

ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



นางสาวจิรากร กันทับทิม

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF FAMILY MOTIVATIONAL INTERVENTION ON MEDICATION ADHERENCE OF
PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY

Miss Jirakorn Kuntubtim



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อ
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน
โดย นางสาวจิรากร กันทับทิม
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

จิรากร กันทับทิม : ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (THE EFFECT OF FAMILY MOTIVATIONAL INTERVENTION ON MEDICATION ADHERENCE OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 205 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว และ 2) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำนวน 40 ครอบครัว ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ได้รับการจับคู่ให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันในเรื่องอายุและระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แล้วถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แผนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว 2) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 3) แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา 4) แบบประเมินตนเองของผู้ดูแลเรื่องความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจ และ 5) แบบสังเกตความสามารถของผู้ดูแลในการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยเครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 2, 3 และ 4 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 , .82 และ .81 ตามลำดับ ส่วนเครื่องมือชุดที่ 5 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ .989 มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวดีกว่าก่อนได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5677162736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: FAMILY MOTIVATIONAL INTERVENTION / MEDICATION ADHERENCE / SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY

JIRAKORN KUNTUBTIM: THE EFFECT OF FAMILY MOTIVATIONAL INTERVENTION ON MEDICATION ADHERENCE OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY. ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIT, Ph.D., 205 pp.

The purpose of this pretest-posttest control group quasi-experimental research were to compare: 1) medication adherence of persons with schizophrenia in community before and after received family motivational intervention (FMI), and 2) medication adherence of persons with schizophrenia in community who received FMI and those who received regular nursing care. The sample consisted of 40 family of persons with schizophrenia in community who met the inclusion criteria and received services at the outpatient department in Samchuk Hospital at Suphanburi province. They were matched-pair with age and level of medication adherence of the clients and then randomly assigned to either experimental or control group, 20 subject in each group. The experimental group received the FMI and the control groups received regular nursing care. Research instruments comprised of: 1) FMI 2) The Medication Adherence Scale 3) The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale 4) The Competency of Motivation Interviewing Scale and 5) The Competency of Motivation Interviewing Observational Scale. All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 2nd, 3rd and 4th instrument was reported by Cronbach's Alpha as of .83, .82 and .81, respectively. The reliability of the 5th instrument was reported by Pearson Correlation as of .989. Data were analyzed using descriptive statistics, dependent and independent t-tests.

Major findings were as follows:

1. Medication adherence of persons with schizophrenia in community who received the FMI was significantly better than that before at p. 05.

2. Medication adherence of persons with schizophrenia in community who received the FMI was significantly better than those who received the regular nursing care at p. 05.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2015

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ และทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ ซึ่งกรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษาอันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ อีกทั้งกรุณาตรวจสอบและปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความทุ่มเทและเอาใจใส่ตลอดมา ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธีระ สินเดชารักษ์ กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะพร้อมคำแนะนำอันเป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์และทรงคุณค่ามากยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ในความกรุณาให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาล พระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ คุณสมหมาย ปัสสา และคุณจิราภรณ์ รัตนพิทักษ์ พยาบาลประจำแผนกจิตเวช ที่กรุณาช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสามชุก คุณอำพัน หิรัญอุทก คุณวรางคณา จำปาเงิน และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่กรุณาช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ตลอดจนความเอื้ออาทรและกำลังใจที่มอบให้ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตาเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณสภากาชาดไทยที่มอบทุนในการศึกษาระดับปริญญาโทฉบับนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาลศัลยกรรม หัวหน้าตึกและเจ้าหน้าที่ตึกบรมราชเทวีชั้น 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทยในการสนับสนุนช่วยเหลือ และให้โอกาสผู้วิจัยในการเรียนรู้

ขอขอบพระคุณบิดามารดาผู้ให้กำเนิด ครูอาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชา และกัลยาณมิตรทุกคน คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบแต่บุพการี คณาจารย์ และผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน ขอจงมีกายใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	15
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	15
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	17
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	19
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท	21
2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทย.....	27
3. ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทชุมชน	30
4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	33
5. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interview).....	43
6. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (Family Motivational Intervention).....	50
7. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	53

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	64
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	67
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	67
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	69
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	69
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	71
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	72
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	90
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	119
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	120
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	121
ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง.....	129
ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและ หลังการทดลอง.....	131
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	135
สรุปผลการวิจัย.....	141
อภิปรายผลการวิจัย.....	141
ข้อเสนอแนะ.....	151
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	152
รายการอ้างอิง.....	153
ภาคผนวก.....	174

ภาคผนวก ก	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	175
ภาคผนวก ข	การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา และการตรวจสอบความเที่ยง	177
ภาคผนวก ค	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง).....	183
ภาคผนวก ง	ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และแบบแสดงความ ยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	193
ภาคผนวก จ	ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	197
ภาคผนวก ฉ	จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล	199
ภาคผนวก ช	จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย	202
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์		205



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การประยุกต์ด้วยการการบูรณาการแนวคิดสู่การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดย ครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน	55
ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกัน (Matched Pair) ของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมเป็นรายคู่.....	70
ตารางที่ 3 เกณฑ์การพิจารณาในการแปลผลค่าคะแนนของแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการ เปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A)	84
ตารางที่ 4 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว	94
ตารางที่ 5 ระดับคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษาของผู้ป่วย จิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดย ครอบครัว (n=20)	112
ตารางที่ 6 ระดับคะแนนความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองก่อน และหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (n=20).....	114
ตารางที่ 7 ระดับคะแนนความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแลจากการสังเกตในกลุ่ม ทดลองก่อนและหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (n=20)....	116
ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ และสถานภาพสมรส.....	121
ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการศึกษา และอาชีพ	122
ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต และ ระยะเวลาการรักษาด้วยยาการรักษาอาการทางจิต.....	123
ตารางที่ 11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน	124
ตารางที่ 12 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ และสถานภาพสมรส	125
ตารางที่ 13 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการศึกษา และอาชีพ	126

ตารางที่ 14 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	127
ตารางที่ 15 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และ สถานะทางการเงินของครอบครัว	128
ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามรายได้..	129
ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง	130
ตารางที่ 18 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจโดยครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	131
ตารางที่ 19 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่ม ทดลองและ กลุ่มควบคุม โดยจำแนกรายด้าน.....	132
ตารางที่ 20 การเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยจำแนกรายข้อ.....	133

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	66
ภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงการประยุกต์ด้วยการบูรณาการขั้นตอนตามรูปแบบ FMI ของ Spirito et al. (2011) สู่กระบวนการบำบัดในงานวิจัย	73
ภาพที่ 3 แผนภูมิแสดงการประยุกต์ด้วยการบูรณาการขั้นตอนตามรูปแบบ FMI ของ Smeerdijk et al. (2009, 2011) สู่กระบวนการบำบัดในงานวิจัย	74
ภาพที่ 4 แผนภูมิแสดงสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย.....	118



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบได้มากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชทั้งหมด โดยผู้ป่วยจิตเภททั่วโลกมีจำนวนมากกว่า 21 ล้านคน ซึ่งเป็นเพศชายประมาณ 12 ล้านคน และ เพศหญิงประมาณ 9 ล้านคน (WHO, 2015) ทั้งนี้อุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภทพบประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Sadock and Sadock, 2016) สำหรับในประเทศไทยก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนมากที่สุดเป็นอันดับที่หนึ่งของจำนวนผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมดเช่นเดียวกัน (กรมสุขภาพจิต, 2557) โดยข้อมูลล่าสุดในปี พ.ศ.2556 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทสะสม 388,369 ราย คิดเป็น ร้อยละ 35.01 ของผู้ป่วยโรคจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2556) และข้อมูลในปี พ.ศ.2557 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศจำนวน 214,193 ราย ซึ่งในจำนวนนี้พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุดถึง 82,838 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2557)

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดภาระ โดยอยู่ใน 20 อันดับแรกของโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) (กรมสุขภาพจิต, 2556; WHO, 2012) อีกทั้งส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจและสังคมมากที่สุดเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัญหาด้านการประกอบอาชีพและการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ (Wu et al., 2005) นอกจากนี้พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทมากถึงร้อยละ 50 ที่ได้รับการดูแลอย่างไม่เหมาะสม โดยผู้ป่วยในจำนวนนี้ร้อยละ 90 เป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชน (WHO, 2015) ด้วยเหตุนี้แผนปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลกฉบับล่าสุด (WHO's Mental Health Action Plan 2013 - 2020) จึงสนับสนุนให้มีการมุ่งดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมากขึ้น สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทในไทยซึ่งปัจจุบันมีนโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทอย่างเป็นระบบเพื่อลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยสู่ครอบครัวและชุมชนได้เร็วขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จึงอาศัยและดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชนโดยได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก (กรมสุขภาพจิต, 2554) ดังจะเห็นได้จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศล่าสุดในปี พ.ศ.2557 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในจำนวน 44,556 ราย และแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 82,838 ราย ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกมากกว่าแบบผู้ป่วย

ในถึง 2 เท่า ด้วยเหตุนี้การดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ถึงแม้ว่าการรักษาโรคจิตเภทจะมีหลายวิธีแต่วิธีที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วยจิตเภทได้มากที่สุดคือการรักษาด้วยยา (Kumar and Sedgwick, 2001) เนื่องจากเป็นวิธีที่ช่วยปรับสมดุลของสารชีวเคมีในสมองของผู้ป่วยอันเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคจิตเภท (Horwath and Cournos, 1999) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วจึงจำเป็นต้องรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Kane et al, 2007; Morken, Wigen and Geawe, 2008) แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องยาวนานไปตลอดชีวิต จึงอาจเป็นเหตุให้มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่เบื่อหน่ายและมีปัญหาในการรับประทานยาตามมา โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของต่างประเทศจำนวนมากถึงร้อยละ 50 มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (Lacro et al., 2002) อีกทั้งอัตราการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องภายหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Kane, 1985) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Rusher, Wit and Mazmanian (1997) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องร้อยละ 50 ในปีแรกของการเจ็บป่วยและลดลงเหลือเพียงร้อยละ 15 ในปีถัดไป สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่าภายหลังออกจากโรงพยาบาล 6 และ 18 เดือนจะมีผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 33.4 (Lieberman et al., 2005) และร้อยละ 74 (Kamali et al., 2006) ตามลำดับที่ไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งปัญหาการไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษานี้พบในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทยเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของพรทิพย์ คงสตัย และสวัสดี เทียงธรรม (2551) พบว่าขณะอยู่ที่บ้านและดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนนั้นมีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากถึงร้อยละ 46.2 ที่ไม่รับประทานยา นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทมากถึงร้อยละ 80 ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) และร้อยละ 72.4 มีระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ไม่ดี (วรารณณ์ พัฒนเวศน์, 2550)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Medication Adherence) หมายถึงการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดขึ้นด้วยความเต็มใจอันเนื่องจากการตัดสินใจร่วมกันในแนวทางการรักษาระหว่างผู้ป่วยจิตเภท แพทย์ และบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยา (Barofsky, 1978, cited in Acosta et al., 2012) ทั้งนี้แนวคิดของ Farragher (1999) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาว่าประกอบด้วย 2 ด้าน คือ 1) การใช้ยาตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้องซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ และ 2)

ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาได้อย่างถูกต้อง

ปัญหาการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อให้เกิดผลกระทบตามมาหลายประการ ทั้งผลกระทบที่เกิดกับตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ ทำให้เกิดอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้สูงมากขึ้น (Hawton et al., 2005) มีแนวโน้มการพยากรณ์โรคไม่ดี (Tacchi and Scott, 2005) ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน (Leucht and Heres, 2006) การทำบทบาทหน้าที่ในด้านต่างๆ บกพร่อง เช่น การประกอบอาชีพ (Lacro et al., 2002; Robinson et al., 1999) และเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดและการดื่มสุราเพิ่มขึ้น (Ascher-Svanum et al., 2006) อีกทั้งส่งผลกระทบทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มสูงขึ้น จนเป็นภาระทั้งต่อครอบครัวและประเทศชาติ (Gilmer et al., 2004; Thieda et al., 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ Byerly, Nakonezny and Lescouflair (2007) ที่พบว่างบประมาณเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นจะสูญเสียไปกับผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการขาดยาสูงถึงร้อยละ 40

นอกจากผลกระทบดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผลกระทบที่มีความสำคัญและพบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยจิตเภทชุมชนซึ่งมีปัญหการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาคือการกลับเป็นซ้ำ (จุฬาลักษณ์ ชำของ , จินตนา ยูนิพันธ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2551; Farragher, 1999; Kazadi, Moosa and Jeenah, 2008) เนื่องจากการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษานั้นจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง (Ascher-Svanum et al., 2006; Kane, 2007) หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากขึ้น (เวนิช บุราชรินทร์ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ, 2554; Ascher-Svanum et al., 2006) จนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้ และต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ โดยอัตราการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วย จิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น ภายหลังผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งแรก โดยเพิ่มเป็น 2 เท่าภายใน 2 ปี (Marland and Cash, 2001) และเพิ่มเป็น 5 เท่าหรือ ร้อยละ 81.9 ภายใน 5 ปี (Linden et al., 2001) ทั้งนี้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทยก็พบอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 50 – 75 (Maneesakorn et al., 2007) นำไปสู่การเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ (อเนก สุภีรนนท์, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และบุพผาวรรณ พัวพันประเสริฐ, 2550) ดังนั้นการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา จำแนกเป็น 4 ด้าน (Acosta et al., 2012; Fleischhacker, Oehl, and

Hummer, 2003) คือ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ขาดความรู้เรื่องการรักษาโรคจิตเภท (Freudenreich and Cather, 2012) มีทัศนคติด้านลบต่อการรักษาด้วยยา (Brain et al., 2013) ผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติดต่างๆ ร่วมด้วย การติดตามรักษาอย่างไม่ต่อเนื่อง (เช่น ผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ ตามนัด) และมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องต่อการเจ็บป่วยของตน (เช่น เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากเวรกรรมที่พระเจ้ากำหนด) (Higashi et al., 2013) รวมทั้งระยะเวลาการรักษาโรคจิตเภทที่ยาวนานทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายต่อการรับประทานยา (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549; Razali and Yahya, 1995) นอกจากนี้มีการศึกษาจำนวนมากที่มีผลการศึกษาสอดคล้องกันและสนับสนุนว่าการขาดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีความสำคัญมากต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545; Oehl, Hummer and Fleischhacker, 2000; Suttajit and Pilakanta, 2010; Tattan and Creed, 2001; Velligan et al., 2009) 2) ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ผู้ป่วยทนต่อผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตเภทไม่ได้ (DiBonaventura et al., 2012; Perkins et al., 2008) จำนวนยาที่ได้รับมีปริมาณมากและมีความถี่ในการรับประทานยาบ่อยครั้ง (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549) 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว (Higashi et al., 2013) รวมทั้งการขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549; อรวรรณ ช้องต้อ, 2550; Higashi et al., 2013) โดยเฉพาะการที่ผู้ดูแลไม่มีความสามารถในการให้คำแนะนำต่างๆ และการกระตุ้นเตือนที่ดีให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยา (Haddad, Brain, and Scott, 2014) และที่สำคัญคือการที่ผู้ดูแลขาดทักษะในการทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Smeerdijk et al., 2009) ตลอดจนขาดการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากสังคม (Hudson, Owen and Thrush, 2004) และ 4) ปัจจัยด้านทรมาน คือ สัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยและทรมาน ได้แก่ พยาบาล แพทย์ และเภสัชกรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545; Higashi et al., 2013)

แม้จะพบว่ามีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดปัญหาการใช้ยาอย่างไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาตามที่กล่าวข้างต้น แต่พบว่าปัจจัยด้านผู้ป่วยเป็นสาเหตุสำคัญที่สุด (Haddad, Brain, and Scott, 2014) โดยจากการศึกษาของ Rusher, Wit and Mazmanian (1997) พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องที่เกิดขึ้นบ่อย คือ ความเบื่อหน่ายต่อการรักษาที่ยาวนาน ตลอดจนความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของยาที่ได้รับทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษาด้วยยา อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักคิดว่าตนเองหายดีแล้วจึงไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาอีกต่อไป และจากการศึกษาของ Suttajit and Pilakanta (2010) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักล้มรับประทานยาเนื่องจากรู้สึกว่าเป็นภาระ และไม่อยากเป็นผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยาตลอดไป ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดแรงจูงใจในการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาจนทำให้เกิดการป่วยซ้ำ

บ่อยครั้ง (Baker, 1995) อีกทั้งเมื่อพิจารณาถึงลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะอาการหลงเหลืออยู่หลังจากได้รับการบำบัดรักษาแล้ว ซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ เช่น หลงผิด ประสาทหลอน โดยในระยะนี้พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการทางบวกลดลงแต่จะมีอาการทางลบเด่นมากกว่า (Johnson, 1993; Taylor, 1994) ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาในต่างประเทศของ Hafner et al. (1999) และ Robert (2007) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกนั้นจะมีอาการทางลบสูงถึงร้อยละ 30 - 50 สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยของเวนิช บุราชรินทร์ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ (2554) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทซึ่งรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีอาการทางลบประมาณร้อยละ 31.5 ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่าลักษณะเด่นที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่มีอาการทางลบคือการขาดแรงจูงใจ (Faerden et al., 2010; Nakagami et al., 2008) ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความสนใจในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ รวมถึงการดูแลตนเอง (Barch et al., 2008; Foussias et al., 2011; Yamada et al., 2010) สอดคล้องกับผลงานวิจัยจำนวนมากซึ่งสนับสนุนว่าการขาดแรงจูงใจเป็นสาเหตุหลักสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นตามเกณฑ์การรักษา (Fleischhacker, Oehl and Hummer, 2003; Julius, Novitsky and Dubin, 2009; Kaplan and Sadock, 1995; Velligan et al., 2009; Williams et al., 1998)

นอกจากปัจจัยเรื่องการขาดแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทแล้วยังพบว่าครอบครัวเป็นอีกปัจจัยหลักสำคัญที่ส่งผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีเครือข่ายทางสังคมน้อย โดยส่วนใหญ่จะดำเนินชีวิตอยู่ภายในบ้านของตนเองเท่านั้น (ขวัญสุตา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุขไชโตะ และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2556) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจึงมีความจำเป็นต้องพึ่งพาและมีความผูกพันกับครอบครัวมาก (นภาพรณ พึ่งเกษสุนทร และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ครอบครัวจึงมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Hou et al., 2008) และมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเภท (อุมาพร ตรีศมบดี, 2554) โดยเฉพาะการดูแลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ (แววดาว วงศ์สุรประภิต, 2549) สอดคล้องกับงานวิจัยจำนวนมากที่พบว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้วยการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในลักษณะต่างๆ เช่น การให้คำแนะนำต่างๆ แก่ผู้ป่วย การกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ช่วยตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย (Haddad, Brain, and Scott, 2014; Novick et al., 2010) และที่สำคัญคือการใช้ทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (Smeerdijk et al., 2009)

จากความสำคัญของปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทนั้นพบว่าที่ผ่านมาวิธีบำบัดรักษาซึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ

รักษาอยู่หลายวิธี ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interview) ตามแนวคิดของ Miller and Rollnick (1991, 2002) เป็นรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิผลในการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ (Drymaski and Campbell, 2009; Thornicroft and Susser, 2001) เนื่องจากการบำบัดที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ (Anstiss, 2009) และเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสร้างเป้าหมายต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (McMurrin, 2009) จนสามารถปรับเปลี่ยนให้ตนเองมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดีมากขึ้น (Barkhof et al., 2012; Freudenreich and Cather, 2012) อย่างไรก็ตามการบำบัดเฉพาะในผู้ป่วยอย่างเดียวพบว่าอาจมีประสิทธิผลเพียงช่วงสั้นๆ ในระหว่างหรือหลังการบำบัดใหม่ๆ เท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่ขาดแรงจูงใจในตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยาเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว (Fleischhacker, Oehl and Hummer, 2003; Julius, Novitsky and Dubin, 2009; Velligan et al., 2009) แต่หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวอย่างต่อเนื่องย่อมส่งผลต่อความคงอยู่ของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ดีกว่าเนื่องจากครอบครัวเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดีขึ้น รวมถึงการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดังที่กล่าวข้างต้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554; Novick et al., 2010; Thornicroft and Susser, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยแบบอภิมาน (Meta-analysis) ของ Nose et al. (2003) พบว่าการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมนั้นจะมีประสิทธิผลในการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งยังสามารถทำให้พฤติกรรมคงอยู่ได้อย่างถาวรและยั่งยืน

ข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น ด้วยเหตุนี้ในระยะต่อมาจึงมีการพัฒนาการบำบัดที่เรียกว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (Family Motivational Intervention; FMI) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (1991, 2002) โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมสำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลเกิดแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาไปเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้มีการศึกษาที่สนับสนุนประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (FMI) ได้แก่ การศึกษาของ Spirito et al. (2011) ได้พัฒนารูปแบบการบำบัด FMI โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่วัยรุ่นที่ติดยา และให้ครอบครัวติดตามพฤติกรรมการติดยาของวัยรุ่น ซึ่งพบว่าสามารถทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการติดยาลดลง และการศึกษาของ Smeerdijk et al. (2009, 2011) ได้พัฒนาโดยนำรูปแบบการบำบัด FMI มาใช้กับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทด้วยการให้ความรู้และฝึกทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทโรคร่วมกัญชาเพื่อนำไปดูแลผู้ป่วย และพบว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทโรคร่วมกัญชามีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การเสพยาลดลง

ได้ ซึ่งผลการศึกษาทั้งสองเรื่องข้างต้นแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (Family Motivational Intervention_FMI) ที่สามารถทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาไปเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนจากครอบครัวผ่านกระบวนการสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ส่งผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่ขั้นลงมือกระทำการ (Action) ตลอดจนขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) รวมทั้งลดการกลับไปมีพฤติกรรมเดิมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำได้ (Relapse)

สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาวิจัยที่นำแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (1991, 2002) มาใช้ในผู้ป่วยจิตเภทและพบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การศึกษาของจันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ สุกฤติยา กุลศรี และวัฒนาภรณ์ พิบูลย์อลักษณ์ (2556) ที่ศึกษาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในผู้ป่วยจิตเภทแบบผู้ป่วยใน และการศึกษาของรัชณี อุทัยพันธ์ และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (2556) ที่ทำการศึกษการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในผู้ป่วยจิตเภทชุมชน แต่ทั้งนี้ยังไม่พบว่ามีผลการนำการบำบัดที่มุ่งสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (FMI) มาใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนในประเทศไทย ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจพัฒนาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวตามแนวคิดการบำบัด Family Motivational Intervention (FMI) โดยประยุกต์ด้วยการบูรณาการจากขั้นตอน FMI ในการศึกษาของ Spirito et al. (2011) และ Smeerdijk et al. (2009, 2011) เพื่อนำมาใช้ในการบำบัดให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีความต่อเนื่องและยั่งยืน อีกทั้งเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย อันจะนำไปสู่การลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ มีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูง ซึ่งในประเทศไทยพบสูงถึงร้อยละ 50 – 75 (Maneesakorn et al., 2007) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้ โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Farragher, 1999; Kazadi, Moosa and Jeenah, 2008) ซึ่งพบผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูงถึงร้อยละ 50 ที่ไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Gray, Wykes and Gournay, 2002; Lacro et al., 2002) ทั้งนี้พบว่าปัจจัยสำคัญมาจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนขาดแรงจูงใจในการรับประทานยา (Fleischhacker, Oehl and Hummer, 2003; Julius, Novitsky and Dubin, 2009; Velligan et al., 2009) และขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวในการดูแล และสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง (อรรวรรณ ช้องต้อ, 2550; Higashi et al., 2013) ทั้งนี้ที่ผ่านมาในประเทศไทยมีการศึกษาที่นำแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) มาใช้บำบัดกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทแล้วพบว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, สุกฤติยา กุลศรี และวัฒนาภรณ์ พิบูลย์อาลักษณ์, 2556; รัชนี อุทัยพันธ์ และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 2556) แต่พบว่าเป็นเพียงการบำบัดที่มุ่งเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้นซึ่งยังไม่พบว่ามี การนำการบำบัดด้วยการสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (FMI) มาใช้บำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างยั่งยืน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (Family Motivational Intervention; FMI) มีประสิทธิภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Smeerdijk et al., 2009, 2011; Spirito et al., 2011) จากการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์รวมถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยการมุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมที่สำคัญในการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วย

จากเหตุผลข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างถูกต้องต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยประยุกต์จากรูปแบบการบำบัด Family Motivational Intervention (FMI) ซึ่งมีพื้นฐานจากแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (1991, 2002) ด้วยการบูรณาการขั้นตอนการบำบัดของนักวิชาการ 2 ท่านที่กล่าวถึงแนวคิด FMI คือ Spirito et al. (2011) และ Smeerdijk et al. (2009, 2011) โดยเน้นการเสริมสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้สำคัญที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย การเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจนไปสู่ขั้นลงมือทำ (Action) รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม มีการพัฒนาทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น และส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทคงไว้ซึ่งระดับของแรงจูงใจขั้นลงมือทำ (Action) ได้อย่างต่อเนื่องจนไปสู่ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) อีกทั้งช่วยลดการกลับไปมีพฤติกรรมเดิมซ้ำ (Relapse) ได้ด้วย

โดยรูปแบบการบำบัด FMI ของ Spirito et al. (2011) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย (Individual Motivational Interview) และ 2) การติดตามโดยครอบครัว (Family Check-Up; FCU) ประกอบด้วย การประเมินหน้าที่ครอบครัว (Family Assessment Task) และการประเมินผลย้อนกลับ (Feedback) เพื่อทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง และปรับบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาได้สำเร็จ ส่วนรูปแบบการบำบัด FMI ของ Smeerdijk et al. (2009, 2011) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) 2) การพัฒนาทักษะการปฏิสัมพันธ์ (Interaction Skill Training) และ 3) การพัฒนาทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ดูแล (Family Motivation Interview Training)

เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวว่าเป็นการบำบัดสำหรับกลุ่มครอบครัวของบุคคลที่มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ดีขึ้น โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่บุคคล การฝึกทักษะเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ครอบครัวในการนำไปดูแลบุคคลที่มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ การค้นหาปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการแก้ไขร่วมกัน และการติดตามประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยครอบครัว ซึ่งนิยามข้างต้นนี้เกิดจากการสรุปความหมายจากรูปแบบ FMI ของ Spirito et al. (2011) และ Smeerdijk et al. (2009, 2011) ดังนั้น แนวทางการบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใช้ใน

การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการบูรณาการด้วยการประยุกต์ขั้นตอนจากการศึกษาทั้งสองเรื่องดังกล่าว โดยนำขั้นตอนจากรูปแบบ FMI ของ Spirito et al. (2011) ทั้ง 2 ขั้นตอนมาเป็นหลัก แล้วผสมผสานบางขั้นตอนของ Smeerdijk et al. (2009, 2011) เข้าไป ดังนี้ ในขั้นตอนที่ 1 ซึ่งเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย (Individual Motivational Interview) นั้น ได้นำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) มาใช้ในการออกแบบกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนที่จะดำเนินกิจกรรมการบำบัด โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาด้วยตนเอง ส่วนในขั้นตอนที่ 2 เกี่ยวกับการติดตามโดยครอบครัว (Family Check-Up; FCU) ซึ่งเดิมนั้น Spirito et al. (2011) จะเน้นเฉพาะการนำครอบครัวเข้ามาร่วมในกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการติดตามประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นระยะๆ พร้อมทั้งค้นหาปัญหาอุปสรรค และปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น โดยยังไม่ได้มีการส่งเสริมให้ครอบครัวเกิดทักษะในการสร้างปฏิสัมพันธ์ และทักษะการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาให้ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ดังนั้น ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจึงนำขั้นตอนที่ 2 และ 3 ของ Smeerdijk et al. (2009, 2011) มาบูรณาการไว้ ทั้งนี้เพื่อพัฒนาศักยภาพให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในด้านต่างๆ อันจะส่งผลต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาให้ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาไปพร้อมกัน ได้แก่ การประเมินการทำบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภท การสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้อง และการติดตามผลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง ในการใช้ทักษะเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแลซึ่งสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงเนื้อหาในการบำบัดให้สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้ตรงกับกรแก้ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งรูปแบบการบำบัดที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้จะช่วยให้สามารถแก้ไขปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมที่ไม่ใช้ยาตามเกณฑ์รักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ กล่าวคือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่งเสริมการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัว และทีมสุขภาพ รวมทั้งทำให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในการใช้ยาเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยการบำบัดนี้ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดำเนินการในรูปแบบกลุ่มกลุ่มละ 3 - 5 ครอบครัว จำนวน 5 กลุ่ม เนื่องจากการสนับสนุนกันภายในกลุ่มจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เร็วขึ้น (Santa, Wulfert and Nietert, 2007; Stauder,

2012) โดยใช้เวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ซึ่งการดำเนินการในภาพรวมจะสามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีขึ้นจากระยะเพิกเฉยไปสู่ระยะลงมือปฏิบัติได้ อีกทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การให้ความรู้และการสร้างความตระหนักต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาจากขั้นเพิกเฉยต่อปัญหา (Pre-contemplation) ไปสู่ขั้นลังเลใจในการเปลี่ยนแปลง (Contemplation) รวมทั้งเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการยอมรับต่อปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยและให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา ความสำคัญของการรักษาด้วยยา พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการเรียนรู้พฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง รวมทั้งขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ทั้งนี้จากการศึกษาของ Higashi et al. (2013) พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทแก่ผู้ป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pitschel-Walz et al. (2006) ที่กล่าวว่า การให้ความรู้จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น จนทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นอย่างชัดเจน เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Addington, Mc-Cleery and Addington, 2005) อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลลดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแลผู้ป่วย และยอมรับในการทำบทบาทหน้าที่ของตนเอง (จิราพร รักการ, 2549) ตลอดจนทำให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักในการทำหน้าที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดี (สมลักษณ์ เขียวสด, 2550; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ผู้ดูแลจึงสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีมากขึ้นจากการที่มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (Dixon et al., 2001) นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และเรื่องต่างๆที่จำเป็นจะส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากมีความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น (Razali and Yayah, 1995) โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลกระทบจากการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่รุนแรงและใกล้ตัว และสนับสนุนให้ผู้ดูแลให้ข้อมูลจากผลกระทบที่เกิดขึ้นเพิ่มเติม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักต่อปัญหาการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองจากขั้นเพิกเฉยต่อปัญหาเป็นขั้นลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองไปในทางที่ดีขึ้น และเกิดข้อความจูงใจตนเองซึ่งเป็นสิ่งสะท้อนความคิดของผู้ป่วย (Self Motivational Statement : SMS) โดยผู้บำบัดจะใช้เทคนิค DARES ประกอบด้วย การทำให้เห็นช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับปัจจุบัน (Develop discrepancy : D) หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (Avoid argumentation : A) หมุนตาม

แรงต้าน (Roll with resistance : R) แสดงความเห็นอกเห็นใจ (Express empathy : E) รวมทั้งส่งเสริมศักยภาพที่ผู้ป่วยมีอยู่ (Support self-efficacy : S) และเทคนิค OARS ประกอบด้วย การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning : O) ขึ้นชมยืนยันรับรอง (Affirmation : A) ฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening : R) และการสรุปความ (Summarization : S) (Miller and Rollnick, 2007)

กิจกรรมครั้งที่ 2 การสร้างแนวทางในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของครอบครัว กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้ยาอย่างมุ่งมั่นจากขั้นลังเลใจ (Contemplation) ไปสู่ขั้นตัดสินใจ (Determination) และขั้นลงมือทำ (Action) โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยานี้ขึ้นอยู่กับผู้ดูแล (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553; Miller and Rollnick, 2002) และเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลยอมรับต่อบทบาทหน้าที่ในครอบครัวซึ่งกันและกัน และมีทัศนคติที่ดีต่อการร่วมมือกันเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ช่วยลดความขัดแย้งและส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันภายในครอบครัว (Meijel et al., 2009; Smeerdijk et al., 2011; Spirito et al., 2011) ซึ่งถือเป็นการจัดการกับปัจจัยด้านครอบครัวที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ (Fleischhacker, Oehl and Hummer, 2003; Hagishi et al., 2013) โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ร่วมกันค้นหาสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา และให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลประกาศคำมั่นสัญญาในการร่วมมือกันเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดใช้เทคนิค DARES อีกทั้งร่วมกันสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติจริงได้ทันที ตลอดจนทบทวนการรับประทานยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา และฝึกทักษะการจัดยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีแรงจูงใจที่จะลงมือทำ และภาคภูมิใจในการรับรู้ความสามารถของตนเอง (ณัฐิกา ราชบุตร และคณะ, 2550) อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในการรับประทานยาได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีมากขึ้น (Novick et al., 2010) โดยกิจกรรมนี้ผู้บำบัดจะใช้เทคนิค FRAMES ประกอบด้วย การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback : F) เน้นความรับผิดชอบ (Responsibility : R) การแนะนำ (Advice : A) ให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu : M) แสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy : E) และส่งเสริมศักยภาพที่ผู้ป่วยมีอยู่ (Self-efficacy : S) ตลอดจนมีการประเมินหน้าที่ครอบครัว (Family Assessment Task) ในการปรับเปลี่ยนหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว โดยสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในครอบครัวซึ่งกันและกันอย่างถ้อยทีถ้อยอาศัย เพื่อค้นหาแนวทางในการสร้างจุดแข็งให้กับตนเอง และร่วมกันกำหนดเป้าหมายของครอบครัวในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้สำเร็จ

กิจกรรมครั้งที่ 3 การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภทและพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการประเมินและตอบสนองต่อขั้นตอนของแรงจูงใจ

กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลที่เหมาะสมส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทได้ และสามารถให้การดูแลเพื่อตอบสนองผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการรักษาระดับของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยให้คงอยู่ในขั้นลงมือทำ (Action) และส่งเสริมให้ไปสู่ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยลดการกลับไปมีพฤติกรรมเดิมซ้ำ (Relapse) จากการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลอย่างเหมาะสม (Smeerdijk et al., 2009) ในกิจกรรมนี้ ประกอบด้วย การติดตามประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท และวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ร่วมกับผู้ดูแล พร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองได้อย่างต่อเนื่องจากการได้รับการดูแลจากครอบครัวอย่างเหมาะสม (Spirito et al., 2011) อีกทั้งมีการแนะนำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการเสริมสร้างแรงจูงใจ การแนะนำวิธีการสังเกตข้อความที่จูงใจตนเองของผู้ป่วย การแนะนำและฝึกทักษะของผู้ดูแลในการประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามทฤษฎีของ Prochaska and Diclemente (1986) และการตอบสนองให้เหมาะสมกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมครั้งที่ 4 การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภทและพัฒนาทักษะการใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแล

กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเช่นเดียวกับกิจกรรมที่ 3 แต่มีการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถใช้ทักษะในการเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Keet et al., 2006; Smeerdijk et al., 2012) ในกิจกรรมนี้ ประกอบด้วย การติดตามประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท และวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ร่วมกับผู้ดูแล พร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางในการดูแลที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองได้อย่างต่อเนื่องจากการได้รับการดูแลจากครอบครัวอย่างเหมาะสม (Spirito et al., 2011) อีกทั้งมีการพัฒนาให้ผู้ดูแลเกิดความรู้เกี่ยวกับหลักสำคัญในการเสริมสร้างแรงจูงใจ และเกิดทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นการสื่อสารแบบมีทิศทางที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Miller and Rollnick, 2002) และสามารถนำทักษะไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ทั้งนี้ประกอบด้วย การแนะนำหลักสำคัญของการเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ดูแล

ได้แก่ DARES และเทคนิคพื้นฐานในการเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ FRAMES ตลอดจนแนะนำและฝึกทักษะเทคนิคการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ดูแล ได้แก่ OARS

กิจกรรมครั้งที่ 5 การติดตามผลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภทโดยครอบครัว และสรุปการบำบัด กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพจากการได้ปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยภายใต้การแนะนำของผู้บำบัด (Keet et al., 2006; Smeerdijk et al., 2009) อีกทั้งมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำเทคนิคในการเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองเมื่อดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างยั่งยืน รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยคงมีระดับของแรงจูงใจอยู่ในขั้นลงมือทำ (Action) และไปสู่ขั้นปฏิบัติจนเป็นนิสัย (Maintenance) และช่วยป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมเดิมซ้ำได้ (Relapse) (Smeerdijk et al., 2009) ในกิจกรรมนี้ประกอบด้วย การติดตามประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ผู้ดูแลเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยเพื่อประเมินและตอบสนองต่อขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมทั้งร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคต่างๆ และวางแผนแนวทางการแก้ไขอย่างเหมาะสม โดยผู้ดูแลประยุกต์ใช้หลักการและเทคนิคต่างๆของการเสริมสร้างแรงจูงใจที่ได้เรียนรู้อีก นอกจากนี้มีการสรุปสาระสำคัญจากการบำบัดทั้งหมดเพื่อให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (Family Motivational Intervention_FMI) ซึ่งเป็นการประยุกต์ด้วยการบูรณาการขั้นตอนการบำบัดจาก 2 รูปแบบตามแนวคิดของ Spirito et al. (2011) และ Smeerdijk et al. (2009, 2011) ทั้ง 5 กิจกรรมนี้จะช่วยเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวดีกว่าก่อนได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม โดยวัดผลสองครั้ง ได้แก่ ก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากร คือ ครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) แต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชนของรัฐ และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวมทั้งหมดครอบครัวละ 2 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD -10) แต่ละครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวมทั้งหมดครอบครัวละ 2 คน จำนวน 40 ครอบครัว

ตัวแปรต้น คือ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ครอบครัวที่มีผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD - 10) และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชนของรัฐ โดยในการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการกับตัวแทนของครอบครัวจำนวน 2 คน อันประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และผู้ดูแลในครอบครัว ดังนี้

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ซึ่งเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนของรัฐ ที่มีอายุ 20 – 59 ปี ทั้งเพศหญิงและ เพศชาย โดยเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำสุดถึงปานกลาง ซึ่งประเมินจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้คะแนน 1.00 – 3.49 คะแนน

ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง บุคคลซึ่งมีความสัมพันธ์กันในครอบครัว และ/หรือ เกี่ยวข้องกันทางสายโลหิตกับผู้ป่วย ได้แก่ บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร

เพียงคนเดียวคนหนึ่ง หรือสมาชิกในครอบครัว ซึ่งทำหน้าที่หลักเพื่อดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอโดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนในการดูแลเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป ที่มีอายุ 20 – 59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรับประทานยา รักษาอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดขึ้นด้วยความเต็มใจอันเนื่องจากการตัดสินใจร่วมกันในแนวทางการรักษาระหว่างผู้ป่วยจิตเภท พยาบาล แพทย์ และเภสัชกรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของ Farragher (1999) ที่พัฒนาโดยสรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้ 1) การใช้ยาตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้องซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ 2) ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษา อาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาได้อย่างถูกต้อง

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมการบำบัดอย่างมีแบบแผนแก่ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยแต่ละครอบครัวประกอบด้วยสมาชิกจำนวน 2 คน ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และผู้ดูแลในครอบครัว พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ด้วยการบูรณาการขั้นตอนจากรูปแบบ FMI ของ Spirito et al. (2011) และ Smeerdijk et al. (2009, 2011) ซึ่งมีพื้นฐานจากแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (1991, 2002) โดยให้มีเนื้อหาครอบคลุมการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยมีการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 5 กลุ่ม กลุ่มละ 3 - 5 ครอบครัว ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ โดยภายหลังการบำบัดแต่ละครั้งจะมีการมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยจิตเภทบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองตามเกณฑ์การรักษา และให้ผู้ดูแลบันทึกการใช้ทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน ในแต่ละกิจกรรมมีดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้และการสร้างความตระหนักต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง กิจกรรมที่มีผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรม ในการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย (Individual Motivational Interview) โดยผู้บำบัดจะใช้เทคนิค DARES และ OARS

กิจกรรมครั้งที่ 2 การสร้างแนวทางในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง กิจกรรมที่มีผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรม ใน

การเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย (Individual Motivational Interview) รวมทั้งทบทวนการรับประทานยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา และฝึกทักษะการจัดการจัดยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยผู้บำบัดใช้เทคนิค DARES และ FRAMES และมีการประเมินหน้าที่ครอบครัว (Family Assessment Task)

กิจกรรมที่ 3 การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วย จิตเภทและพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการประเมินและตอบสนองต่อขั้นตอนของแรงจูงใจ หมายถึง กิจกรรมที่มีผู้ดูแลในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรม ในการติดตามประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (Feedback) และพัฒนาทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ดูแล (Motivational Interviewing Training) ในเรื่องของการประเมินและตอบสนองต่อขั้นตอนของแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 4 การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วย จิตเภทและพัฒนาทักษะการใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแล หมายถึง กิจกรรมที่มีผู้ดูแลในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรม ในการติดตามประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (Feedback) และพัฒนาทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ดูแล (Motivational Interviewing Training) ในเรื่องของการใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจต่างๆ

กิจกรรมที่ 5 การติดตามผลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภทโดยครอบครัว และสรุปการบำบัด หมายถึง กิจกรรมที่มีผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรม ในการติดตามประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (Feedback) สรุปทบทวนการบำบัด และยุติการทำกลุ่มการบำบัด

การพยาบาลปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัวจะได้รับเมื่อมารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ตามที่แพทย์นัด ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ การสอบถามข้อมูล การเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำแนะนำการดูแลตนเอง และการให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย รวมถึงการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อสร้างองค์ความรู้ และนวัตกรรมทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้เกิดรูปแบบการบำบัดที่สามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Nursing Practice : EBNP) ในการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนจากกระบวนการให้ครอบครัวเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง

2. เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการเกี่ยวกับการแก้ไขและป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยการเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้นานมากขึ้นและป้องกันการป่วยซ้ำ
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา “ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อใช้ประกอบการวิจัย โดยสรุปสาระสำคัญเป็นหัวข้อได้ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคจิตเภท
 - 1.3 อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท
 - 1.4 การดำเนินโรคจิตเภท
 - 1.5 การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย
 - 1.6 การบำบัดรักษาโรคจิตเภท
 - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทย
 - 2.1 สภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว
 - 3.2 บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
4. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
 - 4.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 - 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 - 4.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 - 4.4 ผลกระทบจากพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 - 4.5 แนวคิดและการบำบัดต่างๆ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
 - 4.6 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

5. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interview)

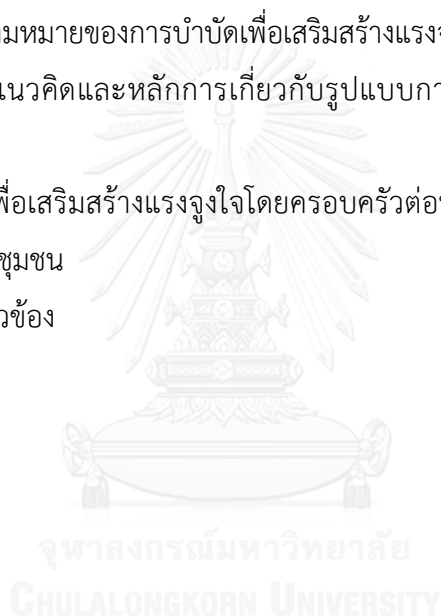
- 5.1 ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจ
- 5.2 แนวคิดพื้นฐานของการเสริมสร้างแรงจูงใจ
- 5.3 หลักการพื้นฐานของการเสริมสร้างแรงจูงใจ
- 5.4 เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจ
- 5.5 แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- 5.6 ประเภทและรูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

6. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (Family Motivational Intervention)

- 6.1 ความหมายของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว
- 6.2 แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

7. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมาย

World Health Organization (1992) กล่าวไว้ในเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (The International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem 10th Revision : ICD-10) ว่าโรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ ความคิด การรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ มีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม มีสติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาว์ปัญญาดีถึงแม้ว่าจะสูญเสียการรับรู้

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน กล่าวไว้ในเกณฑ์การจำแนกโรคของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition : DSM-V (2013) ว่าโรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีลักษณะของอาการความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การพูด พฤติกรรม และอาการอื่นๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคม และการประกอบอาชีพ โดยมีอาการติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน และรวมทั้งมีอาการกำเริบรุนแรงอย่างน้อย 1 เดือน

พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์ (2552) กล่าวว่า โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติที่มีอาการหลายด้าน ทั้งความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัสและพฤติกรรม โดยมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยนานมากกว่า 6 เดือนและไม่มีอาการด้านอารมณ์ที่เด่นชัด

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติของความคิดซึ่งเป็นลักษณะเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยไม่มีอาการทางกายหรือการสูญเสียการทำงานของสมองส่วนใดมาเกี่ยวข้อง

จากนิยามดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ การพูด และพฤติกรรม ซึ่งเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ความผิดปกติดังกล่าวไม่มีสาเหตุจากโรคทางกายและสมอง

1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคจิตเภท

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเกิดโรคจิตเภท แต่พบปัจจัยที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ดังนี้ (Kaplan and Sadock, 1998)

1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factor) ได้แก่

1.2.1.1 พันธุกรรม (Genetic factor) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติของสารพันธุกรรมโดยพบว่าโครโมโซม X, 22q11, 1q42/11q14 ของผู้ป่วยจิตเภทผิดปกติซึ่งสามารถถ่ายทอดผ่านทางพันธุกรรมได้ (พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552)

1.2.1.2 สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factor) ตามสมมุติฐาน โดปามีน (dopamine hypothesis) เชื่อว่าโรคนี้อาจเกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ post-synaptic receptor (D_2 receptor) (นันทวัช สิริธีร์รักษ์ และคณะ, 2558) นอกจากนี้ยังสันนิษฐานว่าเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทอื่น ได้แก่ Serotonin Norepinephrine Glutamate รวมทั้ง Acetylcholine และ Nicotine (Sadock and Sadock, 2016)

1.2.1.3 ด้านกายวิภาคของสมอง (Anatomy of brain) พบความผิดปกติของสมองในส่วน Ventricular มีขนาดใหญ่ขึ้นทำให้ปริมาณและส่วนประกอบของสมองส่วนอื่นๆ เล็กลง โดยเฉพาะ limbic และ thalamus (Sadock and Sadock, 2016) อีกทั้งมีการทำงานของกระแสไฟฟ้าในสมองลดลง และ Limbic system ผิดปกติ (Antonova et al., 2004)

1.2.1.4 ด้านประสาทสรีรวิทยา (Neurophysiology) พบว่ามีเลือดไปเลี้ยงสมองส่วน cerebral ลดลง และมี Glucose metabolism บริเวณสมองส่วน Frontal ในส่วน prefrontal cortex ลดลง (Antonova et al., 2004) และบางรายพบว่ามีความผิดปกติระดับเซลล์บริเวณ limbic และ periventricle (Sadock and Sadock, 2016)

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factor) โรคจิตเภทเกิดจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพในวัยเด็กที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิดปัญหาการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีการตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดีและมีความขัดแย้งในจิตใจที่เกิดจากสัญญาณทำให้เกิดความลังเลใจไม่แน่ใจ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าความผิดปกติในการทำหน้าที่ของ Ego และภาวะความเครียดทางด้านจิตใจนั้นเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536)

1.2.3 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Socio-culture factor) การเกิดโรค จิตเภทมักพบในประชากรที่มีฐานะยากจน และพบว่าการเลี้ยงดูในครอบครัวที่มีความขัดแย้งกัน และมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง รวมทั้งสภาพทางสังคมที่กดดัน (Sadock and Sadock, 2016)

ถึงแม้ขณะนี้ยังไม่ทราบปัจจัยชัดเจนที่ส่งผลต่อการเกิดโรคจิตเภทแต่ปัจจุบันมีแนวคิดล่าสุดมองว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านพัฒนาการทางระบบประสาท และพบความผิดปกติในการทำงานของสมองหลายบริเวณ (นันทวัช สิริธีร์รักษ์ และคณะ, 2558) นอกจากนี้ก็อีกแนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ stress-diathesis model ที่เชื่อว่าผู้ป่วยมีจุดอ่อนบางอย่างอยู่และเมื่อพบสภาพกดดันจึงทำให้มีอาการของโรคเกิดขึ้น โดยอาจเป็นปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือหลายปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคจิตเภทร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.3 อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท

อาการของโรคจิตเภทแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553)

1.3.1 กลุ่มอาการทางบวก (Positive symptoms) ประกอบด้วย อาการ 2 ลักษณะ ได้แก่ Psychotic dimension คือ อาการความคิดหลงผิด (Delusion) และอาการประสาทหลอน (Hallucination) และ Disorganized dimension คือ ความผิดปกติของพฤติกรรม (disorganized behavior) และ ความผิดปกติของคำพูด (disorganized speech)

1.3.2 กลุ่มอาการทางลบ (Negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดหรือลดลงอย่างมากในสิ่งที่คนทั่วไปควรมีซึ่งเป็นลักษณะพื้นฐานความเป็นมนุษย์ ได้แก่ ความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ โดยพบอาการแสดงออก ดังนี้ พุดน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด

1.4 การดำเนินโรคจิตเภท

โรคจิตเภทสามารถแบ่งตามการดำเนินโรคออกเป็น 3 ระยะตามลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคณิษฐ์, 2552)

1.4.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงซึ่งมักมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือสัมพันธภาพ มีพฤติกรรม ความคิดและคำพูดที่เปลี่ยนแปลงไป อาจสนใจเกี่ยวกับความเชื่อ ศาสนา ไสยศาสตร์ หรือสนใจเรื่องบางอย่างที่ไม่เคยสนใจมาก่อน หากเป็นวัยเรียนจะพบมีผลการเรียนต่ำลง ความสนใจในตนเองลดลง โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ ในผู้ป่วยบางรายอาจพบระยะเริ่มมีอาการไม่ชัดเจน

1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ในระยะนี้จะพบความผิดปกติอย่างชัดเจนซึ่งมีอาการที่พบได้บ่อย ดังนี้ อาการหลงผิด (delusion) อาการประสาทหลอน (hallucination) ความผิดปกติทางพฤติกรรมและอารมณ์ โดยผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือน ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน พุดผิดปกตีสับสน มีพฤติกรรมสับสนอย่างชัดเจนหรือมีพฤติกรรมคาทาโทเนีย มีอาการทางลบ

1.4.3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายกับระยะเริ่มมีอาการ โดยอาจมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ เช่น หลงผิด ประสาทหลอน แต่จะไม่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยมากเท่ากับในระยะเริ่มมีอาการ

1.5 การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย

หลักการวินิจฉัยโรคจิตเภทตามระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (The International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem 10th Revision : ICD-10) มีเกณฑ์การวินิจฉัย ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยต้องมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน ทั้งนี้ระยะเวลาอาจน้อยกว่า 1 เดือนในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา ได้แก่
- อาการหลงผิด ซึ่งหากมีลักษณะแปลกประหลาด
 - อาการประสาทหลอน
 - มีความผิดปกติของคำพูด
 - มีพฤติกรรมวุ่นวายหรืออาการคาทาโทเนีย
 - มีอาการทางด้านลบ เช่น อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย หรือไม่ทำกิจกรรมทุกชนิด

2) อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านอาชีพการงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือการดูแลตนเอง

3) ผู้ป่วยมีอาการติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

4) ผู้ป่วยไม่มีอาการของโรคจิตชนิดอื่น

5) อาการต่างๆ ไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติด หรือโรคทางกาย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (The International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem 10th Revision : ICD - 10) เพื่อให้เหมาะสมกับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากโรงพยาบาลระดับชุมชนเลือกใช้เกณฑ์ดังกล่าว

1.6 การบำบัดรักษาโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีการบำบัดรักษาด้วยรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่สงบและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.6.1 การรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางด้านจิตเวชสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาสำคัญ

1.6.2 การรักษาด้วยยา เป็นวิธีการที่สำคัญที่สุดในการรักษาโรคจิตเภทเพื่อควบคุมอาการทางจิตและลดอาการกำเริบซ้ำ โดยการปรับสมดุลของสารชีวเคมีในสมองของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่สงบ การรักษาด้วยยาแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.6.2.1 ระยะเฉียบพลัน (acute phase) มีเป้าหมายเพื่อช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยให้สงบโดยเร็วและคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยในการใช้ยา ซึ่งยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับโดปามีนในสมอง ทำให้อาการแสดงของโรคโดยเฉพาะอาการทางบวกลดลง โดยจะเห็นผลชัดเจนประมาณ 2-3 สัปดาห์ ทั้งนี้ต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยจากอาการข้างเคียงของยา

1.6.2.2 ระยะทำให้คงที่ (stabilization phase) ในระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มจะมีอาการต่างๆ ทุเลาลงแล้ว แต่จำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการ

ต่อไป โดยยารักษาโรคจิตที่ผู้ป่วยได้รับควรมีขนาดเท่าเดิมต่อไปอีกประมาณ 6 เดือน เนื่องจากการลดปริมาณยาอย่างรวดเร็วหรือการหยุดใช้ยาในระยะนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบขึ้นได้ (นันทวัช สิริธิรักษ์ และคณะ, 2558)

1.6.2.3 ระยะเวลาคงที่ (maintenance phase) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตสงบแล้วแต่ผู้ป่วยยังคงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำไปมีอาการกำเริบได้อีก โดยปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับจะต่ำกว่าในระยะแรก สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการรับประทานยานั้นแพทย์อาจพิจารณาให้ยาชนิดประเภทออกฤทธิ์นาน (long acting) ทุก 2 - 4 สัปดาห์ (Shader, 2003 อ้างใน นันทวัช สิริธิรักษ์ และคณะ, 2558)

1.6.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy : ECT) ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือมีข้อบ่งชี้ชัดเจน ได้แก่ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ซึมเศร้ามาก (severe depression) เคลื่อนไหวแบบค้างแข็ง (catatonic) โดยจะรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการใช้ยา โดยผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นจำนวนทั้งหมด 12 ครั้ง

1.6.4 การบำบัดรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment) เป็นส่วนสำคัญของการรักษาควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา โดยบุคลากรทางสุขภาพควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย มีการดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม และให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ โดยเลือกรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ดังนี้

1.6.4.1 จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และใช้ศักยภาพของตนให้มากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจผู้อื่น และลดปัญหาการแยกตัว

1.6.4.2 สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) เป็นการให้ความรู้ คำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับโรคจิตเภท ตลอดจนการดูแลตนเองต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้ความเข้าใจและเป็นพื้นฐานในการนำไปดูแลตนเองได้

1.6.4.3 กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมระหว่างผู้ป่วย เพื่อฝึกทักษะการเข้าสังคม เน้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และให้คำแนะนำแก่กัน

1.6.4.4 นิเวศบำบัด (milieu therapy) โดยการจัดสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลให้ผ่อนคลายเพื่อลดความกดดันของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมความมั่นใจ และความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขณิษฐ์, 2555)

จากวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทพบว่าการบำบัดรักษาที่สำคัญที่สุดในทุกระยะอาการของผู้ป่วยจิตเภทคือการรักษาด้วยยา เนื่องจากเป็นการปรับสมดุลสารชีวเคมีในสมองที่ผิดปกติของผู้ป่วย ซึ่งเชื่อว่าเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอาการทางจิตต่างๆ (Kumar and Sedgwick, 2001) ร่วมกับ

การบำบัดรักษาทางจิตสังคมที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำการบำบัดทางจิตสังคมในรูปแบบของการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมาใช้ในการบำบัดรักษาเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องหลายด้านดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจึงควรนำแนวคิดการพยาบาลต่างๆมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

1.7.1 หลักการพยาบาลทั่วไป (สวณีย์ เกียรติงิ้วแก้ว, 2554) ครอบคลุมดังนี้

1.7.1.1 การพยาบาลด้านร่างกาย โดยการส่งเสริมสุขอนามัยทั่วไป

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะบกพร่องในการดูแลตนเอง

1.7.1.2 การพยาบาลด้านความคิด โดยการค้นหาความหมายของความคิดผู้ป่วย จากการสนทนา การสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก และการให้ข้อมูลที่เป็นจริงแก่ผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง

1.7.1.3 การพยาบาลด้านจิตใจ โดยพยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจและยอมรับต่ออารมณ์ที่ผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภท ควรเสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสมต่อเหตุการณ์

1.7.1.4 การพยาบาลด้านสังคม พยาบาลควรประเมินและส่งเสริมความสามารถที่มีอยู่ของผู้ป่วยให้เกิดการพัฒนาทักษะทางสังคมที่ถูกต้อง

1.7.2 การใช้กระบวนการพยาบาล (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2554) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1.7.2.1 การประเมินสภาพปัญหา เป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ครอบคลุมด้านร่างกาย ด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและสัมพันธภาพ เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมและนำไปวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

1.7.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล โดยข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย

1.7.2.3 การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วยการวางแผนระยะสั้นที่เน้นการดูแลผู้ป่วยในระยะแรกโดยเฉพาะระยะที่มีอาการ และการวางแผนระยะยาวที่เน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.7.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่ได้วางแผนไว้ และปรับตามความเหมาะสม

1.7.2.5 การประเมินผล โดยนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นการปฏิบัติการพยาบาลมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผลที่กำหนดไว้ เพื่อประเมินว่าปัญหานั้นได้รับการแก้ไขแล้วทั้งหมดหรือปัญหานั้นยังคงอยู่

1.7.3 การพยาบาลยึดหลัก 4 มิติ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) ดังนี้

1.7.3.1 การส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น มีแนวทางการปฏิบัติคือทำให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตทำให้ผู้ป่วยมีพื้นฐานจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆได้ดี สามารถอยู่ในสังคมและทำประโยชน์แก่ตนเองและสังคมได้

1.7.3.2 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เน้นการป้องกันที่กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ดูแลมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

1.7.3.3 การบำบัดรักษา เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระดับที่สอง เพื่อไม่ให้เกิดหรือลดการสูญเสีย แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลคือการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็งเช่นเดิม

1.7.3.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระดับที่สาม เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการที่ดีขึ้น แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

จะเห็นว่าโรคจิตเภทนั้นเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นที่จะต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทย

2.1 สภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากนโยบายของกรมสุขภาพจิตที่ส่งเสริมการลดระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทออกสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน ดังนั้นการมุ่งเน้นการเพิ่มบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชนจึงเป็นสิ่งสำคัญ (Gutierrez-Maldonado et al., 2005) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยยังมีอาการผิดปกติหลงเหลืออยู่ก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและชุมชน (Cunningham, 2007) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนี้

2.1.1 ปัญหาด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงซึ่งพบได้ถึงร้อยละ

19.1 (Swanson et al., 2006) นอกจากนี้ยังพบมีพฤติกรรมยั้มหัวเราะคนเดียว หวาดระแวง ซึมเศร้า เดินไปมา ไม่นอนตอนกลางคืน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2547) ไม่สนใจการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ มีสุขอนามัยส่วนบุคคลบกพร่อง (Foussias et al., 2011)

2.1.2 ปัญหาการรับประทานยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษา พบว่า ผู้ป่วย

จิตเภทในชุมชนไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ในเรื่องการรับประทานยา (เพ็ญประภา มะลาไวย์, 2550) ซึ่งพบผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมากถึงร้อยละ 46.2 ไม่รับประทานยา (พรทิพย์ คงสัจย์ และ สวัสดิ์ เทียงธรรม, 2551) ซึ่งนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำในที่สุด (จุฬาลักษณ์ ชำของ, จินตนา ยูนิพันธ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2551; เพ็ญประภา มะลาไวย์, 2550; Kazadi, Moosa and Jeenath, 2008) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ปรับการใช้ยาเองอย่างไม่เหมาะสม (เพชร คันธสายบัว, 2548) และผู้ป่วยบางส่วนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญในการรักษาด้วยยา (Higashi et al., 2013) โดยพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องที่เกิดขึ้นบ่อย คือ ความเบื่อหน่ายต่อการรักษาที่ยาวนาน ตลอดจนความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของยาที่ได้รับทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษาด้วยยา อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักคิดว่าตนเองหายดีแล้วจึงไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาอีกต่อไปส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำ (Rusher, Wit and Mazmanian, 1997) อีกทั้งขาดการสนับสนุนช่วยเหลือเกี่ยวกับการใช้ยาจากครอบครัวในลักษณะต่างๆ เช่น การให้คำแนะนำต่างๆ แก่ผู้ป่วย การกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา และช่วยตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย (Haddad, Brain, and Scott, 2014; Novick et al., 2010)

2.1.3 ปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น พบว่าผู้ป่วยมีการแยกตัว มีความเครียด

เนื่องจากสังคมและชุมชนไม่ยอมรับ อีกทั้งขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพเฉพาะกับผู้ดูแลใกล้ชิดเท่านั้น โดยเฉพาะบุคคลภายในครอบครัว (ขวัญสุตา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2556)

2.1.4 ปัญหาด้านการประกอบอาชีพและรายได้ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วน

ใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพพบถึงร้อยละ 45.3 (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) และร้อยละ 59.5 ไม่มีรายได้ประจำ (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2546) เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบจะทำงานไม่ได้ (จิ ดารัตน์ พิมพ์ดี, 2541)

2.1.5 ปัญหาขาดการดูแลและเอาใจใส่จากครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเกิดความ

เบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) อีกทั้งผู้ป่วยมักไม่ช่วยเหลืองานต่างๆ ภายในบ้าน โดยพบว่าผู้ป่วยมักถูกครอบครัวตำหนิเป็นประจำ (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) โดยผู้ป่วยบางรายถูกกักบริเวณหรือล่อลวง (ไพรวลัย ร่มชัย และคณะ, 2544)

2.1.6 ปัญหาการใช้สารเสพติด พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่จะกลับไปใช้สารเสพติดอีกครั้ง (เพ็ญประภา มะลาไวย์, 2550)

จะเห็นได้ว่าสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้นจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรในชุมชนเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งครอบครัวถือเป็นทรัพยากรที่สำคัญยิ่งต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน (อุมภาพร ตรังคสมบัติ, 2554) โดยพบว่าการบำบัดรักษาด้วยยา ร่วมกับจิตบำบัดทางสังคมแบบให้ครอบครัวมีส่วนร่วมด้วยนั้นจะช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ (Pharaoh et al, 2000)

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้นต้องใช้ความรู้ทางการพยาบาล ทฤษฎี ความชำนาญและความคิดในการดูแลเสริมสร้างให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อกระบวนการรักษา โดยให้ความสำคัญของการเชื่อมโยงระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม (Nies and McEwen, 2001) ซึ่งมีรูปแบบการพยาบาล ดังนี้

- 1) การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นการที่ช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคลในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพะ (Pender, 2002)
- 2) การเยี่ยมบ้านและครอบครัว (Home care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ซึ่งจะยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม คือ กาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ (เปรมฤดี ดำรักษ์, 2545)
- 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการจัดอบรมกิจกรรมในชุมชนเพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมสนับสนุนในการช่วยเหลือตนเองตามศักยภาพได้ เช่น การประกอบอาชีพ
- 4) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชน เน้นการพัฒนาและส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าในสังคม โดยมุ่งให้เกิดการดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิต (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

จะเห็นได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนเป็นหลักเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นในการพยาบาลผู้ป่วยจึงต้องยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม โดย จินตนา ยูนิพันธ์ และนพรัตน์ ไชยขำนิ (2547) กล่าวถึงแนวคิดการพยาบาลองค์รวมไว้ว่ามีลักษณะ ดังนี้

- 1) เป็นการเข้าใจบุคคลแบบผสมผสาน ที่มีการกระทำซึ่งกันและกันทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงการกระทำกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล
- 2) เน้นความเป็นหนึ่งเดียว คือ บุคคล ครอบครัวและชุมชนต่างมีความเป็นหนึ่งเดียว ซึ่งภายใต้แต่ละหน่วยประกอบด้วยหน่วยย่อยที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน

3) มุ่งสนใจกระบวนการและรูปแบบการผสมผสานจนเกิดความสมดุล เช่น กระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นต้น

4) นำการดูแลอย่างเอื้ออาทรมาประยุกต์ใช้เป็นส่วนประกอบของการฟื้นฟู โดยเน้นคุณค่าของความเป็นมนุษย์เพื่อเข้าถึงจิตวิญญาณ

5) ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีทางเลือกที่หลากหลายให้แก่ผู้รับบริการเลือกนำมาใช้เพื่อให้เกิดการฟื้นฟูในตนเอง

6) พยาบาลจะเป็นผู้ร่วมบำบัดกับผู้รับบริการทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยเป็นผู้อำนวยความสะดวก ในขณะที่ผู้รับบริการต้องทำกระบวนการฟื้นฟูด้วยตนเอง

โดยสรุปแล้วการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชน โดยมุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายในชุมชนเพื่อขับเคลื่อนให้การดูแลประสบผลสำเร็จได้อย่างยั่งยืน

3. ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทชุมชน

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ดูแลในครอบครัวคือสมาชิกในครอบครัวที่มีความสำคัญในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย จิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกด้าน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวไว้ ดังนี้

Davis (1992) กล่าวว่าหมายถึงญาติหรือบุคคลที่ช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

Horowitz and Reinhard (1995) กล่าวว่า มี 2 ลักษณะโดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแล และเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

Ross and Mackenzie (1996) กล่าวว่า หมายถึง ผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่างๆที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันทางเครือญาติ

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) กล่าวว่า หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ ให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทน โดยการดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือชุมชนแหล่งที่อยู่อาศัย

สรุปได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านหรือชุมชน ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติหรือเพื่อน โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนในการดูแล

3.2 บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยครอบครัวเป็นกระบวนการที่สำคัญและควรให้ความสนใจ เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังรุนแรง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) ผู้ดูแลจึงมีบทบาทหน้าที่เป็นทั้งสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลในครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วย ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งสมาชิกทุกคนในครอบครัวต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความเมตตากรุณาและอดทนต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้จากการศึกษาของ ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แบ่งบทบาทของผู้ดูแลออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (care provider role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพอนามัยของร่างกาย และตอบสนองความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้ป่วย โดยยึดแนวทางการรักษา เช่น การดูแลให้รับประทานอาหารและยา เป็นต้น ซึ่งเป็นการดูแลทางด้านร่างกายเท่านั้น มักจะละเลยต่อการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ และการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นในสังคม

2) บทบาทของผู้จัดการดูแล (care manager role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ในการประสานงานให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ โดยผู้ดูแลทำหน้าที่ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือบริการอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีหน้าที่ความรับผิดชอบและบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องมีความอดทนอดกลั้น หลีกเลี่ยงการขัดแย้งกับผู้ป่วย ควรมีทักษะในด้านต่างๆ เช่น การสังเกตอาการ การเข้าหาผู้ป่วย การดูแลที่ถูกต้อง เป็นต้น รวมทั้งการมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วย และสามารถประเมินสถานการณ์ นำไปสู่การตัดสินใจอย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมี

คุณภาพชีวิตที่ดีตรงตามความต้องการของผู้ป่วย อีกทั้งสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข โดยบทบาทที่สำคัญสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ในชุมชนมีดังนี้

- 1) ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้
- 2) คอยสังเกตอาการกำเริบของโรคได้อย่างรวดเร็ว
- 3) ช่วยลดความเครียดกับตัวผู้ป่วยจิตเภท โดยการหลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้ป่วยจิตเภท
- 4) ช่วยลดความเครียดของผู้ดูแล โดยการหาเวลาว่างหรือพักผ่อน โดยการให้หรือสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ มาช่วยดูแลผู้ป่วยบ้างบางครั้ง
- 5) ค้นหาและสนับสนุนในส่วนตัวของผู้ป่วย
- 6) ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และไปพบแพทย์เพื่อตรวจตามนัดทุกครั้ง

ทั้งนี้บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวที่สำคัญซึ่งลดการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจนก่อให้เกิดผลกระทบตามมาในหลายด้าน (จุฬาลักษณ์ ชำช่อง, จินตนา ยูนิพันธ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2551; Kazadi, Moosa and Jeenah, 2008) คือการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับยาตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้ การมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว (Higashi et al., 2013) รวมทั้งการขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549; อรวรรณ ฮ่องต้อ, 2550; Higashi et al., 2013) จากการศึกษาของ Novick et al. (2010) พบว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้วยการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในลักษณะต่างๆ เช่น การกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ตลอดจนการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาได้สำเร็จ (Smeerdijk et al., 2011) ด้วยเหตุนี้การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น

4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบคำที่อธิบายการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่มีความหมายใกล้เคียงกันสองคำ คือ Compliance และ Adherence ซึ่งพบความแตกต่างของความหมาย ดังนี้ Compliance เป็นพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยตามคำแนะนำของแพทย์ (Haynes, 1979 อ้างใน Acosta et al., 2012) ส่วน Adherence เป็นพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยตามคำแนะนำของแพทย์ด้วยความสมัครใจ (WHO, 2003; Barofsky, 1978 อ้างใน Acosta et al., 2012) ซึ่งทั้งสองคำนี้สามารถใช้แทนกันได้ (WHO, 2003; Osterberg and Blaschke, 2005; Acosta et al., 2012) โดยในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้คำว่า Medication Adherence ซึ่งเป็นแนวทางใหม่ที่สะท้อนให้เห็นถึงความมีส่วนร่วมด้วยความเต็มใจของผู้ป่วยในการใช้ยา เนื่องจากการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการบำบัดดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Miller and Rollnick, 1991, 2002) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจต่อการมีพฤติกรรมการใช้ยาด้วยความเต็มใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าไม่มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

Razali and Yahya (1995) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาคือการที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่เคยขาดยาเกิน 2 มื้อในเวลา 2 สัปดาห์หรือไม่ขาดการมาตรวจตามนัดเกิน 1 ครั้ง

Farragher (1999) กล่าวว่า พฤติกรรมที่ไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทจะแสดงออก 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าเป็นตนเองมีความผิดปกติ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยามืดเวลา การใช้น้อยกว่าแผนการรักษา และการใช้ยาเพิ่มมากกว่าแผนการรักษา

Kumar and Sedgwick (2001) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอธิบายได้ด้วยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้ยาถูกต้องตามแผนการรักษา หรือการใช้อาจผิดพลาดได้บางครั้ง เช่น 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ แต่หากผู้ป่วยใช้ยาเมื่อมีอาการแสดงของโรครุนแรงขึ้นหรือหยุดใช้ยาจะแสดงว่าผู้ป่วยมีการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา

สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยแสดงออก 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกันหรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาดโดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) กล่าวว่า เป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

จากความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สรุปได้ว่าเป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ถูกเวลา ถูกขนาด รวมทั้งสามารถสังเกตอาการตนเองจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้

4.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประกอบด้วย 4 ด้าน (Oehl, Hummer, and Fleischhacker, 2000; Fleischhacker, Oehl, and Hummer, 2003; Acosta et al., 2012) ดังนี้

4.2.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่บอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำภายหลังได้รับการรักษาในโรงพยาบาลและกลับสู่ชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

4.2.1.1 ลักษณะประชากร พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิงปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาได้ดีกว่าเพศชาย (Fleischhacker, Oehl, and Hummer, 2003) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุนานจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อย (Hui et al., 2006) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Nakonezny and Byerly, 2006)

4.2.1.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดที่เน้นทัศนคติและความเชื่อ ในการอธิบายการปฏิบัติของบุคคลต่อภาวะสุขภาพ สร้างโดย Becker (1974) ดังนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (Perceived Susceptibility) เป็นความคิดความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ หากผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการป่วยซ้ำจะตระหนักต่อพฤติกรรมการใช้ยาได้ดี (Adams and Scott, 2000)

2) การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived Severity) เป็นความคิดความเชื่อต่อความรุนแรงของการป่วยซ้ำ โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตมากขึ้นร่วมกับประสบการณ์ของผลกระทบที่เกิดจากการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรง (Adams and Scott, 2000)

3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived Benefit) เป็นความคิดความเชื่อต่อการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างเหมาะสม (Adams and Scott, 2000)

4) การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ (Perceived barrier)

เป็นการรับรู้ต่อปัจจัยที่ขัดขวางการดูแลตนเอง หากผู้ป่วยมีการรับรู้อุปสรรคการดูแลสุขภาพต่ำจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดี (Adams and Scott, 2000)

4.2.1.3 พยาธิสภาพของโรค มี 2 ลักษณะ (Kaplan and Sadock, 1995)

1) อาการทางลบ โดยผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนส่วนใหญ่จะมีอาการทางลบ (Johnson, 1993; Taylor, 1994) ซึ่งเป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมีทำให้ผู้ป่วยแยกตัว ไม่สนใจตนเอง ไม่แสดงอารมณ์ ขาดความกระตือรือร้น หมดพลังแรงขับ ไม่มีแรงจูงใจในการทำงานให้สำเร็จ สนใจดูแลตนเองน้อย (พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) และที่สำคัญคือทำให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยา (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545; Baker, 1995; Velligan et al., 2009; Suttajit and Pilakanta, 2010) ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นที่ไปตามเกณฑ์การรักษาได้ (Velligan et al., 2010)

2) ความคิดหลงผิด ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดการตระหนักรู้ในตนเอง (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2553) โดยเฉพาะความคิดหลงผิดว่าตนเองยิ่งใหญ่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทคิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาและปฏิเสธการรักษาต่างๆ (Kumar and Sedgwick, 2001) รวมทั้งความคิดหลงผิดแบบหวาดระแวงว่าจะมีคนปองร้ายทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ยอมรับประทานยา (Fleischhacker, Oehl and Hummer, 2003)

4.2.1.4 ลักษณะการเจ็บป่วย โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังส่งผลให้ผู้ป่วย จิตเภทจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาเป็นเวลานานทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเบื่อหน่าย (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549; Higashi et al., 2013)

4.2.1.5 การใช้สารเสพติดและสุรา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดและสุราจะมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ตามเกณฑ์การรักษา (Higashi et al., 2013)

4.2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภททั้งในครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย

4.2.2.1 ทักษะคิด คือความเชื่อ ความคิดและความรู้สึกของบุคคลในครอบครัวและชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท เช่น การแสดงอาการรังเกียจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทหลีกเลี่ยงการแสดงออกถึงความเจ็บป่วยของตน เช่น การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ไม่มาโรงพยาบาลตามนัด (Oehl, Hummer and Fleischhacker, 2000)

4.2.2.2 ฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ารักษาพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ (Kumar and Sedgwick, 2001; Fleischhacker, Oehl and Hummer, 2003)

4.2.2.3 การอยู่ร่วมกับครอบครัว พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่กับญาติซึ่งมีความเอื้ออาทรต่อกันจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดีกว่า

ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ตามลำพัง เนื่องจากจะทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี (Gilmer et al., 2004)

4.2.2.4 การมีผู้ดูแลในการใช้ยา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีบุคคลในครอบครัวคอยสนับสนุนช่วยเหลือดูแลในการใช้ยา เช่น คอยกระตุ้นเตือน การช่วยเหลือทางการเงิน จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีผู้ดูแลในการใช้ยา (Lacro et al., 2002) โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการไม่ใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 16.5 (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549) ซึ่งการขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภททำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา (อรรวรรณ ช้องต้อ, 2550; Higashi et al., 2013)

4.2.2.5 การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันสูงจะส่งผลต่อการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาที่ไม่ดี (Oehl, Hummer and Fleischhacker, 2000)

4.2.2.6 คุณลักษณะของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลที่มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการรักษาด้วยยา ตลอดจนผู้ดูแลที่มีความสามารถที่ดีในการแนะนำ คอยกระตุ้นเตือนและดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยานั้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดี (Haddad, Brain, and Scott, 2014)

4.2.3 ปัจจัยด้านทึ่มสุขภาพ ประกอบด้วย

4.2.3.1 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทึ่มสุขภาพ พบว่าสัมพันธภาพที่ดีทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดี (McCabe et al., 2012) เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้วาทึ่มสุขภาพให้ความช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ รู้สึกไว้วางใจและพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับอันสอดคล้องกับความต้องการของตน (Risser, 1975 อ้างใน สรินทร เขียวโสธร, 2545)

4.2.3.2 แบบแผนการดูแลผู้ป่วยของทึ่มสุขภาพ พบว่าข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท (Day et al., 2005) และการวางแผนการดูแลที่ไม่เหมาะสมภายหลังออกจากโรงพยาบาล (Lacro et al., 2002) จะเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นตามเกณฑ์การรักษา

4.2.4 ปัจจัยด้านการรักษา ประกอบด้วย

4.2.4.1 ประสิทธิภาพในการรักษา พบว่าการได้รับยาที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Velligan et al., 2009) ความล่าช้าในการรักษาด้วยยา (Fleischhacker, Oehl and Hummer, 2003) เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

4.2.4.2 ผลข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยจิตเภทบางรายอาจเกิดอาการข้างเคียงจากยา ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานและหยุดใช้ยา (DiBonaventura et al., 2012) โดยพบว่าผู้ป่วยจิต

เภทที่ได้รับยารักษาโรคจิตชนิดใหม่จะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีเนื่องจากเกิดผลข้างเคียงจากยาน้อยกว่ายารักษาโรคจิตชนิดเก่า (Meier et al., 2010)

4.2.4.3 วิธีการได้รับยาสู่ร่างกาย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาฉีดยามีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่า (Kumar and Sedgwick, 2001) เกิดการป่วยซ้ำน้อยกว่า และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยารับประทาน (Burton, 2005; Leucht et al., 2011)

4.2.4.4 ความซับซ้อนในการรักษา ทำให้เกิดความรู้สึกลำบากในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น ความถี่ในการใช้ยาบ่อย จำนวนเม็ดยาแต่ละมื้อที่มีมากทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความสับสนหรือเบื่อหน่ายจนไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Higashi et al., 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนนั้นสามารถนำมาเป็นข้อมูลในการเลือกวิธีการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมซึ่งต้องเป็นวิธีที่จัดกระทำกับปัจจัยต่างๆข้างต้นได้จึงจะเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ โดยในการศึกษานี้ผู้วิจัยทำการศึกษการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ซึ่งการบำบัดนี้สามารถแก้ไขปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนได้ โดยช่วยเพิ่มแรงจูงใจผู้ป่วยในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เติมเต็มความรู้ที่สำคัญแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา และเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ

4.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสามารถแบ่งวิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้เป็น 2 วิธีซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ดังนี้ (Farmer, 1999)

4.3.1 การประเมินผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่

4.3.1.1 การตรวจสอบปริมาณการกระจายตัวของยาในร่างกายผู้ป่วยโดยการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการ เช่น เลือด ปัสสาวะของผู้ป่วย แต่ไม่สามารถบอกแบบแผนการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ปัจจุบันพบว่ามียารักษาซึมเศร้าและยารักษาโรคจิตแบบใหม่บางชนิดที่ไม่สามารถประเมินด้วยวิธีนี้ได้ (Sajatovic et al., 2010)

4.3.1.2 การสังเกตพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วย เป็นวิธีที่แม่นยำ แต่ปฏิบัติจริงได้ค่อนข้างยากสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Farmer, 1999)

4.3.2 การประเมินผู้ป่วยโดยอ้อม เป็นวิธีที่สามารถปฏิบัติได้จริงและทำให้ทราบรายละเอียดข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภททั้งข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (Subjective) และข้อมูลจากการสังเกต (Objective) โดยสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการแก้ปัญหาได้เป็นอย่างดี (Sajatovic et al., 2010) ได้แก่

4.3.2.1 การสอบถามผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดต่างๆ จากการสัมภาษณ์เป็นวิธีที่ทำได้ง่าย สะดวกและใช้เวลาน้อย ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการประเมินข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วย (นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์, 2555) แต่ประสิทธิภาพของข้อมูลนั้นขึ้นอยู่กับทักษะการสัมภาษณ์ของผู้ประเมินและความเชื่อถือได้ของผู้ป่วย (Sajatovic et al., 2010)

4.3.2.2 การนับเม็ดยาที่เหลืออยู่ เป็นวิธีที่ง่ายและประหยัดแต่จะไม่ทราบข้อมูลแบบแผนการใช้ยาของผู้ป่วย (Sajatovic et al., 2010) และยาที่ผู้ป่วยนำมาอาจไม่ใช่ปริมาณยาที่เหลืออยู่จริง (นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์, 2555)

4.3.2.3 การตรวจสอบประวัติการมารับยาตามนัด แต่วิธีนี้ไม่สามารถประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยได้ (นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์, 2555)

4.3.2.4 การใช้เครื่องประเมินอิเล็กทรอนิกส์ โดยเครื่องจะมีระบบการบันทึกจำนวนครั้งที่มีการเปิดขวดยาและจะวิเคราะห์ความถี่ลงในคอมพิวเตอร์ได้อย่างแม่นยำ (Farmer, 1999; Byerly, Nakonezny and Lescouflair, 2007) ซึ่งข้อมูลการใช้ยาเกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริง (Byerly et al., 2005) แต่มีค่าใช้จ่ายสูง (Farmer, 1999) และข้อมูลที่ได้อาจเกินความจริง (Byerly et al., 2005; Nakonezny and Byerly, 2006) เนื่องจากไม่สามารถบันทึกปริมาณยาที่ใช้ได้ซึ่งผู้ป่วยอาจเปิดขวดโดยไม่ได้นำยาออกมารับประทาน (Remington et al., 2007)

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกวิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนจากการสอบถามผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุดเนื่องจากง่าย สะดวกและใช้เวลาน้อย

4.4 ผลกระทบจากพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การที่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจะส่งผลกระทบหลายด้าน ดังนี้

4.4.1 ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง โดยจะส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูง (Lang et al., 2010) มากถึงร้อยละ 120 ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง (Valenstein et al., 2002) เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น (Leucht and Heres, 2006) ถึง 7 เท่า (Llorca, 2008) มีการทำหน้าที่ต่างๆบกพร่อง (Lacro et al., 2002) เช่น สูญเสียการประกอบอาชีพ (Burton, 2005) เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดและสุราเพิ่มขึ้น (Ascher-Svanum, 2006) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทจะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีเนื่องจากการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Tacchi and Scott, 2005) อีกทั้งทำให้ร่างกายของผู้ป่วยตอบสนองต่อยาลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตแบบเรื้อรัง (Byerly et al., 2007)

4.4.2 ผลกระทบต่อครอบครัว ส่งผลทำให้ครอบครัวเกิดภาวะในการดูแลเพิ่มขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบบ่อยครั้งมากขึ้นจากการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อีกทั้งอาจทำให้เกิดความตึงเครียดภายในครอบครัวได้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้ครอบครัวสูญเสียค่าใช้จ่ายในการ

ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น และอาจทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามเดิม

4.4.3 ผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ จากการศึกษาที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการเกิดความรุนแรง (เวนิช บุราชรินทร์ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ , 2554) เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า (Ascher-Svanum, 2006) ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น เช่น เกิดปัญหาอาชญากรรมต่างๆ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพคือนำไปสู่การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งใช้ระยะเวลาในการรักษานาน (Leucht and Heres, 2006) ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น (Higashi et al., 2013) โดยจากการศึกษาของ Byerly, Nakonezny and Lescouflair (2007) พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดยานั้นใช้ค่ารักษาพยาบาลสูงถึงร้อยละ 40 ของงบประมาณที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด และที่สำคัญยังส่งผลทำให้ขาดทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ

4.5 แนวคิดและการบำบัดต่างๆ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นผู้ป่วยกลุ่มสำคัญที่จำเป็นต้องให้การดูแล เนื่องจากปัญหาดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพเป็นอย่างมาก ดังนั้นจึงมีการบำบัดรักษาในรูปแบบต่างๆ เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท สรุปได้ดังนี้ (Haddad, Brain, and Scoot, 2014)

4.5.1 การแนะนำวิธีการพื้นฐานในการใช้ยา (Basic strategies to accompany prescribing) ในการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษานั้น บุคลากรทางสุขภาพจำเป็นต้องประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา รวมทั้งความเชื่อและความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาด้วยยา ตลอดจนแนวทางการใช้ยาที่ถูกต้อง การสังเกตและดูแลตนเองเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยา รวมทั้งหาแหล่งสนับสนุนที่จะช่วยผู้ป่วยในการใช้ยา เช่น ผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อส่งเสริมการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และป้องกันการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท

4.5.2 การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial intervention) เป็นวิธีการสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการเกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมสามารถสรุปได้ดังนี้

4.5.2.1 สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นการบำบัดที่ช่วยเพิ่มความรู้อย่างเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทซึ่งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Tacchi and Scoot, 2005; Velligan et al., 2009) โดยมีรูปแบบที่หลากหลายทั้งแบบรายบุคคล แบบกลุ่ม และแบบครอบครัว

4.5.2.2 การบำบัดพฤติกรรม (Behavioral intervention) เป็นการบำบัดที่เสริมสร้างทักษะและการฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่จำเป็นสำหรับการใช้ยา การเรียนรู้พฤติกรรมจากตัวอย่าง รวมทั้งการสร้างแนวทางการปฏิบัติแก่ผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถนำไปปฏิบัติในการใช้ยาเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาได้

4.5.2.3 การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) เป็นรูปแบบการบำบัดที่ได้รับความนิยมแพร่หลายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ โดยมีแนวคิดให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาและจัดการกับความรู้สึกลังเลใจ (ambivalence) ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วย การทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลกระทบของปัญหา และรับรู้ถึงประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา มีการชั่งน้ำหนักในการตัดสินใจ (decision balance) ตลอดจนสนับสนุนให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง รวมทั้งวางแผนแนวทางในการใช้ยาจนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาได้สำเร็จ

4.5.2.4 การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) เป็นรูปแบบการบำบัดที่มีโครงสร้างชัดเจน มีเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยมีการใช้เทคนิคต่างๆ ของกระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2553)

4.5.3 การบำบัดรักษาด้วยยาฉีดชนิดออกฤทธิ์นาน (Antipsychotic long-acting injections) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาด้วยยารับประทานแล้วพบว่ามีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา แพทย์อาจพิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการรักษาเป็นการบำบัดรักษาด้วยยาฉีดชนิดออกฤทธิ์นาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับยาตามแผนการรักษา

4.5.4 การใช้เครื่องกระตุ้นเตือนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic reminders) เป็นรูปแบบการบำบัดที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับยาตามแผนการรักษา โดยการกระตุ้นเตือนจากเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ เมื่อผู้ป่วยลืมรับประทานยาตามเวลาที่กำหนด เช่น การส่งข้อความสั้นๆ (SMS) เกี่ยวกับข้อมูลการรับประทานยาให้ผู้ป่วยทางโทรศัพท์มือถือทุกมือของเวลา เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนไม่ให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยาและสามารถใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างถูกต้อง (Vervloet et al., 2012)

4.5.5 การบำบัดทางการบริการต่างๆ (Service intervention) เป็นรูปแบบการพัฒนากระบวนการเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยจิตเภทในการบำบัดรักษาด้วยยา เช่น การเข้าถึงบริการได้โดยง่าย การเพิ่มสิทธิในการรักษาพยาบาลเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

4.5.6 การให้ค่าตอบแทนเพื่อจูงใจในการรักษา (Financial incentives) เป็นรูปแบบการบำบัดตามแนวคิดพฤติกรรมบำบัด โดยการให้ค่าตอบแทนเป็นรางวัลเมื่อผู้ป่วย จิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมซึ่งสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้มากขึ้น (Dickerson, Tenhula, and Green-paden, 2005)

จากแนวคิดและการบำบัดต่างๆ นั้นพบว่ามามีวิธีการที่หลากหลายเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท สำหรับในการวิจัยนี้ผู้วิจัยนำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ซึ่งเป็นการประยุกต์ด้วยการบูรณาการจากแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) โดยการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างยั่งยืน

4.6 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

สำหรับบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนนั้นถือว่าเป็นการปฏิบัติพยาบาลอย่างอิสระซึ่งเป็นการบำบัดรักษาในขอบเขตของวิชาชีพ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2550) โดยใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพเชิงการรักษาและเทคนิคในการสื่อสารทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่น การใช้ทักษะการให้คำปรึกษาเพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาที่ต้องตามเกณฑ์การรักษา ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม ทั้งนี้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง Marland (1999) ได้กล่าวถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะเพิ่มอิสระ (Autonomy) และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา ดังนี้

1) การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยประเมินความสามารถของผู้ป่วย และผู้ดูแล ค้นหาสาเหตุของปัญหาการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ใช้การสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยให้ความสำคัญกับความคิดและการรับรู้ต่างๆของผู้ป่วย

2) การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทจะนำข้อมูลต่างๆที่เคยได้รับมาประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาของตน พยาบาลมีบทบาทในการเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติตน การให้แรงจูงใจเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักต่อการใช้ยา

