsychotic treatment. **Aca Psychiatrica Scandinavica** 102(407): 83-86.
- Overall, J.E. and Gorham, D.R. 1962. The Brife Psychochiatric Rating Scale. **Psychological Report** 10: 790-812.
- Perkin, D.O. 2002. Predictors of Noncompliance in Patients With Schizophrenia. **Journal of Clinical Psychiatry** 63(12): 1121-1127.
- Perri, M. **The role of medication compliance in improving out come of pharmaceutical care**. [online]. 2003. Available from: <http://www.Medical Compliance>. [2011, June 5]
- Polit, D.F. and Beak, C.T. 2004. **Nursing research: Principles and method**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prochaska, J.O. and Diclmente, C.C. 1997. **Insearch of how people change: applications to addictive behaviors, in Additive behaviors: Reading on Etiology, Prevention, and Treatment**. Edited by Marlatt GA, VadenBos GR. Washington, DC: American

Psychological Association Press.

- Rawlinson. 1999. **Group Analysis Ideas: Extending the Group Matrix to TCs.** In **P. Campling, and R. Haigh (Eds)**, Therapeutic communities past, present and future (pp. 50-62). Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Robert, W. B . **Negative symptoms in schizophrenia: An Overview.** [online]. 2006. Available from <http://www.Persistent Negative Symptoms in Schizophrenia An Overview>. [2009, May 22]
- Rosen, M.I. et al. 2002. Motivational Enhancement and MEMS Review improve Medication Adherence. **Behaviour change** 19(4): 183-190.
- Rusch, N. and Corrigan, P.W. 2002. Motivational Interviewing to Improve Insight and Treatment Adherence in Schizophrenia. **Psychiatric Rehabilitation Journal** 26(1): 23-32.
- Sadock, J. B. and Sandock, A. V. 2000. **Comprehensive Textbook of the Psychiatry.** Philadelphia Williams & Wilkins.
- Tay, S.E. 2007. Compliance therapy: An intervention to improve inpatients' attitudes toward Treatment. **Journal of Psychosocial Nursing** 45(6): 29-37.
- Taylor, C. M. 1994. **Essential of Psychiatric Nursing.** 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Tracy, K. et al. 2009. The Six-point Dial of Treatment : A Useful Framework for Novice Therapists. **Clin Cass Stud.** Author manuscript; Available in PMC 2010 June. p.p 1-14.
- Trotzer, J.P. 1977. **The counselor and the Group Intergrating Theory, Traning and Practice.** California: Brook Cole: Publishing.
- World Health Organization. **Schizophrenia** [online]. 2011. Available from: [www.who.int/mental\\_health/management/schizophrenia/en/](http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/) [2011, June 26]
- Yu Cheng Kao, L. and Yia Ping Liu. **Compliance and Schizophrenia: The predictive potential of insight into illness, Symptom, and side effects.** [online]. 2010. Available from: [www.Sciedirect.com](http://www.Sciedirect.com). [2011, July 21]
- Zygmunt, A. et al. 2002. Intervention to improve medication adherence in schizophrenia. **Am J Psychiatry** 159(6): 1653-1664.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. แพทย์หญิงนันทิยา จิระทรัพย์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
2. นางพิมพ์ชนก หาคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช) กลุ่มภารกิจบริการทางการพยาบาล โรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์
3. ดร.กชพงศ์ สารการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจบริการทางการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
4. นางโปรยทิพย์ สันตะพันธุ์	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาล จิตเวช หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนีสุรรพสิทธิ์ประสงค์
5. อาจารย์ดร.สุนิศา สุขตระกูล	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ภาคผนวก ข**  
**แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ**

## แบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

### (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษา  
ด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เลขที่ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยและเข้าใจข้อมูลที่อยู่ในเอกสารข้อมูล  
ยินยอมให้ทำการศึกษาดังกล่าวข้างต้นเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย สิ่งที่จะ  
เกิดขึ้นจากการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่าง  
ละเอียด