3) การส่งเสริมความร่วมมือ การติดตาม พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ การให้ความรู้ในการจัดการกับความผิดปกติเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากยา และการให้คำปรึกษาและสนทนาร่วมกับผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยา

4) การประเมินผล โดยสอบถามจากผู้ป่วยโดยตรง การสังเกตการปฏิบัติในการใช้ยาของผู้ป่วยซึ่งอาจให้ญาติมาร่วมในการประเมินผู้ป่วยด้วย และการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ป่วยจิตเภทชุมชนจะเปิดเผยความจริงใจเมื่อผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ

นอกจากนี้ Gournay (2000) ได้กล่าวว่า บทบาทที่สำคัญบทบาทหนึ่งของพยาบาลจิตเวชชุมชนคือการบริหารจัดการด้านยาของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งพยาบาลจิตเวชชุมชนต้องมีความรู้และทักษะในการบริหารจัดการยาเพื่อสามารถดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ ดังนี้

- 1) การมีความรู้เรื่องยา กลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาอาการทางจิต
 - 2) การใช้รูปแบบต่างๆ ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเกี่ยวกับผลของการรักษาด้วยยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภท
 - 3) การฝึกทักษะการใช้แบบประเมินต่างๆ สำหรับประเมินอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต
 - 4) การใช้วิธีการต่างๆ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความร่วมมือในการใช้ยาอย่างถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา
 - 5) การคำนึงถึงสาเหตุสำคัญของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา
 - 6) การทำความเข้าใจกับเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย
- โดยผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนจะหยุดใช้ยาเองเนื่องจากคิดว่าตนเองหายดีแล้ว รวมทั้งผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษมีอำนาจจะมีความสุขกับความคิดที่ผิดปกติดังกล่าวทำให้ไม่ต้องการรับการรักษา

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษานั้นเป็นบทบาทที่สำคัญซึ่งสามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ โดยควรเน้นการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจพิจารณาแนวทางการดูแลของตนเอง ซึ่งการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยโดยได้รับความร่วมมือจากครอบครัวด้วยนั้นจะเป็นการส่งเสริมการดูแลที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

5. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interview)

5.1 ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

Miller and Rollnick (2002) ให้ความหมายว่าเป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถค้นหาปัญหา จัดการกับความลังเลใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้

Westra and Aviram (2013) ให้ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจไว้ว่า เป็นรูปแบบการบำบัดที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการเล็งเห็นถึงความสำคัญของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม

พิชัย แสงชาญชัย และคณะ (2553) ให้ความหมายว่าเป็นรูปแบบการบำบัดที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เป็นการให้คำปรึกษาแบบมีทิศทาง เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจและจัดการกับความรู้สึกลังเลใจจนเกิดแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน

จากความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นรูปแบบการบำบัดที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจและจัดการกับความลังเลใจของตนเองจนเกิดแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้

5.2 แนวคิดพื้นฐานของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing; MI) เป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบมีทิศทาง และยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (client - centered) โดยมุ่งเน้นช่วยเหลือให้บุคคลได้มีการสำรวจ และจัดการกับความรู้สึกลังเลใจของตนเอง (Ambivalence) ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ให้มีความเหมาะสมได้ (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553) แนวคิดนี้พัฒนาขึ้นโดย Miller and Rollnick (1991) โดยได้อาศัยหลักการพื้นฐานของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model) ของ Prochaska and DiClemente (1986) ซึ่งมีการอธิบายถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีลักษณะเป็นขั้นตอนดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553)

หลักสำคัญของการเสริมสร้างแรงจูงใจ (The Spirit of Motivational Interviewing) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553)

1) Evocative/Elicit หลักการนี้เป็นการที่ผู้บำบัดใช้เทคนิคกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดความคิด หรือสามารถแสดงคำพูดที่นำไปสู่เป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

2) Collaborative หลักการนี้เป็นการประสานความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบริการในการช่วยเหลือและค้นหาวิธีการต่างๆ ที่จะใช้ในการแก้ไขในส่วนที่เป็นปัญหา

3) Autonomy หลักการนี้เป็นการที่ผู้บำบัดมีการให้อิสระ สนับสนุนให้ ผู้รับบริการมีการคิด และตัดสินใจด้วยตนเอง โดยที่ผู้บำบัดคอยสนับสนุนและให้กำลังใจในการ ตัดสินใจนั้น ๆ

5.3 หลักการพื้นฐานของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

หลักการพื้นฐานของการเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยหลักการพื้นฐานสำคัญ 5 ประการ คือ DARES (Miller and Rollnick, 2002) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

5.3.1 การทำให้เห็นช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับปัจจุบัน (Develop discrepancy) โดยผู้บำบัดแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมของผู้ป่วยในปัจจุบัน กับเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการในอนาคต ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและนำไปสู่ แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง

5.3.2 การหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (Avoid argumentation) ผู้ป่วยอาจเกิด ความเครียดและไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจนมีการแสดงออกโดยใช้กลไกทางจิตในการ ปกป้องตนเองเพื่อให้รู้สึกสบายใจ และหากผู้บำบัดพยายามโต้แย้งผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยใช้กลไก ทางจิตเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

5.3.3 การหมุนตามแรงต้าน (Roll with resistance) ในระหว่างการบำบัดนั้น ผู้ป่วยอาจแสดงอาการต่อต้านและเกิดความลังเลใจ ทั้งนี้ผู้บำบัดต้องเคารพในความคิดเห็นและ ปฏิบัติการของผู้ป่วยอย่างเข้าใจ โดยอาจชักชวนผู้ป่วยให้มองปัญหาในแง่มุมที่ต่างจากเดิม และไม่ควรร หาเหตุผลโต้แย้งผู้ป่วย

5.3.4 แสดงความเห็นอกเห็นใจ (Express empathy) ผู้บำบัดควรยอมรับในปัญหา และการแสดงออกของผู้ป่วย โดยแสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้สิทธิผู้ป่วยในการเลือกและตัดสินใจ ซึ่ง จะสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.3.5 การส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ (Support self-efficacy) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความ มั่นใจและเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

5.4 เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

เทคนิคที่ใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เทคนิค OARS และ FRAMES โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (Miller and Rollnick, 2002)

5.4.1 การใช้เทคนิค OARS เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเอง ออกมา โดยเมื่อผู้ป่วยรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นด้วยตัวเองแล้วจะต้องการปรับปรุงและพัฒนาตนเองให้ เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553) ดังนี้

5.4.1.1 การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิด พูด และได้ยินความคิดของตนเอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อีกทั้งช่วยให้ผู้บำบัดได้ค้นหาข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยได้

5.4.1.2 การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation) เมื่อผู้ป่วยมีความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม ผู้บำบัดจะมีการเสริมแรงด้วยการชื่นชมและยืนยันรับรองอย่างเฉพาะเจาะจง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองอย่างมุ่งมั่น

5.4.1.3 การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening) เป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา โดยให้ผู้ผู้ป่วยเห็นถึงเหตุผลที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง

5.4.1.4 การสรุปความ (Summarization) โดยผู้บำบัดมีการสรุปเนื้อหา การสนทนา รวมทั้งสิ่งที่ผู้ป่วยคิดและพูดออกมาเป็นระยะ ทำให้ผู้ป่วยได้ยินข้อความที่จูงใจตนเอง ซ้ำๆ ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้คิดและพูดข้อความจูงใจตนเองเพิ่มขึ้น

5.4.2 การใช้เทคนิค FRAMES เป็นเทคนิคสำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553; เท็ด คักดี เดซง, 2555; Miller and Rollnick, 2002) ดังนี้

5.4.2.1 การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) เป็นการให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของปัญหา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นผลเสียของพฤติกรรมที่ตนเองเป็นอยู่มากขึ้น และมีความต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นอยู่ของตนเอง

5.4.2.2 การเน้นความรับผิดชอบ (Responsibility) โดยให้ผู้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการเลือกตัดสินใจเกี่ยวกับการกำหนดเป้าหมาย และวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้น

5.4.2.3 การแนะนำ (Advice) ผู้บำบัดต้องให้คำแนะนำที่ถูกต้องและชัดเจนเกี่ยวกับข้อมูลที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ผู้ผู้ป่วยทราบ

5.4.2.4 การให้ทางเลือกปฏิบัติ (Menu) เป็นทางเลือกปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งควรมีจำนวนทางเลือกที่พอดี และผู้ป่วยสามารถเลือกได้อย่างอิสระ

5.4.2.5) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ผู้บำบัดแสดงความเข้าใจและยอมรับในภาวะล้มเหลวของผู้ป่วย แสดงความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยลดแรงต้านในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลงได้

5.4.2.6 การส่งเสริมศักยภาพที่มี (Self-efficacy) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง กำลังใจ และเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้สำเร็จ

5.5 แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลจะมีลักษณะเป็นไปตามขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยตามทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model; TTM) ของ Prochaska and DiClemente (1986) มีการอธิบายถึงกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่มีลักษณะเป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องกัน โดย Miller and Rollnick (2002) ได้นำแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้มาใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อทำให้ผู้บำบัดสามารถประเมินความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและให้คำปรึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ (Miller and Rollnick, 2002)

5.5.1 ขั้นไม่สนใจปัญหาหรือขั้นเพิกเฉย (Pre-Contemplation) ในขั้นนี้เป็นขั้นที่ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เล็งเห็นถึงผลดีของพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหามากกว่าข้อเสีย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เห็นถึงความสำคัญหรือไม่ตระหนักต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง โดยผู้บำบัดจะต้องมีการให้ข้อมูลที่ชัดเจนและถูกต้อง (Information) มีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) ซึ่งข้อมูลทั้งหมดจะต้องอยู่ในพื้นฐานของความเป็นจริง มีความเป็นเหตุเป็นผลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

5.5.2 ขั้นลังเลใจ (Contemplation) ในขั้นนี้เป็นขั้นที่ผู้ป่วยเริ่มมีการตระหนักว่าผู้ป่วยเกิดผลกระทบทางลบจากพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และเล็งเห็นว่าปัญหาพฤติกรรมสุขภาพนั้นสามารถแก้ไขได้ แต่ในขั้นลังเลใจนี้ ผู้ป่วยจะยังคงเล็งเห็นข้อดีของการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ มากกว่าข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง โดยผู้บำบัดจะต้องให้ผู้ป่วยได้พิจารณาถึงข้อดีและข้อเสีย (Pros and Cons) ทั้ง 4 ประเด็น กล่าวคือ ให้ผู้ป่วยพิจารณาถึงข้อดีและข้อเสียของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และข้อดีข้อเสียของการยังคงกระทำพฤติกรรมสุขภาพเดิมนั้นอยู่ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ชัดเจนมากขึ้น

5.5.3 ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination/Preparation) ในขั้นนี้เป็นขั้นที่ผู้ป่วยมักจะประสบกับปัญหาทางลบเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองที่ชัดเจน หรือมีการตระหนักถึงปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของตนเองมากขึ้น และสามารถตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพนั้นๆ ได้อย่างชัดเจน โดยผู้บำบัดจะต้องมีการพูดคุยถึงวิธีการ และให้ทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Menu) ซึ่งทางเลือกนั้นจะต้องมีไม่มากหรือน้อยเกินไป รวมทั้งมีการให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการเลือกถึงแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง (Freedom of Choice) มีความรับผิดชอบการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง (Responsibility) และมีการส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้ป่วย (Self-Efficacy) เพื่อสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

5.5.4 ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยเริ่มมีการลงมือกระทำตามแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองตามทางเลือกที่วางไว้ ซึ่งพบวาระยะเวลามักอยู่ในช่วง 6 เดือนแรกของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือกล่าวได้ว่ายังคงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยังไม่มั่นคง โดยผู้บำบัดจะต้องมีการพูดคุยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำตามแนวทางที่ตนเองได้วางไว้อย่างต่อเนื่อง (Adherence) พร้อมทั้งร่วมหาแนวทางในการจัดการกับอุปสรรค เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงและเกิดความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น

5.5.5 ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะมีระยะเวลานานกว่า 6 เดือน ซึ่งผู้ป่วยจะมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพได้อย่างถาวร โดยผู้บำบัดต้องมีการดำเนินการเพื่อป้องกันไม่ให้อาการกลับเข้าสู่พฤติกรรมสุขภาพเดิมซ้ำ (Relapse Prevention) เพื่อช่วยให้มีความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ

5.5.6 ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยมีการกลับไปกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาเดิม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด ขาดความมั่นใจ และคิดว่าตนเองไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ได้ โดยผู้บำบัดจะต้องมีกระบวนการในการดึงผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอีกครั้งโดยเร็ว (Recovery Process) โดยสร้างกำลังใจ (Hope) การประคับประคองด้านจิตใจ (Support) และการส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้ป่วย (Self-Efficacy) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอีกครั้ง

โดยสรุปแล้วทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นไม่สนใจปัญหาหรือขั้นเพิกเฉย (Pre-Contemplation) ขั้นลังเลใจ (Contemplation) ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination/ Preparation) ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action) ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) และขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse) ซึ่งบุคคลแต่ละคนจะมีการระดับของแรงจูงใจอยู่ในขั้นตอนที่แตกต่างกันไป ดังนั้นผู้บำบัดจึงควรแสดงบทบาท หรือการช่วยเหลือที่แตกต่างไปตามความเหมาะสมของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นๆ ของผู้ป่วย (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553)

5.6 ประเภทและรูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

5.6.1 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคล (Individual Motivational Interview; IMI) เป็นรูปแบบการบำบัดกับผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมเป็นรายบุคคล เพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับบุคคลอื่นซึ่งผู้ป่วยอาจยังไม่พร้อมเปิดเผยข้อมูลของตนเอง (Miller and Rollnick, 2002; Spirito et al., 2011) มีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง จากการสำรวจและจัดการกับความรู้สึกลังเล (ambivalence) ในการที่จะปรับเปลี่ยนตนเอง ซึ่งเกิดจาก

แรงจูงใจภายในของบุคคล ปัจจุบันมีการนำการเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบรายบุคคลมาประยุกต์ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอย่างแพร่หลาย และพบว่ามีประสิทธิภาพที่ดีต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Burke, Arkowitz and Menchola (2003) ที่พบว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิภาพที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ทั้งนี้ในประเทศไทยมีการศึกษาของพรทิพย์ วชิรติลล และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2550) ที่นำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคล ร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยา โดยภายหลังจากการดำเนินการบำบัดพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น

5.6.2 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม (Group Motivational Interview; GMI) เป็นรูปแบบที่ได้รับความนิยมอย่างมากเนื่องจากช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เร็วขึ้นจากการสนับสนุนกันภายในกลุ่มบุคคลที่มีสภาพปัญหาคล้ายกัน และมีจุดมุ่งหมายในการแก้ปัญหาเดียวกัน (Santa, Wulfert and Nietert, 2007; Stauder, 2012) นอกจากนี้จะช่วยลดการแยกตัวทางสังคม ส่งเสริมศักยภาพในตัวบุคคลของผู้ป่วย และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลนั้นประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ง่ายมากขึ้น (Yalom and Leszcz, 2005) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มนี้มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการเกิดแรงจูงใจภายในตนเองจากการสนับสนุนกันภายในกลุ่ม โดยการบำบัดรูปแบบนี้ควรใช้กับผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการเผชิญหน้ากับผู้อื่นเพื่อเปิดเผยข้อมูลของตนเอง (Miller and Rollnick, 2002) ในต่างประเทศมีการศึกษาที่สนับสนุนผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มว่ามีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Santa Ana et al. (2007) และ Stauder (2012) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตและใช้สารเสพติดร่วมที่สนับสนุนว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพที่ดีในการลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย สำหรับในประเทศไทยนั้นมีการนำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ได้แก่ การศึกษาของกฤตยา แสวงทรัพย์ (2557) ได้นำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา โดยภายหลังจากการดำเนินการบำบัดพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามีพฤติกรรมลดการดื่มสุราลดลงกว่าเดิม นอกจากนี้มีการศึกษาของรัชนี อุทัยพันธ์ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2556) ที่ได้นำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา โดยภายหลังจากการดำเนินการบำบัดพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น

5.6.3 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (Family Motivational Intervention; FMI) เป็นรูปแบบการบำบัดที่ส่งเสริมให้บุคคลที่มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้สำเร็จจากการที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนร่วมสำคัญในการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วย โดยการใช้หลักการและเทคนิคที่หลากหลายกับบุคคลและครอบครัว ตลอดจนมีการเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถเสริมสร้างแรงจูงใจให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องได้ (Smeerdijk et al., 2009, 2011; Spirito et al., 2011) เป้าหมายในการบำบัดนี้เพื่อให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้อย่างยั่งยืน ในต่างประเทศมีการนำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ดังนี้ การศึกษาของ Smeerdijk et al. (2011) ศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทโคร่วมกัญชา พบว่าภายหลังการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการเสพยาเสพติดลดลง นอกจากนี้มีการศึกษาของ Spirito et al. (2011) ศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวในครอบครัวของวัยรุ่นที่ติ่มสุรา พบว่าภายหลังการบำบัดวัยรุ่นมีพฤติกรรมการติ่มสุราลดลง และลดลงได้มากกว่าวัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคล

จะเห็นได้ว่าปัจจุบันมีการนำแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้บำบัดบุคคลที่มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพด้วยรูปแบบที่หลากหลาย ซึ่งแนวคิดนี้จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และเกิดแรงจูงใจภายในตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวนั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืนจากการที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมสำคัญในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Smeerdijk et al., 2009, 2011; Spirito et al., 2011) โดยจะเกิดประสิทธิผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่ถาวรและยั่งยืนกว่ารูปแบบการบำบัดเฉพาะกับตัวบุคคลเท่านั้น (Nose et al., 2003) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมาช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

6. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (Family Motivational Intervention)

6.1 ความหมายของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

Smeerdijk et al. (2009) กล่าวว่า เป็นการบำบัดกลุ่มครอบครัว โดยการฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยทางจิตเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีปัญหาเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ โดยการผสมผสานหลักการของการเสริมสร้างแรงจูงใจ สุขภาพจิตศึกษา และครอบครัวบำบัด

Spirito et al. (2011) กล่าวว่า เป็นการบำบัดที่ผนวกการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคล (Individual Motivational Interviewing) ซึ่งมีพื้นฐานตามแนวคิดของ Miller and Rollnick (2002) ร่วมกับการติดตามโดยครอบครัว (Family Check-Up; FCU) ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อให้ครอบครัวรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคล และเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาพฤติกรรม สุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อีกทั้งเพิ่มปัจจัยปกป้องเฉพาะของครอบครัว ตลอดจนติดตามผลพฤติกรรมของบุคคลภายหลังการบำบัด

จากความหมายข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว คือการบำบัดสำหรับกลุ่มครอบครัวของบุคคลที่มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ดีขึ้น โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่บุคคล การฝึกทักษะเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ครอบครัวในการนำไปดูแลบุคคลที่มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ การค้นหาปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการแก้ไขร่วมกัน และการติดตามประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยครอบครัว

6.2 แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวที่มีการศึกษาในปัจจุบันนี้มีด้วยกัน 2 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบตามแนวคิดของ Spirito et al. (2011) และ รูปแบบตามแนวคิดของ Smeerdijk et al. (2009, 2011) ซึ่งทั้งสองรูปแบบมีพื้นฐานจากแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ของ Miller and Rollnick (1991, 2009) และมีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่เป็นปัญหาให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างยั่งยืน โดยมีรายละเอียดของแต่ละรูปแบบ ดังนี้

6.2.1 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวตามแนวคิดของ Spirito et al. (2011) เป็นการบำบัดเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ติ่มสุราในสหรัฐอเมริกา โดยรูปแบบการบำบัดนี้เป็นการผนวกการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคล (Individual Motivational

Interviewing; IMI) ร่วมกับการติดตามโดยครอบครัว (Family Check-Up; FCU) โดยมีแนวคิดหลัก และโครงสร้างการบำบัด ดังนี้

6.2.1.2 แนวคิดหลักของการบำบัด ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1) การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคล (Individual Motivational Interviewing; IMI) เป็นการให้คำปรึกษาที่เน้นการตอบสนองของบุคคลตามแนวคิด การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ของ Miller and Rollnick (1991, 2009) เพื่อค้นหาแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การทบทวนผลกระทบที่เคยเกิดขึ้นจากปัญหา พฤติกรรมดังกล่าว การวิเคราะห์และประเมินผลเกี่ยวกับกฎเกณฑ์ในการดำเนินชีวิตของบุคคล การ กำหนดเป้าหมายในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมดังกล่าว การคาดการณ์ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่จะ เกิดขึ้นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทำให้บุคคลไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ตลอดจนเอาใจใส่และ หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง ในขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

2) การติดตามโดยครอบครัว (Family Check-Up; FCU) เป็น รูปแบบแนวคิดในการดูแลครอบครัวเพื่อส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่ง จะมีการประเมินเพื่อให้ครอบครัวรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคล และเสริมสร้างแรงจูงใจในการลด ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อีกทั้งเพิ่มปัจจัยปกป้องเฉพาะของครอบครัว ตลอดจน ติดตามผลพฤติกรรมของบุคคลภายหลังการบำบัด ทั้งนี้การติดตามโดยครอบครัวสามารถแบ่งได้ ชัดเจนเป็น 2 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบแรก คือ การประเมินหน้าที่ครอบครัว (Family Assessment Task) ขั้นตอนนี้จะมีการครอบครัวของบุคคลที่มีปัญหาพฤติกรรมเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ ผู้ ที่มีปัญหาพฤติกรรม และผู้ดูแลในครอบครัว โดยขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย การแสดงความคิดเห็น ร่วมกันเกี่ยวกับความเชื่อในการป้องกันการเกิดปัญหาพฤติกรรม โดยผู้บำบัดจะบันทึกเหตุผลที่สนทนา ไว้ และจากนั้นผู้บำบัดจะทำการถอดรหัสการสนทนาซึ่งเป็นการจัดการข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและ ปัจจัยปกป้องของครอบครัวให้เป็นระบบเพื่อนำมาให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ครอบครัว และร่วมกันหาแนว ทางการจัดการในขั้นตอนต่อไป ในขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 60 นาที

องค์ประกอบที่สอง คือ การประเมินผลย้อนกลับ (Feedback) มี พื้นฐานตามแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ของ Miller and Rollnick (1991, 2009) โดยการให้ครอบครัวของบุคคลที่มีปัญหาพฤติกรรมเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ ผู้ ที่มีปัญหาพฤติกรรม และผู้ดูแลในครอบครัว ภายหลังจากขั้นตอนการปรับทัศนคติครอบครัว 1 สัปดาห์ เพื่อส่งเสริมให้เกิดปัจจัยปกป้องของครอบครัวในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ของบุคคล และการสร้างแรงจูงใจของครอบครัวในการร่วมกันเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อัน ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ การประเมินตนเอง (self-assessment) การส่งเสริมสนับสนุนด้วยข้อมูล

ที่ถูกต้อง (support and clarification) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) และการสร้างแนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (development of a plan for change) โดยทั้ง 4 ส่วนนี้ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านบวกจากการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน อีกทั้งส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว และลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล

6.2.2 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวตามแนวคิดของ Smeerdijk et al. (2009, 2011) เป็นการบำบัดที่ใช้ในการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทโรคร่วมกัญชา ในประเทศเนเธอร์แลนด์ จำนวน 97 ราย โดยรูปแบบการบำบัดนี้จะให้ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทโรคร่วมกัญชาเข้าร่วมการบำบัดเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีแนวคิดหลักและโครงสร้างการบำบัด ดังนี้

6.2.1.2 แนวคิดหลักของการบำบัด ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นการให้ความรู้ที่จำเป็นซึ่งเป็นพื้นฐานของการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และเป็นข้อมูลให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งจะมีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง

2) การฝึกทักษะปฏิสัมพันธ์ (Interaction Skill Training; IST) ขั้นตอนนี้ประยุกต์จากแนวคิดหน้าต่างพฤติกรรม (behavior window) ของ Gordon (1998) เพื่อฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจอกับสถานการณ์ต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งจะมีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง

3) การฝึกทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interview Training) เป็นการเพิ่มสมรรถนะของผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการฝึกทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการสื่อสารที่ดีซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวที่มีปัญหาเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงบวก อีกทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับขั้นของแรงจูงใจที่ดีอย่างต่อเนื่องซึ่งส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างยั่งยืน โดยการแนะนำและฝึกทักษะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Miller and Rollnick (1991, 2009) อันประกอบด้วย การประเมินและตอบสนองต่อระดับขั้นของแรงจูงใจต่างๆ การใช้หลักการและเทคนิคสำคัญของการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งจะมีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง

โดยการบำบัดแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะผู้ป่วยใน (Inpatient phase) ใช้ระยะเวลาประมาณ 2 เดือน และ ระยะผู้ป่วยนอก (Outpatient phase) ใช้ระยะเวลาประมาณ 12 เดือน ซึ่งประกอบด้วย การบำบัดแบบผู้ป่วยกลางวัน (day care program) 3 เดือน และการดูแลในชุมชน 9 เดือน โดยทั้งสองระยะนี้มีเป้าหมายเพื่อลดหรือคงไว้ซึ่งอาการทางจิตของผู้ป่วย เสริมสร้างการรักษาด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด การให้ครอบครัวได้รับสุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว

จากแนวคิดและหลักการเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ทั้งสองแนวคิดข้างต้น สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวที่มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่มีปัญหา และผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรม ให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำหลักการของทั้งสองแนวคิดมาประยุกต์ด้วยการบูรณาการขั้นตอนการบำบัดเพื่อให้เกิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวที่เหมาะสมกับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทยที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

7. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทำให้ผู้วิจัยสนใจพัฒนาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว โดยประยุกต์ด้วยการบูรณาการจากแนวคิด โครงสร้างและรูปแบบของการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวตามการศึกษาของ Spirito et al. (2011) และการศึกษาของ Smeerdijk et al. (2009, 2011) ทั้งนี้จะมีการปรับเพิ่มเติมเพื่อให้มีความสอดคล้องและครอบคลุมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามบริบทของประเทศไทย ดังนี้

1) ผู้เข้ารับการบำบัด โดยเพิ่มเติมให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมการบำบัดกับผู้ดูแลในครอบครัวด้วย เนื่องจากการศึกษาของ Franks et al. (2012) พบว่าการบำบัดเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมโดยให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดีขึ้น

2) เนื้อหาในกิจกรรม จะประยุกต์เนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้

3) โครงสร้างในการบำบัด โดยนำรูปแบบการดำเนินกิจกรรมซึ่งประยุกต์ด้วยการบูรณาการจาก 2 แนวคิดหลัก ได้แก่ แนวคิดของ Spirito et al. (2011) และแนวคิดของ Smeerdijk et al. (2009, 2011) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทให้คงอยู่อย่างยั่งยืนและเหมาะสมกับการบำบัดในผู้ป่วยจิตเภทชุมชนตามบริบทของประเทศไทย มีรายละเอียดดังตารางที่ 1

4) ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม โดยการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวในการวิจัยนี้จะมีการดำเนินกิจกรรมจำนวนทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ทั้งนี้จากการศึกษาของรัชนี อุทัยพันธ์ และ เพ็ญ

นภา แดงด้อมยุทธ์ (2556) ศึกษาผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที จำนวนทั้งหมด 4 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ โดยมีการวัดผลการศึกษา 1 สัปดาห์ภายหลังการบำบัดครั้งสุดท้ายสิ้นสุด พบว่าค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการเข้าร่วมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จะเห็นได้ว่าระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมของการศึกษาดังกล่าวสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้นได้ อีกทั้งเป็นการบำบัดเฉพาะกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้น แต่การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวในการวิจัยนี้จะมีครอบครัวมาช่วยสนับสนุนในการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างยั่งยืน เนื่องจากครอบครัวมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้ป่วยได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) รวมถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้วย (Razali and Yahya, 1995; Novick et al., 2010) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงมีความเหมาะสมต่อการนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทย

ตารางที่ 1 การประยุกต์ด้วยการการบูรณาการแนวคิดสู่การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

กิจกรรมครั้งที่	แนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (FMI)		การบูรณาการ ของผู้วิจัย
	Spirito et al. (2011)	Smeerdijk et al. (2009, 2011)	
1. การให้ความรู้และการสร้างความตระหนักต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	<p><u>1. การเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคล (IMI)</u></p> <p>การใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจในการสร้างสัมพันธภาพค้นหาแรงจูงใจของผู้ป่วย การให้ความรู้ที่จำเป็นเพื่อเป็นข้อมูลแก่ผู้ป่วยในการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การทำให้ผู้ป่วยตระหนัก ถึงผลกระทบของปัญหา วิเคราะห์และประเมินผลเกี่ยวกับกฎเกณฑ์ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และกำหนดเป้าหมายในการป้องกัน การเกิดพฤติกรรมนั้น</p>	<p><u>1. สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)</u></p> <p>โดยการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นความรู้ที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท โดยเป็นพื้นฐานของการตัดสินใจเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และเป็นข้อมูลให้ผู้ดูแลในครอบครัว สามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้</p>	<p>ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค จิตเภทและการรักษา ความสำคัญของการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เรียนรู้พฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง และขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนักถึงผลกระทบจากการไม่ใช้ยาที่รุนแรงและใกล้ตัว และร่วมกันตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา โดยผู้วิจัยจะใช้เทคนิค OARS ในการผลักดันระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยไปสู่ขั้นลังเลใจ</p>

กิจกรรมครั้งที่	แนวทางการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดย ครอบครัว (FMI)		การบูรณาการ ของผู้วิจัย
	Spirito et al. (2011)	Smeerdijk et al. (2009, 2011)	
2. การสร้าง แนวทางในการ ใช้ยาตาม เกณฑ์การ รักษาและ ส่งเสริม บทบาทหน้าที่ ของครอบครัว	<p><u>1.การเสริมสร้าง แรงจูงใจ รายบุคคล(IMI)</u> การใช้ เทคนิคการเสริมสร้าง แรงจูงใจกับผู้ป่วยในการ ค้นหาแรงจูงใจของผู้ป่วย การคาดการณ์ ปัญหา อุปสรรคต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น ในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมซึ่งทำให้บุคคลไม่ สามารถบรรลุเป้าหมายได้ และวางแผนแนวทางใน การจัดการปัญหาอุปสรรค นั้นร่วมกัน</p> <p><u>2.การติดตามโดยครอบครัว (FCU)</u> ในองค์ประกอบของ การประเมินหน้าที่ ครอบครัว (Family Assessment Task) เป็น การแสดงความคิดเห็น ร่วมกันเกี่ยวกับความเชื่อใน การป้องกัน</p>		<p>ผู้วิจัยทำให้ผู้ป่วยจิตเภท รับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา ร่วมกันค้นหาสิ่งที่ทำให้ ผู้ป่วยลังเลใจ (decision balance) และให้ครอบครัว ประกาศคำมั่นสัญญาในการ ร่วมมือกันเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการใช้ยาของ ผู้ป่วย ร่วมกันค้นหาปัญหา อุปสรรคในการใช้ยาที่ผ่าน มา และร่วมกันสร้าง แนวทางในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการใช้ยาที่ เหมาะสม ทบทวนการ รับประทานยาที่ต้องติดตาม เกณฑ์การรักษา และฝึก ทักษะการจัดยาแก่ผู้ป่วย จิตเภทและผู้ดูแล ใน กิจกรรมนี้ผู้วิจัยจะใช้ เทคนิค DARES และ FRAMES ในการผลักดัน ระดับแรงจูงใจของผู้ป่วย ไปสู่ขั้นตัดสินใจและขั้นลง มือทำ ตลอดจนมีการ</p>

กิจกรรมครั้งที่	แนวทางการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดย ครอบครัว (FMI)		การบูรณาการ ของผู้วิจัย
	Spirito et al. (2011)	Smeerdijk et al. (2009, 2011)	
	<p>การเกิดปัญหาพฤติกรรม โดยผู้บำบัดจะสนทนากับ ครอบครัวและประเมิน ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยปกป้องของ ครอบครัว จากนั้นร่วมกัน หาแนวทางการจัดการ ปัจจัยเสี่ยง และส่งเสริม ปัจจัยปกป้องให้คงอยู่ต่อไป</p>		<p>บทบาทหน้าที่ระหว่างผู้ป่วย และผู้ดูแลต่อบทบาทหน้าที่ ของตนเองในการส่งเสริมให้ ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษา โดยผู้บำบัดสนับสนุน ให้ครอบครัวมีการ แลกเปลี่ยนความรู้สึ เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ใน ครอบครัวซึ่งกันและกัน เพื่อค้นหาจุดอ่อนและจุด แข็ง และสร้างแนวทาง ปรับปรุงจุดอ่อนและสร้าง จุดแข็งในบทบาทหน้าที่ของ ตนเองเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย จิตเภทเกิดพฤติกรรมการใช้ ยาตามเกณฑ์การรักษา และ ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ของครอบครัวในการร่วมมือ กัน เพื่อให้ผู้ป่วย เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาได้</p>

กิจกรรมครั้งที่	แนวทางการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดย ครอบครัว (FMI)		การบูรณาการ ของผู้วิจัย
	Spirito et al. (2011)	Smeerdijk et al. (2009, 2011)	
3.การติดตามผล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯของผู้ป่วยจิตเภท และพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการประเมินและตอบสนองต่อขั้นตอนของแรงจูงใจ	<p><u>1.การติดตามโดยครอบครัว (FCU) ในประเมินผลย้อนกลับ (Feedback) โดยดำเนินการภายหลังจากขั้นตอนการปรับทัศนคติครอบครัว 1 สัปดาห์ เพื่อส่งเสริมให้เกิดปัจจัยปกป้องของครอบครัวในการป้องกันการเกิดปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย และการสร้างแรงจูงใจของครอบครัวในการร่วมกันเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ การประเมินตนเอง การส่งเสริมด้วยข้อมูลที่ถูกต้อง การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสร้างแนวทางการเปลี่ยนแปลง</u></p>	<p><u>1. การฝึกทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ดูแล (MIT) เป็นการเพิ่มสมรรถนะการสื่อสารของผู้ดูแล โดยการฝึกทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับขั้นของแรงจูงใจที่ต่อเนื่องเนื่องซึ่งส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน โดยการแนะนำและฝึกทักษะต่างๆตามแนวคิดของ Miller & Rollnick (1991, 2009) ได้แก่ การประเมินและตอบสนองต่อขั้นของแรงจูงใจต่างๆ</u></p>	<p>ผู้วิจัยติดตามประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทจากบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วยและข้อมูลจากการสนทนากับผู้ดูแล และให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยให้ผู้ดูแลทราบ รวมทั้งให้ ข้อมูล การดูแลที่เหมาะสม โดยร่วมกันกับผู้ดูแลในการวิเคราะห์หาแนวทางในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้ตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีการแนะนำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการเสริมสร้างแรงจูงใจ การแนะนำวิธีการสังเกตข้อความที่จูงใจตนเองของผู้ป่วย (SMS) การแนะนำและฝึกทักษะของผู้ดูแลในการ</p>

กิจกรรมครั้งที่	แนวทางการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดย ครอบครัว (FMI)		การบูรณาการ ของผู้วิจัย
	Spirito et al. (2011)	Smeerdijk et al. (2009, 2011)	
		<u>2. การฝึกทักษะ</u> <u>ปฏิสัมพันธ์ (IST)</u> การฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจอกับสถานการณ์ต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย	ประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการตอบสนองต่อผู้ป่วยจิตเภทให้เหมาะสมกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้ยาของผู้ป่วย โดยมี การบ้านให้ผู้ดูแลฝึกใช้เทคนิคที่ได้เรียนรู้กับผู้ป่วยจิตเภท
4. การติดตามผล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯของผู้ป่วยจิตเภทและพัฒนาทักษะการใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ	<u>1. การติดตามโดย</u> <u>ครอบครัว (FCU)</u> ในองค์ประกอบของการประเมินผลย้อนกลับ (Feedback) เพื่อส่งเสริมให้เกิดปัจจัยปกป้องของครอบครัวในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย และการสร้างแรงจูงใจของครอบครัวในการร่วมกันเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย	<u>1. การฝึกทักษะการ</u> <u>เสริมสร้างแรงจูงใจแก่</u> <u>ผู้ดูแล (MIT)</u> เป็นการเพิ่มสมรรถนะของผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการฝึกทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับชั้นของแรงจูงใจที่ดีอย่างต่อเนื่อง โดย	ผู้วิจัยติดตามประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทจากบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วยและข้อมูลจากการสนทนากับผู้ดูแล และให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยให้ผู้ดูแลทราบ รวมทั้งให้ข้อมูลการดูแลที่เหมาะสม โดยร่วมกันกับผู้ดูแลในการวิเคราะห์หาแนวทางใน

กิจกรรมครั้งที่	แนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดย ครอบครัว (FMI)		การบูรณาการ ของผู้วิจัย
	Spirito et al. (2011)	Smeerdijk et al. (2009, 2011)	
	4 ส่วน ได้แก่ การ ประเมินตนเอง การ ส่งเสริมด้วยข้อมูลที่ ถูกต้อง การให้ข้อมูล ย้อนกลับ และการสร้าง แนวทางในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	การแนะนำและฝึก ทักษะต่างๆที่เกี่ยวข้อง กับการเสริมสร้าง แรงจูงใจตามแนวคิด ของ Miller & Rollnick (1991,2009) ได้แก่ การใช้หลักการและ เทคนิคสำคัญของการ เสริมสร้างแรงจูงใจ <u>2. การฝึกทักษะ ปฏิสัมพันธ์ (IST)</u> การ ฝึกทักษะการสื่อสาร ระหว่างสมาชิกใน ครอบครัวเมื่อเจอกับ สถานการณ์ต่างๆ ที่มี ผลต่อการเกิด พฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วย	การดูแล ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วย ลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้ยาให้ตามเกณฑ์การ รักษาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมี การพัฒนาทักษะการ เสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแล เกิดความรู้เกี่ยวกับหลักสำคัญ ในการเสริมสร้างแรงจูงใจ ให้แก่ผู้ดูแล (DARES) และ เทคนิคพื้นฐานในการ เสริมสร้างแรงจูงใจ (FRAMES) ตลอดจนแนะนำ และฝึกทักษะเทคนิคการ สื่อสารเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ แก่ผู้ดูแล (OARS) โดยมี การบ้านให้ผู้ดูแลฝึกใช้เทคนิค ที่ได้เรียนรู้กับผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมครั้งที่	แนวทางการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดย		การบูรณาการของผู้วิจัย
	ครอบครัว (FMI)		
ที่	Spirito et al. (2011)	Smeerdijk et al. (2009, 2011)	
5. การติดตามผลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภทโดยครอบครัวและสรุปการบำบัด	<p><u>1. การเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคล (IMI)</u> โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วยในการค้นหาแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่การทบทวนผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาพฤติกรรมดังกล่าว การวิเคราะห์และประเมินผลเกี่ยวกับกฎเกณฑ์ในการดำเนินชีวิตของบุคคล การกำหนดเป้าหมายในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมดังกล่าว การคาดการณ์ปัญหาอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทำให้บุคคลไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย</p>	<p><u>1. การฝึกทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ดูแล (MIT)</u> เป็นการเพิ่มสมรรถนะของผู้ดูแลโดยการฝึกทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Miller & Rollnick (1991, 2009) ได้แก่ การประเมินและตอบสนองต่อระดับชั้นของแรงจูงใจต่างๆ และการใช้หลักการและเทคนิคสำคัญของการเสริมสร้างแรงจูงใจ</p>	<p>ผู้วิจัยติดตามประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย โดยการให้ผู้ดูแลเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยเป็นรายบุคคลที่ครอบครัวเพื่อประเมินระดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและให้ผู้ดูแลตอบสนองผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยผู้ดูแลประยุกต์ใช้เทคนิคต่างๆ ในการเสริมสร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วย จิตเภทตามที่ได้เรียนรู้มาจากกิจกรรมครั้งที่ 3 และ 4 รวมทั้งร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไขอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้ตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง</p>

กิจกรรมครั้งที่	แนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดย ครอบครัว (FMI)		การบูรณาการ ของผู้วิจัย
	Spirito et al. (2011)	Smeerdijk et al. (2009, 2011)	
	<p><u>2. การติดตามโดย</u> <u>ครอบครัว (FCU) ใน</u> องค์ประกอบของการ ประเมินผลย้อนกลับ (Feedback) เพื่อ ส่งเสริมให้เกิดปัจจัย ปกป้องของครอบครัวใน การป้องกันการเกิด ปัญหาพฤติกรรมของ ผู้ป่วย และการสร้าง แรงจูงใจของครอบครัว ในการร่วมกัน เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ การประเมิน ตนเอง การส่งเสริมด้วย ข้อมูลที่ต้องการให้ ข้อมูลย้อนกลับ และการ สร้างแนวทางในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม</p>	<p><u>2. การฝึกทักษะ</u> <u>ปฏิสัมพันธ์ (IST) การ</u> ฝึกทักษะการสื่อสาร ระหว่างสมาชิกใน ครอบครัวเมื่อเจอกับ สถานการณ์ต่างๆ ที่มี ผลต่อการเกิด พฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วย</p>	

การดำเนินกิจกรรมในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การให้ความรู้และการสร้างความตระหนักต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา ความสำคัญของการรักษาด้วยยา พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการเรียนรู้พฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ตลอดจนการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลกระทบจากการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่รุนแรงและใกล้ตัว และสนับสนุนให้ผู้ดูแลให้ข้อมูลจากผลกระทบที่เกิดขึ้นเพิ่มเติม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักต่อปัญหาการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยผู้บำบัดจะใช้เทคนิค DARES และ OARS

กิจกรรมครั้งที่ 2 การสร้างแนวทางในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ประกอบด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ร่วมกันค้นหาสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา และให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลประกาศคำมั่นสัญญาในการร่วมมือกันเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดใช้เทคนิค DARES อีกทั้งร่วมกันสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติจริงได้ทันที และทบทวนการรับประทานยาที่ถูกต้อง และฝึกทักษะการจัดการดื่ยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยผู้บำบัดจะใช้เทคนิค FRAMES ตลอดจนมีการประเมินหน้าที่ครอบครัวระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพื่อค้นหาแนวทางในการสร้างจุดแข็งให้กับตนเอง และร่วมกันกำหนดเป้าหมายของครอบครัว

กิจกรรมครั้งที่ 3 การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯของผู้ป่วยจิตเภทและพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการประเมินและตอบสนองต่อขั้นตอนของแรงจูงใจ ประกอบด้วยการติดตามประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท และวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ร่วมกับผู้ดูแล พร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งมีการแนะนำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการเสริมสร้างแรงจูงใจ การแนะนำวิธีการสังเกตข้อความที่จูงใจตนเองของผู้ป่วย การแนะนำและฝึกทักษะของผู้ดูแลในการประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการตอบสนองต่อผู้ป่วยจิตเภทให้เหมาะสมกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมครั้งที่ 4 การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯของผู้ป่วยจิตเภทและพัฒนาทักษะการใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแล ประกอบด้วยการติดตามประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท และวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ร่วมกับผู้ดูแล พร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางในการดูแลที่เหมาะสม อีกทั้งมีการพัฒนาทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลเกิดความรู้เกี่ยวกับหลักสำคัญในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ดูแล (DARES) และ

เทคนิคพื้นฐานในการเสริมสร้างแรงจูงใจ (FRAMES) ตลอดจนแนะนำและฝึกทักษะเทคนิคการสื่อสาร เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ดูแล (OARS)

กิจกรรมครั้งที่ 5 การติดตามผลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภทโดยครอบครัว และสรุปการบำบัด ประกอบด้วย การติดตามประเมินผลพฤติกรรม การใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ผู้ดูแลเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยเพื่อประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย และตอบสนองอย่างเหมาะสม รวมทั้งร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคต่างๆ และวางแผนแนวทางการแก้ไขอย่างเหมาะสม โดยผู้ดูแลประยุกต์ใช้หลักการและเทคนิคต่างๆของการเสริมสร้างแรงจูงใจที่ได้เรียนรู้ และร่วมกันสรุปบทวนสาระสำคัญจากการบำบัดทั้งหมดเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ (2549) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.8 มีคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยและจำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เพศชายมีคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าเพศหญิง และผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลในการใช้ยามีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลในการใช้ยา

Higashi et al. (2013) ศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากการศึกษาวิจัย 37 เรื่องเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การป่วยซ้ำ การเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และการฆ่าตัวตาย สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ และการรับรู้ต่อประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

8.2 ประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบต่างๆ ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

Spirito et al. (2011) ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผลของ Individual Motivational Interview (IMI) กับ Family Motivational Intervention (FMI) ต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินซึ่งประสบอุบัติเหตุจากสาเหตุการดื่มสุรา

จำนวน 125 ราย โดยทำการประเมินผลภายหลังได้รับการบำบัด 3 ระยะ คือ 3, 6 และ 12 เดือน ผลการศึกษาจากการติดตามประเมินทั้ง 3 ระยะพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ FMI สามารถลดพฤติกรรม การดื่มสุราลงได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ IMI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งแสดงว่า FMI มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้

Smeerdijk et al. (2011, 2014) ศึกษาผลของ Family Motivational Intervention (FMI) ต่อการเสพกัญชาในผู้ป่วยจิตเภทในประเทศเนเธอร์แลนด์ จำนวน 97 ราย แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลองที่ได้รับ FMI จำนวน 53 รายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลทั่วไปจากครอบครัว 44 ราย ผล การศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ FMI มีปริมาณและความถี่ในการเสพกัญชาลดลงกว่าผู้ป่วย จิตเภทที่ได้รับการดูแลทั่วไปจากครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่า FMI มี ประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทได้

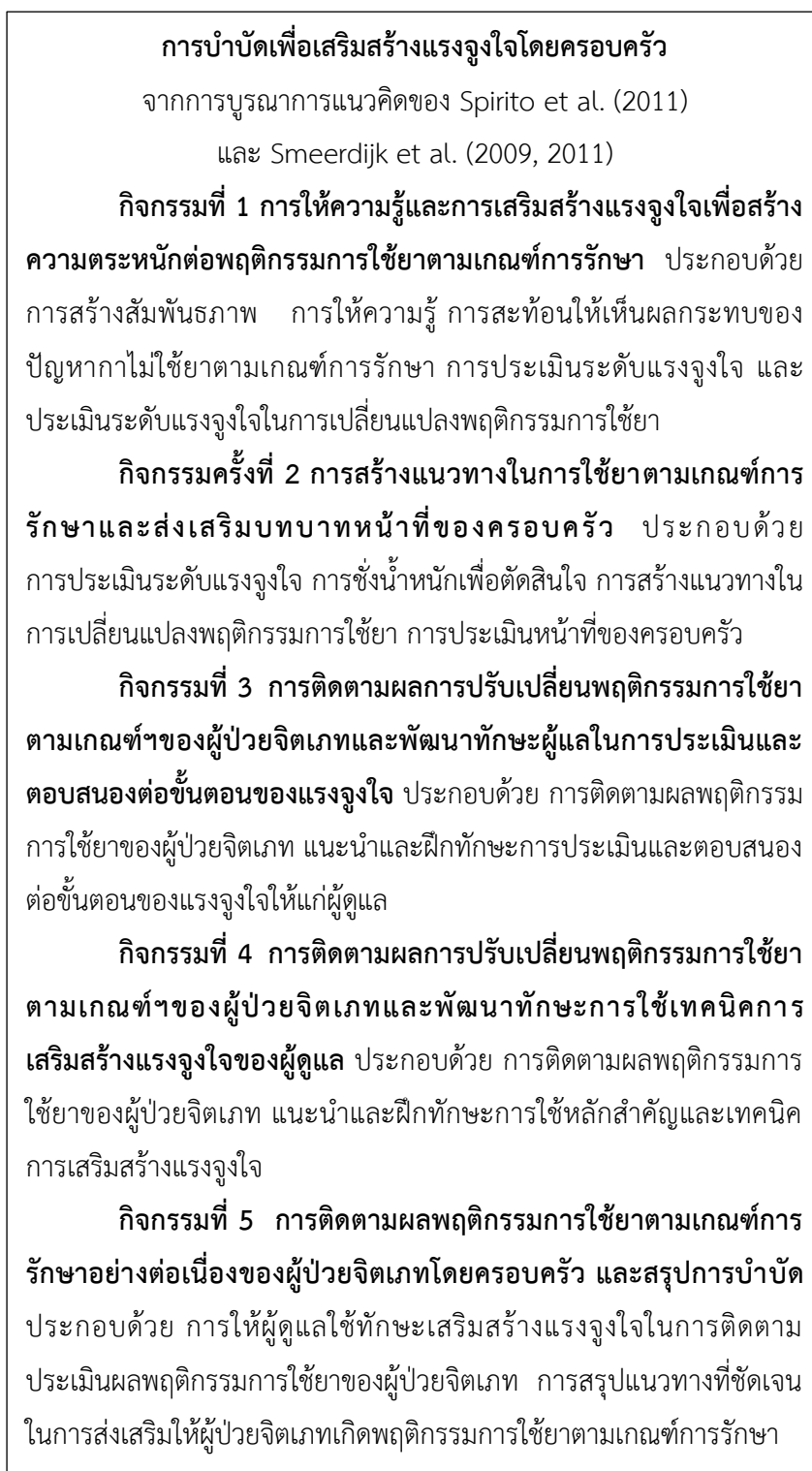
สุกฤดียา กุลศรี และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (2552) ศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการ รักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 20 คน พบว่าพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้าง แรงจูงใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, สุกฤดียา กุลศรี และวัฒนาภรณ์ พิบูลย์อักษรณ์ (2556) ศึกษาผล ของการเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ เจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ เจ้าพระยา จำนวน 58 คน ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ ผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

รัชณี อุทัยพันธ์ และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (2556) ศึกษาผลของการสัมภาษณ์เพื่อ เสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการเข้าร่วม การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นแสดงให้เห็นประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจโดยครอบครัวตามแนวคิดของ Spirito et al. (2011) และ Smeerdijk et al. (2009, 2011) ว่าสามารถทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดจากการบำบัด ดังกล่าวมาบูรณาการ ดังแสดงในกรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดการวิจัย



พฤติกรรมกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
(Farragher, 1999)

1. ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา
2. ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบการศึกษาสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest randomized control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

O₁ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในกลุ่มทดลองก่อนได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

O₂ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในกลุ่มทดลองหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

X หมายถึง การใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

O₃ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. **ประชากร** คือ ครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) แต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชนของรัฐ และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวมทั้งหมดครอบครัวละ 2 คน

2. **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD -10) แต่ละครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวมทั้งหมดครอบครัวละ 2 คน จำนวน 40 ครอบครัว

3. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

3.1 ผู้ป่วยจิตเภท

- 1) เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD -10) ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งมีอายุ 20 – 59 ปี
- 2) มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำสุดถึงปานกลาง โดยประเมินจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาซึ่งพัฒนามาจากของ สรินทร เขียวโสธร (2545) คือได้ค่าคะแนนเท่ากับ 1.00 – 3.49 คะแนน
- 3) มีอาการทางจิตสงบโดยประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) มีค่าคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน (Overall and Gorham, 1962)
- 4) สามารถพูดคุยสื่อสารและฟังภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น
- 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

3.2 ผู้ดูแลในครอบครัว

- 1) บุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป มีอายุ 20 - 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ครอบครัวละ 1 คน
- 2) มีอาการทางจิตสงบโดยประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) มีค่าคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน (Overall and Gorham, 1962)
- 3) สามารถพูดคุยสื่อสาร ฟังและเขียนภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น
- 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

- 1) กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่กำหนด
- 2) กลุ่มตัวอย่างมีอาการแทรกซ้อนทางร่างกายหรือมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรงระหว่างการดำเนินการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยแบบทดลองควรมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาอย่างน้อย 30 คน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนอย่างน้อย 15 คน เพื่อให้ข้อมูลเกิดการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ ทำให้อำนาจทดสอบเพิ่มขึ้นและมีความแปรปรวนลดลง อีกทั้งค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด (Burn and Grove, 2005) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 ครอบครัว โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) และทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 ครอบครัว เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด ป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) และเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการวิจัย

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. หลังจากทีโครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสามชุก และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพซึ่งทำหน้าที่รับผิดชอบคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลสามชุก โดยประเมินคุณสมบัติผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวตามเกณฑ์การคัดเลือกในช่วงเวลาที่มีมารับบริการที่คลินิกจิตเวช
2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และหากกลุ่มตัวอย่างมีความสมัครใจยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย 40 ครอบครัว
3. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched - Pair) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน มากที่สุดจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอายุของผู้ป่วยจิตเภท (Hoffman, 1994; Ararwal et al., 1998; Hui et al., 2006) มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทดังนั้นผู้วิจัยจึงจับคู่กลุ่มตัวอย่างโดยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับเดียวกัน
4. ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่จนครบทั้ง 20 คู่ ซึ่งจะได้อีกกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกัน (Matched Pair) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	อายุ (ปี)	ระดับพฤติกรรมการใช้ยา	อายุ (ปี)	ระดับพฤติกรรมการใช้ยา
1	49	ต่ำสุด	47	ต่ำสุด
2	51	ต่ำสุด	54	ต่ำสุด
3	32	ต่ำ	31	ต่ำ
4	38	ต่ำ	40	ต่ำ
5	43	ต่ำ	42	ต่ำ
6	50	ต่ำ	48	ต่ำ
7	56	ต่ำ	58	ต่ำ
8	37	ปานกลาง	35	ปานกลาง
9	36	ปานกลาง	36	ปานกลาง
10	41	ปานกลาง	42	ปานกลาง
11	42	ปานกลาง	42	ปานกลาง
12	45	ปานกลาง	46	ปานกลาง
13	47	ปานกลาง	46	ปานกลาง
14	50	ปานกลาง	48	ปานกลาง
15	52	ปานกลาง	53	ปานกลาง
16	52	ปานกลาง	54	ปานกลาง
17	52	ปานกลาง	51	ปานกลาง
18	55	ปานกลาง	57	ปานกลาง
19	57	ปานกลาง	58	ปานกลาง
20	59	ปานกลาง	59	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกัน (Matched Pair) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่ ดังนี้

1) อายุของผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อายุเท่ากัน จำนวน 2 คู่ และอายุต่างกัน ไม่เกิน 5 ปี จำนวน 18 คู่

2) ระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทุกคู่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับเดียวกัน ดังนี้ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำสุด จำนวน 2 คู่ ระดับต่ำ จำนวน 5 คู่ และระดับปานกลาง จำนวน 13 คู่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล หากเกิดความสงสัยในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้นำโครงสร้างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ แผนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานทั้งหมด นำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อพิจารณาผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสามชุก และได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2558 (เอกสารรับรองเลขที่ 3495/29 กันยายน 2558) เมื่อสิ้นสุดการทดลองกลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำและคู่มือการดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาให้แก่ผู้ป่วยจิตเภท และคู่มือการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย จิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีรายละเอียด ดังนี้

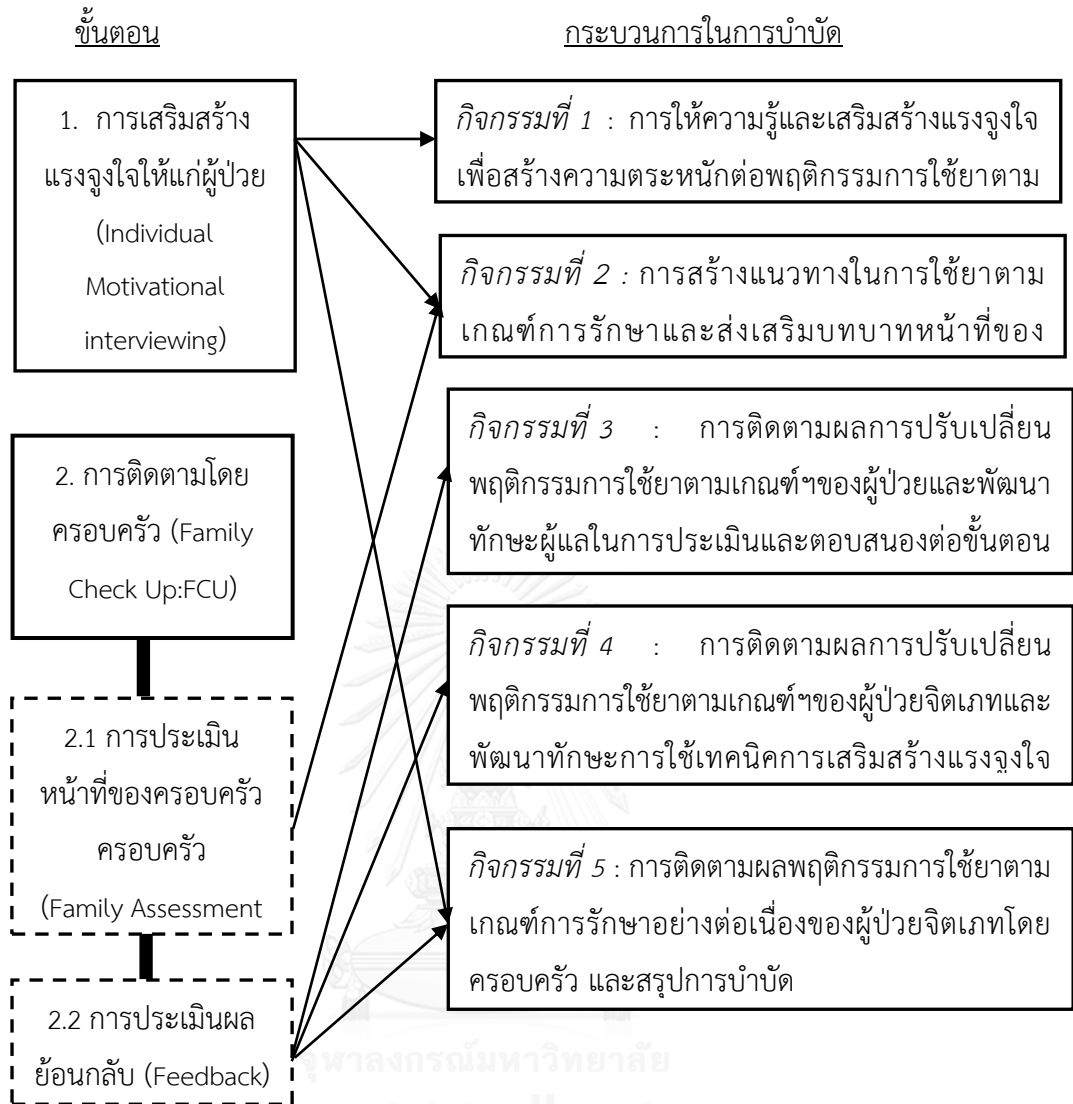
1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

1.1 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว เป็นการบำบัดที่

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากพื้นฐานแนวความคิดการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ของ Miller and Rollnick (2002) โดยประยุกต์ด้วยการบูรณาการรูปแบบการบำบัดจากแนวความคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ตามการศึกษาของ Spirito et al. (2011) และการศึกษาของ Smeerdijk et al. (2009, 2011) โดยมีการประยุกต์เนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ติดต่อเพื่อขออนุญาตประยุกต์ใช้เครื่องมือจาก Dr. Anthony Spirito อาจารย์ประจำสาขาจิตเวชศาสตร์และพฤติกรรมมนุษย์ โรงเรียนการแพทย์แอลเพริท มหาวิทยาลัยบราวน์ ประเทศสหรัฐอเมริกา รวมทั้ง Dr. Maarten Smeerdijk และ Dr. Rene Keet อาจารย์จิตแพทย์ประจำสถาบันการแพทย์แห่งอัมสเตอร์ดัม นอร์ดฮอลล์แลนด์ ประเทศเนเธอร์แลนด์ ผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ โดยได้รับอนุญาตให้ผู้วิจัยสามารถแปลเครื่องมือเป็นภาษาไทย และประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวกหน้า 202) โดยมีขั้นตอนการสร้าง และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

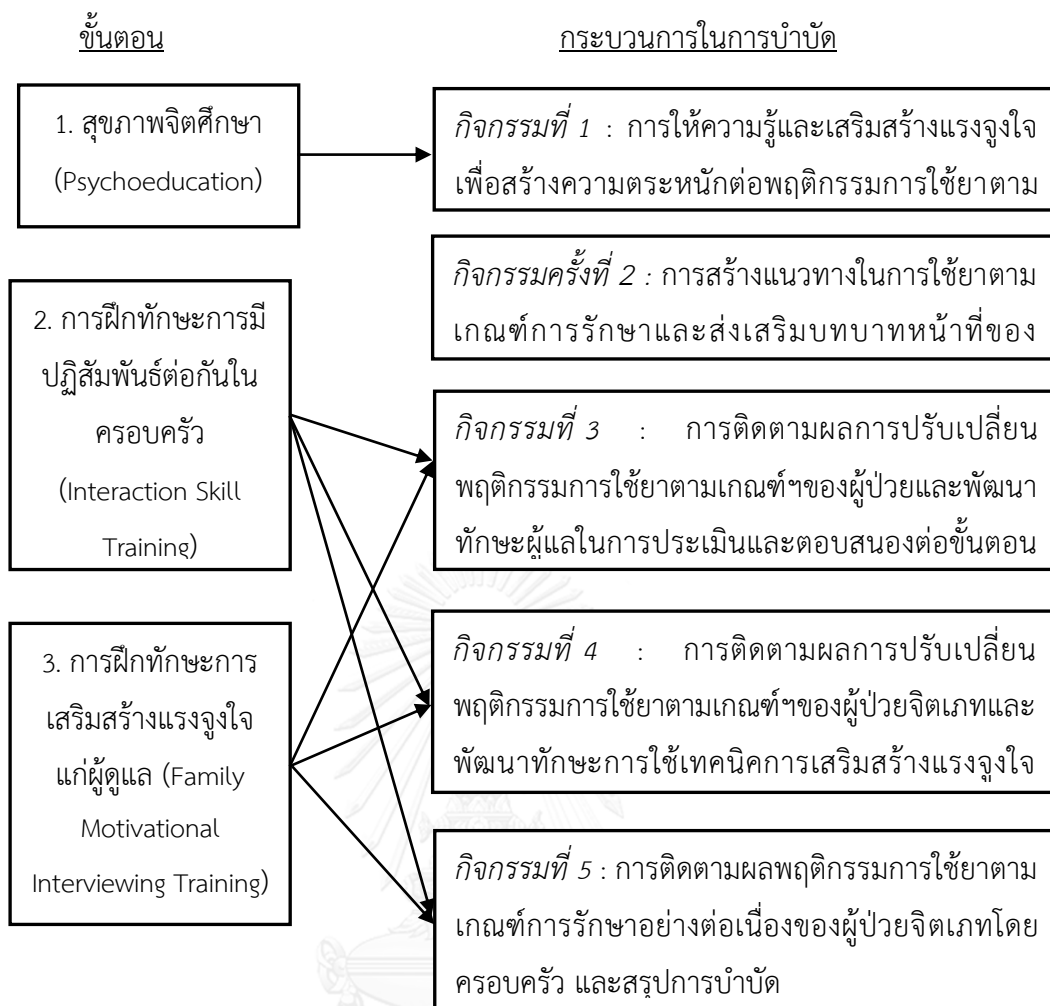
1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แนวความคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

2) สร้างการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวและกำหนดโครงสร้างของกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามบริบทของประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยได้แสดงการประยุกต์ด้วยการบูรณาการขั้นตอนตามรูปแบบ FMI ของ Spirito et al. (2011) และ Smeerdijk et al. (2009, 2011) สู่กระบวนการบำบัดในงานวิจัยไว้ในภาพที่ 2 และ 3 ซึ่งการดำเนินกิจกรรมจะเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 3 - 5 ครอบครัว แต่ละครอบครัวจะประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 1 คน และผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 1 คน ในการบำบัดประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที รวมการบำบัดทั้งหมด 5 ครั้ง ใช้เวลาดำเนินการติดต่อกันเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์



ภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงการประยุกต์ด้วยการบูรณาการขั้นตอนตามรูปแบบ FMI ของ Spirito et al. (2011) สู่กระบวนการบำบัดในงานวิจัย

จากภาพที่ 2 แสดงการประยุกต์ด้วยการบูรณาการขั้นตอนตามรูปแบบ FMI ของ Spirito et al. (2011) สู่กระบวนการบำบัดในงานวิจัย ดังนี้ ขั้นตอนการเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย บูรณาการในกิจกรรมที่ 1, 2 และ 5 ขั้นตอนการติดตามโดยครอบครัว ในส่วนของการประเมินหน้าที่ของครอบครัวครอบครัวบูรณาการในกิจกรรมที่ 2 และในส่วนการประเมินผลย้อนกลับบูรณาการในกิจกรรมที่ 3, 4 และ 5



ภาพที่ 3 แผนภูมิแสดงการประยุกต์ด้วยการบูรณาการขั้นตอนตามรูปแบบ FMI ของ Smeerdijk et al. (2009, 2011) สู่กระบวนการบำบัดในงานวิจัย

จากภาพที่ 3 แสดงการประยุกต์ด้วยการบูรณาการขั้นตอนตามรูปแบบ FMI ของ Smeerdijk et al. (2009, 2011) สู่กระบวนการบำบัดในงานวิจัย โดยบูรณาการขั้นตอนสุขภาพจิตศึกษาในกิจกรรมที่ 1 ขั้นตอนการฝึกทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กันในครอบครัว และขั้นตอนการฝึกทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ดูแลในกิจกรรมที่ 3 – 5

รูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวนี้จะเน้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีการปรับทัศนคติครอบครัวเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังฝึกให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีทักษะในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภทมีแรงจูงใจในการลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยมีรายละเอียดของการบำบัด ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การให้ความรู้และสร้างความตระหนักต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ระยะเวลา 60 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ของการเข้าร่วมการบำบัด

สาระสำคัญ ในกิจกรรมครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ ขั้นตอนการให้ความรู้ ขั้นตอนการสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา และ ขั้นตอนการประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม โดยมีสาระสำคัญดังนี้ การสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม โดยจะรวมถึงการแนะนำตนเอง การชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบของการบำบัด รวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการจัดการอาการข้างเคียงของยา ให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีการประเมินและพิจารณาถึงการใช้ยาและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม มีการอภิปรายถึงผลการประเมินดังกล่าวร่วมกันภายในกลุ่ม โดยผู้บำบัดจะใช้เทคนิค OARS เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความตระหนักต่อการเปลี่ยนแปลงปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งจะเป็นการผลักดันระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทจากขั้นเพิกเฉย(Pre-Contemplation) ไปสู่ขั้นลังเลใจ (Contemplation) อันจะส่งผลต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาในลำดับต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 2 การสร้างแนวทางในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของครอบครัว

ระยะเวลา 60 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 ของการเข้าร่วมการบำบัด

สาระสำคัญ ในกิจกรรมครั้งที่ 2 ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาก่อนเริ่มกิจกรรม ขั้นตอนการชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจและให้คำมั่นสัญญา ขั้นตอนการสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา ขั้นตอนการปรับทัศนคติครอบครัว และขั้นตอนการประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม โดยมีสาระสำคัญดังนี้ ในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม จำเป็นจะต้องมีการผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมโดยมีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นลังเลใจ (Contemplation) ก่อน ด้วยวิธีการประเมินระดับแรงจูงใจ และใช้กระบวนการกลุ่มส่งเสริมให้ผู้ป่วย

เกิดความตระหนักในปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีโอกาสพิจารณาซึ่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ (Decision Balance) โดยการพิจารณาข้อดีข้อเสียของการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และข้อดีข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา และใช้กระบวนการของการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเล็งเห็นถึงช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับปัจจุบัน (Develop Discrepancy) ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจได้ง่ายมากขึ้น (Self-Motivation Statement)

การสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา โดยให้ผู้ป่วยพิจารณาถึงประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง ร่วมกับการอภิปรายแลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองขึ้นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับแรงจูงใจไปสู่ขั้นตัดสินใจ (Determination) และขั้นลงมือกระทำ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา (Action) ได้ในที่สุด ตลอดจนส่งเสริมบทบาทของครอบครัวโดยให้ผู้ดูแลมีส่วนในการสนับสนุนดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามแนวทางที่สร้างไว้ และแสดงความเชื่อมั่นในศักยภาพของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้มีการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการร่วมมือกันสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาได้จนสำเร็จ โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนความรู้สึกด้วยถ้อยทีถ้อยอาศัยซึ่งกันและกัน รวมทั้งหาแนวทางในการปรับปรุงตนเองจากการอภิปรายร่วมกัน ส่งผลให้ต่างฝ่ายต่างเปิดใจยอมรับต่อการกระทำต่างๆ ของกันและกันด้วยความเข้าใจ ตลอดจนร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการร่วมมือกันสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาได้สำเร็จ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรมครั้งที่ 3 การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ต่างๆของผู้ป่วยจิตเภท และพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการประเมินและตอบสนองต่อขั้นตอนของแรงจูงใจ

ระยะเวลา 60 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 ของการเข้าร่วมการบำบัด

สาระสำคัญ ในกิจกรรมครั้งที่ 3 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการติดตามประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ขั้นตอนการแนะนำการประเมินและตอบสนองต่อขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท และขั้นตอนการฝึกทักษะโดยใช้การประเมินและตอบสนองต่อขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีสาระสำคัญดังนี้ การให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย จิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ และสามารถประเมินระดับขั้นแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งสามารถตอบสนองการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจ และสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้จะมีการติดตามประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ

รักษาของผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา จากกิจกรรมที่ 1-2 แล้ว เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคต่างๆ พร้อมทั้งหาแนวทางสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสม

กิจกรรมครั้งที่ 4 การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภทและพัฒนาทักษะการใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแล

ระยะเวลา 60 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 ของการเข้าร่วมการบำบัด

สาระสำคัญ ในกิจกรรมครั้งที่ 4 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการติดตามประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ขั้นตอนการทบทวนการบ้าน ขั้นตอนการแนะนำหลักสำคัญและเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ และขั้นตอนการฝึกทักษะโดยใช้หลักสำคัญและเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยมีสาระสำคัญดังนี้ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวนี้เป็นวิธีการบำบัดที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา โดยมีผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้ใช้ทักษะต่างๆ ในการช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้สำรวจ ค้นหา และจัดการกับความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายของตนเอง โดยในการบำบัดที่มีประสิทธิภาพนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และมีทักษะการใช้เทคนิคที่สำคัญต่างๆ ซึ่งในกิจกรรมนี้จะมีการให้ความรู้ และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับหลักสำคัญและเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยา เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจ มีทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจที่ถูกต้อง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองได้สำเร็จ

กิจกรรมครั้งที่ 5 การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวในการติดตามผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท และสรุปการบำบัด

ระยะเวลา 90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 ของการเข้าร่วมการบำบัด

สาระสำคัญ ในกิจกรรมครั้งที่ 5 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการทบทวนการบ้านของผู้ดูแล ขั้นตอนการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวในการติดตามผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท และขั้นตอนการสรุปทบทวนการบำบัด โดยมีสาระสำคัญดังนี้ การให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะในการเสริมสร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วยจิตเภทโดยมีพยาบาลเป็นผู้คอยให้การดูแลและแนะนำอย่างใกล้ชิด ก่อนที่ผู้ดูแลจะนำทักษะไปประยุกต์ใช้ในการดูแลกับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านอย่างจริงจังนั้น จะช่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสมจากผู้ดูแล ตลอดจนการทบทวนเน้นย้ำถึงแนวทางที่เกี่ยวข้องกับการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาทั้งหมดตั้งแต่การบำบัดในครั้งที่ 1-5 โดยมีการร่วมกันอภิปรายและวิเคราะห์ในบางประเด็นที่ยังคงเป็นปัญหาอุปสรรค และร่วมกันหาแนวทางการแก้ไข รวมทั้งมีการทบทวนถึงแนวทางในการปฏิบัติทั้งในบทบาทของผู้ป่วยและบทบาทของผู้ดูแลที่ชัดเจนอีกครั้ง เพื่อเป็นการสนับสนุน สร้างความมั่นคง และความเชื่อมั่นที่จะนำแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน ภายหลังจากสิ้นสุดการบำบัดในครั้งนี้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยแผนกิจกรรมในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พร้อมคู่มือสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและสำหรับครอบครัว ไปร่วมปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบ เนื้อหา ภาษาที่ใช้ และโครงสร้างของกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนมีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยจากนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่แก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และการใช้ภาษา ซึ่งพบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหาในกิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยประเด็นที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อนำมาปรับแก้มี 1 ประเด็น คือการเพิ่มบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการบำบัด ซึ่งได้ปรับแก้ดังนี้ ในกิจกรรมครั้งที่ 1 การให้ความรู้และการสร้างความตระหนักต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ขั้นตอนการสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา เพิ่มบทบาทให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากประสบการณ์ที่เคยเกิดขึ้นกับครอบครัวเมื่อผู้ป่วยจิตเภทไม่รับประทานยา

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำการบำบัดที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 5 ครอบครัว โดยทดลองใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวด้วยการดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 5 ครั้ง เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำการบำบัดไปใช้ ดูความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ซึ่งจากการทดลองใช้ (Try out) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร แต่บางครั้งต้องมีการปรับคำพูดให้เข้าใจ

ง่ายขึ้น และมีการยกตัวอย่างประกอบเพื่อให้มองเห็นภาพได้ชัดเจนเพื่อให้มีความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น หลังจากนั้นพบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด โดยระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 60 – 90 นาที ซึ่งผู้วิจัยนำปัญหาที่พบ จากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง เพื่อให้การบำบัดที่พัฒนาขึ้นนี้มีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ติดขัด ในเรื่องของการทำใบงานที่ต้องมีการอ่าน การเขียน และวิเคราะห์ ซึ่งผู้เข้ารับการบำบัดบางรายอ่านและเขียนไม่สะดวก จึงปรับการดำเนินกิจกรรมจากที่ให้ผู้ป่วยแต่ละคนอ่านเอง เป็นผู้ให้การบำบัดช่วยอ่านให้ฟัง และอธิบายเพิ่มเติมไปพร้อมกัน และอธิบายแนวทางในการเขียนใบงานต่างๆ เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย นอกจากนี้ยังได้เพิ่มขนาดของตัวอักษรให้ใหญ่ขึ้นเพื่อการมองเห็นที่ชัดเจน จากนั้นผู้วิจัยนำปัญหาที่พบมาปรับปรุงแก้ไขการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง เพื่อให้การบำบัดมีความสมบูรณ์ก่อนการนำไปใช้จริง

1.2 แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา

ตามเกณฑ์การรักษา (The Contemplation Ladder) สร้างโดย Biener and Adams (1991) แปลเป็นภาษาไทยโดยดร.รุณี ภูขาว และคณะ (2549) มีการพัฒนาให้เหมาะสมกับการประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยรัชณี อุทัยพันธ์ และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (2556) ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ทั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้แบบสอบถามนี้ในขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมในกระบวนการการบำบัดเพื่อประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง ซึ่งแบบสอบถามนี้มีมาตราประเมินค่าแบบอันตรภาค (Interval Scale) มีขั้นบันไดจำนวน 10 ขั้น ให้ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0 – 10 คะแนน โดยผู้ทำการบำบัดจะสอบถามผู้ป่วยจิตเภทด้วยคำถามว่า “คุณมีความคิดเห็นอย่างไรกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง”

การแปลผลค่าคะแนน ดังนี้

- ข้อความ ก. หรือ ขั้นบันไดที่ 0-1 หมายถึง ระยะการเปลี่ยนแปลงอยู่ในขั้นเพิกเฉย
- ข้อความ ข. หรือ ขั้นบันไดที่ 2-4 หมายถึง ระยะการเปลี่ยนแปลงอยู่ในขั้นลังเลใจ
- ข้อความ ค. หรือ ขั้นบันไดที่ 5-7 หมายถึง ระยะการเปลี่ยนแปลงอยู่ในขั้นลังเลใจ
- ข้อความ ง. หรือ ขั้นบันไดที่ 8-9 หมายถึง ระยะการเปลี่ยนแปลงอยู่ในขั้นตัดสินใจ
- ข้อความ จ. หรือ ขั้นบันไดที่ 10 หมายถึง ระยะการเปลี่ยนแปลงอยู่ในขั้นลงมือทำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงไปร่วมปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบ เนื้อหา ภาษาที่ใช้และโครงสร้างของเครื่องมือให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนมีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยนี้ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่แก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และการใช้ภาษา ซึ่งพบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ถึงแม้ว่าค่าความตรงของเนื้อหาได้ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ยอมรับได้ แต่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อความ ค. ปรับแก้จาก “ฉันคิดว่าในขณะที่ฉันควรที่จะร่วมมือในการรักษาด้วยยาให้ดีกว่าเดิมแต่ฉันยังรู้สึกว่าคุณเองยังไม่พร้อมที่จะกระทำการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว” เป็น “ฉันคิดว่าในขณะที่ฉันควรที่จะเปลี่ยนแปลงการใช้ยาให้ดีกว่าเดิม แต่ฉันรู้สึกว่าคุณเองยังไม่พร้อมที่จะลงมือทำการเปลี่ยนแปลง” เพื่อให้มีความตรงกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาที่อยู่ในขั้นตัดสินใจ (Determination) และทำให้เข้าใจได้ง่ายมากขึ้น

ข้อความ จ. ปรับแก้จาก “ฉันเริ่มลงมือบางสิ่งบางอย่างเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา” เป็น “ฉันเริ่มลงมือบางสิ่งบางอย่างเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา เช่น รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มยาเอง” ซึ่งเป็นการเพิ่มเติมข้อความที่เป็นเนื้อหาของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เพื่อทำให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น

ผู้วิจัยมีการปรับแก้ข้อความดังกล่าวข้างต้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ข้อความมีความชัดเจน เข้าใจง่าย และมีความสอดคล้องกับความหมายของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่ละระยะ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ จำนวน 5 คน เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำการบำบัดไปใช้ ดูความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

จากการทดลองใช้เครื่องมือ พบว่าเมื่อใช้เครื่องมือภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 1 นั้นผู้ป่วยจิตเภทยังไม่ค่อยเข้าใจความหมายของข้อความที่แสดงถึงขั้นของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง แต่ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจเกี่ยวกับการให้คะแนนเป็นตัวเลขได้ง่ายกว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงปรับวิธีการใช้เครื่องมือโดยการถามผู้ป่วยว่า “คุณมีความคิดเห็นอย่างไรกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา”

ใช้ยาของตนเอง” และให้ผู้ป่วยลองให้คะแนนตนเองตามระดับของขั้นบันได จากนั้นผู้วิจัยจึงอ่านข้อความที่ตรงกับระดับขั้นคะแนนที่ผู้ป่วยเลือก และสอบถามผู้ป่วยว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดของผู้ป่วยหรือไม่ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทดลองใช้วิธีการดังกล่าวในกิจกรรมครั้งที่ 2 พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น จากนั้นผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง เพื่อให้การบำบัดมีความสมบูรณ์ก่อนการนำไปใช้จริง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (The Contemplation Ladder) ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 1 และก่อนการเริ่มต้นกิจกรรมครั้งที่ 2 โดยผู้ป่วยจิตเภทจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในขั้นลังเลใจเป็นอย่างน้อย และภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในขั้นตัดสินใจเป็นอย่างน้อย สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ผ่านเกณฑ์ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไขโดยพูดคุยเป็นรายบุคคล และเสริมกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาจนกว่าผู้ป่วยจะมีระดับขั้นของแรงจูงใจถึงเกณฑ์ที่กำหนด

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยสร้างข้อคำถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภท ข้อมูลของผู้ดูแล และข้อมูลครอบครัว

2.2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สร้างขึ้นโดยเพชร คันธสายบัว (2544) ตามแนวคิดของ Farragher (1999) และพัฒนาโดยสรินทร์ เขียวโสธร (2545) เพื่อใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และผู้วิจัยนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 18 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยา 9 ข้อ และ 2) ด้านความสามารถการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา 9 ข้อ โดยแบ่งเป็นคำถามทางลบ 9 ข้อ และคำถามทางบวก 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยคำถามทางบวกให้ค่าคะแนน 5,4,3,2,1 ส่วนคำถามทางลบให้ค่าคะแนนกลับกัน คิดคะแนนโดยนำผลรวมของคะแนนทุกข้อหารด้วยจำนวนข้อคำถามคือ 18 ซึ่งคะแนนจะอยู่ในช่วง 1.00 - 5.00 คะแนน

การแปลผลค่าคะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน 4.50 – 5.00 หมายถึง	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก
ระดับคะแนน 3.50 – 4.49 หมายถึง	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี

ระดับคะแนน 2.50 – 3.49 หมายถึง	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง
ระดับคะแนน 1.50 – 2.49 หมายถึง	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ
ระดับคะแนน 1.00 – 1.49 หมายถึง	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำสุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ปรับปรุงไปร่วมปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบเนื้อหา ภาษาที่ใช้และโครงสร้างของเครื่องมือให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนมีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยนี้ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่แก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาและครอบครัว จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และการใช้ภาษา

โดยในการตรวจสอบจะมีระดับของการให้คะแนนความสอดคล้องเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ระดับคะแนน 4	หมายถึง	มีความสอดคล้องมาก
ระดับคะแนน 3	หมายถึง	ค่อนข้างมีความสอดคล้อง
ระดับคะแนน 2	หมายถึง	มีความสอดคล้องน้อย
ระดับคะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีความสอดคล้อง

จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ระดับคะแนน 3 และ 4 มาใช้ประกอบการคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ซึ่งในการวิจัยนี้พบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .94 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ถึงแม้ว่าค่าความตรงของเนื้อหาได้ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ยอมรับได้ แต่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จำนวน 4 ข้อคำถาม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อคำถามที่ 3 “ท่านกินยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น” ปรับแก้เป็น “ท่านกินยาเมื่อมีอาการเท่านั้น”

ข้อคำถามที่ 7 “ท่านกินยานอนหลับเพิ่ม โดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง” ปรับแก้เป็น “ท่านกินยาบางชนิดเพิ่ม โดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง เช่น ยานอนหลับ ยาคลายเครียด”

ข้อคำถามที่ 11 “เมื่อท่านมีอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ท่านกินยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งให้” ปรับแก้เป็น “ถ้าท่านมีอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต เช่น ตัวแข็ง เดินเขื่อนนอนไม่หลับ ท่านจะกินยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งให้”

ข้อคำถามที่ 16 “ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง” ปรับแก้เป็น “ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเพื่อรับยาอย่างต่อเนื่อง”

ผู้วิจัยมีการปรับแก้ข้อคำถามดังกล่าวข้างต้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจน เข้าใจง่าย และมีความสอดคล้องกับแนวคิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ Farragher (1999)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับในการวิจัยครั้งนี้พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .83

3. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลาย พัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham (1962) มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2549) ซึ่งมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง (Reliability) โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ .87 ทั้งนี้แบบประเมินอาการทางจิตนี้เป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน และใช้กันอย่างแพร่หลาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่มีการประเมินคุณภาพของเครื่องมือในเรื่องของความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน สำหรับการวิจัยครั้งนี้จะมีการใช้แบบประเมินอาการทางจิตในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย โดยใช้เกณฑ์พิจารณาคือ ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีระดับคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย ซึ่งต้องมีระดับคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน

4. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลองกับผู้ป่วยจิตเภท และเครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลองกับผู้ดูแลในครอบครัว ดังนี้

4.1 เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลองกับผู้ป่วยจิตเภท คือ แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale; SOCRATES-8A) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ที่เสพติดสุรา พัฒนาโดย Miller and Tonigan (1996) มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยพิชัย แสงชาญชัย (2546) และได้รับการปรับปรุงด้านภาษาโดยพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2549) ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเครื่องมือนี้แบ่งเป็นรายด้านทั้งหมด 3 รายด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ ซึ่งข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบวัดความคิดเห็น (Likert Scale) 5 ระดับ ระหว่าง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง กับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง” โดยให้ระดับคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ในแต่ละรายด้านประกอบด้วยข้อคำถามดังนี้

ด้านการยอมรับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 7, 10, 12, 15 และ ข้อที่ 17 ซึ่งในด้านการยอมรับจะมีช่วงค่าคะแนนอยู่ในช่วง 7 - 35 คะแนน

ด้านความลังเล ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 6, 11 และข้อที่ 16 ซึ่งในด้านความลังเลใจจะมีช่วงค่าคะแนนอยู่ในช่วง 4-20 คะแนน

ด้านลงมือกระทำ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 5, 8, 9, 13, 14, 18 และข้อที่ 19 ซึ่งในด้านการลงมือกระทำจะมีช่วงค่าคะแนนอยู่ในช่วง 8-40 คะแนน

สำหรับเกณฑ์ในการแปลผลค่าคะแนน มีรายละเอียดดังในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เกณฑ์การพิจารณาในการแปลผลค่าคะแนนของแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A)

การแปลค่าคะแนน	ด้านการยอมรับ	ด้านความลังเลใจ	ด้านลงมือกระทำ
ระดับสูงมาก		19-20	39-40
ระดับสูง	35	17-18	36-38
ระดับปานกลาง	32-34	15-16	33-35
ระดับต่ำ	29-31	12-14	30-32
ระดับต่ำมาก	7-28	4-11	8-29

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสอบถามเฉพาะรายด้านลงมือกระทำซึ่งมีจำนวน 8 ข้อ ในการกำกับการทดลองเนื่องจากเป็นรายด้านที่สามารถบ่งบอกถึงการใช้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาจะมีความพร้อมในการลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้เกณฑ์พิจารณาจากระดับคะแนนเฉลี่ยด้านกำลังลงมือกระทำที่มีค่าอยู่ในระดับสูงขึ้นไป คือระดับคะแนน ≥ 36 คะแนน ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมในการลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (พัชรราวลัย กนกจรรยา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2556)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดขั้นต้น ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A) เฉพาะรายด้าน ลงมือกระทำ ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการปรับปรุงภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่แก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และการใช้ภาษา

โดยในการตรวจสอบจะมีระดับของการให้คะแนนความสอดคล้องเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ระดับคะแนน 4	หมายถึง	มีความสอดคล้องมาก
ระดับคะแนน 3	หมายถึง	ค่อนข้างมีความสอดคล้อง
ระดับคะแนน 2	หมายถึง	มีความสอดคล้องน้อย
ระดับคะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีความสอดคล้อง

โดยผู้วิจัยรวบรวมข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ระดับคะแนน 3 และ 4 มาใช้ประกอบการคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ซึ่งในการวิจัยนี้พบค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .86 ถือว่าผ่านเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ยอมรับได้ แต่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์จำนวน 2 ข้อคำถาม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อคำถามที่ 7 “ฉันพยายามอย่างมากในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง” ปรับแก้เป็น “ฉันพยายามอย่างมากในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง เช่น จดบันทึกการกินยาทุกมื้อ”

ข้อคำถามที่ 8 “ฉันได้เปลี่ยนแปลงบางสิ่งบางอย่างแล้วเกี่ยวกับการกินยา” ปรับแก้เป็น “ฉันได้เปลี่ยนแปลงบางสิ่งบางอย่างในการกินยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาแล้ว”

ผู้วิจัยมีการปรับแก้ข้อคำถามข้างต้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย และสอดคล้องกับเนื้อความในแบบสอบถามต้นฉบับของ Miller and Tonigan (1996)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดขั้นต้น ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A) ที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคสำหรับการวิจัยครั้งนี้พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .82

4.2 เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลองกับผู้ดูแลในครอบครัว ประกอบด้วย 2 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.2.1 แบบประเมินตนเองของผู้ดูแลเรื่องความสามารถใน

การเสริมสร้างแรงจูงใจ สร้างโดย Addiction Technology Transfer Center (ATTC) Network พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดยแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.) ซึ่งใช้ในการประเมินความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจของบุคลากรทางสุขภาพที่เข้าอบรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยผู้วิจัยนำมาปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับการประเมินผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งจะให้ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินตนเอง ประกอบด้วย 12 ข้อคำถาม ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดความคิดเห็น (Likert Scale) 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี พอใช้ และดี โดยให้ระดับคะแนนตั้งแต่ 1 - 3 คะแนน คิดคะแนนจากผลรวมของคะแนนทุกข้อ ซึ่งคะแนนจะอยู่ในช่วงระหว่าง 12 - 36 คะแนน

การแปลผลค่าคะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน 32 - 36 หมายถึง มีความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจระดับสูงมาก

ระดับคะแนน 27 - 31 หมายถึง มีความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจระดับสูง

ระดับคะแนน 22 - 26 หมายถึง มีความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 17 - 21 หมายถึง มีความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจระดับต่ำ

ระดับคะแนน 12 - 16 หมายถึง มีความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจระดับต่ำมาก

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ใช้เกณฑ์พิจารณาจากระดับความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีค่าอยู่ในระดับสูงขึ้นไป คือระดับคะแนน ≥ 27 คะแนน ทั้งนี้การที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจที่ดีจะส่งผลต่อการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ (Smeerdijk et al., 2009)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจที่ปรับปรุงไปร่วมปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบ เนื้อหา ภาษาที่ใช้และโครงสร้างของเครื่องมือให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนมีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยนี้ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่แก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และการใช้ภาษา

โดยในการตรวจสอบจะมีระดับของการให้คะแนนความสอดคล้องเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ระดับคะแนน 4	หมายถึง	มีความสอดคล้องมาก
ระดับคะแนน 3	หมายถึง	ค่อนข้างมีความสอดคล้อง
ระดับคะแนน 2	หมายถึง	มีความสอดคล้องน้อย
ระดับคะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีความสอดคล้อง

จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ระดับคะแนน 3 และ 4 มาใช้ประกอบการคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ซึ่งในการวิจัยนี้พบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .90 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ถึงแม้ว่าค่าความตรงของเนื้อหาได้ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ยอมรับได้ แต่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จำนวน 6 ข้อคำถาม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อคำถามที่ 1 “ท่านพุดจูงใจผู้ป่วยให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา ท่านร่วมมือกับผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางการแก้ไข และสนับสนุนให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติด้วยตัวเอง” ปรับแก้เป็น “ท่านพุดจูงใจให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา ให้เป็นตามเกณฑ์การรักษา” และเพิ่มข้อคำถามว่า “ท่านร่วมมือกับผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางการแก้ไข และสนับสนุนให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติด้วยตัวเอง” เพื่อให้แยกประเด็นได้ชัดเจน และเข้าใจง่ายมากขึ้น

ข้อคำถามที่ 4 “ท่านฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ และพุดสะท้อนข้อความ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา” ปรับแก้เป็น “ท่านฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ และพุดสะท้อนความคิดของผู้ป่วย เพื่อให้เขาตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา”

ข้อคำถามที่ 5 “ท่านประคับประคอง แบ่งปันกำลังใจ และร่วมมือกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาได้” ปรับแก้เป็น “ท่านช่วยเหลือ ให้กำลังใจและร่วมมือกับผู้ป่วย เพื่อให้เขาเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาได้”

ข้อคำถามที่ 6 “ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถที่มีอยู่ในการดูแลการใช้ยาของตนเอง” ปรับแก้เป็น “ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถที่มีอยู่ในการดูแลการใช้ยาของตนเอง เช่น ให้ผู้ป่วยจัดยาด้วยตนเอง”

ข้อคำถามที่ 8 “ท่านทำให้ผู้ป่วยเกิดความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา โดยให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบข้อดี/ข้อเสีย” ปรับแก้เป็น “ท่านเปรียบเทียบข้อดี/ข้อเสียของการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความลังเลใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง”

ข้อคำถามที่ 10 “ท่านยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก และบอกข้อมูลความรุนแรงของปัญหาการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาให้ผู้ป่วยทราบ” ปรับแก้เป็น “ท่านยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก” และเพิ่มข้อคำถามว่า “ท่านบอกความรุนแรงของปัญหาการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาให้ผู้ป่วยทราบ เช่น ถ้าไม่กินยาจะทำให้มีอาการกำเริบ” เพื่อให้แยกประเด็นได้ชัดเจน และเข้าใจง่ายมากขึ้น

ผู้วิจัยมีการปรับแก้ข้อคำถามดังกล่าวข้างต้น และมีการเพิ่มข้อคำถามจากเดิม 10 ข้อ เป็น 12 ข้อ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจน เข้าใจง่าย และมีความสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2009)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินตนเองของผู้ดูแลเรื่องความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และได้รับความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับในการวิจัยครั้งนี้พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .81

4.2.2 แบบสังเกตความสามารถของผู้ดูแลในการใช้เทคนิค

เสริมสร้างแรงจูงใจ สร้างโดยแผนงานการพัฒนากระบวนการ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.) ซึ่งใช้ในการประเมินความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจของบุคลากรทางสุขภาพที่เข้าอบรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยผู้วิจัยนำมาปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับการประเมินผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ซึ่งจะให้พยาบาลสังเกตและประเมินผู้ดูแลในการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี พอใช้ ดี และไม่ได้ปฏิบัติ โดยให้ระดับคะแนนตั้งแต่ 1,2,3 และ 0 คะแนนตามลำดับ คิดคะแนนจากผลรวมของคะแนนทุกข้อ ซึ่งคะแนนจะอยู่ในช่วงระหว่าง 0 – 60 คะแนน

การแปลผลค่าคะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน 49 – 60 หมายถึง มีความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจระดับสูงมาก

ระดับคะแนน 37 - 48 หมายถึง มีความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจระดับสูง

ระดับคะแนน 25 - 36 หมายถึง มีความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 13 - 24 หมายถึง มีความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจระดับต่ำ

ระดับคะแนน 0 - 12 หมายถึง มีความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจระดับต่ำมาก

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ใช้เกณฑ์พิจารณาจากระดับความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีค่าอยู่ในระดับสูงขึ้นไป คือระดับคะแนน ≥ 37 คะแนน ซึ่งการที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจที่ดีจะส่งผลต่อการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ (Smeerdijk et al., 2009) โดยในการนำเครื่องมือไปใช้ในการวิจัยนั้นจะใช้ผู้ประเมินซึ่งเป็นพยาบาลที่มีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจจำนวน 2 คน คือ ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยมาประเมินผู้ดูแลไปพร้อมกัน และนำคะแนนทั้งสองค่านั้นมาหาค่าเฉลี่ยซึ่งจะเป็นคะแนนความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแลรายนั้นๆ ทั้งนี้เพื่อหาความเท่าเทียมกันของการสังเกต (Interrater Reliability) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสังเกตความสามารถของผู้ดูแลในการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจที่ปรับปรุงไปร่วมปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบ เนื้อหา ภาษาที่ใช้และโครงสร้างของเครื่องมือให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนมีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยนี้ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่แก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และการใช้ภาษา

โดยในการตรวจสอบจะมีระดับของการให้คะแนนความสอดคล้องเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ระดับคะแนน 4	หมายถึง	มีความสอดคล้องมาก
ระดับคะแนน 3	หมายถึง	ค่อนข้างมีความสอดคล้อง
ระดับคะแนน 2	หมายถึง	มีความสอดคล้องน้อย
ระดับคะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีความสอดคล้อง

จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ระดับคะแนน 3 และ 4 มาใช้ประกอบการคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ซึ่งในการวิจัยนี้พบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 1.0 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ถึงแม้ว่าค่าความตรงของเนื้อหาได้ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ยอมรับได้ แต่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ข้อคำถาม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อที่ 6 “การทำให้เห็นช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับปัจจุบัน” ปรับแก้เป็น “การทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมในปัจจุบันกับเป้าหมายที่คาดหวังไว้”

ผู้วิจัยมีการปรับแก้ข้อคำถามดังกล่าวข้างต้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจน เข้าใจง่าย และมีความสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2009)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสังเกตความสามารถของผู้ดูแลในการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 5 คน โดยในการนำเครื่องมือไปใช้ในการวิจัยนั้นจะใช้ผู้ประเมินซึ่งเป็นพยาบาลที่มีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 2 คน คือ ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยมาประเมินผู้ดูแลไปพร้อมกัน เพื่อหาความเท่าเทียมกันของการสังเกต (Interrater Reliability) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ดังนั้นในผู้ดูแลแต่ละรายจะมีค่าคะแนน 2 ค่า จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือที่เป็นแบบสังเกต โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) สำหรับในการวิจัยครั้งนี้พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .989 (Polit and Hungler, 1999 อ้างใน อารียวรรณ อ่วมธานี, 2554)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้มีการจำแนกออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมตัว ดังนี้

1.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ รูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัว องค์ความรู้ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง และเข้าร่วมอบรมความรู้ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ (1) แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับประยุกต์ใช้ในการ

บำบัด โดย Dr. Brad Rosenfield ที่คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2) การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ จัดโดยกรมสุขภาพจิต (3) การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องครอบครัวบำบัด จัดโดยสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต และ (4) ผู้วิจัยผ่านการเรียนรายวิชาแนวคิดและทฤษฎีการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ ของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 หน่วยกิต

1.2 ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประกอบการพัฒนาเครื่องมือ ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ คู่มือการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว และเครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังที่กล่าวข้างต้น

1.3 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลงานวิจัยในระยะต่อไป

1.4 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามชุก เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย โดยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยทั้งหมดเสนอถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามชุก เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการในการดำเนินการวิจัย วัตถุประสงค์ในการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้

1.5 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสามชุก เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเก็บข้อมูล วิธีการดำเนินการ และประสานงานเกี่ยวกับการเข้าไปดำเนินการทดลองในชุมชน ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามชุก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่อำเภอสามชุก ในการนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง มาร่วมทำกิจกรรมการบำบัดตามระยะเวลาที่กำหนด

1.6 การเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม โดยผู้วิจัยพิจารณาเลือกผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหาการใช้ยา และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ จากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงขอบเขตในการดำเนินการวิจัยโดยละเอียด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัย

1.7 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี โดยประสานงานกับหัวหน้าศูนย์คอมพิวเตอร์ เพื่อรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอยู่ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา แล้วนำมาพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย

1.8 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสามชุก โดยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะชี้แจงให้เห็นความสำคัญของปัญหา แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยจะให้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.9 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched - Pair) ให้แต่ละคู่มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันในเรื่องอายุ และระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งทำการจับคู่ที่ละคู่จนครบ 20 คู่ และทำการสุ่มอย่างง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว

2. ขั้นตอนการทดลอง

ภายหลังที่ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ครอบครัว ในขั้นตอนของการทดลองมีการดำเนินการดังนี้

2.1 การดำเนินการทดลองกับกลุ่มควบคุม

2.1.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมเกี่ยวกับการได้รับการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ที่ 1 - 5 ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจตามที่แพทย์นัดหมาย การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชน

2.1.3 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาภายหลังการทดลอง (Post-test)

2.2 การดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลอง

2.2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.2.2 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 3 - 5 ครอบครัว พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ซึ่งจะดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 - 90 นาที ติดต่อกันทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามชุก หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใกล้บ้าน



ตารางที่ 4 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

ลำดับที่	กิจกรรม	กลุ่ม	จำนวน ครอบครัว	วันที่	เวลา	สถานที่
1	การให้ความรู้และการสร้างความตระหนักต่อพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	1	4	26 ต.ค. 58	9 – 10	รพ.สามชุก
		2	3		13 –14	
		3	5	27 ต.ค. 58	9 –10	รพ.สต.ดอนสนชัย
		4	3		13 –14	
		5	5	28 ต.ค. 58	9 –10	รพ.สต.ดอนไร่
2	การสร้างแนวทางในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของครอบครัว	1	4	2 พ.ย. 58	9 – 10	รพ.สามชุก
		2	3		13 –14	
		3	5	3 พ.ย. 58	9 –10	รพ.สต.ดอนสนชัย
		4	3		13 –14	
		5	5	4 พ.ย. 58	9 –10	รพ.สต.ดอนไร่
3	การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภทและพัฒนาทักษะของผู้ดูแลในการประเมินและตอบสนองต่อขั้นตอนของแรงจูงใจ	1	4	9 พ.ย. 58	9 – 10	รพ.สามชุก
		2	3		13 –14	
		3	5	10 พ.ย. 58	9 –10	รพ.สต.ดอนสนชัย
		4	3		13 –14	
		5	5	11 พ.ย. 58	9 –10	รพ.สต.ดอนไร่
4	การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภทและพัฒนาทักษะ ผู้ดูแลเกี่ยวกับหลักสำคัญและเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ	1	4	16 พ.ย. 58	9 – 10	รพ.สามชุก
		2	3		13 –14	
		3	5	17 พ.ย. 58	9 –10	รพ.สต.ดอนสนชัย
		4	3		13 –14	
		5	5	18 พ.ย. 58	9 –10	รพ.สต.ดอนไร่
5	การติดตามผลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภทโดยครอบครัว และสรุปการบำบัด	1	4	23 พ.ย. 58	9–10.30	รพ.สามชุก
		2	3		13-14.30	
		3	5	24 พ.ย. 58	9–10.30	รพ.สต.ดอนสนชัย
		4	3		13-14.30	
		5	5	25 พ.ย. 58	9–10.30	รพ.สต.ดอนไร่

ในการดำเนินกิจกรรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวในแต่ละครั้ง มีรายละเอียด และการประเมินผลการดำเนินกิจกรรม โดยสรุปดังต่อไปนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การให้ความรู้และสร้างความตระหนักต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ในกิจกรรมครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยมีสาระสำคัญดังนี้

ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ ระยะเวลา 10 นาที การสร้างสัมพันธภาพ โดยจะรวมถึงการแนะนำตนเอง การชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบของการบำบัด

ขั้นตอนการให้ความรู้ ระยะเวลา 20 นาที การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการจัดการอาการข้างเคียงของยาแก่สมาชิกในกลุ่ม

ขั้นตอนการสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา ระยะเวลา 20 นาที โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ประเมินและพิจารณาถึงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองที่ผ่านมา และผลกระทบจากการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่เกิดขึ้นต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม มีการอภิปรายถึงผลการประเมินดังกล่าวร่วมกันภายในกลุ่ม โดยผู้บำบัดจะใช้เทคนิค OARS

ขั้นตอนการประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา ระยะเวลา 10 นาที โดยใช้แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมผู้ป่วยต้องมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในขั้นลึกลับใจ (Contemplation) เป็นอย่างน้อย ทั้งนี้ผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นเพิกเฉย (Pre-contemplation) พยายามจะให้การเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นรายบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยไปสู่ขั้นลึกลับใจ นอกจากนี้มีการมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกการรับประทานยาของตนเอง เพื่อเป็นการติดตามประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทุกคน มีความไว้วางใจต่อพยาบาลและผู้ป่วยคนอื่นๆภายในกลุ่ม โดยประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การสนทนาโต้ตอบระหว่างกัน ตลอดจนการให้ความร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลของตนเองเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มด้วยความเต็มใจ

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้

ภายหลังจากที่ได้ทบทวนความรู้เดิมร่วมกัน และแนะนำความรู้เพิ่มเติมอย่างถูกต้องให้ครบถ้วนแล้ว พบว่าสมาชิกในกลุ่มสามารถบอกถึงความหมาย สาเหตุการเกิด อาการของโรคจิตเภท วิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้อย่างถูกต้อง ดังจะเห็นได้จากตัวอย่างคำตอบที่ประเมินได้ ดังนี้

1. ความหมายของโรคจิตเภท มีดังนี้ ตัวอย่างคำตอบของผู้ป่วยจิตเภท “โรคจิตเภทคือโรคที่ทำให้คนที่เป็นมีการกระทำ คำพูด และคิดไม่เหมือนกับคนทั่วไป” ตัวอย่างคำตอบของผู้ดูแล “คือโรคที่ทำให้มีอาการผิดปกติ คือ ความคิด การกระทำ คำพูดที่ผิดปกติไป”
2. สาเหตุการเกิดของโรคจิตเภท มีดังนี้ ตัวอย่างคำตอบของผู้ป่วยจิตเภท “เกิดจากหลายอย่าง ทั้งจากปัญหาครอบครัว ความเครียด สารในสมองไม่ทำงาน” ตัวอย่างคำตอบของผู้ดูแล “โรคจิตเภทเกิดจากกรรมพันธุ์ การพูดคุยในครอบครัว การใช้สารเสพติด การดื่มสุรา การมีสมองผิดปกติ”
3. อาการของโรคจิตเภท มีดังนี้ ตัวอย่างคำตอบของผู้ป่วยจิตเภท “มีหลายอย่างจากที่ผมเคยเป็นก็คือชอบเห็นนั่นเห็นนี่ ได้ยินเสียงปุดาตายายมาตุเรา ไม่ไว้ใจใครคิดว่าทุกคนเป็นตัวปลอม ผมเลยชอบหนีออกจากบ้านไปอยู่วัด แต่ตอนนี้ไม่ค่อยเป็นแล้วครับ” ตัวอย่างคำตอบของผู้ดูแล “อาการจะมีด้านบวกกับด้านลบ มันจะตรงข้ามกัน คือด้านบวกก็จะทำอะไรที่มากกว่าคนทั่วไป ส่วนด้านลบก็จะทำอะไรที่น้อยกว่าคนทั่วไปควรจะทำ”
4. การรักษาโรคจิตเภท มีดังนี้ ตัวอย่างคำตอบของผู้ป่วยจิตเภท “ต้องกินยาสำคัญที่สุด” ตัวอย่างคำตอบของผู้ดูแล “ใช้ยา กิน ยาฉีด และญาติต้องใส่ใจคอยดูแล”
5. ความสำคัญของยา มีดังนี้ ตัวอย่างคำตอบของผู้ป่วยจิตเภท “ถ้ากินยาแล้วสารเคมีในสมองจะเรียบเป็นปกติ แต่ถ้าไม่กินยาทำให้สารเคมีในสมองจะยุ่งเหยิง ทำให้อาการไม่ดี อาการกำเริบต้องไปนอนโรงพยาบาลอีก” ตัวอย่างคำตอบของผู้ดูแล “ถ้ากินยาจะทำให้สมองปกติ อาการดี ไม่วุ่นวาย เราก็ไม่เหนื่อย”
6. วิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่สามารถจัดยาได้อย่างถูกต้อง แต่มี 3 ครอบครัวที่ยังจัดยารับประทานไม่ถูกต้องอยู่เนื่องจากชงยาของผู้ป่วยไม่มีฉลาก ผู้วิจัยจึงสร้างฉลากให้ใหม่ และทบทวนวิธีการเพิ่มเติม พบว่าทั้ง 3 ครอบครัวสามารถจัดยาได้อย่างถูกต้อง
7. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีดังนี้ ตัวอย่างคำตอบของผู้ป่วยจิตเภท “กินต่อเนื่อง ตรงเวลา ไม่หยุดยาเอง กินตามจำนวนที่หน้าซอง ยาของใครของมัน ไม่แบ่งยาให้คนอื่น สังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดได้จากยา ถ้าเป็นอะไรให้มาบอกหมอ” ตัวอย่างคำตอบของผู้ดูแล “การกินยาตาม 5 ข้อ คือ กินต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง กินให้ตรงเวลา จำนวนเม็ดครบ ไม่กินยาเพื่อรักษาโรคอื่น สังเกตอาการข้างเคียงด้วย”
8. ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล มีดังนี้ ตัวอย่างคำตอบของผู้ป่วยจิตเภท “มี 6 ขั้นตอน ตั้งแต่ไม่อยากกินยา เริ่มกลับมากินยา จนกินยาได้ตลอดเวลา” ตัวอย่างคำตอบของผู้ดูแล “ถ้าเราจะเปลี่ยนแปลงอะไรสักอย่างจะเริ่มจากไม่สนใจทำ ต่อมาลั้งเลใจ แล้วตัดสินใจลงมือจนทำได้ตลอดไป”

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา

ภายหลังจากการแจ้งผลคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Pre test) ของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ต่อปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา โดยประเมินได้จากตัวอย่างคำตอบ เช่น “คะแนนทุกคนในกลุ่มได้เท่าๆกัน แสดงว่าทุกคนก็มีปัญหาเรื่องกินยาเหมือนผม” นอกจากนี้ได้ให้ผู้ป่วยจิตเภทประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ต่อปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา โดยประเมินได้จากการที่ผู้ป่วยประเมินตนเองในใบกิจกรรมที่ 1.1 การเรียนรู้พฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของตนเอง ซึ่งผู้ป่วยทุกรายบอกว่าตนเองไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังตัวอย่างคำตอบต่อไปนี้ “ผมให้คะแนนตัวเอง 2 จาก 10 คะแนน เพราะผมกินยาไม่ค่อยตรงเวลา หยุดกินยาเองมา 4 ปีแล้ว กินไม่ต่อเนื่อง”

จากนั้นให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลร่วมกันสะท้อนผลกระทบจากปัญหาการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยแบ่งเป็นผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ผลกระทบต่อครอบครัว และผลกระทบต่อชุมชน ซึ่งใช้ใบกิจกรรมที่ 1.2 ผลกระทบจากการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลบอกผลกระทบจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างถูกต้อง โดยประเมินได้จากตัวอย่างคำตอบต่อไปนี้

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ดังนี้ “เมื่อตอนไม่กินยาเคยทุบตีแม่ มีเสียงคนมาบอกให้ทำ เพราะทุกคนในบ้านคือคนปลอมตัวมาแกล้งเรา อาละวาดไปทั่ว จนเขาตามตำรวจมาจับส่งโรงพยาบาล แต่พอกินยาแล้วอาการก็ดีขึ้น ทำงานได้เหมือนเดิม”

2. ผลกระทบต่อครอบครัว ดังนี้ “เวลาที่ลูกไม่กินยานะ ตอนกลางคืนเขาจะไม่นอนเลย ฉันทิ้งนอนไม่หลับไปด้วย กลัวเขาเดินออกจากบ้านไปไหนไม่รู้เรื่อง”

3. ผลกระทบต่อชุมชน ดังนี้ “เคยเอาเม็ดพริกไล่ฟันแขนคนข้างบ้านจนเส้นเอ็นขาดเลย ตอนนั้นได้ยินเขาพูดเสียงแหลมเข้าหูเลยรำคาญ ผมรู้ตัวนะว่าไม่ดีแต่มันห้ามใจตัวเองไม่ได้เลยทำไป”

สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่สามารถสังเกตเห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และเกิดแรงต้านนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยใช้เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจ เช่น การหมุนตามแรงต้าน (Roll With Resistance) การหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (Avoid Argumentation) การทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างสภาพการในปัจจุบัน (Develop Discrepancy) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Express Empathy) และการสนับสนุนศักยภาพของผู้ป่วย (Support Self-Efficacy) ร่วมกับการอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มในมุมมองเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีเชื่อมโยงกับสิ่งที่เป็นแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภท คือ บิดามารดา บุตร คู่สมรส และการหายจากอาการทางจิต จากการดำเนินตามขั้นตอนพบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้เริ่มสังเกตเห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้มากขึ้น ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยจิตเภทเริ่มมีความ

ตระหนักต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประเมินได้จากตัวอย่างคำพูดและการแสดงท่าทางของผู้ป่วย ดังนี้ “ตอนแรกที่ผมค้านเพราะยาบางอย่าง ผมว่ามันไม่ถูกกับผม ไอ้ตัวเม็ดสีขาวที่เขียนว่ายากัณฑ์กินสั้น ยาแก้แพ้เนี่ย ผมไม่เคยกินเลย เพราะผมไม่ได้เป็น แต่ตอนนี้เข้าใจแล้วว่ามันเป็นยาแก้ตัวแข็งตัวเกร็ง ผมเลยรู้สึกว่ายากินยาอย่างนี้ที่แก้กินยาไม่ครบนี้เอง ก็คิดว่าตัวเองกินยาแล้วไม่ดีขึ้นมาตลอด”

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา

หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 1 พบว่าผู้ป่วยจิตเภททุกคนเกิดความตระหนักต่อปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษามากขึ้น เห็นได้จากผลการประเมินจากแบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยผู้ป่วยจิตเภททุกคนให้ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 3 – 8 คะแนน ซึ่งถือว่ามีความระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นลังเลใจ และขั้นตัดสินใจ

กิจกรรมครั้งที่ 2 การสร้างแนวทางในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของครอบครัว

ในกิจกรรมครั้งที่ 2 ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน โดยมีสาระสำคัญดังนี้ ขั้นตอนการประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา ระยะเวลา 5 นาที โดยใช้แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งก่อนการเริ่มกิจกรรมผู้ป่วยต้องมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาอยู่ในขั้นลังเลใจเป็นอย่างน้อย ทั้งนี้ในผู้ป่วยที่ยังอยู่ในขั้นเพิกเฉยพยาบาลจะให้การเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นรายบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยไปสู่ขั้นลังเลใจ

ขั้นตอนการชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจและให้คำมั่นสัญญา ระยะเวลา 15 นาที โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีโอกาสพิจารณาชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ (Decision Balance) โดยการพิจารณาข้อดีข้อเสียของการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และข้อดีข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้มีผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองได้มากขึ้น และกำหนดเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง พร้อมทั้งให้คำมั่นสัญญากับตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจนสำเร็จ โดยเป็นการใช้กระบวนการของการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเล็งเห็นถึงช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับปัจจุบัน (Develop Discrepancy) ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจได้ง่ายมากขึ้น (Self-Motivation Statement) อีกทั้งสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้แสดงความความคิดเห็นเกี่ยวกับการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยในครั้งนี้

ขั้นตอนการสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา ระยะเวลา 15 นาที โดยให้ผู้ป่วยพิจารณาถึงประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง

ร่วมกับการอภิปราย แลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่ม ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามแนวทางที่สร้างไว้ และแสดงความเชื่อมั่นในศักยภาพของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้การได้รับความยอมรับ และการสนับสนุนช่วยเหลือจากผู้ดูแลในครอบครัวนั้นจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาได้สำเร็จ

ขั้นตอนการประเมินหน้าที่ครอบครัว ระยะเวลา 20 นาที โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนความรู้สึกด้วยถ้อยทีถ้อยอาศัยซึ่งกันและกัน รวมทั้งหาแนวทางในการปรับปรุงตนเองจากการอภิปรายร่วมกัน ตลอดจนร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการร่วมมือกันสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาได้สำเร็จ

ขั้นตอนการประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา ระยะเวลา 5 นาที โดยใช้แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมผู้ป่วยต้องมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในขั้นตัดสินใจเป็นอย่างน้อย ทั้งนี้ในผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นเพิกเฉยหรือขั้นลังเลใจ พยาบาลจะให้การเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นรายบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยไปสู่ขั้นตัดสินใจ นอกจากนี้มีการมอบหมายการบ้านให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกการรับประทานยาของตนเอง เพื่อเป็นการติดตามประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา ผู้ป่วย จิตเภทและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี ประเมินจากการมีส่วนร่วมในการทบทวนเนื้อหาของกิจกรรมในครั้งที่ 1 เกี่ยวกับผลกระทบจากพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นอย่างดี และร่วมมือในการทบทวนการบ้าน (แบบบันทึกพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา) ตามที่ได้รับมอบหมายจากการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 1 ซึ่งใช้ประกอบการประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยว่าเป็นไปตามเกณฑ์การรักษาเพียงใด พบว่า ผู้ป่วยจิตเภททุกคนรับประทานยาอย่างต่อเนื่องดี ใช้ยาได้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ และสามารถสังเกตอาการจากผลข้างเคียงของยาได้ แต่มีผู้ป่วยบางส่วนที่รับประทานยาไม่ตรงเวลา หรือรับประทานยาไม่ครบจำนวนอยู่ ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้จะนำไปร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขในขั้นตอนต่อไป

ก่อนเริ่มการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2 ได้ประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้ยา โดยใช้แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภททุกคนให้ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 3-8 คะแนน ซึ่งถือว่ามึระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นลังเลใจ (Contemplation) และขั้นตัดสินใจ (Determination) ทั้งนี้แสดงว่าผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีความพร้อมในกิจกรรมครั้งนี้

ขั้นตอนที่ 2 การชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจและให้คำมั่นสัญญา ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลให้ความสนใจต่อการดำเนินกิจกรรมการชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจเป็นอย่างดี ประเมินจากการที่ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการคิด วิเคราะห์ในใบกิจกรรมที่ 2.1 การชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ ตัวอย่างการวิเคราะห์ที่น่าสนใจจากใบกิจกรรมที่ 2.1 ดังต่อไปนี้

- ข้อดีของการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังนี้ “ไม่มีภาระให้ต้องคอยกังวลใจ”
“ไม่เกิดผลข้างเคียงจากยา” “ไม่ต้องเสียเงินค่ารถ และเสียเวลามารับยาที่โรงพยาบาลทุกเดือน”
- ข้อเสียของการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังนี้ “อาการไม่ดี อาการกำเริบมากขึ้น”
“ต้องเข้าไปนอนในโรงพยาบาลอีก” “เสียกำลังคนช่วยทำงานในครอบครัว” “ทะเลาะกับพ่อทุกวัน”
- ข้อดีของการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังนี้ “อาการจะค่อยๆดีขึ้น เพราะสารในสมองเริ่มปกติ” “ทำงาน หารายได้ ช่วยเหลือครอบครัวได้” “ไม่เป็นภาระของครอบครัว และชุมชน”
- ข้อเสียของการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังนี้ “ต้องคอยกังวลในการเตือนตนเอง”
“อาจเกิดผลข้างเคียงจากยาได้” “ต้องมารับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลทุกเดือน”

จากการวิเคราะห์การชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เล็งเห็นข้อดีของการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าข้อเสียของการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในระยะนี้ได้ดำเนินการตามขั้นตอนโดยใช้หลักการของการเสริมสร้างแรงจูงใจพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทบางคนเกิดแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง ประเมินได้จากตัวอย่างคำตอบของผู้ป่วยดังต่อไปนี้ “กินยาแล้วก็เสี่ยงเกิดผลข้างเคียงได้นะ มันจะคุ้มกันไหมที่อาการดีแต่ต้องเดินตัวแข็งทื่อ” “กินยาแล้วกินเหล้าไม่ได้ เคยลองนะ ใจสั้นเลย” สำหรับผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยใช้เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจต่างๆ โดยเน้นการหมุนตามแรงต้าน (Roll With Resistance) และแสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ (Express Empathy) ในสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออก ร่วมกับการให้ผู้ดูแลในครอบครัวแสดงความคิดเห็นเพื่อสะท้อนให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ดังตัวอย่างคำพูดและท่าทีของผู้ดูแลต่อไปนี้ “หมอบอกว่าผลข้างเคียงของยามันไม่ได้เกิดกับทุกคน แล้วถ้าเรากินยาแก้แพ้ที่หมอให้มาด้วยก็จะช่วยได้อีกนะ”

นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มระหว่างผู้ป่วยจิตเภทด้วยกันก็มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลงตระหนักถึงข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น ดังตัวอย่างปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มต่อไปนี้ “ที่พี่เขาบอกว่ากินยาแล้วทำให้กินเหล้าไม่ได้ ก็ดีเลยนี่พี่ จะได้เลิกเหล้าด้วย เมื่อก่อนผมนี่ติดเหล้านะ ผมว่าเพราะเหล้าเนี่ยแหละทำให้ผมสมองไม่ดี ตอนนี้เลิกได้แล้วดีขึ้นเยอะนะพี่”

หลังจากนั้นพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่สามารถกล่าวคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง (Self-Motivation Statement) ออกมาได้ ดังตัวอย่าง

คำพูดของผู้ป่วยจิตเภทต่อไปนี้ “อืม ก็คงต้องกินยาต่อไปให้ดีแล้วแหละ” “มีแรงกินยาต่อเลย เพราะมีเพื่อนกินยาด้วยตั้งหลายคน” “.....” เจ็บ แต่พยักหน้าแสดงการตอบรับว่าจะเปลี่ยนแปลงการรับประทานยา

ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภททุกคนให้คำมั่นสัญญาต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง ให้เป็นตามเกณฑ์การรักษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถบอกเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้ยาของตนเองได้อย่างชัดเจน ประเมินได้จากผลการปฏิบัติกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 2.2 การตั้งเป้าหมายและคำมั่นสัญญาของตนเอง ดังตัวอย่างคำตอบของผู้ป่วยจิตเภทต่อไปนี้

1. เหตุผลที่อยากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง ดังนี้ “อยากหาย อยากอาการดีขึ้น” “อยากทำให้ทุกคนในครอบครัวมีความสุข” “ไม่อยากเป็นภาระกับชุมชน” “อยากทำงานได้”
2. เป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง ดังนี้ “รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาทุกมื้อ เริ่มตั้งแต่วินาทีนี้ไป” “รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาให้ได้ใน 1 สัปดาห์”
3. คำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาให้สำเร็จ ดังนี้ “ฉันสัญญาว่า ฉันจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง เพื่อให้ตัวเองมีอนาคตที่ดี ทำงานหาเงินได้เอง” “ฉันสัญญาว่า ฉันจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองครอบครัวจะได้มีความสุข”

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาด้วยความเต็มใจ โดยทุกคนสามารถร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางการจัดการกับปัญหาอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาได้ โดยประเมินจากผลการปฏิบัติในใบกิจกรรมที่ 2.3 แนวทางการจัดการกับปัญหาอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา นอกจากนี้เมื่อผู้วิจัยสรุปและเพิ่มเติมแนวทางในการเปลี่ยนแปลง จากใบความรู้ที่ 2/1 แนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา และให้ผู้ป่วยแต่ละคนบอกแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาที่จะนำไปประยุกต์ใช้กับตนเอง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถบอกแนวทางการปฏิบัติของตนเองได้อย่างชัดเจน ซึ่งประเมินได้จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยจิตเภทดังต่อไปนี้

1. ปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากผู้ป่วย ดังนี้ “ผมกินยาตอนเช้าไม่ค่อยตรงเวลา เพราะหุงข้าวทำกับข้าวสาย แต่ผมจะเปลี่ยนเป็นกินขนมปังกับโอวัลตินแทน จะได้กินยาตรงเวลา”
2. ปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา ดังนี้ “ตั้งแต่กินยามานี้ปากคอมันแห้งไปหมด ผมจะจิบน้ำบ่อยๆ และอมน้ำแข็งก้อนตามที่หมอและเพื่อนๆ แนะนำครับ”
3. ปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม ดังนี้ “ผมจะติดต่อกับอนามัยให้เขาเดินเรื่องเปลี่ยนจากประกันสังคมมาใช้ 30 บาท ผมจะได้ไม่เสียค่ายา จะได้รับยามากินฟรีได้ตลอด”

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินหน้าที่ครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลส่วนใหญ่มีท่าทางยอมรับและร่วมกันแสดงความคิดเห็นอย่างถ้อยทีถ้อยอาศัยซึ่งกันและกัน โดยพยาบาลเริ่มให้แต่ละครอบครัวกล่าวข้อดีของกันและกัน อย่างน้อยคนละ 3 ข้อ พบว่าส่วนใหญ่สามารถบอกข้อดีของกันและกันได้ อย่างชัดเจน และแสดงสีหน้ายิ้มแย้มเมื่อได้รับฟังข้อดีของตนเอง แต่ทั้งนี้พบว่ามีบางครอบครัวที่ไม่สามารถบอกได้ซึ่งผู้วิจัยต้องช่วยกระตุ้นและให้เวลาในการคิดจึงจะสามารถบอกได้สำเร็จ จากนั้นเมื่อพยาบาลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกที่มีต่อกัน ในการทำบทบาทของตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท และร่วมกันวิเคราะห์แนวทางในการปรับเปลี่ยนตนเองให้เหมาะสมเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้สำเร็จ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการแสดงความคิดเห็นได้อย่างชัดเจน และมีท่าทียอมรับเมื่อถูกอีกฝ่ายแสดงความคิดเห็นด้านลบต่อตนเอง พร้อมทั้งสามารถวิเคราะห์หาแนวทางในการปรับเปลี่ยนตนเองได้ โดยประเมินได้จากการปฏิบัติตาม ใบกิจกรรมที่ 2.7 การปรับบทบาทในครอบครัวให้เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังประเมินได้จากตัวอย่างต่อไปนี้

1. บทบาทของผู้ป่วยจิตเภทในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง

1.1 ความคิดเห็นของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อตนเอง ดังนี้ “ยอมรับครับว่าตัวเองก็ยังดีกับแม่ ไม่ยอมกินยาอยู่บางครั้ง” “คิดว่ากินยาดีพอใช้ ยังมีลิ้มบ้าง เพราะเมื่อยาเลยนอนหลับยาว”

1.2 ความคิดเห็นของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้ “เขาก็กินยาดีขึ้นนะ ตั้งแต่มาเข้ากลุ่ม แต่ยังไม่ตรงเวลาบางครั้ง” “ไม่ยอมทำด้วยตนเอง ต้องคอยให้แม่บอกให้กินยาตลอด ถ้ารู้หน้าที่ของตัวเอง ไม่ต้องให้ใครมาคอยบอกก็จะดีมาก”

1.3 แนวทางการเพิ่มจุดแข็งให้ตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้ “ผมจะตั้งใจกินยาให้ได้ตลอด จะคิดถึงครอบครัวเวลาที่ท้อ” “ผมจะเริ่มจัดยากินเอง ไม่รอให้พ่อมาคอยบอกแล้ว”

2. บทบาทของผู้ดูแลในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2.1 ความคิดเห็นของผู้ดูแลที่มีต่อตนเอง ดังนี้ “ฉันก็คอยจัดยาให้เขากินตลอด พาซื้อรถเครื่องมารับยามาฉีดยาทุกเดือนเลย”

2.2 ความคิดเห็นของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ดูแล ดังนี้ “พ่อดูแลผมดี คอยจัดยาให้ผม”

2.3 แนวทางการเพิ่มจุดแข็งให้ตนเองของผู้ดูแล ดังนี้ “จะช่วยเหลือเขาให้กินยาให้ถูกต้องต่อไป” “จะพูดคุยกับเขาดีๆ ไม่บ่น จู้จี้ ถ้าเขาทำตัวดีนะ”

ทั้งนี้พบว่ามีครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท 1 ครอบครัวที่เกิดแรงต้าน โดยผู้ป่วยจิตเภทต่อว่าผู้ดูแลจนไม่สามารถแสดงความคิดเห็นของตนเองได้ สำหรับครอบครัวนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยใช้เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจต่างๆ โดยเน้นการหมุนตามแรงต้าน (Roll With Resistance)

และแสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ (Express Empathy) ในสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออก ร่วมกับการสะท้อนให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัว ความรักและความผูกพันระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล รวมทั้งเป้าหมายของผู้ป่วยที่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา จนทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีท่าทียอมรับมากขึ้น และร่วมมือในการทำกิจกรรมมากขึ้น โดยประเมินได้จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทกล่าวขอโทษผู้ดูแลที่ตนแสดงกิริยาและคำพูดไม่เหมาะสม อีกทั้งกล่าวว่าพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาจนได้เพื่อไม่ให้คนในครอบครัวต้องเป็นห่วงตน และรับรู้ว่าคุณคนในครอบครัวรักตน ส่วนผู้ดูแลกล่าวว่าให้ความร่วมมือ และคอยช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาได้สำเร็จ โดยทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลให้สัญญาต่อกันว่าจากนี้ไปจะพูดคุยกันด้วยเหตุผล และหลีกเลี่ยงการใช้อารมณ์ตัดสินปัญหา

จากนั้นผู้วิจัยให้แต่ละครอบครัวร่วมกันกำหนดเป้าหมายของครอบครัวในการร่วมมือกันทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ พบว่าทุกครอบครัวสามารถกำหนดเป้าหมายของครอบครัวได้ ประเมินได้จากผลการปฏิบัติในกิจกรรมที่ 2.9 เป้าหมายของครอบครัวดังตัวอย่างคำตอบต่อไปนี้ เราจะร่วมมือกันเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา เพื่อ... “ทำให้ครอบครัวของเรามีความสุข” “เพื่อลูก” “จะได้ช่วยกันทำงานได้เหมือนเดิม”

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2 เสร็จสิ้น ได้ประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา โดยใช้แบบสอบถามฉบับเดิมของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภททุกคนให้ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 8-10 คะแนน ซึ่งถือว่ามีความแรงจูงใจอยู่ในขั้นตัดสินใจ (Determination) และขั้นลงมือกระทำ (Action)

กิจกรรมที่ 3 การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯของผู้ป่วยจิตเภท และพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการประเมินและตอบสนองต่อขั้นตอนของแรงจูงใจ

ในกิจกรรมครั้งที่ 3 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน มีสาระสำคัญดังนี้

ขั้นตอนการติดตามประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลา 10 นาที โดยการอภิปรายร่วมกันเพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคต่างๆ โดยใช้ข้อมูลจากบันทึกการรับประทานยาของผู้ป่วยมาเป็นข้อมูลประกอบร่วมกับข้อมูลจากผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาขณะอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งหาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนการแนะนำการประเมินและตอบสนองต่อขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลา 20 นาที เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจ และสามารถประเมินระดับขั้นแรงงใจของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้อง และตอบสนองการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนการฝึกทักษะโดยใช้การประเมินและตอบสนองต่อขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลา 30 นาที ในขั้นตอนนี้จะเป็นการฝึกทักษะการประเมินและตอบสนองต่อระดับขั้นแรงงใจทั้ง 6 ระยะ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะจากสถานการณ์ตัวอย่าง และผู้ป่วยสมมติ โดยมีการให้ผู้ดูแลได้แสดงบทบาทสมมติเสมือนจริงในการใช้ประเมินและตอบสนองต่อระดับขั้นแรงงใจของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยา เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านได้จริง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงงใจ และสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้มีการมอบหมายการบ้านให้ผู้ดูแลบันทึกผลการประเมินและการตอบสนองต่อระดับขั้นแรงงใจของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อนำมาสรุปผลและหาแนวทางการพัฒนาในกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 การติดตามประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย จิตเภท ผู้ดูแลทุกคนให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี ประเมินจากการมีส่วนร่วมในการทบทวนการบ้าน (แบบบันทึกพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท) ตามที่ได้รับมอบหมายจากการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 2 ซึ่งใช้ประกอบการประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยว่าเป็นไปตามเกณฑ์การรักษาเพียงใด โดยประเมินจากการปฏิบัติในกิจกรรมที่ 3.1 การติดตามประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่รับประทานยาอยู่ในระดับดีมาก คือมีการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาทุกครั้ง แต่พบว่าผู้ป่วย จิตเภทบางส่วนที่รับประทานยาไม่ตรงเวลา เมื่อผู้วิจัยให้ผู้ดูแลประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาว่าเป็นไปตามเกณฑ์การรักษาเพียงใด พบว่าผู้ดูแลให้คะแนนอยู่ในช่วง 6-8 คะแนน เมื่อสอบถามข้อมูลปัญหาพบว่าผู้ป่วยมักจะลืมรับประทานยามื้อเช้า ทำให้รับประทานยาไม่ตรงเวลา ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ผู้ป่วยจิตเภทบ้นทิกมา จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ดูแลร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น อันมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลสามารถบอกแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาได้ ดังประเมินได้จากตัวอย่างคำตอบต่อไปนี้ “เขาตื่นสาย เลยกินยาตอนเช้าไม่ทัน มากินตอนใกล้เที่ยงแล้วฉันว่าจะลองให้เขาเข้านอนเร็วขึ้นจะได้ตื่นเข้ามากินยาทัน”

ขั้นตอนที่ 2 การแนะนำการประเมินและตอบสนองต่อขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลสามารถบอกถึงความสำคัญของการเสริมสร้างแรงงใจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และบทบาทของครอบครัวในการเสริมสร้าง

แรงจูงใจแก่ผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลสามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง โดยประเมินได้จากตัวอย่างคำตอบต่อไปนี้ “การพูดจูงใจจะช่วยให้ผู้ป่วยกินยาตามเกณฑ์ได้ตลอด”

ผู้ดูแลสามารถบอกเกี่ยวกับลักษณะเด่นของการเสริมสร้างแรงจูงใจ ภายหลังจากแนะนำจากใบความรู้ที่ 3/2 หัวใจของการเสริมสร้างแรงจูงใจ พบว่าผู้ดูแลสามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง โดยประเมินได้จากตัวอย่างคำตอบต่อไปนี้ “เราพูดจูงใจ ให้กำลังใจให้เขากินยา ถ้าเจอปัญหาอะไรก็ให้ช่วยกันคิด แล้วให้เขาเป็นคนเลือกเอง”

ผู้ดูแลสามารถบอกเกี่ยวกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ภายหลังจากแนะนำจากใบความรู้ที่ 3/3 ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา พบว่าผู้ดูแลสามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง โดยประเมินได้จากตัวอย่างคำตอบต่อไปนี้ “การเปลี่ยนแปลงเป็นวงล้อ 6 ระยะ ตั้งแต่ไม่สนใจกินยา จนถึงกินยาได้ต่อเนื่องเป็นนิสัย”

ผู้ดูแลสามารถบอกเกี่ยวกับวิธีการประเมินระดับของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ภายหลังจากแนะนำจากใบความรู้ที่ 3/4 ไม้บรรทัดวัดระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พบว่าผู้ดูแลสามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง โดยประเมินได้จากตัวอย่างคำตอบต่อไปนี้ “ถ้าเราสังเกตคำพูดของเขายังไม่เก่ง เราใช้ไม้บรรทัดถามคะแนนเขาได้ แล้วดูผลตามคะแนน”

เมื่อผู้ดูแลฝึกประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท จากสถานการณ์ตัวอย่าง พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถประเมินระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้อง ประเมินจากการปฏิบัติในใบกิจกรรมที่ 3.2 ตัวอย่างสถานการณ์สำหรับประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ผู้ดูแลสามารถบอกเกี่ยวกับการตอบสนองต่อขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่ละขั้นตอน ภายหลังจากได้รับคำแนะนำจากใบความรู้ที่ 3/5 การตอบสนองต่อขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พบว่าผู้ดูแลสามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะโดยใช้การประเมินและตอบสนองต่อขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท เมื่อผู้ดูแลฝึกทักษะการสนทนาเพื่อตอบสนองวงล้อแห่งการเปลี่ยนแปลงกับผู้ป่วยสมมุติ (Role Play) จากสถานการณ์สมมุติ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง แต่มีผู้ดูแลบางส่วนที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยได้แนะนำเป็นรายบุคคล และให้เวลาในการทำความเข้าใจแล้ว พบว่าผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 3 ผู้วิจัยมอบหมายการบ้านให้ผู้ดูแลนำทักษะการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจไปปฏิบัติกับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยใช้ใบกิจกรรมที่ 3.5 แบบบันทึกการตอบสนองต่อวงล้อแห่งการเปลี่ยนแปลง และนำมาประเมินผลในกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 4 การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วย จิตเภท และพัฒนาทักษะการใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแล

ในกิจกรรมครั้งที่ 4 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยมีสาระสำคัญดังนี้

ขั้นตอนการติดตามประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลา 10 นาที โดยการอภิปรายร่วมกันเพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคต่างๆ โดยใช้ข้อมูลจากบันทึกการรับประทานยาของผู้ป่วยมาเป็นข้อมูลประกอบร่วมกับข้อมูลจากผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาขณะอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งหาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนการทบทวนการบ้าน ระยะเวลา 10 นาที ให้ผู้ดูแลร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับการนำทักษะการประเมินและตอบสนองต่อระดับขั้นแรงจูงใจไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภท โดยร่วมกันสรุปผล และร่วมกันหาแนวทางการพัฒนาตนเองเพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้ทักษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนการแนะนำหลักสำคัญและเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ ระยะเวลา 20 นาที และขั้นตอนการฝึกทักษะโดยใช้หลักสำคัญและเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ ระยะเวลา 20 นาที โดยการให้ความรู้ และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับหลักสำคัญและเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยา เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจ มีทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจที่ถูกต้อง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองได้สำเร็จ

การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 การติดตามประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย จิตเภท ผู้ดูแลทุกคนให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี ประเมินจากการมีส่วนร่วมในการทบทวนการบ้าน (แบบบันทึกพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท) ตามที่ได้รับมอบหมายจากการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 3 ซึ่งใช้ประกอบการประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยว่าเป็นไปตามเกณฑ์การรักษาเพียงใด โดยประเมินจากการปฏิบัติในกิจกรรมที่ 3.1 การติดตามประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วย จิตเภทส่วนใหญ่รับประทานยาอยู่ในระดับดีมาก คือมีการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาทุกครั้ง

เมื่อผู้วิจัยให้ผู้ดูแลประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาว่าเป็นไปตามเกณฑ์การรักษาเพียงใด พบว่าผู้ดูแลให้คะแนนอยู่ในช่วง 7-10 คะแนน เมื่อสอบถามข้อมูลปัญหาพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษามากขึ้นกว่าเดิม และไม่พบปัญหาอุปสรรคต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ผู้ป่วยจิตเภทบันทึกมา จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ดูแลร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้ดูแลสามารถบอกแนวทางได้

อย่างชัดเจน โดยประเมินได้จากตัวอย่างคำตอบต่อไปนี้ “จะคอยพูดจูงใจเขาอย่างที่เหมาะสมเพราะพอเราเปลี่ยนการพูดบอกให้กินยาแล้วเขากินยาได้ดีขึ้นมากๆเลย”

ขั้นตอนที่ 2 การทบทวนการบ้าน พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ประเมินได้จากตัวอย่างคำตอบของผู้ดูแลดังต่อไปนี้ **ขั้นลงมือทำ :** ต้องขจัดปัญหาอุปสรรคต่างๆ ดังนี้ “ใช้กล่องจัดยาแล้วเป็นยังไงบ้าง” “ให้แม่ช่วยอะไรได้บ้าง”

เมื่อผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาอุปสรรคของผู้ดูแลในการประเมินและตอบสนองต่อขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลไม่แน่ใจว่าที่ตนเองสนทนากับผู้ป่วยนั้นจะถูกต้องตามหลักการเสริมสร้างแรงจูงใจหรือไม่ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้กำลังใจผู้ดูแลให้คลายความกังวล ให้ยึดตามเป้าหมายสำคัญของการเสริมสร้างแรงจูงใจ คือต้องการให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา ผู้ดูแลก็มีการพูดเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยอยู่แล้วซึ่งทำได้ดีมาก และชื่นชมในความสามารถของผู้ดูแลที่สามารถดูแลผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การแนะนำหลักสำคัญและเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้ดูแลสามารถบอกตัวอย่างเกี่ยวกับการใช้หลักการพื้นฐานของการเสริมสร้างแรงจูงใจได้อย่างถูกต้อง โดยประเมินได้จากตัวอย่างคำตอบของผู้ดูแลดังต่อไปนี้

1. การทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างเป้าหมายกับปัจจุบัน (Develop Discrepancy) ดังนี้ “อยากหายแต่ตอนนี้ไม่กินยารักษาอาการ”
2. หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (Avoid Argumentation) ดังนี้ “นั่ง เงียบ เวลาที่เขาดื้อ เถียงเรา”
3. การหมุนตามแรงต้านของผู้ป่วย (Roll with Resistant) ดังนี้ “เรามาลองคิดข้อดีของการกินยากันใหม่” “เคยคิดไหมว่าถ้าอาการไม่ดีขึ้นแล้วแม่จะอยู่กับใคร”
4. แสดงความเห็นอกเห็นใจ (Express Empathy) ดังนี้ “พ่อเข้าใจว่าลูกเบื่อมาก”
5. การส่งเสริมความสามารถที่มีอยู่ของผู้ป่วย (Support Self-Efficacy) ดังนี้ “ลูกจัดยากินเองได้คล่องแล้ว ลองจัดเองต่อนะ”

ผู้ดูแลสามารถบอกตัวอย่างเกี่ยวกับการใช้เทคนิคสำคัญของการเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้อย่างถูกต้อง โดยประเมินได้จากตัวอย่างคำตอบของผู้ดูแลดังต่อไปนี้

1. การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed Back) ดังนี้ “กินยาไม่ต่อเนื่อง สมองก็ไม่เป็นปกติ”
2. การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วย (Responsibility) ดังนี้ “ถ้าอยากหาย ก็ต้องกินยา ไม่มีใครกินยาแทนให้พี่ได้นะ”
3. การให้คำแนะนำ (Advice) ดังนี้ “ถ้าปากคอแห้งก็จิบน้ำบ่อยๆ”
4. การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) ดังนี้ “จะให้พ่อจัดยาให้ หรือลูกจะจัดยากิน”
5. การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ดังนี้ “แม่เห็นใจนะลูก ให้แม่ช่วยอะไรไหม”

6. การส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้ป่วย (Self-Efficacy) ดังนี้ “เพื่อการดีขึ้นมากนะ อยากรไปช่วยฉันทันทีกับดอกรักชายไหม”

ผู้ดูแลสามารถบอกตัวอย่างเกี่ยวกับการใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้อย่างถูกต้อง โดยประเมินได้จากตัวอย่างคำตอบของผู้ดูแลดังต่อไปนี้

1. การใช้คำถามปลายเปิด (Open-End Question) ดังนี้ “กินยาแล้วเป็นอย่างไรบ้าง”
2. การยืนยันรับรอง (Affirmation) ดังนี้ “ดีมากลูกที่กินยาครบตามที่หมอบอก”
3. การฟังอย่างตั้งใจและการสะท้อนความ (Reflective Listening) ดังนี้ “ลูกบอกว่าเบื่อไม่อยากรกินยาแล้ว” “พี่ไม่อยากรให้ฉันทันทีช่วยเพราะพี่อึดอัด”
4. การสรุปความ (Summarization) ดังนี้ “ไม่อยากรกินยา เพราะอยากรช่วยแม่ประหยัด”

ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะโดยใช้หลักสำคัญและเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ

ผู้ดูแลให้ความสนใจเป็นอย่างดี ประเมินได้จากท่าทางในการรับฟัง และซักถามเมื่อสงสัย จากนั้นเมื่อผู้ดูแลฝึกทักษะการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วยสมมุติ (Role Play) จากสถานการณ์สมมุติ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง แต่มีผู้ดูแลบางส่วนที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยได้แนะนำเป็นรายบุคคล และให้เวลาในการทำความเข้าใจแล้ว พบว่าผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 4 ผู้วิจัยมอบหมายการบ้านให้ผู้ดูแลนำทักษะการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจไปปฏิบัติกับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และนำมาประเมินผลในกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 5 การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวในการติดตามผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท และสรุปการบำบัด

ในกิจกรรมครั้งที่ 5 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน โดยมีสาระสำคัญดังนี้

ขั้นตอนการทบทวนการบ้าน ระยะเวลา 15 นาที ในขั้นตอนนี้เป็นการให้ผู้ดูแลร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับการนำหลักสำคัญและเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภท โดยร่วมกันสรุปผล และร่วมกันหาแนวทางการพัฒนาตนเอง

ขั้นตอนการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวในการติดตามผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลา 45 นาที การให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะในการเสริมสร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วยจิตเภทโดยมีพยาบาลเป็นผู้คอยให้การดูแลและแนะนำอย่างใกล้ชิดก่อนที่ผู้ดูแลจะนำทักษะไปประยุกต์ใช้ในการดูแลกับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านอย่างจริงจัง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสมจากผู้ดูแล

ขั้นตอนการสรุปทบทวนการบำบัด ระยะเวลา 30 นาที การทบทวนเน้นย้ำถึงแนวทางที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาทั้งหมดตั้งแต่การบำบัดในครั้งที่ 1-5 โดยมีการร่วมกันอภิปรายและวิเคราะห์ในบางประเด็นที่ยังคงเป็นปัญหาอุปสรรค และร่วมกันหา

แนวทางการแก้ไข รวมทั้งมีการทบทวนถึงแนวทางในการปฏิบัติทั้งในบทบาทของผู้ป่วย และบทบาทของผู้ดูแลที่ชัดเจนอีกครั้ง เพื่อเป็นการสนับสนุน สร้างความมั่นคง และความเชื่อมั่นที่จะนำแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน ภายหลังจากสิ้นสุดการบำบัด

การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนการบ้านของผู้ดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ประเมินได้จากตัวอย่างคำตอบของผู้ดูแลดังต่อไปนี้ ระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง : ขั้นลงมือทำ การตอบสนองโดยขจัดปัญหาอุปสรรคต่างๆ

1. หลักพื้นฐานของการเสริมสร้างแรงจูงใจ (DARES) ดังนี้

“อยากไปทำงานกับเขาแต่ตอนนี้ยังไม่กินยา” (Develop Discrepancy) “..... (เจียบ)” (Avoid Argumentation) “ถ้าไม่กินยาแล้วดีอย่างไร” (Roll with Resistant) “ฉันเข้าใจว่าพี่อยากหาย” (Express Empathy) “พรุ่งนี้ลองจัดยากินเองนะ” (Support Self-Efficacy)

2. เทคนิคสำคัญของการเสริมสร้างแรงจูงใจ (FRAMES) ดังนี้ “กินยาดีตลอด สารในสมองก็จะเรียบเป็นปกติ” (Feed Back) “การกินยาถูกต้องทำให้อาการดีขึ้น มันดีกับตัวของลูกเองนะ” (Responsibility) “ถ้าลืมกินยาก่อนนอน พอตื่นมาแล้วก็ไม่ต้องกินซ้ำนะ” (Advice) “จะจัดยาเองหรือให้แม่ช่วยจัด” (Menu) “หนูเข้าใจแม่นะ ว่าแม่เบื่อ ไม่อยากกินยา” (Empathy) “เดินไม่เซแล้วมาช่วยฉันนั่งเด็ดดอกกรักไหม” (Self-Efficacy)

3. เทคนิคการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (OARS) ดังนี้ “กินยาแล้วเป็นอย่างไรบ้าง” (Open-End Question) “เก่งมากเลยแม่”(Affirmation) “ลูกบอกว่ากินยาแล้วดีขึ้นมาก” (Reflective Listening) “ที่ไม่อยากกินยาเพราะซีเกียจ”การสรุปความ (Summarization)

เมื่อผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาอุปสรรคของผู้ดูแลในการใช้ทักษะการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลมีความเข้าใจดี แต่ยังใช้ทักษะต่างๆ ไม่คล่อง หากมีการนำทักษะไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยบ่อยมากขึ้นก็น่าจะเกิดความชำนาญ และสามารถใช้ทักษะการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นได้ ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมในความสามารถของผู้ดูแลที่สามารถดูแลผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดีขึ้น เพื่อให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 2 การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวในการติดตามผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถสรุปขั้นตอนได้อย่างถูกต้องชัดเจน โดยประเมินจากการปฏิบัติในใบกิจกรรมที่ 5.1 สรุปขั้นตอนการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จากนั้นผู้วิจัยเริ่มให้แต่ละครอบครัวสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการติดตามผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ผู้ดูแลสนทนากับผู้ป่วยจิตเภทเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ ซึ่งจะนำแบบบันทึกพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ผู้ป่วยบันทึกไว้มา

เป็นข้อมูลประกอบ พบว่าผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีระดับขั้นของแรงจูงใจอยู่ในระยะลงมือทำการเปลี่ยนแปลง (Action) และส่วนใหญ่สามารถรับประทานยาได้ตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง พบว่ามีบางคนที่มีปัญหาและอุปสรรคบ้าง เช่น ลืมรับประทานยาทำให้รับประทานยาไม่ตรงเวลา แต่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลก็ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาอุปสรรคนั้นได้ ทั้งนี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่สนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้เป็นอย่างดี และเมื่อสอบถามความรู้สึกของผู้ดูแลเกี่ยวกับการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วยจิตเภทนั้น พบว่าส่วนใหญ่มีอาการตื่นเต้น แต่ก็รู้สึกมั่นใจในการใช้ทักษะต่างๆมากยิ่งขึ้น และรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เนื่องจากมีผู้ดูแลในกลุ่มคอยให้กำลังใจกัน

ขั้นตอนที่ 3 การสรุปบทวนการบำบัด ทุกคนช่วยกันสรุปเนื้อหาสาระได้อย่างถูกต้อง และสามารถบอกเป้าหมาย รวมทั้งแนวทางการปฏิบัติต่างๆ ได้ชัดเจน และรู้สึกยินดีที่ได้เข้าร่วมการบำบัด และจะนำความรู้ต่างๆที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ต่อไปอย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ “ผมขาดยา มา 4 ปี อายากกลับมาขอหมอกินยาอีก แต่ไม่กล้า กลัวหมอจะตำ ครึ่งนี้ตัดสินใจมาเพราะอยากพิสูจน์ตัวเองให้ญาติพี่น้องยอมรับ พอมาเข้าร่วมการบำบัดแล้วแปลกใจมากที่หมอไม่ตำ แถมยังพูดดี พูดให้ผมอยากกลับมากินยาอีกครั้ง จนผมกินยาได้ถูกต้องสำเร็จ” “ผมได้ความรู้เยอะมากๆ แต่ที่จำได้สำคัญที่สุดคือถ้ากินยาแล้วสารในสมองจะปกติ อาการดี เพราะฉะนั้นต้องกินยาต่อไปตลอด” “การมาเข้าร่วมกลุ่มทำให้ฉันมีแรงใจที่จะดูแลลูกต่อไป เพราะได้เห็นแล้วว่าไม่มีเราแค่คนเดียวที่ต้องดูแลลูก ยังมีเพื่อนๆ อีกหลายคนที่เป็นเหมือนกัน” “มาเข้ากลุ่มทำให้ลูกฉันกลับมากินยาอีกครั้งได้ ฉันดีใจมาก”

3. การกำกับการทดลอง

ในขั้นการกำกับการทดลองในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การกำกับการทดลองในผู้ป่วยจิตเภท

3.1.1 ผู้วิจัยประเมินแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา (SOCRATES-8A) กับผู้ป่วยจิตเภทก่อนเริ่มการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (Pre-Test) ในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนเริ่มกิจกรรมครั้งที่ 1

3.1.2 ผู้ช่วยวิจัยประเมินแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา (SOCRATES-8A) กับผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเสร็จสิ้น (Post-Test) ในสัปดาห์ที่ 5 หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 5

3.2 การกำกับการทดลองในผู้ดูแลในครอบครัว

3.2.1 ผู้วิจัยประเมินแบบประเมินตนเองของผู้ดูแลเรื่องความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจก่อนเริ่มการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (Pre-Test) ในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนเริ่มกิจกรรมครั้งที่ 1

3.2.2 ผู้ช่วยวิจัยประเมินแบบประเมินตนเองของผู้ดูแลเรื่องความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจ ภายหลังจากการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเสร็จสิ้น (Post-Test) ในสัปดาห์ที่ 5 หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 5

3.2.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมกันประเมินแบบสังเกตความสามารถของผู้ดูแลในการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจ ในสัปดาห์ที่ 5 ระหว่างการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 5 โดยรายละเอียดของการกำกับการทดลองในการวิจัยครั้งนี้มีดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 การกำกับการทดลองในผู้ป่วยจิตเภท

- **แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา (SOCRATES-8A)** โดยจะให้ผู้ป่วยจิตเภทประเมินก่อนการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 และ ภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 ทั้งนี้ เพื่อประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคนต้องมีระดับคะแนนที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีช่วงคะแนนอยู่ในระดับสูงขึ้นไป คือ ระดับคะแนน ≥ 36 คะแนน ซึ่งผลการกำกับการทดลองพบว่าภายหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวนั้นกลุ่มตัวอย่างทุกคนในกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่าก่อนการได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว และมีระดับคะแนน ≥ 36 คะแนนทุกคน ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

ตารางที่ 5 ระดับคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (n=20)

คนที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		สรุปผลต่างของ
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	
1	23	ต่ำมาก	38	สูง	+15
2	22	ต่ำมาก	37	สูง	+15
3	24	ต่ำมาก	36	สูง	+12
4	23	ต่ำมาก	36	สูง	+13
5	24	ต่ำมาก	37	สูง	+13
6	23	ต่ำมาก	37	สูง	+14
7	26	ต่ำมาก	37	สูง	+11
8	22	ต่ำมาก	36	สูง	+14
9	31	ต่ำ	37	สูง	+6
10	20	ต่ำมาก	37	สูง	+17
11	31	ต่ำ	38	สูง	+7
12	26	ต่ำมาก	38	สูง	+12
13	27	ต่ำมาก	40	สูงมาก	+13
14	22	ต่ำมาก	37	สูง	+15
15	32	ต่ำ	38	สูง	+6
16	32	ต่ำ	36	สูง	+4
17	20	ต่ำมาก	39	สูงมาก	+19
18	19	ต่ำมาก	38	สูง	+19
19	33	ต่ำ	38	สูง	+5
20	30	ต่ำ	37	สูง	+7
M	25.50		37.35		+11.85
SD	7.13		9.66		

จากตารางที่ 5 แสดงระดับคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน พบว่าก่อนได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำมาก (ช่วงคะแนน 8-29 คะแนน) จำนวน 14 คน และระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 30-32) จำนวน 6 คน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.50 คะแนน แต่พบว่าภายหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนอยู่ในระดับสูง (ช่วงคะแนน 36-38 คะแนน) จำนวน 18 คน และระดับสูงมาก (ช่วงคะแนน 39-40) จำนวน 2 คน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.35 คะแนน สรุปคือผู้ป่วยจิตเภททุกคนในกลุ่มทดลองนั้นมีระดับคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวสูงกว่าก่อนการได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว และมีระดับคะแนนที่ ≥ 36 คะแนนทุกคน ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินตนเองของผู้ดูแลเรื่องความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยจะให้ผู้ดูแลประเมินก่อนการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 และภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 ทั้งนี้เพื่อประเมินความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคนต้องมีระดับคะแนนที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือ ≥ 27 คะแนน โดยแสดงว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจอยู่ในระดับสูงถึงระดับสูงมาก ซึ่งผลการกำกับการทดลองพบว่าภายหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวแล้วนั้นกลุ่มตัวอย่างทุกคนในกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนการได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว และมีระดับคะแนน ≥ 27 คะแนนทุกคน ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

ตารางที่ 6 ระดับคะแนนความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (n=20)

คนที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		สรุปผลต่างของ
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	
1	24	ปานกลาง	33	สูงมาก	+9
2	18	ต่ำ	29	สูง	+11
3	23	ปานกลาง	33	สูงมาก	+10
4	26	ปานกลาง	30	สูง	+4
5	31	สูง	32	สูงมาก	+1
6	24	ปานกลาง	30	สูง	+6
7	22	ปานกลาง	28	สูง	+6
8	19	ต่ำ	32	สูงมาก	+13
9	23	ปานกลาง	34	สูงมาก	+11
10	20	ต่ำ	32	สูงมาก	+12
11	21	ต่ำ	30	สูง	+9
12	20	ต่ำ	33	สูงมาก	+13
13	23	ปานกลาง	31	สูง	+8
14	27	สูง	36	สูงมาก	+9
15	25	ปานกลาง	31	สูง	+6
16	19	ต่ำ	28	สูง	+9
17	18	ต่ำ	36	สูงมาก	+18
18	27	สูง	33	สูงมาก	+6
19	26	ปานกลาง	31	สูง	+5
20	32	สูงมาก	36	สูงมาก	+4
M	23.40		31.90		+9.00
SD	4.78		5.29		

จากตารางที่ 6 แสดงระดับคะแนนความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน พบว่าก่อนได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวผู้ดูแลมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 17-21 คะแนน) จำนวน 7 คน ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 22-26 คะแนน) จำนวน 9 คน ระดับสูง (ช่วงคะแนน 27-31 คะแนน) จำนวน 3 คน และระดับสูงมาก (ช่วงคะแนน 32-36) จำนวน 1 คน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.40 คะแนน แต่พบว่าภายหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวผู้ดูแลมีคะแนนอยู่ในระดับสูง (ช่วงคะแนน 27-31 คะแนน) จำนวน 9 คน และระดับสูงมาก (ช่วงคะแนน 32-36) จำนวน 11 คน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 31.90 คะแนน สรุปคือภายหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวแล้วนั้น ผู้ดูแลทุกคนในกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนการได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว คือมีระดับคะแนน ≥ 27 คะแนนทุกคนซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

ส่วนที่ 3 แบบสังเกตความสามารถของผู้ดูแลในการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะร่วมกันประเมินผู้ดูแลในสัปดาห์ที่ 5 ขณะดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 5 ในขั้นตอนที่ 2 การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวในการติดตามผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อประเมินความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคนต้องมีระดับคะแนนที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีช่วงคะแนนอยู่ในระดับสูงขึ้นไป คือ ≥ 37 คะแนน ซึ่งแสดงว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจอยู่ในระดับสูงถึงระดับสูงมาก จากผลการกำกับการทดลองพบว่า ภายหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวแล้วนั้นกลุ่มตัวอย่างทุกคนในกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนการได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว คือมีระดับคะแนน ≥ 37 คะแนนทุกคน ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

ตารางที่ 7 ระดับคะแนนความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแลจากการสังเกตในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (n=20)

คนที่	คะแนนจากผู้ประเมิน			ระดับคะแนน
	คนที่ 1 (ผู้วิจัย)	คนที่ 2 (ผู้ช่วยวิจัย)	คะแนนเฉลี่ย	
1	46	44	45.0	สูง
2	42	38	40.0	สูง
3	51	51	51.0	สูงมาก
4	45	39	42.0	สูง
5	51	51	51.0	สูงมาก
6	51	47	49.0	สูงมาก
7	53	56	54.5	สูงมาก
8	45	45	45.0	สูง
9	47	45	46.0	สูง
10	49	43	46.0	สูง
11	46	44	45.0	สูง
12	47	48	47.5	สูง
13	49	46	47.5	สูง
14	55	54	54.5	สูงมาก
15	51	50	50.5	สูงมาก
16	44	38	41.0	สูง
17	54	52	53.0	สูงมาก
18	54	51	52.5	สูงมาก
19	44	42	43.0	สูง
20	54	50	52.0	สูงมาก
M	48.90	46.70	47.80	
SD	3.97	5.20	4.47	

จากตารางที่ 7 แสดงระดับคะแนนความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแลจากการสังเกตในกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน พบว่าภายหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวแล้ว ผู้ดูแลมีคะแนนอยู่ในระดับสูง (ช่วงคะแนน 37-48 คะแนน) จำนวน 11 คน และระดับสูงมาก (ช่วงคะแนน 49-60) จำนวน 9 คน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 47.80 คะแนน สรุปคือ ภายหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวผู้ดูแลทุกคนในกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจจากการสังเกตอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก และมีคะแนน ≥ 37 คะแนนทุกคนซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

3. ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล

ในขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลอง (Pre-Test)

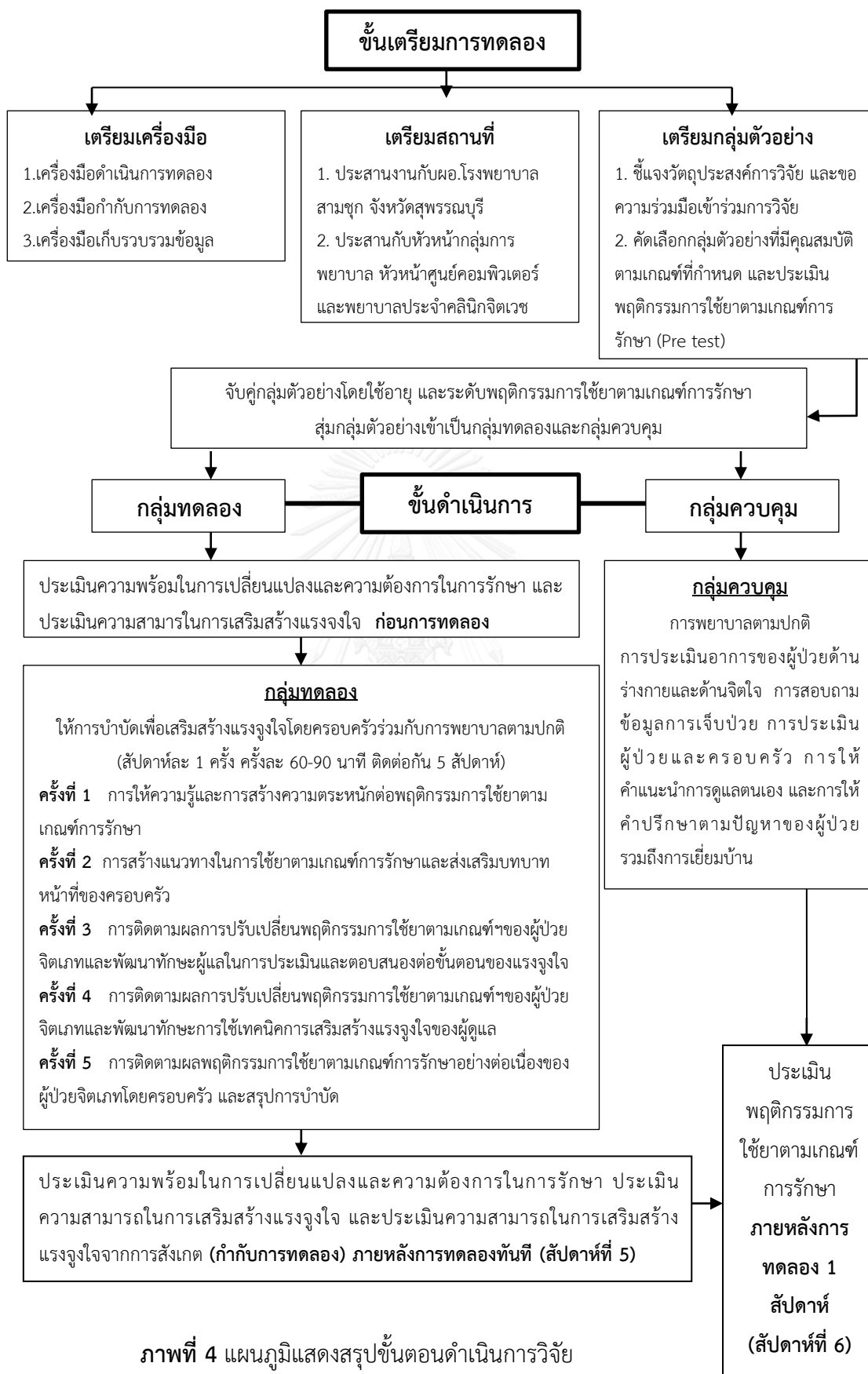
3.2 ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลอง (Pre-Test) ในสัปดาห์ที่ 6 นับจากวันที่ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลอง (Pre-Test)

3.3 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

ในการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย (ดังแสดงในภาพที่ 4) โดยขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

(1) ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ได้แก่ การเตรียมเครื่องมือ การเตรียมสถานที่ การเตรียมกลุ่มตัวอย่าง การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched-Pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน และสุ่มเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Random sampling assignment)

(2) ขั้นตอนการทดลอง ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre test) การให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวแก่กลุ่มทดลอง และการให้การพยาบาลตามปกติแก่กลุ่มควบคุม จากนั้นทำการกำกับการทดลองในสัปดาห์ที่ 5 และการรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post test) ในสัปดาห์ที่ 6



ภาพที่ 4 แผนภูมิแสดงสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติ Pair t-test
3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบการศึกษาสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest randomized control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) แต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วย จิตเภท 1 คน และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวมทั้งหมด 2 คน ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 40 ครอบครัว มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่ (matched pair) ให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองในเรื่องอายุ และระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว การวิจัยนี้วัดผลจากการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ และสถานภาพสมรส

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	15	75	15	75	30	75
หญิง	5	25	5	25	10	25
อายุ						
30-40 ปี	4	20	4	20	8	20
41-50 ปี	8	40	8	40	16	40
51-59 ปี	8	40	8	40	16	40
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)	M = 47.20 SD = 7.64		M = 47.35 SD = 8.21		M = 47.28 SD = 7.83	
สถานภาพสมรส						
โสด	9	45	7	35	16	40
คู่	6	30	4	20	10	25
หม้าย	1	5	5	25	6	15
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	4	20	4	20	8	20

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 40 คน เป็นเพศชายจำนวน 30 คน และ เพศหญิงจำนวน 10 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี และ 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 และร้อยละ 40 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ สำหรับในด้านสถานภาพสมรส พบว่าผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 45 และ 35 รองลงมา คือ สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 30 ในกลุ่มทดลอง และสถานภาพหม้าย คิดเป็น ร้อยละ 25 ในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการศึกษา และอาชีพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	7	35	12	60	19	47.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	20	6	30	10	25.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	5	25	2	10	7	17.5
อนุปริญญา/ปวส.	1	5	-	-	1	2.5
ไม่ได้เรียน	3	15	-	-	3	7.5
อาชีพ						
เกษตรกร	4	20	4	20	8	20.0
รับจ้าง	6	30	3	15	9	22.5
ค้าขาย	2	10	-	-	2	5.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	40	13	65	21	52.5

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35 และร้อยละ 60 เท่ากัน รองลงมา คือ ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. คิดเป็นร้อยละ 25 ในกลุ่มทดลอง และระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 30 ในกลุ่มควบคุม ในด้านอาชีพ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 40 และร้อยละ 65 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 30 ในกลุ่มทดลอง และอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 20 ในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต และระยะเวลาการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต						
1-5 ปี	2	10	3	15	5	12.5
6-10 ปี	4	20	7	35	11	27.5
11-20 ปี	8	40	7	35	15	37.5
> 20 ปีขึ้นไป	6	30	3	15	9	22.5
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)	M = 17.85 SD = 10.77		M = 13.93 SD = 8.50		M = 15.89 SD = 9.78	
ระยะเวลาการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต						
1-5 ปี	4	20	5	25	9	22.5
6-10 ปี	3	15	5	25	8	20.0
11-20 ปี	7	35	7	35	14	35.0
> 20 ปีขึ้นไป	6	30	3	15	9	22.5
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)	M = 16.75 SD = 11.46		M = 13.43 SD = 18.90		M = 15.09 SD = 10.27	

จากตารางที่ 10 ด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือระยะเวลามากกว่า 20 ปีขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 30 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมนั้นส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-10 ปี และ 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 เท่ากัน สำหรับในด้านระยะเวลาการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต พบว่า ผู้ป่วย จิตเภทในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมาคือมากกว่า 20 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมนั้นส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมาคือช่วง 1-5 ปี และ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 เท่ากัน

ตารางที่ 11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n = 20)		(n = 20)		(n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน						
ไม่เคย	11	55	11	55	22	55.0
1-5 ครั้ง	4	20	9	45	13	32.5
6-10 ครั้ง	3	15	-	-	3	7.5
> 10 ครั้งขึ้นไป	2	10	-	-	2	5.0
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ครั้ง)	M = 3.70		M = 1.05		M = 2.38	
	SD = 6.33		SD = 1.61		SD = 4.75	

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 55 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม รองลงมาคือเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในจำนวน 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 20 และ 45 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของผู้ดูแล

ตารางที่ 12 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ และสถานภาพสมรส

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	8	40	9	45	17	42.5
หญิง	12	60	11	55	23	57.5
อายุ						
น้อยกว่า 30 ปี	1	5	3	15	4	10
30-40 ปี	1	5	5	25	6	15
41-50 ปี	4	20	3	15	7	17.5
51-59 ปี	14	70	9	45	23	57.5
	M = 51.80		M = 45.45		M = 48.63	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)	SD = 9.82		SD = 13.94		SD = 12.33	
สถานภาพสมรส						
โสด	1	5	4	20	5	12.5
คู่	14	70	9	45	23	57.5
หม้าย	4	20	5	25	9	22.5
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1	5	2	10	3	7.5

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้ดูแลทั้งหมด 40 คน เป็นเพศชายจำนวน 17 คน และเพศหญิงจำนวน 23 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 และร้อยละ 45 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ สำหรับในด้านสถานภาพสมรส พบว่า ผู้ดูแลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 70 และ 45 ตามลำดับ รองลงมา คือ เป็นหม้าย คิดเป็นร้อยละ 20 และ 25 ตามลำดับ

ตารางที่ 13 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการศึกษา และอาชีพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	11	55	13	65	24	60
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	15	1	5	4	10
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	-	-	2	10	2	5
อนุปริญญา/ปวส.	2	10	-	-	2	5
ปริญญาตรี	-	-	2	10	2	5
ไม่ได้เรียน	4	20	2	10	6	15
อาชีพ						
เกษตรกร	8	40	8	40	16	40.0
รับจ้าง	6	30	5	25	11	27.5
ค้าขาย	6	30	5	25	11	27.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	-	-	2	10	2	5.0

จากตารางที่ 13 พบว่า ผู้ดูแลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55 และร้อยละ 65 ในด้านอาชีพ พบว่า ผู้ดูแลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง และอาชีพค้าขายเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 30 และ 25 ตามลำดับ

ตารางที่ 14 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท						
พ่อแม่	5	25	4	20	9	22.5
พี่น้อง	7	35	6	30	13	32.5
ลุงป้า น้าอา	-	-	1	5	1	2.5
ปู่ย่าตายาย	2	10	5	25	7	17.5
ลูกหลาน	5	25	3	15	8	20.0
คู่สมรส	1	5	1	5	2	5.0
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท						
1-5 ปี	3	15	8	40	11	27.5
6-10 ปี	5	25	5	25	10	25.0
11-20 ปี	10	50	6	30	16	40.0
> 20 ปีขึ้นไป	2	10	1	5	3	7.5
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)	M = 13.50		M = 10.43		M = 11.96	
	SD = 8.40		SD = 7.63		SD = 8.07	

จากตารางที่ 14 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นพี่หรือน้องกับผู้ป่วยจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 35 และ 30 ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 ส่วนผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมนั้นส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือในช่วง 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 30

ส่วนที่ 3 ข้อมูลของครอบครัว

ตารางที่ 15 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และสถานะทางการเงินของครอบครัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน						
1-5,000 บาท	6	30	4	20	10	25
5,001-10,000 บาท	13	65	15	75	28	75
10,001-15,000 บาท	1	5	1	5	2	5
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (บาท)	M = 7650 SD = 2814.90		M = 7500 SD = 2685.24		M = 7575 SD = 2716.40	
สถานะทางการเงินของครอบครัว						
เพียงพอและเหลือเก็บ	3	15	3	15	6	15
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	7	35	9	45	16	40
ไม่เพียงพอ	1	5	1	5	2	5
ไม่เพียงพอและเป็นหนี้	9	40	7	35	16	40

จากตารางที่ 15 แสดงรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 5,001-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 65 และ 75 ตามลำดับ รองลงมาคือ 1-5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 30 และ 20 ตามลำดับ สำหรับสถานะทางการเงินของครอบครัว พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่เพียงพอและเป็นหนี้ คิดเป็นร้อยละ 45 รองลงมาคือเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 35 ส่วนครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 45 รองลงมาคือไม่เพียงพอและเป็นหนี้ คิดเป็นร้อยละ 35

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามรายคู่

คู่ที่	พฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มทดลอง				พฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มควบคุม			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
1	24	ต่ำสุด	88	ดีมาก	25	ต่ำสุด	41	ต่ำ
2	26	ต่ำสุด	85	ดีมาก	18	ต่ำสุด	18	ต่ำสุด
3	42	ต่ำ	86	ดีมาก	31	ต่ำ	41	ต่ำ
4	27	ต่ำ	78	ดี	36	ต่ำ	27	ต่ำ
5	36	ต่ำ	76	ดี	37	ต่ำ	43	ต่ำ
6	40	ต่ำ	54	ปานกลาง	37	ต่ำ	47	ต่ำ
7	41	ต่ำ	85	ดีมาก	38	ต่ำ	43	ต่ำ
8	54	ปานกลาง	68	ดี	60	ปานกลาง	51	ปานกลาง
9	49	ปานกลาง	87	ดีมาก	55	ปานกลาง	45	ปานกลาง
10	62	ปานกลาง	85	ดีมาก	59	ปานกลาง	39	ต่ำ
11	61	ปานกลาง	83	ดีมาก	54	ปานกลาง	54	ปานกลาง
12	52	ปานกลาง	81	ดีมาก	56	ปานกลาง	38	ต่ำ
13	62	ปานกลาง	86	ดีมาก	58	ปานกลาง	54	ปานกลาง
14	61	ปานกลาง	88	ดีมาก	58	ปานกลาง	42	ต่ำ
15	61	ปานกลาง	82	ดีมาก	59	ปานกลาง	45	ปานกลาง
16	54	ปานกลาง	85	ดีมาก	53	ปานกลาง	51	ปานกลาง
17	53	ปานกลาง	80	ดี	56	ปานกลาง	65	ดี
18	60	ปานกลาง	87	ดีมาก	59	ปานกลาง	53	ปานกลาง
19	62	ปานกลาง	86	ดีมาก	62	ปานกลาง	39	ต่ำ
20	57	ปานกลาง	83	ดีมาก	54	ปานกลาง	49	ปานกลาง

จากตารางที่ 16 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามรายคู่ พบว่า ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเหมือนกัน ดังนี้ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาระดับต่ำสุด จำนวน 2 คู่ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาระดับต่ำ จำนวน 5 คู่ และผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาระดับปานกลาง จำนวน 13 คู่ ภายหลังจากทดลองพบว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่แตกต่างกัน ดังนี้ กลุ่มทดลองที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษาระดับปานกลาง จำนวน 1 คน กลุ่มทดลองที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษาที่ดี จำนวน 4 คน และกลุ่มทดลองที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาระดับดีมาก จำนวน 15 คน ส่วนในกลุ่มควบคุมที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาระดับต่ำสุด จำนวน 1 คน กลุ่มทดลองที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาระดับต่ำ จำนวน 11 คน และกลุ่มทดลอง ที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาระดับปานกลาง จำนวน 8 คน

ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

	M	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=20)						
หลังการทดลอง	81.65	8.087	ดีมาก	19	10.404	.000
ก่อนการทดลอง	49.20	12.976	ปานกลาง			
กลุ่มควบคุม (n=20)						
หลังการทดลอง	44.25	10.078	ต่ำ	19	-1.617	.122
ก่อนการทดลอง	48.25	13.337	ปานกลาง			

จากตารางที่ 17 พบว่า คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน กลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 10.404$) ส่วน คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มควบคุมไม่มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -1.617$)

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 18 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

	M	SD.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	49.20	12.976	ปานกลาง	38	.228	.821
กลุ่มควบคุม	48.25	13.337	ปานกลาง	38		
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	81.65	8.087	ดีมาก	38	12.944	.000
กลุ่มควบคุม	44.25	10.078	ต่ำ	38		

จากตารางที่ 18 พบว่าก่อนการทดลองคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = .228$) แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองสูงกว่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 12.944$)

ตารางที่ 19 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม โดยจำแนกรายด้าน

องค์ประกอบพฤติกรรมการใช้ยา	M	SD.	df	t	p-value
ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	23.95	8.114	38	-.043	.966
กลุ่มควบคุม	24.05	6.501	38		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	42.05	4.199	38	8.479	.000
กลุ่มควบคุม	25.65	7.562	38		
ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	25.25	9.031	38	.572	.571
กลุ่มควบคุม	23.65	8.671	38		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	39.60	4.695	38	8.710	.000
กลุ่มควบคุม	22.60	7.358	38		

จากตารางที่ 19 พบว่าก่อนการทดลองคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -.043$ และ $.572$ ตามลำดับ) แต่ภายหลังการทดลอง พบว่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.479$ และ 8.710 ตามลำดับ)

ตารางที่ 20 การเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยจำแนกรายข้อ

ข้อความ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา						
1. ท่านหยุดยาเอง เมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น	4.75	.550	2.95	.887	7.712	.000
2. ท่านลืมกินยา	4.65	.671	3.05	.999	5.948	.000
3. ท่านกินยา เมื่อมีอาการเท่านั้น	4.65	.671	2.95	.887	6.836	.000
4. ท่านหยุดกินยาโดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ	4.80	.523	3.05	.945	7.248	.000
5. ท่านกินยาตรงตามเวลา	4.65	.671	2.90	1.021	6.407	.000
6. ท่านเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	4.70	.571	2.80	.894	8.006	.000
7. ท่านกินยาบางชนิดเพิ่มโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง เช่น ยานอนหลับ, ยาคลายเครียด	4.70	.571	2.90	.852	7.846	.000
8. ท่านกินยาครบตามที่แพทย์สั่ง	4.50	.827	2.60	.940	6.785	.000
9. ท่านเคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	4.65	.587	2.45	1.050	8.178	.000
ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา						
10. ถ้าท่านมีอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ท่านจะรีบไปพบแพทย์ทันที	4.55	.605	2.45	.999	8.044	.000
11. ถ้าท่านมีอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต เช่น ตัวแข็ง เดินเซ นอนไม่หลับ ท่านจะกินยา แก้วน้ำที่แพทย์สั่งให้	4.60	.598	2.45	.999	8.259	.000

ข้อความ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	M	SD	M	SD		
12. ถ้าท่านมีอาการทางจิตไม่ดี ท่านจะขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษา	4.55	.686	2.70	1.261	5.764	.000
13. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของ ทีมสุขภาพในเรื่องการใช้ยา	4.50	4.50	2.55	1.099	6.725	.000
14. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย ท่านหยุดกินยารักษาโรคจิตทันที โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์	4.55	4.55	2.65	1.137	6.599	.000
15. แม้ท่านจะมีอาการทางจิตดีขึ้น แล้ว แต่ท่านก็ยังมารับยาสม่ำเสมอ	4.45	4.45	2.65	1.040	6.460	.000
16. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อรับยาอย่างต่อเนื่อง	4.35	4.35	2.80	1.281	4.792	.000
17. เมื่อยาหมดท่านจะซื้อยารักษา อาการทางจิตตามร้านขายยามากินเอง โดยไม่ได้พบแพทย์	4.05	4.05	2.20	.696	8.465	.000
18. เมื่อมีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติ จากการใช้ยา ท่านจะปรึกษากับทีมสุขภาพ	4.05	4.05	2.25	.716	7.712	.000

จากตารางที่ 20 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยจำแนกรายข้อ พบว่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกข้อคำถาม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม โดยวัดผลสองครั้ง ได้แก่ ก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวดีกว่าก่อนได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) แต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชนของรัฐ และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวมทั้งหมดครอบครัวละ 2 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD -10) แต่ละครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล

สามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวมทั้งหมดครอบครัวละ 2 คน จำนวน 40 ครอบครัว

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยแบบทดลองควรมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาอย่างน้อย 30 คน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนอย่างน้อย 15 คน เพื่อให้ข้อมูลเกิดการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ ทำให้อำนาจทดสอบเพิ่มขึ้นและมีความแปรปรวนลดลง อีกทั้งค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด (Burn and Grove, 2005) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 ครอบครัว โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) และทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 ครอบครัว เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด ป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) และเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

1.3 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว เป็นการบำบัดที่

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากพื้นฐานแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ของ Miller and Rollnick (2002) โดยประยุกต์ด้วยการบูรณาการรูปแบบการบำบัดจากแนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (Family Motivational Intervention) ตามการศึกษาของ Spirito et al. (2011) และการศึกษาของ Smeerdijk et al. (2009, 2011) และประยุกต์เนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้จากทบทวนวรรณกรรม ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 3-5 ครอบครัว แต่ละครอบครัวประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท 1 คน และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที รวมการบำบัดทั้งหมด 5 ครั้ง ใช้เวลาดำเนินการติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 การให้ความรู้และสร้างความตระหนักต่อพฤติกรรมกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ 2) ขั้นตอนการให้ความรู้ 3) ขั้นตอนการสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการใช้ยา และ 4) ขั้นตอนการประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการใช้ยา

ครั้งที่ 2 การสร้างแนวทางในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการปรับหน้าที่ของครอบครัว ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้ยาก่อนเริ่มกิจกรรม 2) ขั้นตอนการชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจและให้คำมั่นสัญญา 3) ขั้นตอนการสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา 4) ขั้นตอนการประเมินหน้าที่ครอบครัว และ 5) ขั้นตอนการประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา

ครั้งที่ 3 การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภทและพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการประเมินและตอบสนองต่อขั้นตอนของแรงจูงใจ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการติดตามประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย จิตเภท 2) ขั้นตอนการแนะนำการประเมินและตอบสนองต่อขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท และ 3) ขั้นตอนการฝึกทักษะโดยใช้การประเมินและตอบสนองต่อขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

ครั้งที่ 4 การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภทและพัฒนาทักษะการใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแลประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการติดตามประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท 2) ขั้นตอนการทบทวนการบ้าน 3) ขั้นตอนการแนะนำหลักสำคัญและเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ และ 4) ขั้นตอนการฝึกทักษะโดยใช้หลักสำคัญและเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ

ครั้งที่ 5 การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวในการติดตามผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท และสรุปการบำบัด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการทบทวนการบ้านของผู้ดูแล 2) ขั้นตอนการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวในการติดตามผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท และ 3) ขั้นตอนการสรุปทบทวนการบำบัด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 1.0 และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ครอบครัว แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

1.4 แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา

ตามเกณฑ์การรักษา (The Contemplation Ladder) สร้างโดย Biener and Adams (1991) แปลเป็นภาษาไทยโดยดร.ณิ ภู่วา และคณะ (2549) และพัฒนาให้เหมาะสมกับการประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา โดยรัชณี อุทัยพันธ์ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2556) ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหาพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งแบบสอบถามนี้มีมาตราประเมินค่าแบบอันตรภาค (Interval Scale) ให้ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0 – 10 คะแนน ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบค่า

ความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 1.0 โดยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ครอบครัว และปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภท ข้อมูลของผู้ดูแล และข้อมูลครอบครัว

2.3 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สร้างขึ้นโดยเพชร

คันธสายบัว (2544) ตามแนวคิดของ Farragher (1999) และพัฒนาโดยสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 18 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยา และ 2) ด้านความสามารถการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยพบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .94 และมีการตรวจสอบความเที่ยงโดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83

3. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลาย พัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham (1962) มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุณา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2549) แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน โดยมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง (Reliability) พบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

4. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

4.3 เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลองกับผู้ป่วยจิตเภท คือ แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale ; SOCRATES-8A) พัฒนาโดย Miller and Tonigan (1996) มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยพิชัย แสงชาญชัย (2546) และได้รับการปรับปรุงด้านภาษาโดยพันธุณา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2549) และผู้วิจัยนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เครื่องมือนี้แบ่งเป็นรายด้านทั้งหมด 3 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบวัดความคิดเห็น (Likert Scale) 5 ระดับ ในการวิจัยครั้งนี้เลือกใช้แบบสอบถามเฉพาะรายด้านลงมือกระทำซึ่งมีทั้งหมด 8 ข้อ และมีการตรวจสอบ

คุณภาพของเครื่องมือพบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .86 และมีการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) พบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

4.4 เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลองกับผู้ดูแลในครอบครัว

4.2.2 แบบประเมินตนเองของผู้ดูแลเรื่องความสามารถในการเสริมสร้าง

แรงจูงใจ สร้างโดย Addiction Technology Transfer Center (ATTC) Network พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดยแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.) โดยผู้วิจัยนำมาพัฒนาให้เหมาะสมกับการประเมินผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งให้ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินตนเอง ประกอบด้วย 12 ข้อคำถาม เป็นแบบวัดความคิดเห็น (Likert Scale) 3 ระดับ โดยการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .90 และมีการตรวจสอบความเที่ยง โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

4.2.3 แบบสังเกตความสามารถของผู้ดูแลในการใช้เทคนิคเสริมสร้าง

แรงจูงใจ สร้างโดยแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.) โดยผู้วิจัยนำมาพัฒนาให้เหมาะสมกับการประเมินผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งจะให้พยาบาลสังเกตและประเมินผู้ดูแลในการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 4 ระดับ โดยการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 1.0 และมีการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) ได้ความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .989

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

1.2 ประสานงานกับผู้อำนวยการ และหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดพร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched- Pair) ให้มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันในเรื่องอายุ และระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และทำการสุ่มอย่างง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

2.1.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมเกี่ยวกับการได้รับการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ที่ 1 - 5

2.1.3 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อประเมินแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษากายหลังการทดลอง (Post-test)

2.2 การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

2.2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.2.2 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 3 - 5 ครอบครัว พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว และมีการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการบำบัด ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์

3. ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลอง (Pre-Test)

3.2 ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลอง (Post-Test) ในสัปดาห์ที่ 6

3.3 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยสถิติที่ใช้มีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติ Pair t-test
3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test
4. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 คือพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวดีกว่าก่อนได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

2. การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

ในการอภิปรายผลการวิจัยนี้มี 2 ส่วน คือ การอภิปรายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 การอภิปรายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภท ข้อมูลของผู้ดูแล และข้อมูลของครอบครัว โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภท จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภททุกคนในการวิจัยนี้มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นตามเกณฑ์การรักษา คือมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำสุดถึงปานกลาง โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 ประกอบด้วยเพศชายมากกว่า เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75 และ 25 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มี

สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 40 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 47.5 อีกทั้ง ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 52.5 สำหรับระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต และระยะเวลาในการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.5 และ 35 ตามลำดับ ในด้านประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาคือเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 32.5

จากข้อมูลข้างต้นมีความสอดคล้องกับการศึกษาต่างๆ ที่กล่าวว่าโรคจิตเภทพบได้มากที่สุดในช่วงอายุ 15-54 ปี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2552) และมักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเพศชายจะปฏิบัติตนในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่ดีเท่าเพศหญิง (Agarwal et al., 1998; Fleischhacker, Oehl, and Hummer, 2003) สอดคล้องกับข้อมูลจากการวิจัยนี้ที่พบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายมากถึงร้อยละ 80 จากการศึกษาของสมภพ เรื่องตระกูล (2553) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 60-70 มีสถานภาพโสด ซึ่งการที่ขาดคู่สมรสในการสนับสนุนช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ ขาดที่ปรึกษานั้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดแรงจูงใจในการดูแลรักษาตนเอง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2555) รวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีการแยกตัว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง โดยจะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเท่านั้น (ขวัญสุตา บุญเทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไช้โต๊ะ และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2556) ยิ่งส่งผลให้การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ดี นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วย จิตเภทส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับต่ำ เนื่องจากอาจมีปัญหาด้านการเรียนทำให้เรียนไม่สำเร็จ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของ Nakonezny and Byerly (2006) ที่กล่าวว่าผู้ป่วย จิตเภทที่มีการศึกษาระดับสูงจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการศึกษาระดับต่ำ โดยสอดคล้องกับข้อมูลจากการวิจัยนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา นอกจากนี้ข้อมูลจากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต และระยะเวลาในการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตอยู่ในช่วง 11-20 ปี และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 32.5 เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 1-5 ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Razali and Yahya (1995) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและได้รับการรักษาด้วยยาน้อยกว่า 5 ปี จะมิให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยามากกว่า 5 ปี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Risher, Wit and Mazmanian (1997) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องร้อยละ 50 ในปีแรกของการเจ็บป่วยและลดลงเหลือเพียงร้อยละ 15 ในปีถัดไป นอกจากนี้มีการศึกษาอื่นที่พบว่าภายหลังออกจากโรงพยาบาล 6 และ 18 เดือนจะมีผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 33.4 (Lieberman et al., 2005) และร้อยละ 74 (Kamali et al., 2006) ตามลำดับที่ไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2. ข้อมูลของผู้ดูแล จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.5 ประกอบด้วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57.5 และ 43.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 57.5 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 40 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพี่น้องหรือพ่อแม่กับผู้ป่วยจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 32.5 และ 22.5 ตามลำดับ สำหรับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 11-20 ปี

จากข้อมูลข้างต้นมีความสอดคล้องกับการศึกษาต่างๆ ดังนี้ การศึกษาของ Cain and Wick (2002) ที่กล่าวว่าเพศหญิงจะถูกอบรมให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน จึงมักถูกคาดหวังตามวัฒนธรรมทางสังคมให้เป็นเพศที่ต้องให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นบทบาทของเพศหญิง รวมทั้งการศึกษาของสกาเวเดียน กลิ่นน้อย (2554) ที่กล่าวว่าเพศหญิงมักจะใส่ใจเรื่องส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในบ้านได้มากกว่า เพศชาย และคิดว่าปัญหานั้นเป็นปัญหาของตนเองที่จะต้องร่วมรับผิดชอบดูแล ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการวิจัยนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในด้านอายุของผู้ดูแลนั้น จากการศึกษาของ Chien (2008) ที่กล่าวว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการวิจัยนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 51-59 ปี ทั้งนี้ผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไข และเผชิญปัญหาต่างๆของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีการรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองได้แตกต่างกัน (Cook et al., 1994) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพี่น้องหรือพ่อแม่กับผู้ป่วยจิตเภทซึ่งดูแลกันมาเป็นระยะเวลานานโดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 11-20 ปี ทั้งนี้จากการศึกษาต่างๆ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่กับญาติซึ่งมีความเอื้ออาทรต่อกันจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดีกว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ตามลำพัง (Razali and Yahya, 1995; Perkins, 2002; Gilmer et al., 2004) เนื่องจากจะทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี (Fleischhacker, Oehl and Hummer, 2003) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีบุคคลในครอบครัวคอยสนับสนุนช่วยเหลือดูแลในการใช้ยา เช่น คอยกระตุ้นเตือน การช่วยเหลือทางการเงิน จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีผู้ดูแลในการใช้ยา (Lacro et al., 2002) โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการไม่ใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 16.5 (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549) ซึ่งการขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภททำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นที่ไปตามเกณฑ์การรักษา (อรรวรรณ ช้องต่อ, 2550; Thieda et al., 2003; Gilmer et al., 2004; Pusey-Murray et al., 2010; Higashi et al., 2013) ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาย่อมจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนได้

3. ข้อมูลของครอบครัว จากผลการศึกษาพบว่าพบว่า รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 75 และครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีสถานะทางการเงินที่ไม่ดี โดยพบว่าส่วนใหญ่เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 40 และไม่เพียงพอและเป็นหนี้ คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Kumar and Sedgwick (2001) และการศึกษาของ Fleischhacker, Oehl and Hummer (2003) ที่กล่าวว่าปัญหาทางเศรษฐกิจเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ารักษาพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องหยุดใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอได้

ส่วนที่ 2 การอภิปรายตามสมมุติฐานการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมุติฐานทั้ง 2 ข้อ ดังนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 1 โดยมีการอภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

จากผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ อีกทั้งจากผลการศึกษาพบว่าในระยะเริ่มต้นของการดำเนินการบำบัดนั้นผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีแรงจูงใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับที่ต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้วพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีแรงจูงใจอยู่ในขั้นเพิกเฉย (Pre-contemplation) สอดคล้องกับการศึกษาต่างๆ ที่กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่ ขาดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยา (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545; Baker, 1995; Oehl, Hummer and Fleischhacker, 2000; Suttajit and Pilakanta, 2010; Tattan and Creed, 2001; Velligan et al., 2009) ซึ่งการขาดแรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Baker, 1995; Julius, Novitsky and Dubin, 2009)

ในการดำเนินกิจกรรมนั้นผู้วิจัยได้ทำการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา โดยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจจากขั้นเพิกเฉย (Pre-contemplation) ขั้นลังเลใจ (Contemplation) ขั้นตัดสินใจ (Determination) จนไปสู่ขั้นลงมือทำการเปลี่ยนแปลงในที่สุด (Action) ทั้งนี้ในการดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยมีการคำนึงถึงการใช้เทคนิคต่างๆ ในการเสริมสร้างแรงจูงใจ ดังนี้ DARES ได้แก่ การทำให้เห็นช่องว่างระหว่างเป้าหมายในอนาคตกับปัจจุบัน (Develop Discrepancy) การหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (Avoid Argumentation) การหมุนตามแรงต้าน (Roll with Resistant) การแสดงความเห็น

อกเห็นใจ (Express Empathy) และการสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพในตัวบุคคล (Support self-Efficacy) ประกอบกับการให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองอย่างมุ่งมั่นไปสู่ขั้นลงเลใจ และขั้นตัดสิ้นใจ (Miller and Rollnick, 2002) นอกจากนี้การใช้กระบวนการกลุ่มในการดำเนินกิจกรรมมีส่วนช่วยในการลดแรงต้านที่เกิดขึ้น และสามารถเพิ่มระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน เห็นได้จากเมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงต้านเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา ผู้วิจัยมีการใช้เทคนิคหมุนตามแรงต้าน การหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง การแสดงความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นตามเกณฑ์การรักษา การแสดงความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วย จิตเภทแสดงออก พร้อมทั้งมีการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเล็งเห็นถึงศักยภาพของตนเอง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความไว้วางใจ เปิดใจรับฟังข้อมูลต่างๆ

ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นลงเลใจ หรือขั้นตัดสิ้นใจแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทมีแรงจูงใจไปสู่ขั้นลงมือกระทำ (Action) โดยการใช้เทคนิค FRAMES ได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed Back) การเน้นความรับผิดชอบที่ตัวผู้ป่วย (Responsibility) การแนะนำ (Advice) การให้ทางเลือก (Menu) การเห็นอกเห็นใจ (Empathic Style) และการสนับสนุนศักยภาพของผู้ป่วย (Support Self-Efficacy) ดังนี้ผู้วิจัยมีการใช้เทคนิคการให้ข้อมูลการสะท้อนกลับ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความตระหนักต่อความรับผิดชอบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติม มีการอภิปรายเชื่อมโยงกับประสบการณ์ในอดีต ร่วมกับการให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการหาแนวทางการจัดการปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ที่ผ่านมา รวมทั้งร่วมกันหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยากับผู้ป่วยจิตเภท โดยสอดคล้องกับการศึกษาต่างๆ ที่กล่าวว่า การที่ผู้ดูแลในครอบครัวให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการใช้ยาซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาเป็นไปตามเกณฑ์การรักษา (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554; Novick et al., 2010; Thornicroft and Susser, 2001)

ในการบำบัดนี้มีการออกแบบโดยการคำนึงถึงความแตกต่างของระดับแรงจูงใจของผู้ป่วย จิตเภท ทั้งนี้ Miller and Rollnick (2002) เชื่อว่าระดับแรงจูงใจของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นในการดำเนินการบำบัดจึงมีการประเมินระดับแรงจูงใจในช่วงต้นของการดำเนินกิจกรรม และใช้กระบวนการกลุ่มผลักดันให้มีระดับของแรงจูงใจอยู่ในขั้นที่เหมาะสมสำหรับเนื้อหาของ การดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wagner and Ingersoll (2013) ที่กล่าวว่าในการดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างแรงจูงใจรูปแบบกลุ่มจำเป็นต้องมีการตรวจสอบแรงจูงใจของผู้ป่วยให้มีความใกล้เคียงกันหรือให้มีความเหมาะสมกับเนื้อหาของ การดำเนินกิจกรรม เพื่อให้การดำเนินการบำบัดมีประสิทธิภาพสูงสุด

นอกจากนี้ในการบำบัดนี้มีการดำเนินกิจกรรมการประเมินหน้าที่ครอบครัวทำให้ผู้ป่วย จิตเภทและผู้ดูแลสามารถปรับเปลี่ยนมีความเข้าใจตรงกันในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนหาแนวทางในการพัฒนาการทำหน้าที่ของตนเอง และนำไปปฏิบัติได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Spirito et al. (2011) ที่กล่าวว่าการประเมินหน้าที่ครอบครัว (Family Assessment Task) จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งในการบำบัดนี้มีการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลเกี่ยวกับการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับ พบว่าผู้ดูแลสามารถนำเทคนิคในการเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาได้ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Smeerdijk et al. (2014) ที่กล่าวว่าการที่ผู้ดูแลในครอบครัวนำเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้ในการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพนั้น จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจที่ดี และสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนให้ดีขึ้นได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสนับสนุนได้ว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ ซึ่งจากการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นได้โดยสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1

2. จากผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2

นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำแนกรายด้าน พบว่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนการทดลอง ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อีกทั้งเมื่อวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกรายข้อ พบว่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในทุกข้อคำถามมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน กลุ่มทดลอง ในด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา ในข้อคำถามที่ 4 คือ “ท่านหยุดกินยาโดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ” มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.80$) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกิจกรรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยครอบครัวที่มีการให้ทางเลือก (Menu) แก่ผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเลือกใช้ในการจัดการแก้ไขปัญหาการใช้ยาของตนเองเมื่อกลับบ้าน สำหรับในด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยานั้น พบว่าในข้อคำถามที่ 11 คือ “ถ้าท่านมีอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต เช่น ตัวแข็ง เดินเซ นอนไม่หลับ ท่านจะกินยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งให้” มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.60$) สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกิจกรรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวที่มีการให้ความรู้และสร้างแนวทางในการจัดการกับปัญหาเมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับผลข้างเคียงจากยา ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

ทั้งนี้พบว่าระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง แม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้จะได้รับการพยาบาลตามปกติแล้วนั้น เหตุผลส่วนหนึ่งเนื่องมาจากมีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมจำนวน 5 ครอบครัวที่มีการย้ายถิ่นฐานชั่วคราวในสัปดาห์ที่ 2 ของการทดลองเพื่อไปประกอบอาชีพในต่างจังหวัด ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้ตามเกณฑ์การรักษาจนทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ลดลง แต่สำหรับระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองนั้น พบว่าภายหลังจากทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

จากผลการวิจัยข้างต้นมีการอภิปรายผลการศึกษา ดังนี้ จากผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในทุกด้านเพิ่มขึ้นได้ โดยมีความแตกต่างกับการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับ โดยรูปแบบดังกล่าวเป็นเพียงการดูแลที่มีความเกี่ยวเนื่องกับปัญหาทางจิตที่เกิดขึ้นเท่านั้น ซึ่งยังไม่ครอบคลุมถึงระดับของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้ยายังคงมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นตามเกณฑ์การรักษา ทั้งนี้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวนี้ จะมีการใช้หลักการของการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยจิตเภท และเน้นให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการพัฒนาศักยภาพของตนเองเพื่อให้สามารถเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างต่อเนื่อง โดยผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนที่สำคัญในการผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ

รักษาอย่างยั่งยืน ทั้งนี้สามารถอภิปรายกระบวนการในแต่ละครั้งของการบำบัดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้และสร้างความตระหนักต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยในขั้นแรกของการดำเนินกิจกรรมคือการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่าสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดี (McCabe et al., 2012; Higashi et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kempainn et al. (2003) ที่กล่าวว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพนั้นเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย จากนั้นในกิจกรรมนี้มีการให้ความรู้ที่จำเป็นอย่างอื่น โดยการให้ความรู้ที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถรับมือหรือจัดการกับอาการป่วยนั้นได้ (พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ Higashi et al. (2013) ที่กล่าวว่า การให้ความรู้ที่จำเป็นอย่างอื่นแก่ผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีขึ้นได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Pitschel-Walz et al. (2006) ที่กล่าวว่า การให้ความรู้ต่างๆ แก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวจะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นอย่างชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมลักษณ์ เขียวสด (2550) ที่กล่าวว่า การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ซึ่งเป็นความรู้ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความตระหนักต่อบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดี

กิจกรรมนี้จะมีการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วย จิตเภท โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลกระทบจากการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่รุนแรงและใกล้ตัว และสนับสนุนให้ผู้ดูแลให้ข้อมูลจากผลกระทบที่เกิดขึ้นเพิ่มเติม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักต่อปัญหาการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อีกทั้งยังเล็งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองไปในทางที่ดีขึ้นและเกิดข้อความจูงใจตนเอง โดยผู้บำบัดจะใช้เทคนิค DARES และ OARS ซึ่ง จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจจากขั้นเพิกเฉยต่อปัญหา (Pre-contemplation) ไปสู่ขั้นเล็งใจในการเปลี่ยนแปลงได้ (Contemplation) (Miller & Rollnick, 2007)

กิจกรรมที่ 2 การสร้างแนวทางในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ในกิจกรรมนี้สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ร่วมกันค้นหาสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเล็งใจ และให้ผู้ดูแลและครอบครัวประกาศคำมั่นสัญญาในการร่วมมือกันเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย อีกทั้งร่วมมือกันกับผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม โดยกิจกรรมนี้ผู้บำบัดใช้เทคนิค FRAMES เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมุ่งมั่นจากขั้นเล็งใจ (Contemplation) ไปสู่

ขั้นตัดสินใจ (Determination) และขั้นลงมือกระทำ (Action) เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา ภายใต้การสนับสนุนจากผู้ดูแล (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553; Miller and Rollnick, 2002) ตลอดจนทบทวนการรับประทานยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา และฝึกทักษะการจดจำแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล ซึ่งภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถลงมือจดจำได้เอง และนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องได้เมื่อกลับบ้าน โดยมีผู้ดูแลให้ความสนับสนุนช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐภา ราชบุตร และคณะ (2550) ที่กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการจัดการรับประทานเองนั้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีแรงจูงใจที่จะลงมือทำ และภาคภูมิใจในการรับรู้ความสามารถของตนเอง อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Novick et al. (2010) กล่าวว่า การที่ผู้ดูแลสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในการรับประทานยาจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ นอกจากนี้มีการประเมินหน้าที่ครอบครัวทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลยอมรับต่อบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ซึ่งกันและกัน และมีทัศนคติที่ดีต่อการร่วมมือกันเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Spirito et al. (2011) ที่กล่าวว่า การประเมินหน้าที่ครอบครัว (Family Assessment Task) จะทำให้สมาชิกภายในครอบครัวเกิดทัศนคติที่ดีในการร่วมมือกันเปลี่ยนแปลงปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันในครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของ Fleischacker, Oehl and Hummer (2003) และ Hagishi et al. (2013) ที่กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วย จิตเภทเกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

กิจกรรมที่ 3 การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภทและพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการประเมินและตอบสนองต่อขั้นตอนของแรงจูงใจแห่งการเปลี่ยนแปลง ในกิจกรรมนี้มีการติดตามประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท และวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ร่วมกับผู้ดูแล พร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนได้อย่างต่อเนื่องจากการได้รับการดูแลจากครอบครัวอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Spirito et al. (2011) ที่กล่าวว่า การติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องนั้นจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้สำเร็จ อีกทั้งในกิจกรรมนี้มีการแนะนำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการเสริมสร้างแรงจูงใจ การแนะนำและฝึกทักษะการประเมิน 6 ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามทฤษฎีของ Prochaska and Diclemente (1985) แก่ผู้ดูแล ตลอดจนฝึกทักษะการตอบสนองให้เหมาะสมกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับระดับขั้นแรงจูงใจของผู้ป่วยจนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Smeerdijk et al. (2011) ที่กล่าวว่า การแนะนำผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับเทคนิคต่างๆ ในการเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิต

เภทเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ เนื่องจากผู้ดูแลมีศักยภาพในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งหากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับระดับขั้นแรงจูงใจจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจเพิ่มขึ้น และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ รวมทั้งช่วยคงไว้ซึ่งระดับขั้นของแรงจูงใจที่ดี (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553)

กิจกรรมที่ 4 การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วย

จิตเภทและพัฒนาทักษะการใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแล ในกิจกรรมนี้ยังคงมีการติดตามประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเช่นเดียวกับกิจกรรมที่ 3 เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนได้อย่างต่อเนื่องจากการได้รับการดูแลจากครอบครัวอย่างเหมาะสม (Spirito et al., 2011) อีกทั้งมีการพัฒนาทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลเกิดความรู้เกี่ยวกับหลักสำคัญในการเสริมสร้างแรงจูงใจ และเกิดทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นการสื่อสารแบบมีทิศทางที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามแนวคิดของ Miller and Rollnick (2002) ประกอบด้วยการแนะนำเทคนิคสำคัญของการเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ดูแล ได้แก่ DARES FRAMES และ OARS ทั้งนี้จากการติดตามประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลเป็นผู้ประเมิน นั้นพบว่าผู้ป่วยจิตเภทยังคงแรงจูงใจอยู่ในขั้นลงมือกระทำ (Action) สอดคล้องกับการศึกษาของ Keet et al. (2006) และการศึกษาของ Smeerdijk et al. (2012) ที่กล่าวว่า การแนะนำและฝึกทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวนั้นเป็นการรักษาระดับของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยให้คงอยู่ในขั้นลงมือกระทำ (Action) และส่งเสริมให้ระดับแรงจูงใจไปสู่ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยลดการกลับไปมีพฤติกรรมเดิมซ้ำ (Relapse) จากการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลอย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวในการติดตามผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท และสรุปการบำบัด ในกิจกรรมนี้มีการติดตามประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ผู้ดูแลเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยเพื่อประเมินและตอบสนองต่อขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมทั้งร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคต่างๆ และวางแผนแนวทางการแก้ไขอย่างเหมาะสม ตลอดจนทบทวนเนื้อหาในการบำบัดทั้งหมดร่วมกัน ตลอดจนวิเคราะห์สิ่งที่ได้รับการเข้าร่วมการบำบัดนี้ และเน้นย้ำเป้าหมายของครอบครัวในการร่วมกันเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาได้จนสำเร็จ ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมพบว่าผู้ดูแลมีทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการศึกษาของ Smeerdijk et al. (2009) ที่กล่าวว่าผู้ดูแลจะสามารถเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพจากการได้ปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยภายใต้การแนะนำของผู้บำบัด และสอดคล้องกับการศึกษาของ Franks et al. (2012) กล่าวว่าการศึกษาที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีกิจกรรมการบำบัดร่วมกันจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องได้ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Haddad, Brain and Scott (2014) กล่าวว่าผู้ดูแลที่มีความสามารถในการสื่อสารเพื่อให้คำแนะนำ คอยกระตุ้นเตือน และดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยานั้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นได้ อีกทั้งผู้ดูแลในครอบครัวสามารถนำทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้คงรักษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องขณะดำเนินชีวิตในชุมชนได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวไปใช้ในชุมชนนั้น ผู้ปฏิบัติควรเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การให้คำปรึกษาครอบครัว ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคจิตเภท พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งมีทักษะในการประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ผู้บำบัดสามารถปรับเปลี่ยนสื่อการบำบัดต่างๆ ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง อาทิเช่น การเพิ่มขนาดตัวอักษรให้สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจนสำหรับผู้สูงอายุ

1.3 การที่จะบ่งบอกได้ว่าผู้ป่วยสามารถทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างต่อเนื่อง (Maintenance) นั้นต้องใช้ระยะเวลาเกินกว่า 6 เดือน ดังนั้นจึงควรมีการติดตามผลต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการลงมือทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างสม่ำเสมอ

1.4 รูปแบบการดำเนินกิจกรรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวนี้เป็นรายกลุ่มครอบครัว ซึ่งมีโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ (drop out) ดังนั้นอาจพิจารณานัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในพื้นที่เดียวกันให้เข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มเดียวกัน โดยใช้

สถานที่สำคัญซึ่งเป็นจุดศูนย์รวมของชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล วัด โรงเรียน เป็นสถานที่นัดหมายในการทำกิจกรรม เพื่อความสะดวกในการเดินทางของกลุ่มตัวอย่าง

1.5 ควรประเมินข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพภายในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม โดยควรให้ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่คล้ายคลึงกันอยู่ในกลุ่มเดียวกัน เนื่องจากการเกิดแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลงจะใกล้เคียงกัน สนับสนุนให้เกิดกระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาได้ดี เนื่องจากภายในกลุ่มมีลักษณะครอบครัวที่คล้ายกัน

1.6 สามารถให้บุคลากรทางสุขภาพเข้าร่วมสังเกตการณ์ภายนอกกลุ่มการดำเนินกิจกรรมการบำบัดได้ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ และสามารถนำไปปฏิบัติต่อได้ แต่ควรระมัดระวังไม่ให้รบกวนต่อกระบวนการในกลุ่มบำบัด

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และครอบครัวบำบัด เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทหรือผู้ป่วยโรคต่างๆ ที่มีปัญหาพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรกๆ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วย จิตเภท และผู้ดูแลก่อนจะกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชน ซึ่งจะเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำจากการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

2. ควรมีการติดตามประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวหลังการบำบัดในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน เนื่องจากระดับแรงจูงใจของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และเพื่อพัฒนารูปแบบของการบำบัดในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมได้

3. ควรมีการศึกษาวินิจฉัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มโรคอื่นๆ เพื่อทบทวนปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละกลุ่มโรค เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กฤติยา แสงวทรัพย์. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกษม ดันติผลชีวะ. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ธรรมศาสตร์.
- กรมสุขภาพจิต. (2554). กรอบทิศทางการพัฒนางานสุขภาพจิตและแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559). นนทบุรี: ลม่อมจำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2556). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556. กรุงเทพมหานคร: บางกอกบล็อก.
- กรมสุขภาพจิต. (2556). สถานการณ์และแนวโน้มความเจ็บป่วยทางจิตคนไทย. [Online]. กลุ่มพัฒนาข้อมูลสารสนเทศ. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข, 2556. <http://www.dmh.moph.go.th/trend.asp> [2 สิงหาคม 2557].
- กรมสุขภาพจิต. (2557). รายงานผู้ป่วยนอก 8 โรค (13 โรค) ประจำปีงบประมาณ 2557 เฉพาะหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต. [Online]. กลุ่มพัฒนาข้อมูลสารสนเทศ. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข, 2558 <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>. [31 ธันวาคม 2558].
- กรมสุขภาพจิต. (2557). จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ 2555-2557. [Online]. กลุ่มพัฒนาข้อมูลสารสนเทศ. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข, 2558 <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>. [7 มีนาคม 2559].
- กรมสุขภาพจิต. (2557). จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษา (Admit) อยู่ในโรงพยาบาลของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ 2555-2557. [Online]. กลุ่มพัฒนาข้อมูลสารสนเทศ. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข, 2558 <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>. [7 มีนาคม 2559].
- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะและสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2556). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 58 (1):

89-100.

- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2546). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. *วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา* 5 (1): 11-17.
- จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, สุกฤติยา กุลศรี และวัฒนาภรณ์ พิบูลย์ลักษณะ. (2556). ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* 27 (3): 75-86.
- จินดารัตน์ พิมพ์ดี. (2541). *กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา ยูนิพันธ์ และนพรัตน์ ไชยขำนิ. (2547). *การพยาบาลแบบองค์รวม : แนวคิด หลักการและแนวปฏิบัติ*. เอกสารประกอบการประชุม. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร รักการ. (2549). *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬาลักษณ์ ชำของ, จินตนา ยูนิพันธ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2551). ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 22 (1): 77-91.
- จรรย์รัตน์ ลิ้มพัฒนศิริ. (2547). *ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2550). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: ยุทธินทร์การพิมพ์.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2543). ความรู้สึทางอารมณ์ความต้องการการแนะนำ : กรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* 14 (2): 30-39.
- เทิดศักดิ์ เดชคง. (2555). *เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ*. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ณัฐิกา ราชบุตร, นิตยา งามคุณ, มณีนรัตน์ คงแสนคำ และ ศรีนพร มรกตศรีวรรณ. (2550). การฝึกทักษะการรับประทานยาด้วยตนเองในผู้ป่วยจิตเภท. ใน *การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ*, หน้า 180. 1 - 3 สิงหาคม 2550 ณ โรงแรมปรินซ์พาเลส กรุงเทพมหานคร.
- นภาพรณ พึ่งเกษสุนทร และอรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2554). ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อ

- ภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25 (2): 51-63.
- นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. (2555). ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence). *วารสารไทยเภสัชชนิพนธ์* 7: 1-18.
- นันทวิช สิริธรรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช และ พนม เกตุมาน. (2558). *จิตเวชศิริราช DSM-5*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- เปรมฤดี ดำรงค์. (2545). *การศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลสามชุก. (2558). *รายงานผู้ป่วยโรคจิตเวช รหัสโรค F20-F30 ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2557-30 ตุลาคม 2558*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี กระทรวงสาธารณสุข.
- พัชรราวลัย กนจรรยา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2556). ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบผสมผสานแบบสั้นโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพติดสุรา. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* 27 (2): 56-68.
- พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ. (2549). *แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช*. เชียงใหม่: ไอแอมอออกเานเซอร์แอนด์ แอ็ดเวอร์ไทซิง.
- พิชัย แสงชาญชัย, ดรุณี ภูขาว, สัจจว สมบัติใหม่, ณิชานาฏ สระอุบล, สายรัตน์ นกน้อย และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2553). *การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- เพชรี คันธสายบัว. (2544). *การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ*.

- วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญประภา มะลาไวย์. (2550). *การพัฒนาโครงการกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พรทิพย์ คงสตัย และสวัสดี เทียงธรรม. (2551). *การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อ
ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท*. *วารสารโรงพยาบาลนครราชสีมา
ราชนครินทร์* 8 (1): 20–29.
- พรทิพย์ วชิรติลก และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2550). *ผลของโปรแกรมการปรึกษารายบุคคลตาม
แนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการ
รักษาของผู้ป่วยจิตเภท*. อดุทธธานี: โรงพยาบาลอดุทธธานี.
- ไพรวลัย รมซ่าย, วัชนี หัตถพนม, สุวดี ศรีวิเศษ, เอกอุมา วิเชียรทอง, และคณะ. (2544). *รายงาน
การวิจัย*. เรื่องการประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนแบบ
ครบวงจร อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร.โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
- มัลลิกา สิงห์สุริยะ. (2547). *การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล : กรณีศึกษา*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2552). *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์เอ็นเตอร์ไพรซ์
- มารศรี ปาณิวัตร. (2548). *บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*. รายงาน
การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). *ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย*. *รามธิบดีเวชสาร*
20 (1): 41-46.
- รัชณี อุทัยพันธ์ และเพ็ญประภา แดงด้อมยุทธ์. (2556). *ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
แบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. *วารสารการพยาบาล
จิตเวชและสุขภาพจิต* 26 (1): 136-148.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้*. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: วีเจพรีนติ้ง.
- วรภรณ์ พัฒนเวศน์. (2550). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่มาตรวจตามนัดในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*

โรงพยาบาลแพร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- เวนิช บุราชรินทร์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, 25(3) : 24-37.
- แหวดาว วงศ์สุรประกิต. (2549). *การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกล่ามโซ่ : กรณีศึกษา*. กลุ่มงานสังคมศาสตร์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต.
- สกาเวเดือน กลิ่นน้อย. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 26 (1): 62-73.
- สรินทร เขียวโสธร. (2545). *ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุกฤดียา กุลศรี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2552). นิพนธ์ต้นฉบับการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์* 3 (2): 31-41.
- สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). การส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. *เอกสารการสอน*. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์. (2554). *คู่มือครอบครัวบำบัดสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านครอบครัวและเด็ก*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมพร รุ่งเรืองกิจ. (2547). *รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว.
- สมลักษณ์ เขียวสด. (2550). *การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลราชบุรี*. โครงการศึกษาอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2558). *รายงานจำนวนประชากรจังหวัดสุพรรณบุรี ประจำปี 2557*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2559). *รายงานจำนวนประชากรจังหวัดสุพรรณบุรี ประจำปี 2558*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี กระทรวงสาธารณสุข.
- อเนก สุภีรนนท์, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และ บุพผาวรรณ พัวพันประเสริฐ. (2550). *ต้นทุนบริการ*

- สุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2554). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: เพ็ญฟ้าพรินต์ติ้ง.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรวรรณ ช้องต่อ. (2550). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและภาระการดูแลของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2554). เอกสารคำสอนวิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล (*Instrument Development for Nursing Research*). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เอกสารอัดสำเนา 6 มิถุนายน 2554.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต:แนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: วีเจพรินต์ติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

- Acosta, F. J., Hernandez, J. L., Pereira, J., Herrena, J., and Rodriguez, C. J. (2012). *Medication adherence in schizophrenia*. World J of Psychiatry 2 (5): 74–82.
- Adams, J., and Scott, J. (2000). Predicting medication adherence in severe mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 101 : 119-124.
- Addington, J., McCleery, D., and Addington, D. (2005). Three – years outcome of family work in an early psychosis program. *Schizophrenia Research* 79 (1): 107-116.
- Agarwal, M. R. et al. (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.
- American Psychiatric Association. (2013). *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5th*. Arlington V.A.: American Psychiatric Association.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E. and Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients : A psychoeducation approach. *Schizophrenic Bulletin* 6 (3): 490-505.
- Anstiss, T. (2009). Motivational interviewing in primary care. *J Clin Psychol Med Settings* 3 (1): 74 - 81.
- Antonova, E., Sharma, T., Morris, R., and Kumari, V. (2004). The relationship between brain structure and neurocognition in schizophrenia : a selective review. *Schizophrenia Research* 70: 117–145.
- Ascher-Svanum, H., Faries, D. E., Zhu, B., Ernst, F. R., Swartz, M. S., and Swanson, J. W. (2006). Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care. *J Clin Psychiatry* 67: 453–460.
- Ascher-Svanum, H., Zhu, B., Faries, D., Lacro, J. P., and Dolder, C. R. (2006). A prospective study of risk factors for nonadherence with antipsychotic medication in the treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 67: 1114-23.
- Ayuso-Gutierrez, J.L., and del Rio, V. (1997). Factors influencing relapse in the long-term course of schizophrenia. *Schizophr Res* 28: 199-206.
- Baker, C. (1995). The development of self-care ability to detect early signs of relapse among individuals who have schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing* 9 (5): 261- 268.
- Barch, D.M. (2005). The relationships among cognition, motivation, and emotion in schizophrenia : how much and how little we know. *Schizophrenia Bulletin* 31: 875–881.
- Barch, D.M., Yodkovik, N., Sypher-Locke, H., and Hanewinkel, M. (2008). Intrinsic motivation in schizophrenia: relationships to cognitive function, depression, anxiety, and personality. *J Abnorm Psychol* 117 :776-787.
- Barofsky, I. (1978). Compliance, adherence and the therapeutic alliance : steps in the development of self-care. *Soc Sci Med* 12 369–376.

- Barkhof, E., Meijer, C.L., de Sonnevile, L.M.J., Linszen, D.H., and de Haan, L. (2012). Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia – A review of the past decade. *European Psych* 27: 9-18.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behaviors*. New Jersey : Charles B. Slack Inc.
- Beebe, H. L. (2012). *Schizophrenia*. In E. F. Perese. Psychiatric advance practice nursing : A biopsychosocial foundation for practice. Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Biener, L., and Adams, D. B. (1991). The contemplation ladder : Validation of measure of readiness to consider smoking cessation. *Health Psychology* 10: 360–365.
- Birnkranz, J. and Carlsen, A. (2007). *Crash course psychiatry*. Philadelphia: Mosby.
- Bond, W. S., and Hussar, D. A. (1991). Detection method and strategies for improving medication compliance. *American J of Hospital Psychiatry* 48: 1978– 1988.
- Brain, C., Allerby, K., Sameby, B., Quinlan, P., Joas, E., Karilampi, U., Lindstrom, E., Eberhard, J., Burns, T., and Waern, M. (2013). Drug attitude and other predictors of medication adherence in schizophrenia : 12 months of electronic monitoring(MEMS) in the Swedish COAST-study. *European Neuropsychopharmacology* 23: 1754–1762.
- Bressington, D., Mui, J., and Wells, H. (2013). The effect of medication-management training on clinicians’ understanding and clinical practice in Hong Kong. *Nurse Education Today* 33: 969-975.
- Burke, B. L., Arkowitz, H., and Menchola, M. (2003). The effect of motivational interviewing : A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of counseling and Clinical psychology* 71 (5): 843-861.
- Burn, N. and Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research : Conduct, Critique and Utilization*. 5th ed. St.Louise: M.O. Elsevier.
- Burton, S. C. (2005). Strategies for improving adherence to second-generation antipsychotics in patients with schizophrenia by increasing ease of use. *J Psychiatr Pract* 11 :369–378.
- Byerly, M. J., Thompson, A., Carmody, T., Bugno, R., Erwin, T., Magouirk, B., and Rush,

- A. J. (2005). A comparison of electronic monitoring vs. clinician rating of antipsychotic adherence in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 133: 129-133.
- Byerly, M. J., Nakonezny, P. A., and Lescouflair, E. (2007). Antipsychotic medication adherence in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 30: 437-452.
- Byerly, M. J., Thompson, A., Carmody, T. (2007). Validity of electronically monitored medication adherence and conventional adherence measures in schizophrenia. *Psychiatric Services* 58: 844-847.
- Cain, C. I. and Wick, M. N. (2002). Caring attitudes as correlates of burden in family caregiver Coping with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Family Nursing* 6: 46-47.
- Carers UK. (2012). *Facts about carers 2012*. [Online]. Carers UK, 2012
www.carersuk.org. [15 February 2016].
- Carlson, R. G. (2011). *Communication deviance, Expressed emotion, and Family cohesion in schizophrenia*. Doctor's Thesis, Department of Psychology, Graduate School, University of Miami.
- Chien, W. T. (2008). Effectiveness of Psychoeducation and Mutual Support Group Program for Family Caregiver of Chinese People with Schizophrenia. *The open nursing Journal* 2 (2008): 28-39.
- Cook, J. A., Lefley, H. P., Pickett, S. A., and Cohler, B. J. (1994). Age and Family burden among parents of offspring with severe mental illness. *American Journal Orthopsychiatric* 64: 435-447.
- Cunningham, P. A. (2007). The role of psychiatric nurse in home care. *Home Healthcare Nurse* 25 (10): 645-652.
- Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregivers. *Family & Community* 15 (2): 1-9.
- Day, J. C. et al. (2005). Attitudes toward antipsychotic medication : the impact of clinical variable and relationships with health professionals. *Arch Gen Psychiatry* 62: 717-724.
- Diaz, E., Levine, H. B., Sullivan, M. C., Sernyak, M. J., Hawkins, K. A., Cramer, J. A., and

- Woods, S. W. (2001). Use of the medication Event Monitoring System to estimate medication compliance in patients with schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci* 26: 325–329.
- DiBonaventura, M., Gabriel, S., Dupclay, L., Gupta, S., and Kim, E. (2012). A patient perspective of the impact of medication side effect on adherence : result of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry* 12 (20): 82–95.
- Dickerson, F.B., Tenhula, W.N., Green-Paden, L.D. (2005). The token economy for schizophrenia: review of the literature and recommendations for future research. *Schizophrenia Research* 75: 405–416.
- Dixon, L. et al. (2001). Evidence-based practices for service to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services* 52: 903-910.
- Dolder, C. R., Lacro, J. P., Leckband, S., and Jeste, D.V. (2003). Interventions to improve antipsychotic medication adherence: review of recent literature. *J Clin Psychopharmacol* 23: 389–399.
- Drymaski, W. M. and Campbell, T. C. (2009). A review of motivational interviewing to enhance adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia : evidence and recommendations. *J of Mental Health* 8: 6-15.
- Faerden, A., Friis, S., Agartz, I., Barrett, E.A., Nesvag, R., Finset, A., and Melle, I. (2009). Apathy and functioning in first-episode psychosis. *Psychiatr. Serv* 60: 1495–1503.
- Faerden, A., Finset, A., Friis, S., Agartz, I., Barrett, E.A., Nesvag, R., Andreassen, O.A., Marder, S.R., and Melle, I. (2010). Apathy in first episode psychosis patients: one year follow up. *Schizophr. Res* 116: 20–26.
- Farmer, K.C. (1999). Method of measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clin Ther* 21: 1074-1090.
- Farragher, B., (1999). Treatment compliance in the mental health service. *Irish Medication Journal* 92 (6): 1-3.
- Fleischhacker, W. W., Oehl, M. A., and Hummer, M. (2003). Factors influencing compliance in schizophrenia patients. *J Clin Psychiatry* 64 (16): 10–13.
- Foussias, G. and Remington, G. (2010). Negative symptoms in schizophrenia: avolition

- and Occam's razor. *Schizophr. Bull* 36: 359–369.
- Foussias, G., Mann, S., Zakzanis, K.K., van Reekum, R., Agid, O., and Remington, G. (2011). Prediction of longitudinal functional outcomes in schizophrenia: The impact of baseline motivational deficits. *Schizophrenia Research* 132: 24-27.
- Franks, H., Hardiker, N.R., McGrath, M., and McQuarrie, C. (2012). Public health intervention and behavior change : Reviewing the grey literature. *Public Health* 126: 12-17.
- Freudenreich, O., and Cather, C. (2012). Antipsychotic medication non adherence : risk factors and remedies. *The Journal of lifelong learning in psychiatry* 2: 124 –129.
- Gournay, K. (2000). Role of community psychiatric nurse in the management of schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment* 6: 243-251.
- Gray, R., Wykes, T., and Gournay, K. (2002). From compliance to concordance : a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9 (5): 277-284.
- Gilmer, T. P., Dolder, C. R., Lacro, J. P., Folsom, D. P., Lindamer, L., Garcia, P., and Jeste, D. V. (2004). Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care cost among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 161: 692 – 699.
- Gutierrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., and Kavanagh, D. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40 (11): 899-904.
- Hafner, H., Loffler, W., Maurer, K., Hambrecht, M., and der Heiden, W. (1999). Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 100: 100-105.
- Haddad, P. M., Brain, C., and Scott, J. (2014). Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia : challenges and management strategies. *Dovepress Patient Related Outcome Measures* 5: 43-62.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., and Deeks, J. J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry*. 20: 187-9.

- Haywood, T. W., Kravitz, H. M., Grossman, L. S., Cavanaugh, J. L., Davis, J. M., and Lewis, D. A. (1995). Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *Am J Psychiatry* 152: 856-861.
- Hedlund, J.L., and Vidweg, B.W. (1980). The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): a comprehensive review. *J Oper Psychiatry* 11: 49-65.
- Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K. J., Diez, T., Granstrom, O., and Hert, M. D. (2013). Medication adherence in schizophrenia : factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacology* 3 (4): 200–218.
- Hoffman, H. (1994). Age and other factors relevant to re-hospitalization of schizophrenic out-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89: 205-210.
- Horowitz, A. V., and Reinhard, S. C. (1995). Ethnic differences in caregiving duties and burdens among parents and siblings of persons with severe mental illness. *J Health soc behave* 36: 138-150.
- Horwath, E., and Cournos, F. (1999). *Psychiatry*. Philadelphia : W.B.Saunders.Hou, S. Y., Ke, C. L. K., Su, Y. C., Lung, F. W., and Huang, C. J. 2008. Exploring the burden of the primary family caregiver of schizophrenia patients in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62 (5): 508-514.
- Hou, S., Ke, C.K., Su, Y., Lung, F., and Huang, C. (2008). Exploring the burden of the primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 62: 508-514.
- Hudson, T. J., Owen, R. R., and Thrush, C. R. (2004). A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 65 (2): 211–216.
- Hui, C. L., Chen, E. Y., Kan, C., Yip, K., Law, C., and Chiu, C. P. (2006). Antipsychotics adherence among outpatients with schizophrenia in Hong Kong. *Keio J Med* 55: 9-14.
- Johnson, B. S. (1993). *Psychiatric Mental Health*. 3rd ed. Pennsylvania: J. B. Lippincott.
- Julius, R. J., Novitsky, M. A., and Dubin, W. R. (2009). Medication adherence: a review

- of the literature and implications for clinical practice. *J Psychiatr Pract* 15: 34–44.
- Kamali, M., et al. (2006). A prospective evaluation of adherence to medication in first episode schizophrenia. *Eur Psychiatry* 21: 29–33.
- Kane, J. M. (1985). Compliance issue in outpatient treatment. *J Clin Psychopharmacol* 5: 225–275.
- Kane, J. M. (2007). Treatment adherence and long-term outcome. *CNS Spectr* 12: 21–26.
- Kaplan, H. I., and Sadock, B. J. (1995). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: William & Wilkins.
- Kaplan, H. I., and Sadock, B. J. (1998). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral scienc and clinical psychiatry*. Baltimore : Williams & Wilkins.
- Kazadi, N. J. B., Moosa, M. Y. H., and Jeenah, F. Y. (2008). Factors associated with relapse in Schizophrenia. *Article 4 (2)*: 52-62.
- Keet, I.P.M., Hulstijn, K.P., de Haan, L., Schippers, G., and Linszen, D. (2006). Family motivational intervention : Training motivational interviewing for family members of patients with schizophrenia, cannabis used and poor compliance. *Schizophrenia Research* 86: 149-154.
- Kemppainn , J. H. et al. (2003). Psychiatric Nursing and Medication adherence. *Journal of Psychosocial Nursing* 4 (2): 29-39.
- Kiang, M., Christensen, B.K., Remington, G., and Kapur, S. (2003). Apathy in schizophrenia: clinical correlates and association with functional outcome. *Schizophr Res* 63: 79–88.
- Kumar, S., and Sedgwick, P. (2001). Can the factors influencing medication : Compliance reported from western populations be applied to an estern Indian context. *Journal of mental health* 10 (3): 267 - 277.
- Kumar, S. and Sedgwick, P. (2001). Non-compliance to psychotropic medication in Eastern India : Clients' perspective. *Journal of Mental Health* 10 (3): 279-284.
- Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., and et al. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 63: 892–909.

- Lang, K. et al. (2010). Medication adherence and hospitalization among patients with schizophrenia treated with antipsychotics. *Psychiatr Sero* 61: 1239-47.
- Leucht, S., and Heres, S. (2006). Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 67 (50): 3–8.
- Leucht, C., Heres, S., Kane, J. M., Kissling, W., Davis, J. M., and Leucht, S. (2011). Oral versus depot antipsychotic drugs for schizophrenia a critical systematic review and meta-analysis of randomized long-term trials. *Schizophr Res* 127: 83-97.
- Lieberman, J.A., Stroup, T.S., McEvoy, J.P., Swartz, M.S., Rosenheck, R.A., and Perkins, D.O., et al. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 353: 1209-1223.
- Linden, M., et al. (2001). A prospective study of factors influencing adherence to a continuous neuroleptic treatment program in schizophrenia patients during 2 years. *Schizophr Bull* 27: 585–596.
- Llorca, P. M. (2008). Partial compliance in schizophrenia and the impact on patient outcomes. *Psychiatry Research* 161 (2): 235-247.
- Maneesakorn, S., Robso, D., Gourna, K., and Gray, A. (2007). An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai Thailand. *Journal of clinical Nursing* 16: 1302–1312.
- Marland, G. R. (1999). Depot Neuroleptics : Autonomy and compliance. *Journal of Advance Nursing* 29 (3): 615-623.
- Marland, G. R., and Cash, K. (2001). Long-term illness and patterns of medicine taking : are people with schizophrenia a unique group. *Journal of Psychiatric and mental health nursing* 8 (3): 197–204.
- McCabe et al. (2012). The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. *PLoS ONE* 7 (4): 1-5.
- McMurrin, M. (2009). Motivational interviewing with offenders : A systematic review. *The British Psychological Society* 14: 83–100.
- Medalia, A., and Brekke, J. (2010). In search of a theoretical structure for understanding motivation in schizophrenia. *Schizophr Bull* 36: 912-918.
- Medalia A., and Saperstein, A. (2011). The role of motivation for treatment success.

Schizophrenia Bulletin 37 (2): 122-128.

- Meier, J. et al. (2010). Effect of medication related factors on adherence in people with schizophrenia : a European multi-centre study. *Epidemiol Psychiatr Soc* 19: 251-259.
- Meijel, B., Megens, Y., Koekkoek, B., de Vogel, W., Kruitwagen, C., and Grypdonck, M. (2009). Effective interaction with patients with schizophrenia : qualitative evaluation of the interaction skill training programme. *Perspect Psychiatr Care* 45 (4): 254-61.
- Miller, W. R., Meyers, R. J., and Hiller-Sturmhofel, S. (1999). The community-Reinforcement approach. *Alcohol Research & Health* 23 (2): 116–121.
- Miller, W. R., and Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing : Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., and Rollnick, S. (2007). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. New York: Guilford press.
- Miller, W. R., and Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change : The stage of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychology of addictive behaviors*, 10: 81-89.
- Morken, G., Wigen, J. H., and Geawe, R. W. (2008). Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry* 8 (32): 1-7.
- Nakagami, E., Xie, B., Hoe, M., and Brekke, J.S. (2010). The prospective relationships among intrinsic motivation, neurocognition, and psychosocial functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 36 (5): 935-948.
- Nakonezny, P. A., and Byerly, M. J. (2006). Electronically monitored adherence in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder : a comparison of first vs second generation antipsychotics. *Schizophr Res* 82: 107-114.
- Nies, M., and McEwen, M. (2001). *Community health nursing : Promoting the health of populations*. Philadelphia: W.B.Saunders Company.
- Novick, D., Haro, J.M., Duarez, D., Perez, V., Dittmann, R.W., and Haddad, P.M. (2010).

- Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Research* 173 (2): 109-113.
- Nosé, M., Barbui, C., Gray, R., and Tansella, M. (2003). Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 183: 197-206.
- Oehl, M., Hummer, M. and Fleischhacker, W. W. (2000). Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102(407) : 83-86.
- Osterberg, L. and Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *N Eng J Med* 353: 487-497.
- Overall, J. E., and Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological report* 10: 790 – 812.
- Pender, J. N. (2002). *Health Promotion in nursing practice*. 4th ed. New York: Appleton & Lange.
- Perkins, D. O. 2002. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *Journal Clinical Psychiatry* 63: 1121-28.
- Perkins, D. O., Gu, H., Weiden, P. J., McEvoy, J. P., Hamer, R. M., and Lieberman, J. A. (2008). Predictors of treatment discontinuation and medication nonadherence in persons recovering from a first episode of schizophrenia, schizophreniform disorder, or schizoaffective disorder: A randomized, double-blind, flexible-dose, multicenter study. *J Clin Psychiatry*. 69 (1): 106-113.
- Petresen. L., Thorup. A., Oqhlenschlaeger. J., Christensen. T., Jeppesen. P., Krarup. G. (2008). Predictors of remission and recovery in a first-episode schizophrenia spectrum disorder sample : 2 year follow up of the OPUS trail. *Can J Psychiatry* 53: 660 – 670.
- Pharaoh, F. M., Marij, J., and Streiner, D. (2000). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Collaborationdatabase of systematic reviews* 1: 1-36.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bauml, J., Kissling, W., and Engel, R. R. (2004). The effect of family intervention on relapse and rehospitalization in schizophrenia : A meta-analysis. *The journal of lifelong learning in psychiatry* 2 (1): 78-94.
- Pitschel-Walz, G., Bauml, J., Bender, W., Endel, R.R., and Wanger, M. (2006).

- Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia : results of the munich psychosis information project study. *J Clin Psychiatry*, 67-75.
- Polit, D. F., and Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research:Principle and method*. 6th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Polit, D. F. and Beak, C. T. (2004). *Nursing research : Principle and method*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prochaska, J. O., and DiClemente, C. C. (1986). *Towards a comprehensive model of change, in Treation addictive behavior*. New York: Plenum.
- Pusey-Murray, A. E., Bourne, P. A., Warren, S., LaGrenade, J., Charles, C. A. D. (2010). Medication compliance among mentally ill patients in public clinics in Kingston and St Andrew, Jamaica. *J Biomedical Science and Engineering* 3: 602–611.
- Razali, M. S., and Yahya, H. (1995). Compliance with treatment in schizophrenia : a drug intervention program in a developing country. *ACTA Psychiatrica Scandinavica* 91 (5): 331–335.
- Remington, G., Kwon, J., Collins, A., Laporte, D., Mann, S., and Cristensen, B. (2007). The use of electronic monitoring (MEMS) to evaluate antipsychotic compliance in outpatients with schizophrenia. *Schizophr Res* 90 : 229-237.
- Rittmannsberger, H., Pachinger, T., Keppelmuller, P., and Wancata, J. (2004). Medication adherence among psychotic patients before admission to inpatient treatment. *Psychiatr Serv* 55 : 174–179.
- Robert, W. B. (2007). Persistent negative symptoms in schizophrenia : An overview. *Schizophr Bull* 33 (4): 1013-22.
- Robinson, D., et al. (1999). Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 56: 241–247.
- Ross, F., and Mackenzie, A. (1996). *Nursing in primary health care : policy into practice*. London: Routledge.
- Rusher, S. M., Wit, R., and Mazmanian, D. (1997). Psychiatric patient's attitudes about medication and factors affecting noncompliance. *PsychiatrServ* 48 (1): 82-5.
- Ryan, R. M., and Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of

- instinct motivation, social development, and well-being. *American Psychologist* 55 (1): 68-78.
- Sadock, J. B., and Sadock, A. V. (2016). *Synopsis of Psychiatry*. 11^{ed}. Philadelphia : Lipincott Williams & Wilkins.
- Sajatovic, M., Velligan, D. I., Weiden, P. J., Valenstein, M. A., and Ogedegbe, G. (2010). Measurement of psychiatric treatment adherence. *J Psychosom Res* 69: 591-599.
- Santa, E. J., Wulfert, E., and Nietert, P. J. (2007). Efficacy of group motivational interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 75 (5): 816-822.
- Shader, R. I. (2003). *Manual of psychiatric therapeutics*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Smeerdijk, A. M., Linszae, D., Kuipers, T., and Keet, R. (2009). Family Motivational Intervention in Early Psychosis and Cannabis Misuse. In : Lobban, F., and Barrowclough, C. (Eds.). *A Casebook of Family Interventions for Psychosis*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Smeerdijk, A. M., Keet, R., Dekker, N., van Raaij, B., Krikke, M., Koeter, M., de Haan, L., Barrowclough, C., Schippers, G., and Linzen, D. (2011). Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine* 42 (8): 1627-1636.
- Smeerdijk, A. M., Keet, R., de Haan, L., Barrowclough, C., Linszen, D., and Schippers, G. (2014). Feasibility of teaching motivational interviewing to parent of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use. *Journal of Substance Abuse Treatment* 46 :340-345.
- Spirito, A., Sindelar-Manning, H., Colby, S. M., Barnett, N. P., Lewander, W., Rohsenow, D. J., and Monti, P. M. (2011). Individual and family motivational interventions for alcohol – positive adolescents treated in an emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med* 165 (3): 269-274.
- Stauder, A. D. (2012) . Group Motivational Interviewing as a psychotherapeutic

Intervention for dual diagnosis patients living with a psychotic disorder: Critique of literature. *Graduate Journal of counseling psychology* 3 (1): 1-11.

- Stevens, L. and Rodin, I. (2001). *Psychiatry : an illustrated colour text*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Sullivan, G., Wells, K.B., Morgenstern, H., and Leake, B. (1995). Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. *Am J Psychiatry* 152: 1749-1756.
- Suttajit, S., and Pilakanta, S. (2010). Impact of depression and social support on nonadherence to antipsychotic drugs in persons with schizophrenia in Thailand. *Patient Preference and Adherence* 4: 363–368.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Dorn, R. A. V., Elbogen, E. B., Mc Evoy, J. P., and Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 63: 490-499.
- Tacchi, M. J., and Scott, J. (2005). *Improving adherence in schizophrenia and bipolar disorders*. UK: John Wiley & Sons.
- Tattan, T. M. G., and Creed, F. H. (2001). Negative symptoms of schizophrenia and compliance with medication. *Schizophrenia Bulletin* 27 (1): 149–155.
- Taylor, M. C. (1994). *Essentials of Psychiatric Nursing*. 4th ed. St.Louis: Mosby.
- Taylor, D., Paton, C., and Kapur, S. (2009). *The maudsley prescribing guidelines*. 10th ed. Informa Healthcare.
- Thieda, P., Beard, S., Richter, A., and Kane, J. (2003). An economic review of compliance with medication therapy in the treatment of schizophrenia. *Psychiatr Serv* 54: 508–516.
- Thornicroft, G., and Susser, E. (2001). Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 178: 2-4.
- Valenstein, M., Copeland, L.A., Blow, F.C., McCarthy, J.F., Zeber, J.E., and Gillon, L., et al. (2002). Pharmacy data identify poorly adherent patients with schizophrenia at increased risk for admission. *Med Care* 40: 630-639.
- Velligan, D. I., et al. (2009). The expert consensus guideline series: adherence

- problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry* 70 (4): 1–46.
- Williams, G. C., Rodin, G. C., Ryan, R. M., Grolnick, W. S., and Deci, E. L. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychol.* 17 (3): 269–276.
- Westra, H. A. and Aviram, A. (2013). Core Skill in motivational interviewing. *Psychotherapy* 50 (3): 273-278.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of mental and Behavior Disorders*. Geneva: N.P.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies : Evidence for Action*. 1st ed. Geneva: WHO Publications.
- World Health Organization. (2012). *WHO method and data sources for global burden of disease estimates 2000-2011*. [Online]. Available : http://www.who.int/features/factfiles/global_burden/en/index.html (2014, February)
- World Health Organization. (2013). WHO's Mental Health Action Plan 2013-2020. [Online]. Available : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf (2015, September)
- World Health Organization. (2015). *Media centre : Schizophrenia* .[Online]. Available : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/> (2015, September)
- Wu, E. Q., Birnbaum, H. G., Shi, L., Ball, D. E., Kessler, R. C., Moulis, M. (2005). The economic burden of schizophrenia in the United States in 2002. *J Clin Psychiatric* 66: 1122–1129.
- Wyatt, R. J. (1991). Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr Bull* 17: 325-351.
- Yalom, I. D. and Leszcz. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. 5th ed. New York : Basic Books.
- Yamada, A., Lee, K., Dinh, T.Q., Barrio, C., and Brekke, J.S. (2010). Intrinsic motivation

as a mediator of relationships between symptoms and functioning among individuals with schizophrenia-spectrum disorders in a diverse urban community. *J Nerv Ment Dis* 6 (3): 16–28.

Yamashita, M. (1996). Study of how families care for mental ill relatives in Japan. *International Nursing Review* 43 (4): 121-125.

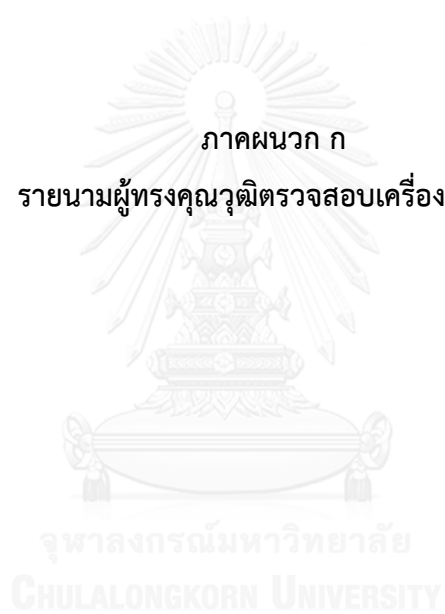




ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

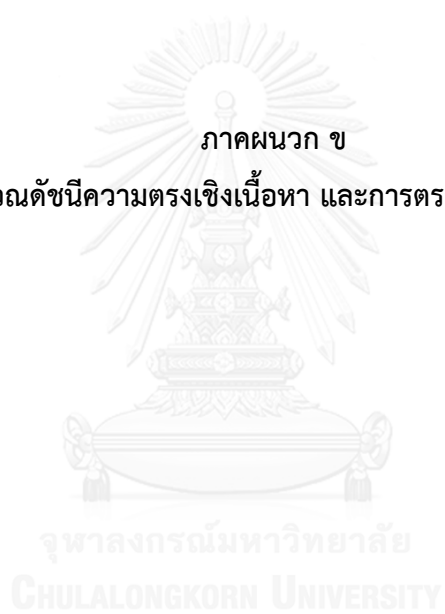


รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	ความเชี่ยวชาญ
1. อ.นพ. สมรักษ์ สันติเบญจกุล	อาจารย์ประจำ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	- โรครจิตเวชผู้ใหญ่ - ปัญหาทางด้าน พฤติกรรมในผู้ป่วยที่มี ภาวะความคิดบกพร่อง (cognitive function)
2. อ.ดร. สุนิศา สุขตระกูล	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	- การเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) - ผู้ปฏิบัติการพยาบาล ชั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช (APN)
3. ผศ. พนิดา ศรีศรีจันทร์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล อนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย	- การพยาบาลจิตเวช ครอบครัว และชุมชน
4. นางอำพัน หิรัญอุทก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสามชุก จ.สุพรรณบุรี	- ผู้ปฏิบัติการพยาบาล ชั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช (APN)
5. นางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ เจ้าพระยา	- การเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) - ผู้ปฏิบัติการพยาบาล ชั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช (APN)

ภาคผนวก ข

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา และการตรวจสอบความเที่ยง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) คำนวณได้จากสูตร
ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

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

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

$$CVI = \frac{17}{18} = .94$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความ
ต้องการรักษา (Socrates-8A)

$$CVI = \frac{7}{8} = .86$$

3. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินตนเองของผู้ดูแลเรื่องความสามารถในการ
เสริมสร้างแรงจูงใจ

$$CVI = \frac{9}{10} = .90$$

4. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสังเกตความสามารถของผู้ดูแลในการใช้เทคนิค
เสริมสร้างแรงจูงใจ

$$CVI = \frac{20}{20} = 1.0$$

การตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

เมื่อนำข้อมูลของแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษามารวบรวมวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .83 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.832	18

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Drug1	4.13	1.252	30
Drug2	4.07	1.112	30
Drug3	4.17	1.440	30
Drug4	4.27	1.081	30
Drug5	3.93	1.202	30
Drug6	4.60	.932	30
Drug7	4.60	.770	30
Drug8	3.90	1.213	30
Drug9	4.33	.959	30
Drug10	3.60	1.673	30
Drug11	2.80	1.648	30
Drug12	2.17	1.392	30
Drug13	3.67	1.688	30
Drug14	4.37	1.299	30
Drug15	4.57	.935	30
Drug16	4.53	1.008	30
Drug17	4.30	.915	30
Drug18	3.57	1.524	30

การตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง
และความต้องการรักษา (Socrates-8A)

เมื่อนำข้อมูลของแบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษา (Socrates-8A) มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.815	8

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
SOC1	3.53	1.408	30
SOC2	3.67	1.422	30
SOC3	3.10	1.668	30
SOC4	3.10	1.626	30
SOC5	4.00	1.365	30
SOC6	3.27	1.617	30
SOC7	2.70	1.489	30
SOC8	4.00	1.462	30

**การตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินตนเองของผู้ดูแลเรื่องความสามารถ
ในการเสริมสร้างแรงจูงใจ**

เมื่อนำข้อมูลของแบบประเมินความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .81 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.81	12

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
FMIC1	2.57	.626	30
FMIC2	2.50	.682	30
FMIC3	2.30	.702	30
FMIC4	2.43	.626	30
FMIC5	2.33	.802	30
FMIC6	2.67	.479	30
FMIC7	2.13	.730	30
FMIC8	2.23	.817	30
FMIC9	2.23	.626	30
FMIC10	2.13	.776	30
FMIC11	2.43	.626	30
FMIC12	2.53	.776	30

**การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสังเกตความสามารถของผู้ดูแล
ในการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจ**

ข้อมูลของแบบสังเกตความสามารถของผู้ดูแลในการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจที่นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลในระหว่างทำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 5 คน ทั้งนี้ได้ให้พยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นประเมินโดยใช้แบบสังเกต จำนวน 2 คน ได้แก่ ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย ซึ่งผู้สังเกตจะทำการประเมินผู้ดูแลคนเดียวกัน ในเวลาเดียวกัน และเมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือพบว่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน(Pearson's Correlation Coefficient) เท่ากับ .989 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้ดูแล	ผู้ประเมินคนที่ 1 (X)	ผู้ประเมินคนที่ 2 (Y)	X ²	Y ²	XY
1	41	38	1681	1444	1558
2	39	36	1521	1296	1404
3	52	50	2704	2500	2600
4	44	40	1936	1600	1760
5	48	44	2304	1936	2112
∑	224	208	10146	8776	9434

$$\begin{aligned}
 r &= \frac{n \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[n \sum X^2 - (\sum X)^2] [n \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}} \\
 &= \frac{5(9434) - (224)(208)}{\sqrt{[5(10146) - (224)^2] [5(8776) - (208)^2]}} \\
 &= .989
 \end{aligned}$$

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

แผนการดำเนินการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

กิจกรรมครั้งที่ 1 การให้ความรู้และการสร้างความตระหนักต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

สาระสำคัญ การสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม โดยการแนะนำตนเอง การชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบของการบำบัด การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการจัดการอาการข้างเคียงของยาแก่สมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีการประเมินและพิจารณาถึงการใช้จ่ายและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเห็นถึงความแตกต่างระหว่างปัจจุบันกับเป้าหมายจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในอนาคต ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเริ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง อีกทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนักกว่าเป็นปัญหาของครอบครัวที่ต้องร่วมกันแก้ไขให้สำเร็จ โดยผู้บำบัดจะใช้เทคนิค OARS เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความตระหนักต่อการเปลี่ยนแปลงปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งจะเป็นการผลักดันระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทจากขั้นเพิกเฉยไปสู่ขั้นลงมือ

กิจกรรมครั้งที่ 2 การสร้างแนวทางในการใช้จ่ายและปรับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว

สาระสำคัญ การประเมินระดับแรงจูงใจและใช้กระบวนการกลุ่มส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีโอกาสพิจารณาซึ่งหน้าหนักเพื่อการตัดสินใจ (Decision Balance) โดยการพิจารณาข้อดีข้อเสียของการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และข้อดีข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา และใช้กระบวนการของการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเล็งเห็นถึงช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับปัจจุบัน (Develop Discrepancy) ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจได้ง่ายมากขึ้น (Self-Motivation Statement) การสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา โดยให้ผู้ป่วยพิจารณาถึงประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง ร่วมกับการอภิปราย แลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่ม ทำให้รู้สึกมีความหวังต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองขึ้นได้ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวมีทัศนคติที่ดีในการร่วมมือกันสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาได้จนสำเร็จ โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนความรู้สึกด้วยถ้อยที่ถ้อยอาศัยซึ่งกันและกัน รวมทั้งหาแนวทางในการปรับปรุงตนเองจากการอภิปรายร่วมกัน

ส่งผลให้ต่างฝ่ายต่างเปิดใจยอมรับต่อการกระทำต่างๆ ของกันและกันด้วยความเข้าใจ ตลอดจนร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการร่วมมือกันสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาได้สำเร็จ

กิจกรรมครั้งที่ 3 การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯของผู้ป่วยจิตเภทและพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการประเมินและตอบสนองต่อขั้นตอนของแรงจูงใจ

สาระสำคัญ การติดตามประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาจากกิจกรรมครั้งที่ 1-2 แล้ว เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคต่างๆ พร้อมทั้งหาแนวทางสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสมการให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ และสามารถประเมินระดับขั้นแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งสามารถตอบสนองการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจ และสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิจกรรมครั้งที่ 4 การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯของผู้ป่วยจิตเภทและพัฒนาทักษะผู้ดูแลเกี่ยวกับหลักสำคัญและเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ

สาระสำคัญ การติดตามประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคต่างๆ พร้อมทั้งหาแนวทางสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสม การทบทวนการบ้านจากกิจกรรมครั้งที่ 3 การให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ดูแลเกี่ยวกับหลักสำคัญและเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยา เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ มีทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจที่ถูกต้อง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองได้สำเร็จ

กิจกรรมครั้งที่ 5 การติดตามผลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องโดยครอบครัวและสรุปการบำบัด

สาระสำคัญ การให้ผู้ดูแลได้ใช้ทักษะในการเสริมสร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อติดตามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีพยาบาลเป็นผู้คอยให้การดูแลและแนะนำอย่างใกล้ชิด ตลอดจนการทบทวนเน้นย้ำถึงแนวทางที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาทั้งหมดตั้งแต่การบำบัดในครั้งที่ 1-5 โดยมีการร่วมกันอภิปรายและวิเคราะห์ในบางประเด็นที่ยังคงเป็นปัญหาอุปสรรค และร่วมกันหาแนวทางการแก้ไข รวมทั้งมีการทบทวนถึงแนวทางในการปฏิบัติทั้งในบทบาทของผู้ป่วยและบทบาทของผู้ดูแลที่ชัดเจนอีกครั้ง เพื่อเป็นการสนับสนุน สร้างความมั่นคง และความเชื่อมั่นที่จะนำแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน ภายหลังจากสิ้นสุดการบำบัดในครั้งนี้

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง () หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน และเติมข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านลงในช่องว่างที่เว้นไว้

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา

() 1. ประถมศึกษา	() 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
() 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	() 4. อนุปริญญา / ปวส.
() 5.ปริญญาตรี	() 6. สูงกว่าปริญญาตรี
() 7. ไม่ได้เรียน	
4. สถานภาพสมรส

() 1. โสด	() 2. คู่
() 3. หม้าย	() 4. แยกกันอยู่ / หย่าร้าง
5. อาชีพ

() 1. เกษตรกร	() 2. รับจ้าง
() 3. ค้าขาย	() 4. รับราชการ
() 5. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	() 6.ว่างงาน
() 7. อื่นๆ (ระบุ).....	
8. ระยะเวลาของการเจ็บป่วยทางจิตจนถึงปัจจุบัน.....ปี
9. ระยะเวลาของการรักษาด้วยยาจนถึงปัจจุบัน.....ปี
10. ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน () ไม่เคย () เคย ระบุจำนวน.....ครั้ง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษาของผู้ดูแล

() 1. ประถมศึกษา	() 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
() 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	() 4. อนุปริญญา / ปวส.
() 5. ปริญญาตรี	() 6. สูงกว่าปริญญาตรี
() 7. ไม่ได้เรียน	
4. สถานภาพสมรสของผู้ดูแล

() 1. โสด	() 2. คู่
() 3. หม้าย	() 4. แยกกันอยู่ / หย่าร้าง
5. อาชีพของผู้ดูแล

() 1. เกษตรกร	() 2. รับจ้าง
() 3. ค้าขาย	() 4. รับราชการ
() 5. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	() 6.ว่างงาน
() 7. อื่นๆ (ระบุ).....	
6. ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับท่าน

() 1. พ่อ/แม่	() 2. พี่/น้อง
() 3. ลุง/ป้า/น้า/อา	() 3. ปู่/ย่า/ตา/ยาย
() 4. ลูก/หลาน	() 5. สามเณร/ภรรยา
() 6. อื่นๆ (ระบุ).....	
7. ระยะเวลาที่ผู้ดูแลเริ่มดูแลท่านจนถึงปัจจุบัน.....ปี.....เดือน

ข้อมูลครอบครัว

1. รายได้ครอบครัว.....บาทต่อเดือน
2. สถานะทางการเงินของครอบครัว

() 1. รายได้เพียงพอ และเหลือเก็บ	() 2. รายได้เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ
() 3. รายได้ไม่เพียงพอ	() 4. รายได้ไม่เพียงพอ และเป็นหนี้

แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างรอบคอบและวงกลมล้อมรอบตัวเลข 1-5 เพียงตัวเลขเดียวเท่านั้นในช่องว่างที่ตรงกับกรปฏิบัติตามจริงของท่าน โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

ประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน
บางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติเดือนละครั้ง
นานๆครั้ง	หมายถึง	นานๆปฏิบัติครั้งหนึ่ง
ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

“ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยปฏิบัติในข้อคำถามต่อไปนี้หรือไม่อย่างไร? ”

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านหยุดยาเอง เมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น	1	2	3	4	5
2. ท่านลืมกินยา	1	2	3	4	5
3.....	.....	.....	.....	.....	.....
4.....	.....	.....	.....	.....	.....
5.....	.....	.....	.....	.....	.....
6.....	.....	.....	.....	.....	.....
7.....	.....	.....	.....	.....	.....
8.....	.....	.....	.....	.....	.....
18. ท่านปรึกษากับทีมสุขภาพเมื่อมีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติจากการใช้ยา	5	4	3	2	1
คะแนนรวม					

แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษา

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างรอบคอบ และพิจารณาว่าท่านมีความรู้สึกเกี่ยวกับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาอย่างไร ให้วงกลมล้อมรอบตัวเลข 1-5 ในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงตัวเลือกเดียวเท่านั้นโดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ไม่เกิดความรู้สึกนั้นเลยใน 1 เดือน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านเดือนละ 1 - 3 ครั้ง
ตัดสินใจไม่ได้	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง
เห็นด้วย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านสัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านเป็นประจำทุกวัน

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันได้เริ่มต้นเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการกินยาของฉันแล้ว	1	2	3	4	5
2.....	.....	.....	.....	.....	.....
3.....	.....	.....	.....	.....	.....
4.....	.....	.....	.....	.....	.....
5.....	.....	.....	.....	.....	.....
6.....	.....	.....	.....	.....	.....
7.....	.....	.....	.....	.....	.....
8. ฉันได้เปลี่ยนแปลงบางสิ่ง บางอย่างแล้วเกี่ยวกับการกินยา	1	2	3	4	5
คะแนนรวม					

แบบประเมินตนเองของผู้ดูแลเรื่องความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจ

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างรอบคอบ และพิจารณาว่าท่านมีความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจของท่านอย่างไร ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

ไม่ดี หมายถึง ท่านมีทักษะในการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจที่ไม่ดี
 พอใช้ หมายถึง ท่านมีทักษะในการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจที่พอใช้
 ดี หมายถึง ท่านมีทักษะในการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจที่ดี

ข้อความ	ทักษะของท่าน		
	ไม่ดี	พอใช้	ดี
1. ท่านพูดจูงใจให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นตามเกณฑ์การรักษา	1	2	3
2. ท่านร่วมมือกับผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางการแก้ไขและสนับสนุนให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติด้วยตัวเอง	1	2	3
3. ....	.....	.....	.....
4. ....	.....	.....	.....
5. ....	.....	.....	.....
6. ....	.....	.....	.....
7. ....	.....	.....	.....
8. ....	.....	.....	.....
9. ....	.....	.....	.....
10. ....	.....	.....	.....
11. ....	.....	.....	.....
12. ท่านบอกความรุนแรงของปัญหาการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาให้ผู้ป่วยทราบ เช่น ถ้าไม่กินยาจะทำให้อาการกำเริบ	1	2	3
คะแนนรวม			

แบบสังเกตความสามารถของผู้ดูแลในการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจ

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างรอบคอบ และพิจารณาว่าท่านมีความเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแลอย่างไร ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของท่าน

ไม่ดี	หมายถึง	ผู้ดูแลมีความสามารถในการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจที่ไม่ดี
พอใช้	หมายถึง	ผู้ดูแลมีความสามารถในการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจที่พอใช้
ดี	หมายถึง	ผู้ดูแลมีความสามารถในการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจที่ดี
N/A	หมายถึง	ผู้ดูแลไม่มีการใช้หลักการและเทคนิคนี้

หลักการและเทคนิคต่างๆ	ความสามารถในการปฏิบัติของผู้ดูแล			
	ไม่ดี	พอใช้	ดี	N/A
<u>ลักษณะเด่นของการเสริมสร้างแรงจูงใจ</u> <u>(MI Spirit)</u>				
1. ใช้ทักษะจูงใจให้ผู้ป่วยพูดข้อความที่ดีจนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	1	2	3	0
2. ร่วมมือกับผู้ป่วยจิตเภทในการทำความเข้าใจกับปัญหา และหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน	1	2	3	0
3.....	.....	.....	.....	.....
<u>ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม</u> <u>(Stage of change)</u>				
4.....	.....	.....	.....	.....
5.....	.....	.....	.....	.....
19.....	.....	.....	.....	.....
20. การสรุปความ	1	2	3	0
คะแนนรวม				

แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การประเมิน

สอบถามผู้ป่วยจิตเภทถึงความคิดเห็นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง ด้วยคำถามว่า “คุณมีความคิดเห็นอย่างไรกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง” และให้ผู้ป่วยเลือกข้อความในแบบประเมินที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเอง

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

จ. ฉันเริ่มลงมือบางสิ่งบางอย่างเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา เช่น รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มยาเอง

ง.....

ค. ฉันคิดว่าในขณะนี้ฉันควรที่จะเปลี่ยนแปลงการใช้ยาให้ดีกว่าเดิม แต่ฉันรู้สึกว่าตัวเองยังไม่พร้อมที่จะลงมือทำการเปลี่ยนแปลง

ข.

ก.....

ภาคผนวก ง
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และแบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวจิรากร กันทัพบิม **ตำแหน่ง** พยาบาลวิชาชีพ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 565/25 หมู่ 3 ตำบลบางโปรง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ 10270

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 083 - 0138665 **E-mail** mayjk2557@gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย โดยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยนี้มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำขึ้นเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร ขอความกรุณาให้ท่านใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และหากเกิดข้อสงสัยต่างๆ ท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

3.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ ครอบครัวของผู้ป่วยที่จิตเภทแต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวมทั้งหมด 2 คน ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 40 ครอบครัว โดยได้จากการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ดังนี้ คุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภท คือ เป็นบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภททั้งเพศชายและหญิง ซึ่งมีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสามชุก และมีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำสุดถึงปานกลาง ประเมินจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยมีคะแนน 1.00 - 3.49 คะแนน นอกจากนี้จะต้องมีอาการทางจิตสงบ โดยมีระดับคะแนนการประเมินอาการทางจิตน้อยกว่า 30 คะแนน สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในด้านการพูด การได้ยิน และการ

มองเห็น รวมทั้งมีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และคุณสมบัติของผู้ดูแลในครอบครัว คือ เป็นบุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งมีอายุ 20 - 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอาการทางจิตสงบโดยมีระดับคะแนนประเมินอาการทางจิตน้อยกว่า 30 คะแนน สามารถพูดคุยสื่อสาร ฟัง และเขียนภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น รวมทั้งมีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามชุก ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำแนะนำการดูแลตนเอง และการให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย รวมถึงการเยี่ยมบ้าน และมีการนัดติดตามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในสัปดาห์ที่ 6 ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรม

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ประกอบด้วย 5 กิจกรรม โดยมีการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 5 กลุ่ม กลุ่มละ 3-5 ครอบครัว ครอบครัวละ 2 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว โดยผู้ดูแลจะเข้าร่วมทุกกิจกรรม ส่วนผู้ป่วยจิตเภทจะเข้าร่วมในกิจกรรมที่ 1, 2 และ 5 ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 5 โดยจะมีการนัดติดตามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในสัปดาห์ที่ 6

6. การเข้าร่วมในการวิจัยของผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ ทั้งนี้การปฏิเสธดังกล่าวจะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย และจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและบริการทางด้านสุขภาพที่จะได้รับ

7. ในขณะที่ดำเนินการวิจัย ถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะให้การดูแลเบื้องต้นและดำเนินการส่งต่อให้แพทย์ เพื่อดำเนินการรักษาต่อไป

8. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยคือนางสาวจิรากร กันทับทิม ได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมและจากแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนี้จะเก็บเป็นความลับ โดยหากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

10. ไม่มีค่าตอบแทนแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ชื่อผู้วิจัย นางสาวจิรากร กันทับทิม ที่อยู่ติดต่อ 565/25 หมู่ 3 ตำบลบางโปรง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ 10270 โทรศัพท์ 083-0138665

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทั้งหมด 5 สัปดาห์ติดต่อกัน ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสามชุกโรงพยาบาลสามชุก เลขที่ 4/1 หมู่ 7 ตำบลหนองผักนาก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี 72130 โทรศัพท์ 035 - 571492

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวจิรากร กันทับทิม)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน





เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสามชุก
อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

เอกสารรับรองเลขที่ 3495/29 กันยายน 2558

ชื่อโครงการวิจัย ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย) ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ) THE EFFECT OF FAMILY MOTIVATIONAL INTERVENTION ON MEDICATION ADHERENCE OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY

ชื่อหัวหน้าโครงการ / ผู้วิจัย นางสาวจิรากร กันทับทิม ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ

สถานที่ทำวิจัย ชุมชนเขตอำเภอสามชุก

เอกสารที่รับรอง

- ๑)แบบเสนอโครงการวิจัย
- ๒)เอกสารชี้แจงกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย
- ๓)หนังสือให้ความยินยอมในการทำวิจัย
- ๔)แบบเก็บรวบรวมข้อมูล / กิจกรรรม

วันที่ให้การรับรอง ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘

วันที่หมดอายุการรับรอง ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี
ให้การรับรองโครงการวิจัยดังกล่าว ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล

ลงนาม.....

(แพทย์หญิงพัชราภรณ์ วิริยะเวชกุล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ภาคผนวก ฉ

จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/1924



โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวทยานนท์
รับเลขที่..... 1669/ ๕๘
วัน.....เดือน..... พ.ศ.....
เวลา..... 10-.....

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๑ กันยายน 2558

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวทยานนท์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิรากร กันทับทิม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล จำนวน 30 ครอบครัว โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแล แบบสังเกตความสามารถของผู้ดูแลในการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจ และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจิรากร กันทับทิม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางรุ่งอรุณ เหลืองพิพัฒน์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์

รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สุเมตตา มีชัยงาม



สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

ชื่อนิสิต

นางสาวจิรากร กันทับทิม โทร. 08-3013-8665

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
เพื่อโปรด.....

นางอัครวิภา ปัทมกุล
+ พี่แก้วขลิบ
8 ต.ค.



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลสามชุก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

๑. ชื่อวิจัย ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย) ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ) THE EFFECT OF FAMILY MOTIVATIONAL INTERVENTION ON MEDICATION ADHERENCE OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY

๒. ชื่อผู้วิจัย นางสาวจิรากร กันทับทิม ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ

๓. หน่วยงานที่สังกัด โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย

(กำลังศึกษาในระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

๔. ผลการพิจารณา จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสามชุก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- ๑) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์ และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- ๒) ในการเก็บข้อมูล ไม่มีผลกระทบต่อหน่วยงานและกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบดังนี้

มติ () อนุญาตให้เก็บข้อมูลได้

() ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

๕. วันที่ได้รับการอนุมัติ ๑ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

ลงนาม.....

(แพทย์หญิงพัชราภรณ์ วิริยเวชกุล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



Date: Tue, 26 Aug 2014 06:58:00 -0400

Subject: Re: Dear Dr. Anthony Spirito

From: anthony_spirito@brown.edu

To: may_jk2557@hotmail.com

fine to translate into Thai - good luck with your research

--

Anthony Spirito, PhD ABPP

Professor and Vice Chair

Division of Clinical Psychology

Department of Psychiatry and Human Behavior

Alpert Medical School of Brown University

Box G-BH Providence, RI 02912

fax 401-444 - 1911 phone 401-444-1929

Fedex: 700 Butler Drive
Providence, RI 02906

On Sun, Feb 22, 2015 at 5:09 PM, Keet, Rene <r.keet@ggz-nhn.nl> wrote:

Dear Miss Kuntubtim

Thank you for your letter and the expression of interest in Family Motivational Intervention. I enclose the pdf of the first publication of this study. A third is in the way with long term follow up data. I forward this mail to Maarten Smeerdijk. He now works in my service, so we are close colleagues.

Apparently the email address in the paper is no longer valid. I have no objections against the use and translation of the manual of FMI. Maarten, can you please cc me in your correspondence with Miss Kuntubtim. We also provide training in FMI, which is part of the FIT academy. I cc the manager of this academy, Ms Katinka Kerssens. In case you or one of your colleagues comes to Europe, you are more than welcome to visit the Community Mental Health Service Noord Holland, of which I am now the medical director.

Met vriendelijke groet,

Rene Keet,
directeur behandelzaken divisie maatschappelijke psychiatrie

GGZ-Noord-Holland-Noord
Oude Hoeverweg 10, Alkmaar
Postbus 18, 1850 BA Heiloo
T 072 - 53 57 501 / 502 (directiesecretariaat)

M 06 - 12 36 13 42

F 072 - 53 52 413

E r.keet@ggz-nhn.nl

W www.ggz-nhn.nl

Aanwezig op maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจิรากร กันทับทิม เกิดวันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2529 กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ปีการศึกษา 2550 และเข้ารับการศึกษต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2556 ปัจจุบันปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย