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้าพเจ้ามีโอกาสถามคำถามและปรึกษารายละเอียดของการวิจัยก่อนการ  
เข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้ายืนยันว่า การยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของข้าพเจ้าเป็นไปโดยความสมัครใจ โดย  
ปราศจากการบังคับหรือชักจูง และเข้าใจว่าข้าพเจ้ามีอิสระที่จะถอนตัวเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบต่อ  
การรักษาของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ผู้ที่ชี้แจงให้หลักประกันได้ว่า ข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับการวิจัยจะไม่มี  
เปิดเผยให้เกิดผลเสียหาย การนำเสนอข้อมูลจะเสนอในลักษณะภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่เป็น  
ทีมวิจัยเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงการบันทึกข้อมูล หรือศึกษาข้อมูลของข้าพเจ้าได้เต็มที่ ข้อมูลที่ได้  
จะใช้ประโยชน์เฉพาะการวิจัยเท่านั้น ชื่อ ที่อยู่ของข้าพเจ้าจะไม่ปรากฏในเอกสารสาธารณะใดๆ

ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมที่มีข้อความเดียวกับที่ผู้วิจัยเก็บไว้ เป็น  
ส่วนตัวข้าพเจ้า 1 ชุด

ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลแก่คณะผู้วิจัยเพื่อประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้ สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้า  
ยินดีเข้าร่วมการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วข้างต้น โดยการลงนามข้างล่างนี้

.....	.....	.....
ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ตัวบรรจง)	ลายมือชื่อ	วันที่/เดือน/ปี
.....	.....	.....
ผู้วิจัย (ตัวบรรจง)	ลายมือชื่อ	วันที่/เดือน/ปี
.....	.....	.....
พยาน (ตัวบรรจง)	ลายมือชื่อ	วันที่/เดือน/ปี

**เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย**  
**(Patient/ Participant Information Sheet)**

**ชื่อโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย** ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาวรัชณี อุทัยพันธ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

**สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน)** โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

(ที่บ้าน) 24 หมู่ 8 ต.เตย อ.ม่วงสามสิบ จ.อุบลราชธานี

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 045-352500 ต่อ 61510 โทรศัพท์ที่บ้าน 083-7483048

โทรศัพท์มือถือ 083-3834471 หรือ 085-7775151 Email ratchanee\_oar @ hotmail.com

**วันที่ชี้แจง** .....

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการศึกษาวิจัย

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้ เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อทบทวนและช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ หากท่านอ่านแล้วมีข้อสงสัยต้องการซักถาม กรุณาสอบถามได้จากผู้วิจัยซึ่งจะสามารถให้ความกระจ่างแก่ท่านได้ และหากท่านได้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะได้รับสำเนาใบยินยอมที่ท่านได้ลงนามไว้ จำนวน 1 ฉบับ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็นความสมัครใจของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของท่าน หรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้

**โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย**

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่พบบ่อยที่สุด ลักษณะการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง มักจะไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ขาดแรงจูงใจ แยกตัวเองออกจากสังคม และหยุดทำกิจกรรมที่เคย

สนใจ มีอาการสำคัญ 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการทางบวกซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นชัดเจน ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ความผิดปกติด้านความคิด และความผิดปกติด้านพฤติกรรม และกลุ่มอาการทางลบพบได้บ่อยและคงอยู่นาน ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูด ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด การรักษาผู้ป่วยจิตเภทด้วยยาเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงและถูกนำมาใช้ในการรักษามากที่สุด แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบจากสาเหตุไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ส่งผลให้ต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้น และศักยภาพการดำเนินชีวิตแทบทุกด้านของผู้ป่วยจิตเภทก็จะเสื่อมลงมากเท่านั้น ซึ่งการส่งเสริมแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้นช่วยลดอาการทางจิตที่กำเริบรุนแรงได้ ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสัมภรณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในรูปแบบกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามระยะของการเปลี่ยนแปลง โดยให้สมาชิกในกลุ่มมีการสนับสนุน ส่งเสริมกันและกันให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการสัมภรณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม 2) เปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการสัมภรณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัตินี้ที่เหมะสมดังต่อไปนี้**

1. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
2. มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย
3. มีอาการทางจิตทุเลา มีอาการแสดงในลักษณะอาการทางลบ และมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยระดับต่ำมากถึงปานกลาง
4. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

**จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร**

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการที่ห้องทำกลุ่มบำบัด หน่วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 40 คน

**ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัย**

ท่านจะได้รับการสัมภรณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ทั้งหมด 4 ครั้ง (สัปดาห์ละครั้ง) โดยใช้ระยะเวลาแต่ละครั้งประมาณ 60-90 นาที

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

หากท่านได้รับทราบแนวทางการปฏิบัติในขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัย และตกลงที่จะเข้า

ร่วมการวิจัยรวมถึงได้เซ็นชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ท่านจะได้รับการปฏิบัติ ดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
2. ก่อนดำเนินกิจกรรมตอบแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
3. เข้าร่วมกิจกรรมตามวัน เวลา สถานที่ที่นัดหมาย ซึ่งจะแบ่งเป็นกลุ่มละ 10 คน โดยกลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้า และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในภาคบ่าย
4. ภายหลังกการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง ตอบแบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
5. ภายหลังกเสร็จสิ้นกิจกรรมทั้ง 4 ครั้ง ตอบแบบสอบถามเพื่อวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภททันที และหลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์ ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความไม่สบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ส่งผลอันตรายต่อผู้ถูกวิจัยเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำการทดลองหรือปฏิบัติหัตถการใดๆที่เป็นการรุกรานร่างกายและคุกคามด้านจิตใจ แต่อาจต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลาความเป็นส่วนตัวของผู้ถูกวิจัย และถ้าผู้ถูกวิจัยได้รับความเสียหายหรือความรู้สึกลำบากใจหรือรู้สึกกังวลที่จะให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินกิจกรรมและให้การช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาเบื้องต้น

#### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย**

ผลของการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อท่านคือมีพฤติกรรมร่วมมือในการรักษาด้วยยาซึ่งจะทำให้อาการทางจิตไม่กำเริบ สามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นได้อย่างมีความสุข และจะเป็นแนวทางการบำบัดมาใช้ส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

#### **ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)**

การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น และจะไม่ได้รับความเสียหายใดๆ เนื่องจาก เป็นการให้ข้อมูลซึ่งเป็นการสัมภาษณ์เท่านั้น หากเกิดสถานการณ์ที่ท่านต้องการความช่วยเหลือในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจะให้คำปรึกษา หรือส่งต่อเพื่อรับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมจากทีมการรักษาต่อไป

### คำตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับคำตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ แต่ท่านได้รับของที่ระลึกที่ผู้วิจัยได้เตรียมไว้ให้เป็นการตอบแทนในการให้ความร่วมมือในโครงการวิจัยครั้งนี้

### ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อจริงของท่าน การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

ผู้วิจัยจะกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความระมัดระวัง หากมีความเสียหายใดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวของท่านเป็นความลับและจะดำเนินการอย่างรัดกุมปลอดภัย โดยเฉพาะการแยกเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์และใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อป้องกันการตรวจสอบข้อมูลของท่านได้ และจะไม่มีการอ้างถึงท่านโดยใช้ชื่อของท่านในรายงานใดๆ ที่เกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้สิทธิประโยชน์อื่น อันเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาของท่านครั้งนี้โดยจะไม่มีผลเสียผลประโยชน์ใดๆ รวมทั้งถ้าท่านมีเหตุผลส่วนตัวที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป ท่านสามารถถอนตัวจากการศึกษาภายหลังได้โดยมีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยเหตุผลหากท่านไม่สะดวกใจและการตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของท่าน

### หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร

ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย ผู้วิจัย นางสาวรัชณี อุทัยพันธ์ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ 24 หมู่ที่ 8 ตำบลเตย อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี 34140 โทรศัพท์ (มือถือ) 083-383471

### หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

อาจารย์ดร. เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 02- 2181152 ในวันและเวลาราชการ

ข้าพเจ้าหวังว่าจะได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากท่านและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ลงนาม..... ผู้วิจัย

(นางสาวรัชณี อุทัยพันธ์)



**ภาคผนวก ค**  
**พิจารณาจริยธรรม**

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์  
แบบรายงานผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์

ชื่อโครงการ.....ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของ  
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....

เจ้าของการวิจัย / ผู้ขออนุมัติศึกษาวิจัย .....นางสาวรัชณี อุทัยพันธ์.....

ผลการพิจารณา

- อนุมัติ (โดยไม่มีเงื่อนไข)
- อนุมัติโดยมีเงื่อนไข ให้ปรับปรุงแก้ไข ในประเด็น
- ให้ปรับปรุงแล้วนำเสนอเพื่อพิจารณาใหม่ ยังไม่อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ

ลงนาม .....  .....

(นายแพทย์ธรรณิทร์ กองสุข)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

..... / พฤษภาคม / ๒๕๕๕

**ภาคผนวก ง**  
**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เลขที่แบบสอบถาม.....

## ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

H.N.....

## 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. ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้เรียน                       2. ประถมศึกษา
3. มัธยมศึกษาตอนต้น               4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช.
5. อนุปริญญา/ป.ว.ส.                   6. ปริญญาตรี
7. สูงกว่าปริญญาตรี

## 4. สถานภาพสมรส

1. โสด                                       2. คู่
3. หม้าย                                   4. หย่าร้าง
5. แยกทางกันอยู่

## 5. อาชีพ

1. เกษตรกรรม                       2. รับจ้าง
3. ค้าขาย                                   4. แม่บ้าน
5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ           6.ว่างงาน
7. อื่นๆ(ระบุ).....

## 6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

1. พอใช้จ่าย และเหลือเก็บ           2. พอใช้จ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ
3. ไม่พอใช้จ่าย                       4. ไม่พอใช้จ่าย และเป็นหนี้

## 7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน

1. น้อยกว่า 5 ปี                       2. 5-10 ปี
3. 11-15 ปี                               4. 16-20 ปี
5. มากกว่า 20 ปี

### แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมการรับประทานยาของท่านมากที่สุด ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านหยุดกินยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้นแล้ว				
2. ท่านลืมกินยา				
3.....				
4.....				
5.....				
6.....				
7.....				
8.....				
9.....				
10.....				
11.....				
12.....				
13.....				
14.....				
15.....				
16. ท่านปรึกษาพยาบาลหรือแพทย์ เมื่อมีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติจากการใช้ยา				

หมายเหตุ :   เป็นประจำ   หมายถึง   ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน  
                   บ่อยครั้ง    หมายถึง   ปฏิบัติเกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง)  
                   นานๆ ครั้ง    หมายถึง   นานๆ ปฏิบัติสักครั้งหนึ่ง (เดือนละ 1 ครั้ง)  
                   ไม่เคย         หมายถึง   ไม่เคยปฏิบัติเลย

### แบบวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มี 5 คำตอบ ท่านจะต้องเลือกเพียง 1 คำตอบ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ตัดสินใจไม่ได้ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง

กรุณาเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือที่อธิบายได้ดีที่สุด ว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย มากน้อยเพียงใด ในแต่ละข้อความ

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ตัดสินใจไม่ได้	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันไม่มีปัญหาที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่จะต้องเปลี่ยนแปลงในขณะนี้					
2. ฉันคิดว่าฉันพร้อมที่จะปรับปรุงตัวเองให้ดีขึ้นด้วยการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา					
3. ฉันกำลังปรับปรุงตนเองเพื่อแก้ปัญหาการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ทำให้ฉันไม่สบายใจ					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
32. ฉันได้พยายามเปลี่ยนแปลงตัวเองด้วยการร่วมมือในการรักษาด้วยยา แต่บางครั้งฉันนึกถึงการไม่ร่วมมืออยู่					

หมายเหตุ: ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ไม่เห็นด้วย

ตัดสินใจไม่ได้

เห็นด้วย

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

หมายถึง ไม่เกิดความรู้สึกนั้นเลยในหนึ่งเดือน

หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านเดือนละประมาณ 1-3 ครั้ง

หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

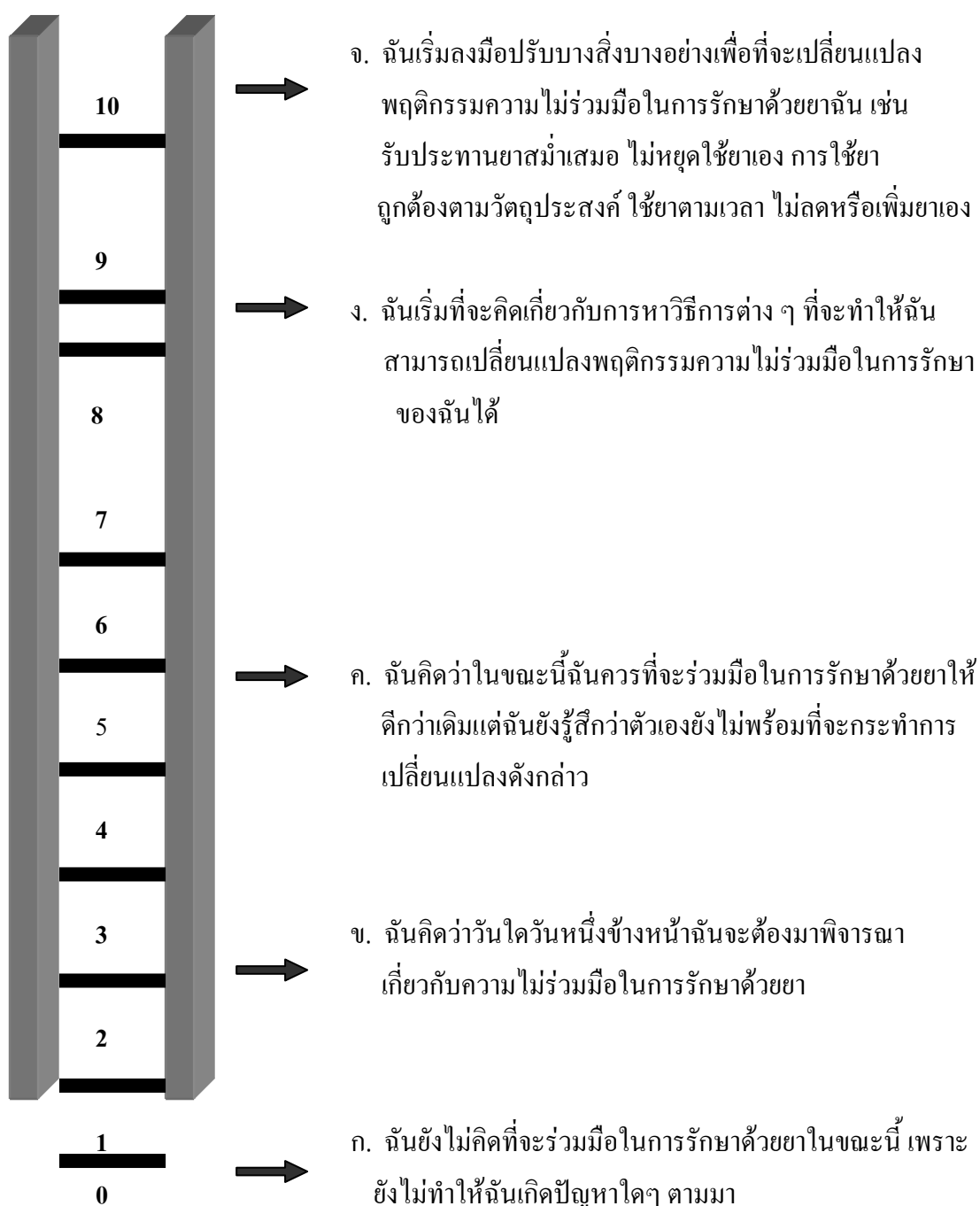
หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง

หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านเป็นประจำทุกวัน

วัน/เดือน/ปี ที่สัมภาษณ์.....

### แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

คำชี้แจง: ในแต่ละขั้นบันไดจะหมายถึงความคิดเห็นของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นความคิดเห็นที่มีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของตนเอง



**แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)**

NO	อาการและอาการแสดง	ว/ด/ป	ว/ด/ป
1	หมกมุ่น กังวล เกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)		
2	อาการวิตกกังวล (Anxiety)		
3	การแยกตัว (Emotional Withdrawal)		
4	ความคิดสับสน (Conceptual Disorganization)		
5	ความรู้สึกผิด (Guilt Feeling)		
6	ความตึงเครียด (Tension)		
7	ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerisms and Posturing)		
8	ความคิดว่าตนมีความพิเศษเกินจริง (Grandiosity)		
9	อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive Mood)		
10	ไม่เป็นมิตร (Hostility)		
11	ระแวง (Suspiciousness)		
12	อาการประสาทหลอน (Hallucinatory Behavior)		
13	การเคลื่อนไหวช้า (Motor Retardation)		
14	การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Uncooperativeness)		
15	เนื้อหาความคิดผิดปกติ หลงผิด (Unusual Thought Content)		
16	การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted Affect)		
17	อาการกระวนกระวาย (Excitement)		
18	ไม่รับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (Disorientation)		
	รวมคะแนน		
	ลายมือชื่อผู้ประเมิน		

**การให้คะแนน**

- 1 = ไม่มีอาการ                      2 = สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้าง แต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ  
 3 = มีอาการเล็กน้อย              4 = มีอาการปานกลาง              5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง  
 6 = มีอาการรุนแรง                  7 = มีอาการรุนแรงมาก

**ความหมายของคะแนน**

- ≤ 18                      หมายถึง อยู่ในเกณฑ์ปกติ  
 19-36                    หมายถึง มีอาการทางจิต  
 37-126                   หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง ต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน



### แบบประเมินอาการทางลบ

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วย มีจำนวน 13 ข้อ มี 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นอาการทางลบที่ประเมินโดยการสังเกตและตอนที่ 2 เป็นอาการทางลบที่ประเมินในการสัมภาษณ์ โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับอาการที่พบในผู้ป่วยในแต่ละข้อ

ไม่มี หมายถึง ไม่ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

มี หมายถึง ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

ข้อความ	ไม่มี	มี
<b>ตอนที่ 1 การสังเกต “ผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้หรือไม่”</b>		
1. สีหน้าเฉยเมย.....	.....	.....
2. ....	.....	.....
3. ....	.....	.....
4. ....	.....	.....
5. ขณะพูดนั่งตัวแข็งทื่อ ไร้ชีวิตชีวา.....	.....	.....
6. ญาติหรือพยาบาลต้องกระตุ้นให้ทำกิจกรรม.....	.....	.....
<b>ตอนที่ 2 การสัมภาษณ์ “ผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้หรือไม่”</b>		
1. บอกความแตกต่างของเด็กกับคนแคระไม่ได้.....	.....	.....
2. ....	.....	.....
3. ....	.....	.....
4. ....	.....	.....
5. ....	.....	.....
6. การโต้ตอบ เป็นแบบถามคำตอบคำ.....	.....	.....
7. นั่งก้มหน้า ไม่สบตาขณะสนทนา.....	.....	.....

## คู่มือ

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา  
ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

## การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

**ระยะที่ 1** ระยะสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย  
**กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ (ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1)

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 10 คน

**ระยะเวลา** 60 นาที

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ศึกษากับสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

1. มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันภายในกลุ่ม
2. สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองได้
3. สามารถบอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอน รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมได้

**สาระสำคัญ**

เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับสมาชิกเป็นรายกลุ่ม เริ่มต้นด้วยการกล่าวต้อนรับ แนะนำตนเอง ให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตัวเอง พูดคุยซักถามเรื่องทั่วไปเพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม ให้ผู้ป่วยเล่าถึงอาการสำคัญ ประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรักษาที่ผ่านมา เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิก

การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการใช้เทคนิค OARS เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยินสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึก นั่นคือคำพูดที่สร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง จะทำให้เกิดการเรียนรู้ มีความตระหนักปัญหา ความตั้งใจที่จะร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการที่สมาชิกเข้าใจวัตถุประสงค์ และรูปแบบของกิจกรรมตรงกันและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันจะช่วยให้เกิดความร่วมมือ และเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

**สื่อการสอน/อุปกรณ์**

1. ใบงานที่ 1 ให้สมาชิกกลุ่มเล่าอาการสำคัญ ประสบการณ์การเจ็บป่วย การรักษาที่ผ่านมา

2. ใบงานที่ 2 แบบบันทึกคำบอกเล่าที่แสดงถึงการมีแรงจูงใจร่วมมือในการรักษาด้วยยา
3. ดินสอ/ปากกา
4. แบบประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change)

#### กิจกรรม ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่

ระยะสร้างสัมพันธภาพ (ใช้เวลา 10 นาที)

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง และให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตัวเอง
2. พุคคุยซักถามทั่วไปเพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลาย สร้างความไว้วางใจและเป็นมิตร
3. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกเกี่ยวกับวัน เดือน ปี
4. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วม

กิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม

5. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถาม ตกลงบริการ

ระยะดำเนินการ (ใช้เวลา 40 นาที)

1. ประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้แบบประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change)

2. ผู้นำกลุ่มค่อยๆ ใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวนเกี่ยวกับสาเหตุการมา รักษาครั้งแรก/ครั้งที่ผ่านมา เพื่อเชื่อมโยงกับอาการสำคัญ ประสบการณ์การเจ็บป่วย และการรักษา ที่ผ่านมา (ใบงานที่ 1)

3. กระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นในประเด็นการรักษาที่ผ่านมา

4. ผู้นำกลุ่มสรุปตามประเด็น เชื่อมโยงสาเหตุ อาการ การรักษา กับคุณภาพชีวิต หรืออาการทางจิตที่ดีเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

5. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกล่าวข้อความจูงใจตนเอง (Self Motivational Statement: SMS) โดยใช้เทคนิค OARS ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความคิด (Reflective listening) และการสรุปความ (Summarization)

6. ให้สมาชิกเขียนบันทึกข้อความจูงใจตนเอง (ใบงานที่ 2) และสะท้อนให้สมาชิกทราบทันที แล้วให้สมาชิกกล่าวข้อความจูงใจอีกครั้งเพื่อยืนยันรับรองในข้อความที่ดึงมา

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (ใช้เวลา 10 นาที)

1. ให้สมาชิกสรุปสิ่งที่พุดคุยวันนี้
2. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุม และสรุปข้อความ SMS ที่ผู้ป่วยกล่าวออกมา
3. เปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึกในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้

4. ประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change)
5. นัดหมายกลุ่มครั้งต่อไป

#### **การประเมินผล**

ประเมินผลกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ จากการสังเกตพฤติกรรมสมาชิกว่า  
ผ่อนคลาย ไม่เคร่งเครียด ความสนใจและตั้งใจของสมาชิก การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น  
แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สมาชิกสามารถพูดคุยเปิดเผยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวรัชณี อุทัยพันธ์ เกิดเมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2517 ที่อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์ เมื่อปีการศึกษา 2548 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี