



รายงานการวิจัย

เปรียบเทียบผลการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือใน
การรักษาแบบกลุ่มกับการบำบัดตามปกติในผู้ป่วยจิตเภท
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

จรัญ	อึ้งสำราญ
ประคอง	นาโพนทัน
วัชณี	หัตถพนม

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ปีงบประมาณ 2555



**เปรียบเทียบผลการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือใน
การรักษาแบบกลุ่มกับการบำบัดตามปกติในผู้ป่วยจิตเภท
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์**

**Effect of adherence group therapy compared with treatment
as usual on Schizophrenic Patients in Khon Kaen
Rajanagarindra Psychiatric Hospital**

**กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ปีงบประมาณ 2555**

รายงานการวิจัย เปรียบเทียบผลการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการ
รักษาแบบกลุ่มกับการบำบัดตามปกติในผู้ป่วยจิตเภท
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
Effect of adherence group therapy compared with treatment as
usual on Schizophrenic Patients in Khon Kaen
Rajanagarindra Psychiatric Hospital

คณะผู้วิจัย	นางสาวจุฑา	อึ้งสำราญ
	นางประคอง	นาโพณทัน
	นาง วชิร	หัตถพนม

เจ้าของ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

พิมพ์ครั้งที่ 1 มกราคม 2556

จำนวน 20 เล่ม

พิมพ์ที่ ร้านสามพี่น้อง

57/11-12 ถนนศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

โทร.043-326406

เปรียบเทียบผลการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาแบบกลุ่มกับการบำบัดตามปกติในผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

นางจรัญ อึ้งสำราญ, พย.
นางประคอง นาโพทนัน, พย.ม.
นางวัชนี หัตถพนม, พย.ม.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาแบบกลุ่ม(Adherence therapy group :ATG) กับการบำบัดแบบปกติ (Treatment as usual :TAU)ต่อทัศนคติ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา อาการทางจิต และการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน คำนวณขนาดตัวอย่างและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา จากนั้นสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มกลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา แบบกลุ่ม 5 ครั้งต่อเนื่อง กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดตามปกติตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เครื่องมือวัดผลลัพธ์ ได้แก่ Brief Psychotic Rating Scale:BPRS, Drug Attitude Inventory:DAI-30 และแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา โดยวัดผลก่อนบำบัดและหลังการบำบัด เดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ descriptive และrepeated measures ANOVA วิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผลการศึกษา พบว่าก่อนการศึกษา คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ทัศนคติ และอาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่หลังทดลองเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนความร่วมมือและทัศนคติเพิ่มขึ้น และอาการทางจิตลดลง แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความร่วมมือและทัศนคติเพิ่มขึ้นและอาการทางจิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน การศึกษาครั้งนี้สะท้อนถึงผลลัพธ์ที่ดี และเสนอให้มีการนำไปใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการให้บริการแบบมุ่งผลลัพธ์ และพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยการวางแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีทักษะการบำบัดและการศึกษาวิจัยต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ทัศนคติต่อการรักษา

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

Effect of adherence group therapy compared with treatment as usual on
Schizophrenic Patients in Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

Juran	Eungsamran, RN.
Prakong	Napontan, M.Ns
Watchanee	Huttapanom, M.Ns.

Abstract

The purpose of this study to compare the effect of Adherence Group therapy (AGT) and Treatment as usual (TAU) on adherence of treatment, attitude, psychotic symptoms and relapse in schizophrenic patients. this is experimental research. Sample were schizophrenic patients who fulfill the inclusion criteria. Sample size was estimated by using GPower3 program and randomize into control and trial group(30 patients/group).The experimental group received five sessions for 60 minutes follow on AGT Program while The control group were in the TAU arm continued receiving standard care Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital clinical practice guideline (CPG). The measurement consisted of Brief Psychotic Rating Scale: BPRS, Drug Attitude Inventory (DAI-30) and Medication adherence scale. Pre assessment and follow up after 1 and 3 months were done subjects signed the voluntary consent.Data analyzed by using descriptive and repeated measures ANOVA.The research following ethical approval obtained from the Institute of Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital.

Result There was no significant difference in baseline scores of Drug Attitude, Medication adherence and psychotic symptoms between groups. At 1 and 3 months follow up found higher score of Drug Attitude and Medication adherence and lower score of psychotic symptoms both groups. but the group with AGT had higher Drug Attitude, Medication adherence score, and lower psychotic symptom than control group significantly (0.05) and no relapsing within 3 months after discharge.This study reflect good outcome, that recommended potential choice outcomes service and continue to develop personnel capacity adherence therapy skill and research continually.

Keyword: Schizophrenic Patients Adherence behavior Attitudes toward treatment

Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Khon Kaen 40000

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาอย่างดียิ่งจากผศ.ดร.จินตนา ลีละไกรวรรณ รศ.ดร. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพศภาวะและสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่า ทำให้ผู้วิจัยดำเนินงานจนสำเร็จด้วยดี ผศ. พงษ์เดช สารการ ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อาจารย์อิงคภา โศตรนารา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาด้านสถิติการวิจัย

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัย น.พ. ประภาส อุครานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษางานวิจัย ในด้านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยได้รับความอนุเคราะห์จาก น.พ. ศักรินทร์ แก้วเข้า รศ. ดร. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและ ผ.ศ.ดร. ลัดดา แสนสีหา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ขอขอบพระคุณบุคลากรกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่กรุณาให้การสนับสนุนในการเก็บข้อมูลวิจัย และเป็นกำลังใจในการดำเนินงานด้วยดีตลอดมา ได้แก่

นาง สุวดี	ศรีวิเศษ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นาง สโรชา	บางแสง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นาง จุรีพร	คำสอน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นาย พรดลิตย์	คำมีสินนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นาย อาทิตย์	นาโพทน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ทุกท่านที่ได้กล่าวนามมาแล้วข้างต้น ล้วนมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้ให้สำเร็จได้ด้วยดีตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ คณะผู้ศึกษาขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

จรัญ อึ้งสำราญ และคณะ
ธันวาคม 2555

ห้องสมุดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
002875	
เลขที่	30 ก.ย. 2556
วันที่	พ.ค. 490
เลขที่เอกสาร	8855 8.2

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	3
สมมติฐานการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
คำจำกัดความ	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 บรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
พฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท	5
ลักษณะอาการทางคลินิกในผู้ป่วยจิตเภท	5
ลักษณะพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท	9
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท	10
รูปแบบการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา	12
การบำบัดด้วยCBTเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท	18
การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท	19
การพัฒนาแบบการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา	23
สรุปการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท	28
กรอบแนวคิดในการวิจัย	30

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย	31
	รูปแบบการทดลอง	31
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	32
	การคำนวณขนาดตัวอย่าง	32
	โปรแกรมที่ใช้ในการทดลอง	33
	เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์การวิจัย	35
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	36
	การวิเคราะห์ข้อมูล	37
	ระยะเวลาในการศึกษา	38
	การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	38
บทที่ 4	ผลการศึกษา	39
บทที่ 5	สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	61
	สรุปผลการศึกษา	61
	อภิปรายผล	65
	ข้อเสนอแนะ	70
เอกสารอ้างอิง		75
ภาคผนวก		83
	ก. โปรแกรมการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาแบบ กลุ่มในผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	84
	ข. แบบประเมินที่ใช้ในงานวิจัย	97
	ค. ประวัติผู้วิจัย	106

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง ($n = 29$ คน) และกลุ่มควบคุม ($n = 30$ คน)	40
ตารางที่ 2	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ทศนคติต่อการรักษา และความร่วมมือในการรักษา ระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีในการทดสอบแบบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน	44
ตารางที่ 3	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ทศนคติต่อการรักษา พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและอาการทางจิต ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน ในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (Repeated Measure ANOVA: Within- Subjects Main Effect)	45
ตารางที่ 4	ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ทศนคติต่อการรักษาและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน ในกลุ่มทดลอง	46
ตารางที่ 5	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต คะแนนเฉลี่ยทศนคติต่อการรักษาและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน ในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (Repeated Measure ANOVA: Within- Subjects Main Effect)	48
ตารางที่ 6	ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต คะแนนเฉลี่ยทศนคติต่อการรักษาและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน 3 เดือน ในกลุ่มควบคุม	49
ตารางที่ 7	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ทศนคติต่อการรักษาและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา	50
ตารางที่ 8	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	52
ตารางที่ 9	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทศนคติต่อการรักษาในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	54

สารบัญตาราง (ต่อ)

		หน้า
ตารางที่ 10	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในระยะ ก่อนการทดลอง หลังทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	56
ตารางที่ 11	การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนบำบัด 3 เดือนและหลังบำบัด 3 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	58
ตารางที่ 12	การเปรียบเทียบพฤติกรรมการมาตรวจตามนัดก่อนบำบัด 3 เดือนและหลัง บำบัด 3 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	59
ตารางที่ 13	จำนวน ร้อยละของการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลท จำหน่าย 3 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	59

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1	รูปแบบการทดลอง 31
ภาพที่ 2	การสุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัดแบบกลุ่มATG (กลุ่มทดลอง) และการบำบัดแบบปกติTAU (กลุ่มควบคุม) 33
ภาพที่ 3	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองของคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 53
ภาพที่ 4	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 55
ภาพที่ 5	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 57

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

พฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาเป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยโรคจิตเวชทั่วไปโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งพบในอัตราที่สูงกว่าโรคจิตชนิดอื่น(Byrne et al., 2004; Puschner et al., 2005; Ascher et al., 2006; Kikker et al., 2006 cite in Kluge et al., 2008) และถือเป็นปัญหาที่สำคัญมากในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท (Kissling, 1994; Kluge et al., 2008) พฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาส่งผลให้ประสิทธิภาพของการรักษาลดลง อาการด้านคลินิกเพิ่มความรุนแรงขึ้น ทำให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่ร่วมมือในการรักษาถึง 5 เท่า และทำให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาสูงกว่าถึงร้อยละ 55 (Leuch et al., 2003; Robinson et al., 2002; Eaddy, Grogg & Locklear, 2005) จึงนับได้ว่าเป็นภาวะที่มีผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ และสังคมมากที่สุด (Wu EQ et al., 2005) ในประเทศไทยมีรายงานถึงอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมีประมาณร้อยละ 47-54 และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำภายใน 1 ปีมีจำนวนร้อยละ 50-75 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ร่วมมือในการรักษาจะกลับมารักษาซ้ำเพียงร้อยละ 16-25 เท่านั้น (McIntosh et al., 2006; Maneesakorn et al., 2007)

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ก็ได้พบปัญหาพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทและเป็นสาเหตุหลักทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงจนต้องกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน ที่สะท้อนให้เห็นจากรายงานการบันทึกเวชสถิติประจำปีงบประมาณ 2552-2554 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน ในอัตราร้อยละ 85.80, 86.61 และ 85.42 ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภทถึงร้อยละ 60.40, 62.12 และ 64.20 ซึ่งโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์มีผู้ป่วยจิตเภทไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน คิดเป็นร้อยละ 94.4 ถึงแม้ที่ผ่านมาจะผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด แต่การที่ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำหลายครั้ง จำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องตามการเปลี่ยนแปลงของหลักฐานเชิงประจักษ์ ในปัจจุบันเพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง อันจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ลดผลกระทบต่อชุมชนและประเทศชาติรวมทั้งโรงพยาบาลที่อาจช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา

การป้องกันการกลับมารักษาซ้ำเป็นเป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภท แม้ว่าจะมีการพัฒนายาเพื่อลดผลข้างเคียงจากยา แต่พบว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยายังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องเป็นจำนวนมากและซับซ้อนที่สำคัญได้แก่ ด้านการรับรู้การทางจิต (insight) โดยพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเภทปฏิเสธการเจ็บป่วยส่งผลให้ปฏิเสธการรักษา (Lysaker et al., 2002; Sevy et al., 2004; Gharabawi et al., 2006 cite in LincoIn et al., 2007) ด้านความรู้สึกเป็นตราบาป (stigma) ฤทธิ์ข้างเคียงของยาต้านโรคจิต ปัญหาเรื่องความจำ และการขาดการสนับสนุนจากสังคม (lack of social support) (Hudson et al., 2007) เมื่อผู้ป่วยจิตอันับการให้ความสำคัญต่อปัจจัยต่างๆ สามารถจัดเรียงลำดับได้ดังนี้ ประสิทธิภาพของการรักษา การจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยาด้วยตนเอง ความสัมพันธ์กับผู้ให้การบำบัดรักษา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ประสพการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาและความคิด

ความเชื่อ ทศนคติเกี่ยวกับการรักษา(Kikkert et al.,2006;Gray et al.,2010) ดังนั้นการบำบัดจึงต้องพิจารณาปัจจัยและวิธีการต่างๆที่ช่วยในการพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

การพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีการศึกษาเป็นจำนวนมาก เริ่มตั้งแต่การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา แต่สุขภาพจิตศึกษาก็มีจุดอ่อนที่ไม่ได้ไปจัดการกับทัศนคติและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนอย่างเป็นระบบและทำMeta-analysisพบว่า สุขภาพจิตศึกษาทั้งแบบรายบุคคล และรายกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยโรคจิตอื่นๆ (Lincoln et al.,2007; Razali,2010) และมีข้อเสนอให้มีการผสมผสานการให้สุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการบำบัดอื่นโดยเฉพาะ Compliance therapy ซึ่งสามารถให้การบำบัดได้โดยพยาบาล

รูปแบบการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเริ่มได้รับความนิยมนมากขึ้น ตั้งแต่ Kemp et al.,(1996)พัฒนาการบำบัดที่เรียกว่า Compliance therapy (CT) โดยใช้หลักการและเทคนิคของการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioural therapy: CBT)(Kingdon & Turkington,1994) ร่วมกับเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ(Motivational interviewing: MI)(Miller & Rollnick,2002) และได้ทดสอบประสิทธิภาพของCT พบว่าสามารถช่วยพัฒนาทัศนคติต่อการรักษา การรับรู้อาการทางจิตและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับการให้คำปรึกษาทั่วไป (nonspecific counseling) นอกจากนั้นได้มีการพัฒนาการบำบัดอย่างต่อเนื่องและนำมาสู่การพัฒนาการบำบัดที่เรียกว่า Adherence therapy (AT) และได้มีการทดสอบประสิทธิภาพด้วยการศึกษาวิจัยเชิงทดลองในพื้นที่ต่างๆ (Gray et al.,2010)

Gray et al.,(2004) ศึกษาพบว่าการพัฒนาความร่วมมือในการรักษาด้วยวิธีการบำบัดแบบ AT ส่งผลให้อาการทางจิตลดลง ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นาน ในขณะเดียวกันก็มีการศึกษาที่ให้ผลที่แตกต่างกันเนื่องจากแต่ละการศึกษามีวิธีการทดลองแตกต่างกัน ใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ และระยะเวลาติดตามผลแตกต่างกัน จึงยังไม่มีข้อสรุปที่แน่นอนในเรื่องประสิทธิภาพของAT อีกทั้งเป็นการศึกษาทดลองส่วนมากศึกษาในประเทศทางตะวันตก แต่ที่พบว่า Maneesakorn et al.,(2007)ได้นำ Adherence therapy มาศึกษาในประเทศไทยกับผู้ป่วยจิตเภทที่จังหวัดเชียงใหม่โดยบำบัดเป็นรายบุคคล จำนวน 8 ครั้ง วัดผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 สัปดาห์ พบว่า AT ช่วยพัฒนาทัศนคติต่อการรักษาดีขึ้น ความพึงพอใจต่อการรักษาเพิ่มขึ้น ตลอดจนมีผลทำให้อาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับ การบำบัดตามปกติ ผู้ศึกษาเห็นว่า AT เป็นทางเลือกที่น่าสนใจและยังต้องการการศึกษาซ้ำเพื่อนำไปสู่การพัฒนาหาทางเลือกที่มีประสิทธิภาพ

พยาบาลมีหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยที่ได้มาตรฐานและมุ่งเน้นผลลัพธ์ โดยคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ จึงต้องการการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้มีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและจากผลการศึกษาอิสระของประคอง นาโพธิ์ (2552) ที่ให้การบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทตามโปรแกรมการบำบัดที่อยู่ภายใต้กรอบแนวคิด Adherence therapy model

โดยบำบัดเป็นรายบุคคลในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 14 คนที่ผ่านการบำบัดตามโปรแกรม มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาเพิ่มขึ้น มีการรับรู้อาการทางจิตดีขึ้น ตลอดจนมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้อาการทางจิตลดลง การศึกษาดังกล่าวเป็นการบำบัดรายบุคคล ด้วยข้อจำกัดของทรัพยากรด้านบุคลากร และงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษา การบำบัดแบบกลุ่มเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง เพื่อแก้จุดอ่อนของการบำบัดรายบุคคล ซึ่ง Tay-Sim (2007) ได้ศึกษาATแบบกลุ่มพบว่าได้ผลดีเช่นกัน

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องการต่อยอดการศึกษาของประคอง นาโพธิ์พันธ์(2552)โดยปรับโปรแกรมให้การบำบัดแบบกลุ่มและเปรียบเทียบกับบำบัดแบบปกติ โดยหวังว่าผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำคัญนำสู่การขยายผลและพัฒนาการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาแบบกลุ่มที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ต่อไป

2. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาแบบกลุ่ม(Adherence therapy group: ATG) กับการบำบัดแบบปกติ (Treatment as usual: TAU) ต่ออาการทางจิต ทัศนคติต่อการรักษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

3. สมมติฐานการวิจัย

3.1 ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่ม Adherence therapy group มีอาการทางจิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งในระยะหลังการทดลอง 1 เดือนและระยะติดตามผล 3 เดือน

3.2 ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่ม Adherence therapy มีทัศนคติต่อการรักษาเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งในระยะหลังการทดลอง 1 เดือนและระยะติดตามผล 3 เดือน

3.3 ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่ม Adherence therapy มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล 3 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

3.4 มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ทัศนคติต่อการรักษาและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

4. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้กลุ่มประชากรคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตั้งแต่ครั้งที่ 1 ขึ้นไป ทั้งเพศหญิง และเพศชายในปีงบประมาณ 2555 โดยมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาได้แก่ การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ไม่มาตรวจตามนัด หรือปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ และ หรือพยาบาล หรือกลับมารักษาซ้ำด้วยสาเหตุอย่างใดอย่างหนึ่งข้างต้น อาการทางจิตสงบ สื่อสารรู้เรื่อง ไม่มีภาวะปัญญาอ่อนร่วมด้วยมีการประเมินก่อนการ

บำบัดหลังการบำบัด 1 เดือนและติดตามผล 3 เดือนและติดตามผลการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหลังจำหน่าย 3 เดือนระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่กุมภาพันธ์ 2555-กรกฎาคม 2555

5. คำจำกัดความ

5.1 พฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษา (Non-adherence) หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงออกใน 5 ลักษณะคือการไม่รับประทานยา การหยุดใช้ยาเอง การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาไม่ถูกต้องตามเวลาและใช้ยาไม่ถูกต้องตามขนาดโดยลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ รวมถึงการไม่มาตรวจตามนัด ประเมินได้จากการซักประวัติการรักษาและการมารับการรักษาในโรงพยาบาลในปัจจุบัน

5.2 การบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง โปรแกรมการบำบัดกลุ่มที่ออกแบบเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการรับประทายอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การพบกันเป็นกลุ่ม จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

5.3 การบำบัดแบบปกติ (Treatment as usual) หมายถึง กิจกรรมการบำบัดที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้จัดไว้เป็นแนวปฏิบัติสำหรับการบำบัดผู้ป่วยโรคจิต ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การสอนสุขภาพจิตศึกษา การเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดที่สอดคล้องตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน เช่น กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง กลุ่มปรับความคิดเพื่อชีวิตมีสุข กลุ่มจัดการกับหิวแ้ว เป็นต้น

5.4 ทศคติต่อการรักษา (Attitude) หมายถึง ความคิดความเชื่อและความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเภทต่อการรับประทายและการรักษาทางจิตเวช โดยประเมินจากแบบประเมินทศคติต่อการรักษาและการกินยาทางจิตเวช (Drug Attitude Inventory: DAI-30) พัฒนาโดย Hogan, Awad & Eastwood (1983)

5.5 อาการทางจิตหมายถึง กลุ่มอาการด้านบวก และด้านลบที่ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) พัฒนาโดย Overall & Gorham (1962)

5.6 การกลับมารักษาซ้ำหมายถึง การมานอนรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ในระยะ 3 เดือนหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดด้วยกลุ่ม ATG

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ผลการศึกษานี้ผู้ศึกษาจะได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อไป

7.2 โรงพยาบาลจิตเวชได้แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

บทที่ 2

วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาดังนี้

1. พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.1 ลักษณะอาการทางคลินิกในผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.2 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
 - 1.3 การรับรู้อาการทางจิต และความเลื่อมถ่วงการรู้คิดในผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.4 ลักษณะของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท
3. รูปแบบการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.1 การบำบัดทางกระบวนการนึกคิดและพฤติกรรมเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท (Cognitive Behavioral Therapy Adherence intervention for patient with schizophrenia: CBTAI)
 - 3.2 การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท (Motivational interviewing and Motivation Enhancement Therapy: MI & MET)
 - 3.3 รูปแบบการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท (Adherence therapy model: ATM)
4. สรุปรูปการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษา (Adherence therapy group)
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนถึงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทพบว่ามีความเกี่ยวเนื่องกับลักษณะสำคัญดังต่อไปนี้

1.1 ลักษณะอาการทางคลินิกในผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) มักพบครั้งแรกในช่วงวัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุระหว่าง 15-35 ปี มีอัตราส่วนของเพศหญิง และเพศชายเท่า ๆ กัน (มานิช หล่อตระกูล, 2548) มีงานวิจัยได้ประมาณการว่าผลสัมฤทธิ์ของผู้ป่วยจิตเภท จะหายสมบูรณ์ ร้อยละ 25 จะกลับมีอาการของโรคจิตเภทร่วมกับทุพพลภาพทางสังคมบ้าง และมีช่วงตกงาน ร้อยละ 40 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 35 จะป่วยเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง (NSW Health Department, 2001 อ้างถึงในธีระ ลีลำนันทกิจ, 2550) ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตไม่สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีเช่นเดิม

เนื่องจากการเจ็บป่วยที่มีลักษณะเรื้อรัง มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ จึงส่งผลให้สมรรถภาพแทบทุกด้านของผู้ป่วยเสื่อมลงเรื่อย ๆ (มาโนช หล่อตระกูล, 2548; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2549)

โรคจิตเภทมีลักษณะอาการทางคลินิกที่เฉพาะอันประกอบด้วย กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) และกลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) โดยกลุ่มอาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด (delusions) อาการประสาทหลอน (hallucinations) อาการด้านความคิดและคำพูด (disorganized thought and speech) อาการด้านพฤติกรรม เช่น มีพฤติกรรมแปลกไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ส่วนกลุ่มอาการด้านลบได้แก่ พูดน้อย หรือไม่ค่อยพูด ใช้เวลานานกว่าจะตอบ (alogia) การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก (affective flattening) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา (avolition-Apathy) ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน เก็บตัว (anhedonia asociality) และขาดแรงจูงใจ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2549)

ลักษณะการดำเนินโรคแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) จะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปโดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ได้หากระยะนี้เป็นอยู่นาน 2) ระยะอาการกำเริบ (active phase) จะมีอาการของโรคจิต ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการทางบวก และ 3) ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) มีอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ แต่อาการจะไม่รุนแรงเท่าระยะอาการกำเริบ ในระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว และจะมีอาการเตือนก่อนกำเริบที่พบบ่อยได้แก่ การนอนผิดปกติ แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตัวเอง (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

ดังนั้นลักษณะทางพยาธิสภาพของโรคจิตเภททั้งอาการด้านบวกและอาการด้านลบเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษานาน ทำให้ศักยภาพของผู้ป่วยเสื่อมถอยลงเรื่อย ๆ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษา

1.2 การวินิจฉัยโรค

ICD-10(International Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth edition) แนวทางการวินิจฉัยโรคจิตเภทพิจารณาจากอาการนำมาก่อนเช่น การขาดความสนใจในการทำงาน สังคม การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง อาการวิตกกังวลก่อนที่จะเกิดอาการทางจิตเป็นต้น ซึ่งอาจเป็นเดือนจึงเป็นการยากที่จะบอกระยะเวลาแน่นอน ดังนั้น การวินิจฉัยที่กำหนด1เดือน เริ่มนับตั้งแต่เริ่มมีอาการทางจิตเภทเท่านั้น ลักษณะของอาการมีดังต่อไปนี้ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์,2542)

- 1) ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง (thought echo) ความคิดถูกแทรกหายไปกะทันหันหรือความคิดถูกดึงออกไปจากบุคคลหรืออานาจภายนอก (thought insertion or withdrawal) และความคิดของตนเองดังออกไปจนคนอื่นได้ยิน (thought broadcasting)
- 2) หลงผิดว่าตนถูกอำนาจจากภายนอกควบคุมชักจูงควบคุมบังคับให้ทำ (delusional of control, influence or passivity) โดยอาจแสดงออกทางร่างกายการเคลื่อนไหวของแขนขาความคิดหรือความรู้สึกสัมผัส (sensations) หลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า (delusion perception)

- 3) ประสาทหลอนทางหูได้ยินเสียงคนพูดวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วยหรือเสียงคนถกเถียงกันเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือได้ยินเสียงจากบางส่วนของร่างกาย
- 4) ความหลงผิดชนิดต่าง ๆ เป็นอยู่นานซึ่งไม่สอดคล้องตามความเชื่อของสังคม วัฒนธรรมและศาสนา
- 5) ประสาทหลอนอื่น ๆ เป็นอยู่นานอาจเกิดร่วมกับอาการหลงผิดซึ่งเป็นชั่วคราว อาจเกิดขึ้นทุกวันหรือเป็นเวลานานเป็นอาทิตย์หรือเป็นเดือน
- 6) มีการแตกแยกหรือสอดแทรกในกระแสดความคิดทำให้เกิดลักษณะความคิดไม่ปะติดปะต่อฟังไม่รู้เรื่อง (incoherent) ตอบไม่ตรงคำถาม (irrelevant) หรือพูดภาษาที่สร้างขึ้นใหม่ (neologisms)
- 7) พฤติกรรมการเคลื่อนไหว (catatonic behavior) อาจมีลักษณะการเคลื่อนไหวอย่างมากแบบคลั่ง (excitement) อยู่ทำอะไรทำหนึ่งนานผิดปกติ (waxy flexibility) ไม่เคลื่อนไหวเลยไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (stupor) การกระทำต่อต้าน (negativism)
- 8) อาการด้านลบ (negative symptoms) เช่น สิ้นน้ำเฉยเมย (apathy) พูดน้อย (paucity of speech) อารมณ์ทื่อ (blunt) ไม่มีอารมณ์ตอบสนอง
- 9) อุปนิสัยบางด้านเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจนโดยแสดงออกถึงการขาดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ไม่มีจุดมุ่งหมาย เกียจคร้าน ปลีกตัวออกจากสังคม หมกมุ่นในตนเอง

1.2 การรับรู้อาการทางจิต และความเสื่อมด้านการรู้คิดในผู้ป่วยจิตเภท

การขาดการรับรู้ถึงสภาพการเจ็บป่วย (lack of insight) ถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งของผู้ป่วยโรคจิต ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยโรคจิตไม่สามารถรับรู้การมีอาการทางจิตของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทพบมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตชนิดอื่น ยกเว้น Bipolar disorder ซึ่งมีผลต่อการเกิดอาการด้านลบ และการไร้ความสามารถ (Amador, et al., 1994 ; Carpenter, et al., 1973; David, 1995; Jaspers, 1963) และพบว่าการเสื่อมด้านการรับรู้อาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทเป็นผลมาจาก Frontal loped dysfunction (Amador & Anthony, 1998) โดยพบว่า ร้อยละ 50-80 ของผู้ป่วยจิตเภท ไม่เชื่อว่าตนเองป่วย โดยผู้ป่วยจะยอมรับในประสบการณ์ของอาการ แต่ให้เหตุผลว่าเกิดจากสาเหตุอื่น ที่ไม่ใช่ความผิดปกติทางจิต เช่นเดียวกับการศึกษาของนานาชาติ ก็พบว่าอาการของโรคจิตเภทที่พบบ่อยที่สุด คือไม่รู้ว่าตนเองป่วยถึงร้อยละ 97 (Yudofsky & Hales, 2002 อ้างถึงใน อีระ สีสานันทกิจ, 2550) จึงส่งผลให้ ประมาณร้อยละ 40-60 ของผู้ป่วยจิตเภท ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เนื่องจากขาดการตระหนักรู้ในการเจ็บป่วย (Leland & Forest,

2005) หรือยอมกินยาเพราะคำขอร้องของครอบครัว หรือทำตามคำแนะนำของแพทย์ที่ไม่เกิดจากการยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต (Mimtz, Dobson & Romney, 2003)

การรับรู้การทางจิต (insight) มีอิทธิพล และเป็นตัวทำนายความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญ (Kikert, et al., 2006) โดยมีการศึกษาพบว่า การรับรู้การทางจิตประกอบด้วยหลายมิติ และมีการให้ความหมายที่ไม่แตกต่างกันมากเช่น Jaspers (1965) อธิบายว่าการรับรู้การทางจิต ประกอบด้วย 5 มิติ คือ 1) ความตระหนักในความผิดปกติทางจิต 2) ความตระหนักถึงผลที่ตามมาทางสังคมจากความผิดปกติทางจิต 3) ความตระหนักถึงความต้องการในการรักษา 4) ความตระหนักถึงอาการผิดปกติ และ 5) การให้เหตุผลอาการว่าเป็นความผิดปกติ ส่วน David (1990) อธิบายถึงการรับรู้การทางจิตว่า มีองค์ประกอบที่ซ้อนทับกันอยู่ 3 มิติ คือ 1) การให้ความร่วมมือในการรักษา (compliance with treatment) 2) การยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต (The recognition that the individual has a mental illness) และ 3) ความสามารถในการตีความหมายของอาการทางจิต เช่น สามารถตีความว่าอาการหลงผิด และหูแว่วเป็นอาการที่เกิดจากโรค (The ability to relabel to unusual mental events [delusion and hallucinations] as pathological.) ซึ่งคล้ายกับข้อตกลงโดยจิตแพทย์ในปัจจุบันว่าการรับรู้การทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 3 มิติ คือ การตระหนักในการเจ็บป่วย การตระหนักในความจำเป็นที่ต้องรักษา และการตีความอาการทางจิตได้ถูกต้อง (Birchwood et al, 1994)

การเสื่อมด้านการรู้คิด (cognitive impairment) จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าการเสื่อมด้านการรู้คิดเป็นลักษณะที่พบทั่วไปในผู้ป่วยจิตเภทถึงร้อยละ 75 โดยการเสื่อมของการทำหน้าที่ทางความคิดที่สำคัญ คือ ด้านความจำ ความตั้งใจ ทักษะการแก้ปัญหา การพูด การรู้คิดทางสังคม ทักษะต่าง ๆ และสติปัญญา โดยบ่อยครั้งความเสื่อมนี้ มีมาก่อนที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม (Ronan O'Carroll, 2000; Nuechterlein, et al., 2004) รวมถึงความคิดที่บิดเบือน (cognitive distortion) ซึ่งเป็นอาการปกติที่พบในผู้ป่วยจิตเภท มีผลต่อพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะการรับประทานยาตามแผนการรักษา โดยผู้ป่วยจะมีความยุ่งยากในการจดจำยา เวลา และการลิ้มรับประทานยา ความสามารถด้านการรู้คิด เป็นตัวทำนายที่เข้มแข็งในความสามารถในการจัดการเรื่องยาด้วยตนเองของผู้ป่วย ความไม่สามารถที่จะทำงานให้คงทน และประสบความสำเร็จ ความบกพร่องดังกล่าว ทำให้การฟื้นฟูทางสังคมไม่ประสบความสำเร็จ (Bryson & Bell, 2003)

งานวิจัยต่าง ๆ ได้ชี้ไปในทางเดียวกันว่าทั้งการรับรู้การทางจิต และการเสื่อมด้านการรู้คิดเป็นปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความร่วมมือในการรักษาอย่างชัดเจน และยังเป็นข้อจำกัดสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จในการบำบัด ทั้งด้านชีวภาพ และด้านจิตสังคม ดังนั้น จึงมีความสำคัญที่ต้องมีการพัฒนาการบำบัดที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาอาการดังกล่าวในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมา

1.3 ลักษณะพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการให้ความหมายของพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษา โดยใช้คำว่า Non-compliance, Non-adherence หรือ Non-concordance ซึ่งปกติจะอธิบายถึงการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษา โดย Compliance จะเน้นบทบาทของแพทย์ หรือทีมสุขภาพเป็นผู้แก้ปัญหา ความคิด ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเป็นเหมือนอุปสรรคที่ต้องเอาชนะ ส่วน Adherence หรือ Concordance เน้นให้ความสำคัญเท่ากันระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด หรือทีมสุขภาพในการตัดสินใจเลือกการรักษาที่ดีที่สุด และให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพที่ดีเชิงบำบัด ซึ่ง Concordance จะเน้นบทบาทของผู้ป่วยมากที่สุดในการตัดสินใจร่วมมือในการรักษา Marinker (1997) และ Borras, et al. (2007) อธิบายว่า Non-adherence เป็นการหยุดยาเลยใน 1 เดือน ส่วน Partial adherence คือกินยาไม่สม่ำเสมอ หรือไม่กินยาตามแผนการรักษาแต่ไม่มากกว่า 2-3 สัปดาห์ใน 1 ปี

Mitchell and Selmes (2007) กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมความร่วมมือ และไม่ร่วมมือในการรักษาว่าถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเรียกว่า Overt non-adherence แบ่งเป็น 3 ลักษณะคือ การหยุดรักษา (medication stopped) ถือเป็น Full non-adherence ซึ่งเกิดจากความตั้งใจปฏิเสธการรักษา หรือเป็น Covert-discontinuation และอาจเกิดจากความไม่ตั้งใจ อันเกิดจากอุปสรรคภายนอก และภายใน รักษาเป็นบางครั้ง (medication interrupted) ไม่กินยาเป็นบางขนาด (missed doses) และ การปรับยาเอง (medication adjusted) เช่น กินยาเกินขนาด (extra doses) ดังนั้นพฤติกรรมความไม่ร่วมมือจึงมีทั้งแบบเปิดเผยและไม่เปิดเผย

จากการทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์ข้อมูล พบว่าการประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเป็นเรื่องที่ยาก เนื่องจากมีวิธีการประเมินที่กว้างและหลากหลายวิธี (Velligan, et al., 2006) ในด้านการให้ความหมาย พบว่ามีทั้งการให้ความหมายในด้านพฤติกรรม การใช้ยา และพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาดังนี้

Razali and Yahya (1995) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาว่า เป็นการใช้อย่างถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา จะแสดงออกโดยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยขาดยาเกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ หรือไม่ขาดการมาตรวจตามนัดเกิน 1 ครั้ง

Haynes, et al. (1997) ให้คำนิยามของ Adherence ว่าเป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตประจำวันที่สอดคล้องกับแผนการรักษาทางคลินิก (Coincide with the clinical prescription)

Haynes, et al. (2002) ให้ความหมายของ Adherence ว่าเป็นขอบเขตของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล เพื่อให้สอดคล้องกับการรักษาส่วน Concordance เป็นระดับของพฤติกรรมสุขภาพที่เห็นด้วย และสอดคล้องกับคำแนะนำทางคลินิก

Kumar and Sedgwick (2001) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสามารถอธิบายได้ด้วยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้อย่างถูกต้องตามแผนการรักษา หรือการใช้ยาที่อาจจะผิดพลาดได้บ้างเป็นบางครั้ง ซึ่งการใช้ยาที่ผิดพลาดอาจเกิดได้ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์

Kane (1985), McPhillips & Sensky (1998) กล่าวถึงความไม่ร่วมมือในการรักษา คือ ไม่กินยาตามแผนการรักษา เปลี่ยนแปลงขนาดยาเอง หรือหยุดกินยา ละเว้นสิ่งสำคัญในการรักษา และไม่มาตรวจตามนัด ความร่วมมือในการรักษา หมายถึงผู้ป่วยจิตเภทยินยอมที่จะปฏิบัติตามให้สอดคล้องกับคำแนะนำของแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การรับประทานยาตามแผนการรักษา และการมาตรวจตามนัด ตลอดจนความตั้งใจในการบำบัดรักษาทางคลินิก

McDonald, et al. (2002) ได้สรุปคำนิยามของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาว่าเป็น พฤติกรรมที่เกิดจากความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามให้สอดคล้องกับการรักษา เพื่อผลลัพธ์ที่ดีด้านคลินิก ประกอบด้วย การรับประทานยาตามแผนการรักษา การปรับเปลี่ยนแผนการรับประทานอาหาร และการดำเนินชีวิตประจำวันตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อผลดีต่อการรักษาซึ่งมีความหมายคล้ายกับคำว่า Compliance และ Concordance

เพชร คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาหมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เกี่ยวกับการรับประทานอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

พรทิพย์ วชิรติลก และคณะ (2549) กล่าวว่า พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา คือ การปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา ความสามารถในการสังเกต และจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิตได้อย่างเหมาะสม โดยมีการแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา การใช้ยาถูกต้องขนาดโดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ รวมถึงการมาตรวจตามนัด

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาให้ความหมายของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาตาม

Kane (1985), McPhillips & Sensky (1998) และ พรทิพย์ วชิรติลก และคณะ (2549) คือ การปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา การไม่ใช้สารเสพติด ความสามารถในการสังเกต และจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิตได้อย่างเหมาะสม โดยมีการแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา การใช้ยาถูกต้องขนาดโดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ รวมถึงการมาตรวจตามนัด

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีวิธีการศึกษาที่หลากหลาย และพบตัวแปรที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ร่วมมือในการรักษาจำนวนมาก Haynes, et al. (1979) and Fenton, et al. (1997) ได้แบ่งตัวแปรเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) ตัวแปรด้านคุณลักษณะทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพ อาชีพ การศึกษา และสถานภาพทางสังคม 2) ตัวแปรด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ ชนิด ระดับความรุนแรง

ของอาการ การรับรู้อาการทางจิต สาเหตุของการป่วย 3) ตัวแปรด้านการบำบัดรักษา ได้แก่ การบำบัดแบบผสมผสานฤทธิ์ข้างเคียงของยา ระยะเวลาการรักษา 4) ตัวแปรด้านทัศนคติ ความเชื่อของผู้ป่วย ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาเป็นต้น

Kikert, et al. (2006) ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพพบปัจจัยหรือเหตุผลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเป็นจำนวนมากถึง 769 ปัจจัย แต่ได้สรุปปัจจัยสำคัญได้ 5

ปัจจัย ได้แก่ 1) ประสิทธิภาพของการรักษา (efficacy of medication) 2) ปัจจัยภายนอก (external factors) 3) การรับรู้อาการทางจิต (insight) 4) ฤทธิ์ข้างเคียงของยา (side effect) และ 5) ทัศนคติต่อการรักษา (medication attitudes)

Lacro, et al. (1980) ได้ทบทวนรายงานการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 39 เรื่อง พบปัจจัยด้านการรับรู้อาการทางจิตไม่ดี (poor insight) การมีทัศนคติทางลบ การใช้สารเสพติด การวางแผนจำหน่ายที่ไม่สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมหลังจำหน่าย สัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา คุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ความเสื่อมถอยทางจิต ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ชนิดของยาที่ได้รับ ระดับความรุนแรงของฤทธิ์ข้างเคียงของยา อาการแสดงด้านอารมณ์ การจัดการเรื่องยา และการมีส่วนร่วมของครอบครัว

มีรายงานการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท 4 ประเทศในยุโรป (Gray, 2008) พบว่าสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจรับประทานยา ผู้ป่วยให้ความสำคัญ เรียงลำดับดังนี้ 1) ประสิทธิภาพของการรักษา 2) การจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา 3) คุณลักษณะของผู้บำบัด หรือผู้ดูแล 4) ฤทธิ์ข้างเคียงของยา 5) ประสิทธิภาพของการรักษาและความเจ็บป่วย และ 6) ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการรักษา และแบ่งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษามี 6 ปัจจัย ดังนี้

1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็น (illness related factors) เช่น ขาดความรู้เรื่องการรักษาและการเจ็บป่วย ปฏิเสธการเจ็บป่วย (denial of illness) การเจ็บป่วยที่รุนแรง ระดับของการไร้ความสามารถ ผลกระทบของโรคต่อการดำเนินชีวิต

2) ปัจจัยด้านการรักษา (Treatment related factors) ได้แก่ ระยะเวลาการรักษาที่ต่อเนื่อง เป็นเวลานานตั้งแต่ 6 เดือน 5 ปี หรือตลอดชีวิต ขนาดของยาที่รับประทานในแต่ละวันโดย ผู้ป่วยที่รับประทานยามากถึง 3 หรือ 4 ครั้งต่อวัน ความร่วมมือในการรักษาจะลดลง Razali & Yahya (1995) พบว่า ผู้ป่วยจะร่วมมือในการรักษาดีขึ้นเมื่อรับประทานยา 1-2 ครั้ง/วัน ฤทธิ์ข้างเคียงของยาโดย มีความเห็นที่แตกต่างกัน แต่การทบทวนอย่างเป็นระบบ พบว่าฤทธิ์ข้างเคียงของยาไม่ใช่ปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ซึ่งอาจสำคัญน้อยกว่าปัจจัยด้านประสิทธิภาพของการรักษา และความเชื่อเกี่ยวกับการกำเริบซ้ำของโรค (Kikert, et al., 2006) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Adams and Howe (1993) พบว่าการยอมรับถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษามากกว่าฤทธิ์ข้างเคียงของยา ชนิดของยาต้านโรคจิตที่ใช้โดยเชื่อว่ายาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (atypical antipsychotic drugs) จะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษามากกว่า ยาต้านโรคจิตกลุ่มเดิม (conventional antipsychotic drugs) เพราะมี

ฤทธิ์ข้างเคียงของยาน้อยกว่า แต่มีการศึกษาพบว่ายากลุ่มใหม่ไม่มีผลต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับยากลุ่มเดิม (Valenstein, et al., 2004)

3) ปัจจัยด้านแผนการรักษา (prescriber related's factors) เช่น ขาดการร่วมมือกัน มีความเหลื่อมล้ำ ไม่มีการอธิบาย ขาดการประเมินและติดตาม การใช้ยามากเกินไป ความเบื่อหน่าย ขาดการทบทวนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และขาดการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือ

4) ปัจจัยส่วนบุคคล (person related's factors) เช่น การดำเนินชีวิตที่ย่างยาก ความไม่สอดคล้อง ลืมกินยา ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ความรู้สึกเป็นตราบาป ความบกพร่องด้านการรู้คิด ความรู้สึกมีคุณค่าต่ำ ขาดแรงจูงใจ ขาดการรับรู้ถึงความเสี่ยงเกี่ยวกับโรค และความคาดหวังต่อการรักษาต่ำ

5) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment factors) เช่น มุมมองของครอบครัวต่อการรักษา การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การเข้าถึงทางเลือกของการรักษา รวมทั้งสื่อต่างๆ

6) ปัจจัยด้านวัฒนธรรม (cultural factors) เช่น เชื้อชาติ ศาสนา ครอบครัว การเลือกรักษา และระบบบริการสุขภาพ

จะเห็นว่ามีปัจจัยจำนวนมากที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ในจำนวนนั้นพบว่าปัจจัยที่เด่นชัดที่ถูกกล่าวถึงสม่ำเสมอในรายงานการศึกษา และถือว่าเป็นตัวทำนายอย่างมีนัยสำคัญ คือปัจจัยด้านการรับรู้การทางจิตตนเอง (insight) ทศนคติ (attitudes) และ ความเชื่อ (beliefs) ของผู้ป่วยมีผลต่อกระบวนการตัดสินใจในการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยแต่ละคน (Gray, Wykes & Gournay, 2002; Lecro, et al., 2002) ดังนั้นในการศึกษานี้ จึงให้ความสำคัญกับปัจจัยทั้ง 3 ด้าน

3. รูปแบบการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนการศึกษาที่ทดลองพบว่า มีรูปแบบการบำบัดที่แตกต่างกัน ทั้งแบบเดี่ยว และแบบผสมผสาน มีการเพิ่มการติดต่อสื่อสารและการให้คำปรึกษา เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ การให้คำปรึกษาทางคอมพิวเตอร์ การบำบัดครอบครัว การเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงระบบบริการ การใช้ระบบเตือนความจำ การเสริมแรงเป็นต้น โดยสามารถแบ่งเป็น 4 รูปแบบ คือ การบำบัดครอบครัว การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือ การให้สุขภาพจิตศึกษา และการผสมผสานตั้งแต่ 2 รูปแบบขึ้นไป แต่รูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการด้านคลินิก และเพิ่มความร่วมมือในการรักษา คือการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษา และการบำบัดแบบผสมผสานตั้งแต่ 2 รูปแบบขึ้นไป (Katon, et al., 2001; Kemp, et al., 1998) การบำบัดครอบครัวประสบความสำเร็จในการพัฒนาอาการด้านคลินิก และความร่วมมือในการรักษา ในบางการศึกษาเท่านั้น (Razali, Hsanah, & Subramaniam, 2000; Strang, et al., 1981) ส่วนการให้สุขภาพจิตศึกษาพบว่าไม่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท (Chaplin & Kent, 1998 ; Merimder, et al., 1999 ; Peveler, et al., 1999)

จากการศึกษาพบว่าสุขภาพจิตศึกษานั้น เป็นการเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษาโดยเชื่อว่า ถ้าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจว่าตนเองเจ็บป่วยจะสามารถเผชิญปัญหาอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทร่วมมือในการรับประทายยา แต่ผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษาเพิ่มขึ้นแต่พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาไม่เพิ่มขึ้น (Gray, 2000) โดยมีการศึกษาที่สนับสนุน ได้แก่

Stricker,et al. (1996) และ Smith,et al. (1992) ทดลองการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จำนวน 75 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 สอนเรื่องความสำคัญของการรักษา ความสำคัญของยาต้านโรคจิต ความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด และทฤษฎีทางชีวเคมีของโรคจิตเภท กลุ่มที่ 2 อภิปรายความสำคัญของการกินยา การติดต่อกับผู้บำบัด ผลประโยชน์ระยะยาวในการร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง เปรียบเทียบกับการดูแลตามมาตรฐานทั่วไป ประเมินทัศนคติต่อการรักษา ความรู้ และการสังเกตความร่วมมือ พบว่าไม่มีความแตกต่างในเรื่องความร่วมมือ และทัศนคติต่อการรักษา แต่พบว่ามีนัยสำคัญด้านการพัฒนาความรู้ และมีการทดลองให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลเปรียบเทียบกับ การดูแลทั่วไป พบว่าความรู้เพิ่มขึ้นแต่ไม่มีการพัฒนาความร่วมมือ (Brown,et al.,1987;Gray,2000; Macpherson,et al.,1996; Seltzer,et al.,1980)

Gray (2000) ทดสอบผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบมีโครงสร้าง โดยกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท 44 คน ที่กิน Clozapine พบว่าไม่มีผลต่อการรับรู้การทางจิต หรือทัศนคติต่อการรักษา และสรุปว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาไม่ว่าแบบกลุ่ม หรือรายบุคคลไม่มีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

จากผลการศึกษาและพัฒนางานองค์ความรู้ในปัจจุบันพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพล และเป็นตัวทำนายอย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท คือการรับรู้การทางจิต ทัศนคติ และความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละคน ที่มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจในการรักษา (Gray,et al.,2002; Gray, Wykes & Goumay,2002 ; Lecro,et al.,2002) ดังนั้นจึงมีการพัฒนารูปแบบการบำบัดเพื่อพัฒนาปัจจัยดังกล่าว ให้นำสู่พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดหลักที่สามารถพัฒนาปัจจัยดังกล่าวที่มีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญ ประกอบด้วย 2 แนวคิด คือการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing: MI) และการปรับพฤติกรรมทางความคิด(Cognitive behavior therapy: CBT) (Daley & Zuckoff, 1999) ดังนี้

3.1 การบำบัดพฤติกรรมทางความคิดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

(Cognitive Behavioral Therapy : CBT)

มีการศึกษาที่ยืนยันว่า CBT สำหรับผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพทำให้อาการด้านบวกตอบสนองเร็ว ลดระยะเวลาการบำบัดได้ ร้อยละ 25-50 (Doury,et al., 1996) และมีนัยสำคัญด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เพิ่มการทำหน้าที่ของผู้ป่วยและเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการพัฒนาความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท (Cormac,et al., 2003; Haddock,et al., 2003; Pilling,et al., 2002) โดยมีการศึกษาทดลองใน United Kingdom และได้รับการยอมรับ

ทั่วไป ส่วนในประเทศไทย ยุทธนา องค์อาจสกุลมัน (2548) ได้ศึกษาและเสนอแนะว่า CBT สามารถใช้กับผู้ป่วยจิตเภทไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพในผลลัพธ์ดังกล่าวเช่นกัน

CBT เป็นการบำบัดที่ช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยให้สามารถจัดการกับปัญหาในชีวิต ที่ทำให้เกิดความทุกข์ รวมทั้งอาการจากพยาธิสภาพของโรคจิตเภท โดยเป็นการบำบัดที่เน้นถึงความทุกข์ (distress) ความเชื่อ (beliefs) และความเข้าใจในอาการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดการปรับตัวที่เหมาะสม (Rathod & Turkington, 2005; Tarrier, et al., 1993) ปัญหาของผู้ป่วย

เกิดขึ้นจากกระบวนการนึกคิดของผู้ป่วยที่ผิด (faulty cognitive process) เพราะเลือกรับเฉพาะบางข้อมูล แต่กระบวนการนึกคิดนี้ เป็นสิ่งที่ตรวจสอบ และปรับเปลี่ยนแก้ไขได้ ดังนั้น แนวทางการบำบัด จึงเน้นกระบวนการทางความคิด ที่ส่งผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรม การแสดงออกของบุคคล (กนกรัตน์ สุชะตุงคะ, 2545)

โดยทั่วไปผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากจะมีความคิดที่บิดเบือนไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงที่เกิดจากผู้ป่วยมีระบบ หรือแบบแผนความคิดที่ไม่มีเหตุผล (cognitive schemata) ที่ทำให้เกิดการบิดเบือนทางความคิด (cognitive distortions) ในสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิต ระบบความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยตอบสนองตามแบบฉบับของตน (Beck, 1995) โดยทั่วไปปรากฏการณ์ทางความคิดที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพมี 3 รูปแบบ คือ 1) ความคิดอัตโนมัติ (automatic thoughts) เป็นความคิดระดับผิวเผินทั้งแบบคำพูดและจินตลักษณะไม่สามารถบังคับหรือฝืนไม่ให้คิดได้ แต่คนส่วนใหญ่มักจะไม่วางตนเองกำลังคิดอยู่ต้องอาศัยการฝึกทักษะให้จับความคิดของตนเองได้ก่อนที่จะทำการรักษาต่อ 2) แบบแผนความคิดที่บิดเบือน (cognitive distortions or cognitive errors) ที่ทำให้เกิดความคิดในแง่ลบ เช่น ให้ความสำคัญกับส่วนที่เล็กน้อย (magnification) การเหมารวม (overgeneralization) และให้ความสนใจเฉพาะบางเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงโดยละเลยข้อมูลอื่นที่สำคัญเท่าเทียมกัน (selective abstraction) เป็นต้น และ 3) แม่แบบของความคิด (schemata) เป็นรายละเอียด หรือข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและภาวะแวดล้อมที่ผ่านการรับรู้ และถูกเก็บไว้ แต่จะถูกเรียกนำมาใช้บ่อยครั้งและสร้างระบบ หรือแบบแผนความคิดขึ้นเมื่อได้ข้อมูลมาใหม่จะเกิดการโยงข้อมูลใหม่กับความรู้ที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ พยาธิสภาพเกิดขึ้นเมื่อระบบ หรือแบบแผนความคิดไม่เป็นกลางทำให้การแปลสถานการณ์ใหม่ไปในทางลบ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ความเชื่อ (beliefs) และข้อสันนิษฐาน (assumptions)

(จันทิมา องค์โมษิต, 2545)

3.1.1 ขั้นตอนการบำบัดด้วย CBT สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

(อ้างถึงในอัจฉรา มุ่งพานิชย์, 2549)

Turkington, et al. (2006) แบ่งการบำบัดเป็น 4 ขั้นตอนคือ 1) สร้างสัมพันธภาพ บำบัด 2) การอธิบายอาการของโรคจิตเภท 3) การลดผลกระทบจากอาการด้านบวก และอาการด้านลบ และ 4) ให้ทางเลือกรูปแบบการรักษาเพื่อความร่วมมือ

Fowler, Garety & Kuipers (1995) แบ่งการบำบัดเป็น 6 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมิน (engagement and assessment) เป็นขั้นตอนที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพในการรักษา เน้นการร่วมมือกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ประเมินสภาพปัญหาในปัจจุบัน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและคงอยู่ของปัญหารวมถึงความตั้งใจของผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือในการบำบัด 2) การดำเนินการใช้กลยุทธ์การจัดการกับปัญหาที่เกิดจากอาการทางจิตโดยใช้แนวคิดการปรับกระบวนการคิด และพฤติกรรม 3) การทำให้ผู้ป่วยได้ทราบรูปแบบใหม่เกี่ยวกับโรคจิตโดยการวิพากษ์ร่วมกัน เพื่อลดความทุกข์ใจ (distress) และลดความบกพร่องในการใช้ความสามารถ (disability) การเตรียมตัวผู้ป่วยที่จะให้ตีความอาการของตนเองใหม่ลด

ความรู้สึกผิด และตำหนิตนเองได้ 4) กลยุทธ์การบำบัดทางกระบวนการคิดสำหรับความคิดหลงผิด และความเชื่อเกี่ยวกับเสี่ยงแล้ว 5) การใช้การบำบัดทางกระบวนการคิดสำหรับข้อสันนิษฐานที่ไม่ถูกต้อง และ 6) การจัดการกับความบกพร่องในการใช้ความสามารถในการเข้าสังคม และกลยุทธ์ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พัฒนากลยุทธ์ในการจัดการกับความบกพร่องของการเข้าสังคม สร้างแผนการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน

3.1.2 รูปแบบการรักษา (Therapeutic Model) ประกอบด้วย

- 1) การค้นหาความคิดที่ผิดปกติ
- 2) ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมโดยใช้ ABC Model เป็นวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยคิดถึงความเป็นไปได้ของสถานการณ์ ใช้วิธี Guided discovery ซึ่งได้แก่ เทคนิคการตั้งคำถามโดยตรง (direct question technique) หรือใช้การจินตนาการถึงบทบาทสมมติ (imagery role play)
- 3) เรียนรู้ที่จะมองความคิดที่เกิดขึ้นให้เป็นเพียงสมมติฐานมากกว่าที่จะเชื่อว่าเป็นความจริง โดยตั้งตนเองออกจากปัญหา และมองปัญหาจากภายนอก (distancing) เมื่อผู้ป่วยทราบถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงความไม่น่าเชื่อถือ และไม่เหมาะสม (maladaptive) ได้แล้ว ผู้ป่วยจะสามารถมองอย่างเป็นเหตุเป็นผล (objective) มากขึ้น
- 4) ทดสอบสมมติฐานโดยการทดลองจริง
- 5) รวบรวมข้อสรุปเกี่ยวกับตนเองที่เป็นต้นกำเนิดสมมติฐานนี้โดยการหาข้อสรุป จากการตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติที่มีทั้งหมด รวบรวมวิเคราะห์ถึงเนื้อหาหลัก (themes) ที่มีร่วมกันของความคิดอัตโนมัติเหล่านี้ มุ่งจุดสนใจไปที่หลักความคิดของผู้ป่วย ตัวบ่งชี้ถึงข้อสรุป (assumption) เกี่ยวกับตนเองได้แก่ ชนิดของความคิดที่บิดเบือน (cognitive error) ที่ใช้การที่ผู้ป่วยใช้คำบางคำบ่อยเกินไปเป็นตัวช่วยให้ผู้บำบัดเข้าใจถึงกระบวนการคิดของผู้ป่วยที่มีต่อตนเอง เนื้อหาที่ผู้ป่วยพูดถึงบ่อย ๆ ในอดีต เพราะข้อสรุปเกี่ยวกับตนเองพัฒนามาจากประสบการณ์ที่ได้รับมาตั้งแต่เด็ก สถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอารมณ์ตอบสนองในทางตรงกันข้ามมากเกินไป และมุมมองของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมของคนอื่น
- 6) กฎที่เป็นต้นความคิดของความเชื่อของผู้ป่วยที่บ่งถึงการคิดที่ไม่ถูกต้องโดยใช้กลยุทธ์ต่างๆของ CBT

3.1.3 เทคนิคที่ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภท (Cheung & Suen, 2003, อ้างถึง

ใน อัจฉรา มุ่งพานิช, 2549)

เทคนิค CBT ดังต่อไปนี้ จะช่วยให้ผู้บำบัดใช้ในการเข้าถึงอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการด้านบวก เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งประกอบด้วย

1) การท้าทายความคิดหลงผิด (challenging of delusion) ใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความเชื่อ (belief modification) และการมองโลกตามความเป็นจริง (reality testing) ในการท้าทายอาการหลงผิด การปรับความเชื่อและการทดสอบความเป็นจริงทำได้โดยการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดจากความเชื่อ และช่วยในการทดลองเพื่อทดสอบความเป็นจริง การใช้คำถามเพื่อให้พูด (socratic question) ในการรวบรวมหลักฐานต่างๆ เทคนิคนี้นำมาใช้ในการสร้างความสัมพันธ์ที่ร่วมมือกันระหว่างผู้รักษาและผู้รับการบำบัด (collaborative)

2) กลยุทธ์การทำให้เป็นเรื่องธรรมดา (normalization strategies) โดยอาการของโรคจิตสามารถพบได้ในคนปกติทั่วไป และอาจเกิดจากภาวะที่ประสาทสัมผัสขาดสิ่งเร้าในคนปกติได้ (states of sensory deprivation) เป็นกลยุทธ์ที่ช่วยลดความรู้สึกสิ้นหวัง และความรู้สึกถูกตีตราในผู้ป่วยโรคจิตได้ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญซึ่งพบว่ามีมีความเกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รู้สึกทุกข์ทรมานจากโรคจิตเภท

3) การเผชิญหน้ากับเสียง (coping with Voices) ใช้เทคนิคการตอบสนองอย่างมีเหตุผล ซึ่งจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยแยกแยะเนื้อหาของเสียงที่ได้ยิน และการคิดที่เชื่อมโยงกับเสียง เพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการตอบสนอง ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ ABC ของเสียงเพื่อที่จะนำมาเป็นแนวทางในการรักษา โดยเสียงสามารถใช้เป็นเหตุที่เกิดขึ้นก่อน (A: activating event) ดังนั้นจึงมีความเชื่อ (B: belief) เกี่ยวกับเสียงซึ่งนำมาสู่การรบกวนทำให้เกิดความทุกข์ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ตามมาทางอารมณ์ (C: consequence) ผู้รักษาฝึกให้ผู้ป่วยสามารถท้าทายความเชื่อดังกล่าว โดยใช้กิจกรรมได้เช่น distraction technique ซึ่งมีวิธีการต่างๆ เช่น การอ่านออกเสียงดังๆ การคิดเลขในใจ การฟังบทความที่น่าสนใจเพื่อลดอาการหูแว่วที่รุนแรง

4) การจัดการกับอาการทางลบ และการไม่เข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง (coping with negative symptom and non-adherence) อาการทางลบอาจอธิบายได้ โดยการประเมินรายละเอียดของส่วนที่ผู้ป่วยต้องการจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การตั้งเป้าหมายระยะสั้น อาจจะมีผลให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในเป้าหมายระยะยาว เนื่องจากเป็นการให้ผู้ป่วยก้าวไปที่ละขั้น

3.1.4 การศึกษาผลการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยจิตเภท

ยุทธนา องอาจสกุลมั้น (2548) ศึกษาการทำจิตบำบัดแบบ CBT ในผู้ป่วยจิตเภท 4 ราย ผลพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดเข้าใจ และรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าเดิมเป็นความคิดหลงผิด (insight) และร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดีโดยใช้เทคนิคที่สำคัญ ได้แก่ socialization คือการเกริ่นนำให้ผู้ป่วยรู้จัก cognitive model และให้ผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนการรักษา normalization เป็นการชี้ให้เห็นว่าอาการต่างๆ ที่ผู้ป่วยเป็นนั้นสามารถพบได้ในคนทั่วไป ในบางสภาวะ ABC Technique เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สถานการณ์ที่ทำให้มีอารมณ์แย่ลง

เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ว่ามีความคิดอะไรเกิดขึ้นแล้วมีผลทำให้อารมณ์แย่ลง evidence-counter evidence technique เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยประเมินความคิดที่เกิดขึ้น โดยอาศัยหลักฐานต่างๆ ที่มาสนับสนุน และคัดค้านความคิดนั้น alternative technique เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าความคิดที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ นั้น ผู้ป่วยสามารถมีความคิดหรือตีความจากมุมมองอื่นได้หรือไม่ และ behavioral reattribution technique เป็นการนำเทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดมาใช้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดเดิมของผู้ป่วย เทคนิคดังกล่าว ช่วยทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น (improve insight) อาการทางจิตโดยรวมลดลง (improve in overall symptomatology) อาการซึมเศร้าดีขึ้น และไม่พบการฆ่าตัวตาย

อัจฉรา มุ่งพานิช (2549) ศึกษาผลการบำบัดด้วย CBT ต่อการรับรู้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้ 4 ขั้นตอนของ Fowler, Garety and Kuipers (1995) ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและการประเมิน (engagement and Assessment) การจัดการกับปัญหาที่เกิดจากอาการโรคจิต การทำให้ผู้ป่วยทราบรูปแบบใหม่เกี่ยวกับโรคจิตโดยการวิพากษ์ เตรียมตัวผู้ป่วยที่จะตีความอาการของตนเองใหม่ และกลยุทธ์การบำบัดทางกระบวนการคิดสำหรับความคิดหลงผิดและความเชื่อที่เกี่ยวกับหูแว่ว ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีวิธีการปรับตัวดีขึ้น ผลการบำบัดตามขั้นตอนดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้อาการทางจิตดีขึ้น ยอมรับว่าตนเองป่วยทางจิต เห็นความสำคัญของการรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น โดยสามารถปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่ออาการทางจิตของตนเองได้

Turkington, Kingdon and Turner (2002) ศึกษาถึงทดลอง เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการบำบัดด้วย CBT แบบสั้น เปรียบเทียบกับการบำบัดรักษาตามปกติในผู้ป่วยจิตเภท ในสถานบริการระดับทุติยภูมิในชุมชน โดยการฝึกพยาบาลให้มีทักษะการบำบัดด้วย CBT แล้วนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภท พบผู้ป่วย 2-3 ครั้ง โดยโปรแกรมประกอบด้วย Assessment และ Engagement การพัฒนาการอธิบายอาการทางจิต (developing explanations) การทำความเข้าใจรูปแบบความคิดของผู้ป่วยแต่ละคน (case formulation) การจัดการกับอาการ (symptom management) และความร่วมมือในการรักษา (adherence) และการทำงานกับความเชื่อที่เป็นแกนกลาง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผลพบว่ากลุ่มทดลองจำนวน 55 คน มีอาการทางจิต และการรับรู้ตนเองดีขึ้น ภาวะซึมเศร้าลดลง และพัฒนาความร่วมมือในการรักษา (improved adherence) อย่างมีนัยสำคัญ

จะเห็นว่าผลลัพธ์ของการบำบัดด้วย CBT ที่พบอย่างสม่ำเสมอจากการศึกษาถึงทดลองคือ การพัฒนาการรับรู้อาการทางจิต ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นในการรักษาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ภายใน การทำงานร่วมกันที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้อธิบายอาการที่เกิดขึ้นอยู่ในความเป็นจริง และในทางบวกมากขึ้น รวมทั้งการให้คุณค่า ความเป็นอิสระ และเพิ่มความหวัง ลดตราบาปจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จึงพัฒนาไปสู่การมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น

3.1.5 การบำบัดด้วย CBT เพื่อผลลัพธ์ด้านการพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

พบว่าได้มีการนำบางปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเช่น เหตุผลต่างๆที่ผู้ป่วยไม่กินยา และสนับสนุนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการบำบัด (Hayward, et al., 1995; Kemp, et al., 1996, 1998; Lecompte & Pelc, 1996) ซึ่งมี 5 หลักการ ดังนี้ 1) Engagement 2) Psycho-education 3) การบ่งชี้อาการนำก่อนกำเริบและพัฒนาการปรับตัว (identifying prodromal symptoms and developing coping strategies) 4) การเสริมแรงในพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และ 5) การแก้ไขความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการรักษา (Lecompte & Pelc, 1996)

Turkington, et al. (2003) ศึกษาผลลัพธ์ของการบำบัดด้วย CBT ด้านการพัฒนาการรับรู้การทางจิต และอาการทางพยาธิสภาพในผู้ป่วยจิตเภท 6 ชุมชนใน United Kingdom จำนวน 422 คน โดยผู้บำบัดเป็นพยาบาลจิตเวชที่ได้รับการฝึกทักษะ CBT ใช้ระยะและขั้นตอนการบำบัดเช่นเดียวกับ Turkington, Kingdon and Turner (2002) ผลพบว่าการพัฒนาการรับรู้การทางจิต และอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญ

Rathod, Kingdon, Smith and Turkington (2005) ศึกษาถึงทดลองโดยการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าได้ผลในการพัฒนาการรับรู้การทางจิตด้านความร่วมมือในการรักษา (Compliance treatment) และความสามารถของผู้ป่วยในการตีความอาการว่าเป็นความผิดปกติ (ability to re-label their psychotic symptom as pathological) อย่างมีนัยสำคัญ

Weiden (2006) นำแนวคิดการบำบัดแบบ CBT เพื่อพัฒนาการรับรู้การทางจิตมาประยุกต์เพื่อผลลัพธ์ด้านการพัฒนาความร่วมมือในการรักษาเรียกว่า CBT adherence intervention (CBTAI) ซึ่งใช้แนวคิดเดียวกันโดยมีแนวคิดสำคัญคือ การไม่บังคับ หรือยืนยันให้ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองเป็นโรคจิตเภท และไม่ใช้การเรียน การสอน หรือบอกว่าการรักษาได้อย่างไร แต่จะให้ผู้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในชีวิต และพิจารณาว่าการรักษามีบทบาทสำคัญอย่างไรต่อเป้าหมายนั้น อะไรที่ผู้ป่วยลังเลใจ และตระหนักเกี่ยวกับการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยได้เห็นประโยชน์ หรือผลเสียของการรักษา ด้วยตัวเอง หรือคำพูดของเขาเอง แต่บางครั้งในผู้ป่วยที่มีความเลื่อมใสด้านการรู้คิด เขาอาจไม่สามารถตั้งเป้าหมายด้วยตนเองจึงมีความจำเป็นที่ผู้บำบัดจะช่วยชี้แนะได้ การรักษาเริ่มต้นการบำบัดจากมุมมองของผู้ป่วยที่รู้สึกทุกข์ทรมาน และยังใช้หลักการพื้นฐานของ CBT สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

CBTAI เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภท ไม่ต้องการการถูกตีตรา หรือไม่ต้องการการเข้าถึงโดยใช้รูปแบบทางชีววิทยา (biological model teaching approach) แต่ยังคงพูดถึงบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ จะเห็นความแตกต่างระหว่าง CBTAI กับ การให้สุขภาพจิตศึกษาที่ชัดเจนคือ การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการบอกผู้ป่วยเร็วเกินไปในเรื่องอาการของโรคจิตเภท ความจำเป็นที่ต้องรักษา เป็นการให้ความรู้ ในขณะที่ CBTAI เป็นการสร้างแรงบันดาลใจ เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้อธิบาย ให้เหตุผลถึงสิ่งที่เขาคิดว่าดี หรือไม่ดีสำหรับเขาอย่างไร โดยผู้บำบัดไม่บอกทันทีว่าสิ่งนั้นถูก หรือผิด แต่เมื่อจะสิ้นสุดการสนทนาผู้บำบัดจึงให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

จากการทบทวนดังกล่าวได้ข้อสรุปว่าการบำบัดด้วย CBT เพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญที่ผู้บำบัดจะต้องมีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจกระบวนการและเทคนิคบำบัดด้วย CBT ทั่วไป CBT เฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเภท และ CBT AI เพื่อพัฒนาการรับรู้อาการทางจิต เพื่อการเข้าถึงและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยเลือกใช้เทคนิคที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน

3.2 การสัมภาษณ์ และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท (Motivational interviewing and Motivation Enhancement Therapy: MI & MET)

MI เป็นการให้คำปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา โดยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์พฤติกรรมของตนเอง ช่วยสืบค้น และแก้ไขความลังเลใจของผู้ป่วยต่อการรักษา และการรับประทายาโดยไม่บังคับ ชี้นำ ครองงำ หรือข่มขู่ให้ผู้ป่วยต้องยอมรับ หรือทำตามผู้บำบัด เป็นกระบวนการบำบัดที่ไม่ใช้การเผชิญหน้า (non-confrontation) ผู้บำบัดเป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ค้นหาและตัดสินใจด้วยตนเอง โดยช่วยให้ผู้ป่วยแยกแยะประโยชน์ และผลเสียที่เกิดจากพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา แล้วเชื่อมโยงสู่เป้าหมายในระยะยาวของชีวิต ใช้เทคนิคเพื่อให้ผู้ป่วย กล่าวข้อความจูงใจตนเอง (self motivational statement: SMS) และอาศัยทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska & DiClemente วิเคราะห์ และตอบสนองอย่างเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ตามทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (Self perception theory) ภายใต้อารมณ์ที่ยอมรับ เข้าใจ เห็นใจ และให้เกียรติ ซึ่งจะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่า พลังอำนาจ ความมั่นใจ และความเป็นอิสระ โดยผู้ป่วยได้เห็นจากมุมมองและประสบการณ์ของตนเอง ชวนให้พิจารณาภาวะของตนเอง และตระหนักถึงสภาวะนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รู้คิด เห็นประโยชน์ (รางวัล) และผลเสีย (โทษ) ของพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษา เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง (Miller & Rollnick, 1989 อ้างถึงใน พิชัย แสงชาญชัย, 2548)

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ของ Prochaska และ DiClemente ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นเฝินเฉย (pre-contemplation stage) 2) ขั้นตระหนักว่ามีปัญหา (contemplation stage) 3) ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (determination) 4) ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (action) 5) ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (maintenance) และดำเนินต่อเนื่อง และ 6) ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (relapse) คือกลับไปสู่การมีพฤติกรรมแบบเดิม ใช้วิธีการกระตุ้นจากมุมมองของผู้ป่วยโดยดูจากประโยคคำพูดว่า มีการรับรู้ต่อปัญหาอย่างไร และมีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงปัญหาอย่างไรบ้าง

3.2.1 หลักการที่ใช้ในการสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัด

หลักการทั่วไปที่เป็นพื้นฐานของการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัด มี 5 ประการ ดังต่อไปนี้ (DARES)

1) การทำให้เห็นช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับปัจจุบัน (develop discrepancy) ทำให้เห็นความแตกต่างของสถานภาพในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากจะเป็น แรงจูงใจของการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นเมื่อผู้รับการบำบัดมีความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เขาเป็นอยู่กับสิ่งที่เขาต้องการ

จะเป็น โดยการพูดคุยถึงผลลัพธ์ของการไม่ร่วมมือในการรักษา จะกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง ซึ่งผลที่ตามมาก็คือผู้ป่วยจะมีความต้องการมากขึ้นที่จะพูดคุยอย่างเปิดเผยจริงใจ ถึงทางเลือกในการเปลี่ยนแปลง และเคลื่อนเข้าสู่ขั้นตอนตัดสินใจเปลี่ยนแปลง

2) การหลีกเลี่ยงการทะเลาะ หรือขัดแย้งกับผู้ป่วย (avoid argumentation) ในระหว่างการบำบัดผู้ป่วยอาจสับสนไม่แน่ใจ และใช้กลไกการป้องกันตนเอง ที่ทำให้ตนรู้สึกไม่สบายใจน้อยลง และไม่ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา การจู้จี้จุกจิก และดูเกินจริงจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต่อต้าน และรู้สึกว่าผู้บำบัดไม่เข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ในแนวทางของการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัด การทะเลาะโต้แย้ง จะทำให้เกิดความรู้สึกต่อต้าน ผู้บำบัดไม่จำเป็นต้องยืนยันความถูกต้อง หรือชักชวนโดยโต้เถียงเอาชนะ แต่ควรหาวิธีที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมา จากการไม่ร่วมมือในการรักษา ในขณะเดียวกันก็ได้เห็นผลดีของการร่วมมือในการรักษา

3) การเคลื่อนไปตามแรงต้าน (roll with resistance) เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อต้าน ผู้บำบัดจะค่อย ๆ ทะลอมหมุนไปกับความรู้สึกต่อต้านนั้น โดยมีเป้าหมายที่จะปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้บำบัดจะเสนอแนวทางใหม่ในการคิดเกี่ยวกับปัญหา แต่ไม่ใช่เอามาบังคับให้ใช้ การเกิดความรู้สึกสับสน ถือเป็นเรื่องปกติ และการพูดคุยกันถึงความรู้สึกสับสนนี้อย่างเปิดเผย ก็จะเป็นประโยชน์ ผู้บำบัดต้องเคารพในความคิดเห็นของผู้ป่วย ให้เกียรติในการตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาของตนเอง รวมทั้งเข้าใจภาวะลังเลใจว่าเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ ไม่ควรบังคับผู้ป่วยให้มีเป้าหมาย หรือมุมมองใหม่ตามผู้บำบัด แต่ควรชักชวนให้พิจารณาข้อมูลใหม่ และมุมมองที่ต่างจากเดิม แนวคิดในการมองปัญหาใหม่ คือ “เลือกเฉพาะที่ต้องการ และทิ้งที่เหลือไว้” เป็นแนวคิดที่ผู้ป่วยมีอิสระที่จะตัดสินใจว่า จะนำไปใช้ หรือไม่ก็ได้ วิธีนี้จึงเป็นการหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า หรือขัดแย้งกันระหว่างสองฝ่ายได้

4) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (express empathy) ผู้บำบัดใช้การสื่อสารที่แสดงความเห็นอกเห็นใจ และให้เกียรติผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการสื่อสารที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำต่ำสูงผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกอย่างอิสระ และกำหนดทิศทางเป้าหมายของตนเอง ผู้บำบัดเคารพในสิทธิของผู้ป่วย และทำหน้าที่เป็นผู้ฟังมากกว่าที่จะเป็นผู้ป้อนข้อมูล พูดชักชวนด้วยความนุ่มนวล และบอกเสมอว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งหมดขึ้นอยู่กับผู้ป่วยเอง การสะท้อนความรู้สึก (reflection) เป็นเทคนิคที่สำคัญ และต้องมีลักษณะของการให้ความช่วยเหลือตลอดในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเปลี่ยนแปลง

5) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (support self-efficacy) การส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัว คนเราเมื่อถูกชี้ให้เห็นปัญหา โดยปกติก็จะยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงจนกว่าจะมีความรู้สึกว่า มีความหวังที่จะทำได้สำเร็จ ความรู้สึกว่าตัวเรามีศักยภาพเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะทำให้เกิดการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม



3.2.2 เทคนิคในการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัด

1) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feed back) เป็นการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ ถึง ความรุนแรงของปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย ที่สะท้อนความรุนแรงของโรค

2) การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วย (responsibility) เป็นความรับผิดชอบ ของผู้ป่วยเองในการตัดสินใจว่าจะร่วมมือในการรักษาหรือไม่ ผู้นำบำบัดไม่สามารถบังคับได้ เป็นสิทธิ ของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ที่ผู้นำบำบัดมีหน้าที่เพียงแนะนำสิ่งที่ดี ๆ ให้

3) การให้คำแนะนำที่มีประโยชน์ และจำเป็น (advice) ต่อการตัดสินใจ

4) การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (menu) ได้แก่ การรักษาด้วยยารับประทาน การรักษาด้วยยาฉีด และการรักษาด้วยยารับประทาน และยาฉีดควบคู่กันไป และการบำบัดด้วย วิธีการอื่น ๆ เช่น การบำบัดทางจิตสังคม และการรักษาด้วยไฟฟ้า ในคนที่รักษาด้วยยาแล้วอาการ ไม่ดีขึ้น

5) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (empathy) เป็นการแสดงความเห็นอก เห็นใจ เข้าใจในตัวผู้ป่วยว่า ความไม่ร่วมมือในการรักษาไม่ใช่นิสัยที่ไม่ดี ยอมรับว่าผู้ป่วยอาจจะยัง ไม่ตระหนักในปัญหา เพราะยังมองไม่เห็นข้อเสียจากการไม่ร่วมมือในการรักษา

6) การส่งเสริมศักยภาพเดิม (self-efficacy) เป็นการส่งเสริมศักยภาพเดิม ที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าสามารถรักษาอย่างต่อเนื่องได้ ให้ความหวัง และ กำลังใจ

MI ถูกประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาการรับรู้การทางจิต และความร่วมมือในการรักษาใน ผู้ป่วยจิตเภทที่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากช่วยในการสืบค้นเป้าหมายที่เฉพาะ ทำให้แน่ใจว่าได้ให้ การบำบัดที่ตรงกับความต้องการ หรือความจำเป็นของผู้ป่วยจริง รวมทั้งเพิ่มบทบาทของผู้ป่วยให้มี ส่วนร่วมในการรักษามากขึ้น (Rush & Corrigan, 2002)

จากการทบทวนพบว่า การบำบัดด้วยMIในผู้ป่วยจิตเภท ที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วยเป็นที่ ยอมรับมานาน และถือเป็นการปฏิบัติที่ดีที่สุด (best practice) โดยประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงจากโรคทางจิต มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ (Carey, Leontieva, Dimmock, Maisto & Bartki, 2007) ถึงแม้ จะมีข้อจำกัดด้านวิธีการศึกษา เช่น ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง มีการควบคุมการทดลองที่ไม่ดีพอ กลุ่มตัวอย่างมีน้อย และมีผู้นำบำบัด เพียงเล็กน้อยเป็นต้น และพบว่าส่วนมากใช้MIผสมผสานกับการบำบัดอื่น ๆ เช่น CBT ครอบครั วบำบัด และการฝึกทักษะทางสังคม จะทำให้การบำบัดมีประสิทธิภาพ (Graeber, et al., 2003)

3.2.3 การศึกษาที่อธิบายถึงแนวคิด และการประยุกต์ใช้MIในผู้ป่วยจิตเภท

สัมพันธภาพที่ระหว่างผู้นำบำบัด และผู้ป่วยถือเป็นหัวใจสำคัญของMIโดย มี 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ 1) การทำงานร่วมกัน (collaboration) ผู้นำบำบัดเข้าถึงผู้ป่วยโดยใช้ ความเข้าใจ และเห็นใจ ความจริงใจต่อผู้ป่วย 2) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีอิสระ (support for a patient autonomy) และ 3) การปลุกกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเอง (evocation of the patient self – motivational statements or “change talk”) ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าว ทำให้MI มี

ความเด่นชัด ถึงวิธีการบำบัดที่ไม่เผชิญหน้า(nondirective therapeutic approaches) (Miller & Rollnick, 2002)

ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการตอบสนองด้านความคิด อารมณ์น้อย และความบกพร่องทางสังคม รวมทั้งอาการด้านลบที่เป็นอุปสรรคต่อการบำบัด ที่ไม่สามารถเกิดแรงขับภายใน หรือเกิดแรงจูงใจเหมือนผู้ป่วยทั่วไป ดังนั้นผู้บำบัดจะต้องพูดน้อย ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดมากกว่า และใช้เวลาผู้ป่วยในการตอบสนอง จึงจะมีประสิทธิภาพ (Miller & Mount, 2001) นอกจากนี้ปัญหาต่างๆในชีวิต เช่นเศรษฐกิจ การว่างงานปัญหาครอบครัว ความรู้สึกเป็นตราบาป ตลอดจนความบกพร่องทางความคิด เช่นการใช้เหตุผล ความยืดหยุ่นทางด้านจิตใจ ความจำ สมาธิ และความบกพร่องด้านการใช้ภาษา รวมทั้งอาการด้านบวก เช่นอาการประสาทหลอน หลงผิด มีความคิดผิดปกติ และแปลกประหลาด (bizarre) ดังนั้นจะต้องมีการปรับ และประยุกต์ให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้

จากการทบทวนเอกสาร และการศึกษาที่ผ่านมา ก็ยังไม่ชัดเจนว่า จะใช้MIอย่างไรในผู้ป่วยดังกล่าว การใช้เทคนิคการฟัง และสะท้อน,การให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตต้องสะท้อนแบบสั้น และง่าย การสะท้อนเนื้อหาด้านอาการทางจิต การสะท้อนถึงความคิดที่แปลกประหลาด (bizarre)เป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เริ่มมีความคิดที่เชื่อมโยงในความเป็นจริงมากขึ้น ในผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิด หรือหวาดระแวงอย่างตึงแน่น อาจทำให้ผู้ป่วยต่อต้านมากขึ้น (Martino,et al., 2002) ดังนั้นยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป แต่ก็มีข้อเสนอแนะว่าควรใช้ MIผสมผสานกับการบำบัดอื่นๆ (Rollnick, Mason & Butler, 1999)และรายงานการศึกษาส่วนมากเสนอแนะว่า MIเป็นการปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน (Martino, 2007)

การศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของMIในผู้ป่วยโรคจิต และใช้สารเสพติดร่วมด้วยต่อการมาตรวจตามนัดโดยใช้เทคนิคของMI 1ชั่วโมงก่อนจำหน่าย ผลพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมาพบแพทย์ตามนัดในครั้งแรก ในอัตราที่สูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าMIช่วยพัฒนาความร่วมมือในการรักษาโดยการมาตามนัดในแผนกผู้ป่วยนอกได้(Swanson, Arthur, Pantaloni & Michael, 1999)

Drymalski & Campbell (2008) ได้ทบทวนรายงานการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยMI ต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท ในช่วงปีค.ศ. 1965-2006พบ 2 การศึกษาที่รายงานว่า MIช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท และ 3 การศึกษาที่พบว่า MIไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการรักษา แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถสรุปได้แน่นอนว่า MI มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทได้ เนื่องจากมีการศึกษาเรื่องนี้น้อย เช่นเดียวกับการทบทวนอย่างเป็นระบบรายงานว่า MIเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ถือเป็นการปฏิบัติที่ดีที่สุด และเป็นที่ยอมรับถึงประสิทธิภาพในการบำบัดการเลิกดื่มสุรา แต่ในเรื่องการประยุกต์เพื่อเป้าหมายเฉพาะ เช่นการพัฒนาการรับรู้อาการทางจิต และความร่วมมือในการรักษา ยังมีการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ไม่มาก และการบำบัดส่วนมากเป็นการใช้MIร่วมกับการบำบัดอื่นๆ แต่ถึงอย่างไรMI ถือเป็นทางเลือกที่ดี

ในการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน (Chanut, et al., 2005)

4.3 การพัฒนารูปแบบการบำบัด เพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท (Adherence therapy model)

4.3.1 Compliance therapy model หรือ Adherence therapy model เป็นการบำบัดรายบุคคลแบบสั้นโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้การทำงานร่วมกัน 2 แนวคิด คือ MI และ CBT พัฒนาโดย Kemp, et al. (1996, 1998) หลักสำคัญของการบำบัดประกอบด้วยการทำงานร่วมกัน ให้ความสำคัญกับทางเลือก และความรับผิดชอบของบุคคล และเน้นความตระหนักของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา ทักษะที่สำคัญประกอบด้วย การสับสนความลังเลใจเกี่ยวกับการรักษา (exploring ambivalence about taking medication) การหมุนไปตามแรงต้าน (rolling with resistance) การทดสอบความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา (examining beliefs about medication) โดยใช้

เทคนิคการปรับพฤติกรรมทางความคิดเช่น การทำให้เป็นเรื่องธรรมดา (normalizing rationales) การแก้ปัญหา และการให้ข้อมูล

4.3.2 แบ่งการบำบัด เป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ช่วยให้ผู้ป่วยทบทวนการเจ็บป่วย และประสบการณ์การรักษา ระยะที่ 2 จะอภิปรายที่เฉพาะมากขึ้น เน้นอาการ และฤทธิ์ข้างเคียงจากการรักษา พิจารณาประโยชน์ และการเสียประโยชน์ของความร่วมมือในการรักษา สืบค้นความลังเลใจ และผู้บำบัดทำให้เห็นช่องว่างระหว่างพฤติกรรมในปัจจุบัน และเป้าหมายในชีวิตที่ต้องการจะเป็น ช่องว่างระหว่างการใช้ปฏิบัติ และความเชื่อ เน้นการปรับตัวที่เหมาะสม ระยะที่ 3 จะพูดถึงความรู้สึกเป็นตราบาป จากการรับประทานยาทางจิตเวช โดยพิจารณาว่า จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ส่งเสริมศักยภาพในการรับประทานอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นการพูดคุยอย่างเป็นธรรมชาติ ระหว่างผู้บำบัด และผู้ป่วย เน้นแนวทางการแก้ปัญหา เพิ่มองค์ประกอบของการให้สุศึกษา

The QUATRO team. (2002) (Quality of life following adherence therapy for people disabled by schizophrenia and their cares) ได้พัฒนารูปแบบการบำบัดที่เรียกว่า Adherence therapy model เพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษา และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลการบำบัด ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) ระยะ Engagement 2) ระยะประเมิน (Assessment) 3) ระยะการใช้ Key therapeutic activity และ 4) การประเมินผล (Evaluation) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ระยะ engagement คือการสร้างสัมพันธภาพและเตรียมความพร้อมก่อนบำบัด โดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับขั้นตอนการบำบัด ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ ตลอดจนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการบำบัด

2) ระยะประเมิน (assessment) เป็นการใช้เวลาพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการโดยเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษา และการรับประทานยาเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปดังนี้ การรักษาในปัจจุบัน (current medication) การปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทาน

ยา (practicalities of taking medication) ฤทธิ์ข้างเคียงของยา (side effects) การให้ความสำคัญและความมั่นใจในการรักษา (readiness, importance and confidence) และ ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา (medication beliefs)

3) ระยะการใช้ Key therapeutic activity ซึ่งประกอบด้วย

3.1) การแก้ปัญหา (Problem solving) เพื่อนำสู่การปฏิบัติในการรับประทานยาของผู้ป่วยแต่ละคนได้แก่ ประสบการณ์จากฤทธิ์ข้างเคียงของยา (experience side effects) การลืมรับประทานยา (forget to take medication) การไม่สามารถรับประทานยาตามแผนการรักษา (not be able to get prescriptions) และมีความยากลำบากในการรับประทานยา (have difficulties taking medication) โดยช่วยให้ผู้ป่วยเห็นชัดเจนในเรื่องการกินยาว่า ดี หรือไม่ดีอย่างไร และในเรื่องการหยุดยามีข้อดีหรือไม่ดีอย่างไรเพื่อสืบค้นเหตุผล และเป็นโอกาสที่จะใช้เทคนิค Develop discrepancy

3.2) การพูดคุยเกี่ยวกับความเชื่อ และการตระหนักในการรักษา (talking about beliefs and concerns about medication) ตัวอย่างความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา เช่น กินยาแล้วอาจทำให้ติด (medication is addictive) ยาควบคุมตนเอง (medication controls me) ยาทำให้บุคลิกภาพเปลี่ยนไป (medication takes away my personality) คิดว่าสามารถหยุดยาเองได้เมื่ออาการดีขึ้น (I can stop medication once I feel better) และ คิดว่าตนเองไม่ได้ป่วย (there s nothing wrong with me) เมื่อได้สืบค้นถึงเหตุผล และทำความเข้าใจความเชื่อนั้นแล้ว ผู้บำบัดสามารถให้เหตุผลอื่น ๆ ให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจ โดยเฉพาะการนำประสบการณ์ของผู้ป่วยเข้ามาเชื่อมโยงให้เห็นชัดเจน เมื่อพบปัญหาที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ผู้บำบัด และผู้ป่วยต้องร่วมกันแก้ปัญหาโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการแก้ปัญหา ผู้บำบัดเอื้อให้เกิดกระบวนการดังนี้ อธิบายปัญหา และตั้งเป้าหมายด้วยคำพูดของผู้ป่วยเอง ช่วยกันระดมสมองถึงวิธีการแก้ปัญหาที่จะเป็นไปได้ ใช้วิธีการเขียนข้อดีข้อเสียเกี่ยวกับการแก้ปัญหา เลือกวิธีการแก้ปัญหาที่คิดว่าดีที่สุด บ่งชี้ขั้นตอนที่ชัดเจนในการลงมือปฏิบัติ และกำหนดวันที่จะประเมิน และทบทวนการปฏิบัติ

3.3) การย้อนมองอดีต (looking back) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้สืบค้นถึงประสบการณ์การรักษาที่ผ่านมาว่าอะไรที่ดีหรืออะไรที่ไม่ดีสำหรับเขา โดยนึกถึงประสบการณ์ด้านลบน้อยลง และมองหาประสบการณ์ด้านบวก ถึงแม้ว่าจะมีเพียงเล็กน้อย ให้ผู้ป่วยประเมินอาการเจ็บป่วย และผลของการรักษา มุ่งไปที่สิ่งที่ทำให้อาการดีขึ้น หรือไม่ดีขึ้น ผู้บำบัดให้รายละเอียดที่เป็นเหตุเป็นผลอย่างชัดเจนโดยเชื่อมโยงตามประสบการณ์ของผู้ป่วย

3.4) การสืบค้นความลังเลใจ (exploring ambivalence) ผู้ป่วยส่วนมากจะมีระดับของความไม่มั่นใจ หรือความลังเลใจเกี่ยวกับการกินยา หรือการรักษา การสืบค้น และแก้ปัญหาความลังเลใจโดยการให้ข้อมูลถึงข้อเสียของการไม่กินยา เป็นกุญแจที่จะช่วยในการตัดสินใจของผู้ป่วย

4.3.3 ทักษะที่สำคัญที่เป็นพื้นฐาน และเอื้อให้เข้าถึงผู้ป่วยในรูปแบบของการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาประกอบด้วย

- 1) การทำงานร่วมกัน (collaborative working)
- 2) ผู้บำบัดมีความกระตือรือร้น (taking and active therapeutic stance)
- 3) การทำงานที่ยืดหยุ่น (working a flexible way)
- 4) เน้นทางเลือก และความรับผิดชอบ (emphasising personal choice and responsibility)
- 5) เสริมสร้างความเชื่อมั่น และเพิ่มควมมีคุณค่า (supporting self-efficacy and building self esteem)

6) การเปิดเผยตรงไปตรงมา (transparency)

7) การทำงานในทางที่ปลอดภัย (working in a safe way)

4.3.4 ทักษะทั่วไป (general skills include) มีดังนี้ 1) การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (setting a collaborative agenda) 2) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับที่เป็นจริง (eliciting feedback) 3) การฟัง และสะท้อนความ (reflective listening) 4) การตรวจสอบความเข้าใจ (checking understanding) 5) การทำให้เป็นเรื่องราวธรรมดา (normalizing) 6) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ (pacing and efficient use of time) 7) การทำให้เห็นช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับการปฏิบัติ (developing discrepancy) 8) การแลกเปลี่ยนข้อมูล (exchanging information) และ 9) การหมุนไปตามแรงต้าน (dealing with resistance)

4) ระยะประเมิน (evaluation) คือการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ในแต่ละครั้งของการบำบัด และการประเมินโดยใช้เครื่องมือ หลังสิ้นโปรแกรมสุดท้าย บำบัด Adherence therapy เป็นการบำบัดรายบุคคลโดยพบผู้ป่วย 8 ครั้ง ระยะเวลา 50 นาทีโดยผู้ป่วยต้องมีคุณสมบัติดังนี้

ขั้นที่ 1 มีทักษะทางคลินิกด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นพื้นฐาน (fundamental clinical skills) ทักษะการทำงานร่วมกัน (collaboratively) การเชื่อมโยงการบำบัด (linking session) การกำหนดเรื่องพูดคุย (setting agenda) การใช้คำพูดของผู้ป่วยเอง (using the patients language) การใช้คำถามปลายเปิด (use of open-ended question) การฟังและสะท้อนความ (reflective listening)

ขั้นที่ 2 ต้องรู้หลักการสำคัญของการบำบัด (cornerstones) มี 4 หลักการที่สำคัญคือ 1) Engagement เป็นการเตรียมความพร้อมในเรื่องการพูดคุยเกี่ยวกับการรักษา 2) Dealing with resistance ผู้ป่วยจะไม่เปลี่ยนแปลงมุมมองหรือพฤติกรรมถ้าเขารู้สึกถึงเครียดในสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดจะต้องลดแรงต้าน 3) exchanging information by using an elicit-provide-elicite model อะไรที่ผู้ป่วยต้องการรู้ให้ควมรู้แล้วถามว่าสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับตรงตามความต้องการจะรู้หรือไม่และจะต้องเฉพาะเป็นรายบุคคล (individually-tailored information) 4) Developing discrepancies โดยการถามให้ผู้ป่วยได้พิจารณาและสะท้อนถึงสิ่งที่ขัดแย้งกันโดยเทคนิคที่สำคัญเหล่านี้ใช้ระหว่างการสนทนาระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด

ขั้นที่ 3 ต้องประเมินความร่วมมือและฝึกทักษะที่สำคัญ (adherence therapy assessment and key exercises) Adherence assessment เพื่อเข้าใจมุมมองของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยและการ

รักษาโดยพูดคุยเกี่ยวกับการรักษาสับคันการให้ความสำคัญ (importance) ความมั่นใจในการกินยา (confidence) และความพึงพอใจต่อการรักษา (satisfaction) โดยการให้คะแนน 1-10 คะแนน

ทักษะที่สำคัญ (key skills) ทักษะที่สำคัญ 5 ทักษะได้แก่

- 1) Structured medication problem solving โดยการฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับการกินยาเช่นทักษะการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยาการแก้ไขการลืมกินยา
- 2) Looking back ช่วยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรักษาสะท้อนถึงผลของการรักษาทั้งดีและไม่ดีเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากอดีตเพื่อวางแผนสำหรับอนาคต Exploring ambivalence โดยการพิจารณาข้อดีและข้อเสียของการกินและไม่กินยา
- 3) Talking about beliefs and concerns เพื่อทดสอบความคิดความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาบางความเชื่อต้องให้คะแนนความมากน้อย 0-100% หาข้อมูลเพื่ออธิบายความคิดความเชื่อและให้คะแนนอีกครั้ง
- 4) Looking forward เพื่อให้ผู้ป่วยได้มองเป้าหมายในอนาคตและบทบาทของการรักษาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยไปถึงเป้าหมาย

4.3.5 การศึกษาที่ทดสอบประสิทธิภาพของ Adherence therapy Model

Kemp, et al. (1996) ศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของ Compliance Therapy ในผู้ป่วยโรคจิตจำนวน 47 คน ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ต่อการพัฒนาความร่วมมือในการรักษาเปรียบเทียบกับให้คำปรึกษาทั่วไป (Non-specific counseling) จำนวน 4-6 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจำนวน 25 คน มีการพัฒนาด้านทัศนคติความร่วมมือในการรักษา อาการทางจิต และการรับรู้อาการทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลนี้คงอยู่นานถึง 6 เดือน

O'Donnell, et al. (2003) ศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของ Compliance therapy ต่อความร่วมมือในการรับประทายตามแผนการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเปรียบเทียบกับให้คำปรึกษาทั่วไป (non-specific counseling) จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 30-60 นาที ติดตามประเมินผล 1 ปี และติดตามอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 2 ปี ผลพบว่า Compliance therapy ไม่มีประสิทธิภาพที่แตกต่างไปจาก non-specific counseling ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต การรับรู้อาการทางจิต ทัศนคติต่อการรักษาและอัตราการกลับมารักษาซ้ำ

Gray, et al. (2006) ศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของ Adherence therapy ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ความร่วมมือในการรักษา และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท 300 คน โดยสุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลอง 150 คน ที่ได้รับ Adherence therapy เป็นรายบุคคล จำนวน 8 ครั้ง เปรียบเทียบกับการให้สุขศึกษา ประเมินผล 52 สัปดาห์ พบว่า Adherence therapy ไม่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ความร่วมมือในการรักษา และอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่แตกต่างไปจากการให้สุขศึกษา

Sim-Eng Clara Tay (2007) ศึกษาผลของ Compliance therapy ที่พัฒนาโดย Kemp, et al. (1996, 1998) โดยบำบัด 3 ครั้ง ติดต่อกันถ้าผู้ป่วยความจำไม่ค่อยดีหรือสมาธิสั้นอาจพบ 4-5 ครั้ง แนวทางการบำบัดและการใช้คำถามได้แก่ การทบทวนการเจ็บป่วย

สรุปแล้วเข้าถึงปัญหาของการรักษา เชื่อมโยงการรักษากับการกลับเป็นซ้ำ ยอมรับประสบการณ์ด้านลบ เกี่ยวกับการรักษาถึงการปฏิเสธการเจ็บป่วย ถ้ามองถึงปัญหาอื่น ๆ ความจำเป็นในการรักษา และผลที่ตามมาทางสังคม ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางจิต สืบค้นความลังเลใจในการรักษา ให้ผู้ป่วยได้เสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษา อภิปรายในเรื่องข้อดีข้อเสียเป็นต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจำนวน 69 คน โดยเลือกตามคุณสมบัติที่ต้องการ ผู้บำบัดเป็นพยาบาลที่ได้รับการฝึกทักษะ CBT และ MI ให้การบำบัดเป็นรายบุคคล และแบบกลุ่ม 2-3 คน ผลพบว่ากลุ่มทดลองมีการพัฒนาทัศนคติ และความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ

Maneesakom, et al. (2007) ได้ศึกษาถึงทดลองเพื่อประเมินประสิทธิภาพของ Adherence therapy สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในเมืองเชียงใหม่ประเทศไทย โดยสุ่มผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 32 คน เข้ากลุ่มทดลองที่ได้รับ Adherence therapy เพิ่มจากการดูแลปกติ สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 8 ครั้ง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ประเมินผลในสัปดาห์ที่ 9 พบว่ากลุ่มทดลองมีการพัฒนาอาการทางจิต ทัศนคติ และความพึงพอใจในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่มีความแตกต่างในด้านการทำหน้าที่ทั่วไป และฤทธิ์ข้างเคียงของยาเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ (treatment as usual) เพียงอย่างเดียว

พรทิพย์ วชิรติลก และคณะ (2549) ได้ศึกษาโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดในผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 100 คน กลุ่มทดลอง 50 คน ได้รับการปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิด และกลุ่มควบคุม 50 คน ได้รับการดูแลปกติ ให้ญาติเข้าร่วมทุกครั้ง บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที โปรแกรมการบำบัดประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด 2) การสำรวจความลังเล ความคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านโรคจิต 3) การปรับความคิด การรับรู้ให้สมเหตุสมผล 4) การปรับพฤติกรรมโดยการวางแผนไขการกระทำ 5) การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวที่เหมาะสมติดตามประเมินผล 3 และ 6 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีการพัฒนาด้านพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกินยาจิตเวชหลังทดลอง และระยะติดตามประเมินผล 3 และ 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปรารธนา คำมีสินธ์ (2550) ศึกษาแนวทางการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยใช้แนวคิดการสัมภาษณ์ และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 1 ครั้ง ร่วมกับการให้การให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบกลุ่มจำนวน 5 ครั้ง ประเมินผลหลังบำบัด ติดตามประเมินผล 1 และ 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษาด้วยยา และพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในระดับสูง มีอาการทางจิตลดลงในระยะติดตามประเมินผล

Anderson, et al. (2010) ศึกษาเชิงทดลองการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษา (Adherence therapy: AT) ในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อทดสอบประสิทธิภาพการ

ยอมรับและความพึงพอใจของการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่แบ่งโดยการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 12 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 14 คน กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดแบบ AT ต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดตามปกติ (treatment as usual: TAU) ประเมินด้านอาการทางจิตโดยใช้ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ประเมินความร่วมมือในการรักษาโดยใช้ The Personal Evaluation of Transition in Treatment พบว่าไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านอาการทางจิตและความร่วมมือในการรักษา แต่ใน กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการบำบัดในระดับสูง

Starling, et al. (2010) ศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษา (adherence therapy: AT) ในผู้ป่วยโรคจิต ในด้านการมาพบแพทย์ตามนัด และพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโดยการสุ่มผู้ป่วยนอกจำนวน 109 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดตามปกติ (treatment as usual: TAU) พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับ AT มาพบแพทย์ตามนัดและมีความร่วมมือในการรักษาดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อมีการติดตามประเมินผล 6 เดือน

ผลการศึกษาเชิงทดลองใน 4 พื้นที่ ได้แก่ ที่สหรัฐอเมริกา Florida โดย Ford (2004) ที่ อิตาลีเยอรมัน เนเธอร์แลนด์ และ United Kingdom โดย Gray et al. (2006) และที่เชียงใหม่ ประเทศไทย โดย Maneesakorn et al. (2007; 2008) พบว่าการศึกษาของ Maneesakorn et al. (2007; 2008) ทั้ง 2 การศึกษา รายงานผลการบำบัดแบบ Adherence therapy ที่มีผลต่ออาการทางจิตที่สอดคล้องต่อการรักษาความพึงพอใจต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาของ Ford (2004) และ Gray et al. (2006) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในผลลัพธ์ดังกล่าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งทั้ง 2 การศึกษา มีกลุ่มตัวอย่างที่น้อยและมากเกินไปรวมทั้งระยะเวลาที่ติดตามผลนานจึงมีผลต่อผลลัพธ์ของการบำบัดโดยการศึกษาครั้งที่ 2 Maneesakorn et al. (2008) ได้ให้ข้อสังเกตว่าผลของการบำบัดเมื่อวัดผลหลังสิ้นสุดการทดลองจะได้ผลที่ดีที่สุดแต่ผลการบำบัดจะลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไปซึ่งพบว่า 26 สัปดาห์หลังบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงของอาการทางจิตน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับหลังบำบัดทันทีจึงสรุปว่า Adherence therapy จะให้ผลดีที่สุดในช่วงการติดตามผลช่วงแรก ๆ จำเป็นต้องมีการบำบัดเพื่อกระตุ้นให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการยังคงทนต่อไป (maintain effect) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาได้สะท้อนจากมุมมองของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้านจิตเวชเป็นอย่างมาก

4. สรุปการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษา (Adherence therapy group : AT)

การบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาเป็นการบำบัดที่มีหลักการภายใต้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau's (1952; 1997) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจปัญหาของตนในสถานการณ์ปัจจุบันทำความเข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้นในระหว่างเจ็บป่วย ใช้กระบวนการสัมพันธภาพระหว่างบุคคลช่วยแก้ไขความลังเลใจในเรื่องการกินยาโดยไม่ติดสิน ไม่ตีตรา แต่ฟังอย่างตั้งใจในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่าถึงประสบการณ์ เข้าใจถึงความคิดความรู้สึกของผู้ป่วย ประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาเน้นถึงความจำเป็นความตระหนักการให้คุณค่า เป้าหมาย

และประสบการณ์ สนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยา (Miller & Rollnick, 2002) กระตุ้นให้ผู้ป่วย พุดด้วยคำจูงใจตนเอง การบำบัดแบบ AT อย่างมีประสิทธิภาพประกอบด้วย 1) จะต้องทำงาน ร่วมกันกับระบบบริการ 2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา 3) ให้การรักษาที่ เฉพาะเจาะจงเพื่อความร่วมมือ 4) ใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและใช้เทคนิคการบำบัด ทางความคิดและพฤติกรรม 5) การประเมินความเชื่อและประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา ต้านโรคจิตอย่างระมัดระวัง

ระยะของการบำบัดแบบ AT ประกอบด้วย

1) ระยะประเมินโดยเน้นถึงการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือเช่นปัญหาการ รับประทานยาและฤทธิ์ข้างเคียง

2) ระยะให้การบำบัด

3) ระยะประเมินผลและต้องมีความยืดหยุ่นและเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยแต่ละคน องค์ประกอบของการบำบัดที่สำคัญคือการแก้ปัญหาที่ไม่สามารถร่วมมือในการรักษาได้ developing a medication timeline การสืบค้นความลังเลใจ การอธิบายความเชื่อและการตระหนักต่อการรักษา และการใช้ยาในอนาคต

Gary et al. (2010) ได้อธิบายถึงพัฒนาการของการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือ (Adherence therapy) ในผู้ป่วยจิตเภทเป็นโปรแกรมที่เกิดจากการวิจัยระดับนานาชาติ Adherence therapy เป็นกระบวนการที่เอื้อในการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุ เป้าหมายร่วมกัน ภายใต้แนวคิดคือ ถ้าผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา เขาจะร่วมมือมากขึ้น เหตุผลที่ผู้ป่วยหยุดกินยาเป็นเรื่องที่ซับซ้อนจากการศึกษาพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือการเจ็บป่วยการ รักษาผู้รักษาผู้ป่วยสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม (WHO, 2003) มีการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า Adherence therapy ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการบำบัดที่ใช้แนวคิด Motivation interviewing (MI) และใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy : CBT) โดยเน้นในเรื่องการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาโดยเฉพาะและมี พัฒนาการมาเรื่อย ๆ โดยความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญจากการระดมสมองนำข้อมูลเชิงคุณภาพมา วิเคราะห์และศึกษาวิจัยพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือ 6 ปัจจัย ดังนี้ 1) ประสิทธิภาพการ รักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละคน 2) การจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา 3) คุณลักษณะของ ผู้รักษาหรือผู้ให้บริการที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม 4) ฤทธิ์ข้างเคียง ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย 5) ประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรักษายอมรับประสบการณ์และเข้าใจ ความคิดของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วย 6) ความเชื่อและทัศนคติต่อการรักษายอมรับความลังเลใจว่า เป็นเรื่องธรรมชาติ

จากการศึกษาชี้แนะว่าการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางทำงานไปด้วยกันเป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่ม ความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทแต่จากการสังเกตพบว่า ผู้รักษาหรือผู้ให้บริการส่วนมาก ไม่ยอมรับการตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วยไม่อธิบายถึงประโยชน์และฤทธิ์ข้างเคียงของยา (Gray et al., 2005; Healthcare Commission, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปว่าการบำบัดแบบ Adherence therapy เป็นทางเลือกที่ดีที่สุดในปัจจุบันถึงแม้ที่ผ่านมาจะมีการรายงานผลลัพธ์ที่แตกต่างกันในด้านประสิทธิภาพของการบำบัดและส่วนมากเป็นการวิจัยในต่างประเทศมีเพียงงานวิจัยที่เชียงใหม่ดังกล่าวข้างต้นที่น่าสนใจถ้าทำวิจัยในประเทศไทยในต่างบริบทและพัฒนาเป็นแบบกลุ่มเพื่อทดสอบประสิทธิภาพและนำไปสู่การขยายผลและพัฒนาการบำบัดอย่างต่อเนื่องอันจะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและระบบบริการต่อไป

5. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

Adherence therapy model (ATM) พัฒนามาจาก Compliance therapy ของ Kemp et al. (1996) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนใช้ชื่อเรียกโปรแกรมต่างกันเพื่อสื่อสารให้เห็นรูปแบบการบำบัดที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม การให้สิทธิและการตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วย โดยการทำงานไปด้วยกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ตัดสินใจร่วมกันในการเลือกการรักษาที่ดีที่สุด โดยใช้กรอบ

แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing: MI) ร่วมกับเทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive approaches: CBT) เพื่อจัดอุปสรรคทางความคิดและความลังเลใจในการพัฒนาความร่วมมือในการรักษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยการเพิ่มพลังอำนาจ (Empowerment) ให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่ามีเสรีภาพในการตัดสินใจ และรับผิดชอบตนเองในเรื่องความร่วมมือในการรักษา

แนวคิดพื้นฐานคือ เป็นการบำบัดโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้ทักษะการสื่อสาร และการเข้าถึงผู้ป่วยโดยไม่เผชิญหน้า (Non-confrontational approach) การทำงานร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย (Collaborative) ภายใต้สัมพันธภาพที่ดีเป็นพื้นฐาน (Therapeutic alliance) เพิ่มแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ สืบค้นความลังเลใจต่อการรักษา โดยไม่บังคับ ไม่ชี้นำ ครอบงำ หรือข่มขู่ให้ผู้ป่วยต้องยอมรับ หรือทำตามคำแนะนำของผู้บำบัดร่วมกับการบำบัดทางความคิดที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ และปรับตัวต่ออาการทางจิตได้ ลดความรู้สึกเป็นดราม่า ใช้เทคนิคที่หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง แต่สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ค้นหา และปรับความคิดความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาโดยได้พิจารณาถึงประโยชน์ และผลเสียที่เกิดจากพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาแล้วเชื่อมโยงสู่เป้าหมายในระยะยาวของชีวิต กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเอง (Self motivational statement: SMS) ช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยได้เห็นจากมุมมอง และประสบการณ์ และตระหนักถึงสถานะของตนส่งผลให้ผู้ป่วยได้รู้คิด เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ อาการทางจิต มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา รวมทั้งตระหนัก และยอมรับถึงความจำเป็นในการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยผู้บำบัดสนับสนุนความสามารถ และเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยให้เกิดความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นนี้เป็นการวิจัยกึ่งเชิงทดลอง (quasi-experimental research) รูปแบบวัดก่อนและติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 เดือนและ 3 เดือนเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (randomized control group with pretest and follow up design) เปรียบเทียบผลระหว่างการบำบัดด้วยกลุ่ม ATG (กลุ่มทดลอง) และการบำบัดแบบปกติ TAU (กลุ่มควบคุม) ต่อคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ทศนคติต่อการรักษาและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษา ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

1. รูปแบบการทดลอง ดังนี้

	Pretest		Follow up 1 เดือน	Follow up 3 เดือน
R	O ₁	X	O ₂	O ₃
R	O ₄	Y	O ₅	O ₆

ภาพที่ 1 รูปแบบการทดลอง

โดยกำหนดให้

R หมายถึง การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

O₁ หมายถึง การประเมินอาการทางจิต ทศนคติต่อการรักษา และพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาระยะก่อนทดลองในกลุ่มทดลอง

O₂ หมายถึง การประเมินอาการทางจิต ทศนคติต่อการรักษา และพฤติกรรมความร่วมมือในการในระยะสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน

O₃ หมายถึง การประเมินอาการทางจิต ทศนคติต่อการรักษา และพฤติกรรมความร่วมมือในการในระยะสิ้นสุดการทดลอง 3 เดือน

O₄ หมายถึง การประเมินอาการทางจิต ทศนคติต่อการรักษา และพฤติกรรมความร่วมมือในการในระยะก่อนทดลองในกลุ่มควบคุม

O₅ หมายถึง การประเมินอาการทางจิต ทศนคติต่อการรักษา และพฤติกรรมความร่วมมือในการในระยะสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือนในกลุ่มควบคุม

O₆ หมายถึง หมายถึงการประเมินอาการทางจิต ทศนคติต่อการรักษา และพฤติกรรมความร่วมมือในการในระยะสิ้นสุดการทดลอง 3 เดือนในกลุ่มควบคุม

X หมายถึง กลุ่ม ATG

Y หมายถึง กลุ่ม TAU

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10 เข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2555 ในช่วงเดือนมกราคม 2555 ถึง มีนาคม 2555

2.2 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

2.2.1 มีอาการทางจิตสงบ โดยพิจารณาจากคะแนน HoNOS ทุกหัวข้อน้อยกว่าหรือ เท่ากับ 2 คะแนนและค่าคะแนนBPRSน้อยกว่า 37 คะแนน

2.2.2 อายุตั้งแต่ 20-60ปี การศึกษาตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารรู้เรื่อง มีผู้ดูแล ภูมิลำเนาอยู่จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคามและกาฬสินธุ์

2.2.3 มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาในเรื่องการรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา มีประวัติไม่มาตรวจตามนัด และการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำอย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งเป็นสาเหตุให้กลับมารักษาซ้ำ หรือทำให้อาการกำเริบรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

2.2.4 ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทนานไม่เกิน 15ปี ยินดีเข้าร่วมการบำบัด
เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

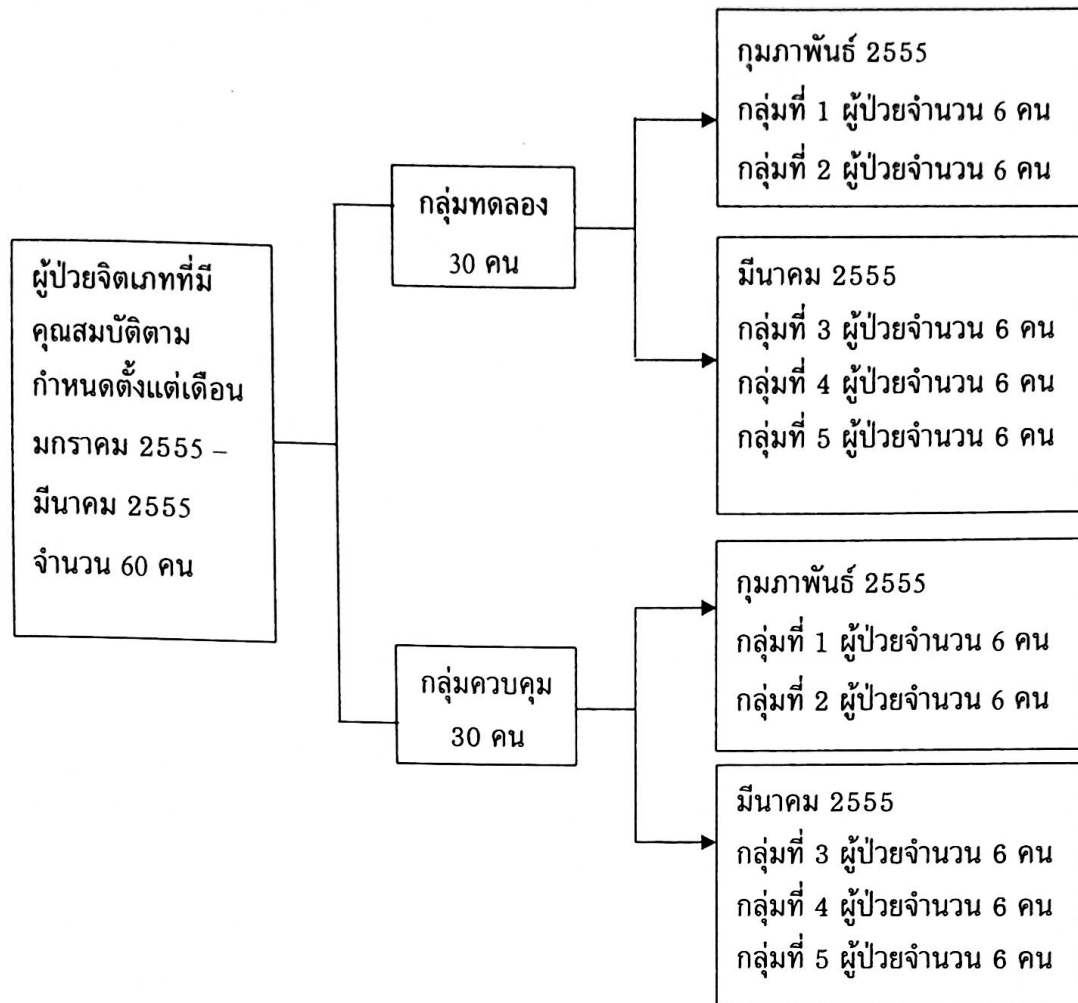
มีปัญหาทางสมอง (organic brain syndrome) หรือมีภาวะปัญญาอ่อน ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราหรือยาเสพติดอื่น ๆ ร่วมด้วย

3. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

3.1 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมGPower3 ใช้สถิติเปรียบเทียบความแปรปรวน (F-test) ใช้ค่าEffect size ระดับปานกลางของ Cohen (1997,1998) เท่ากับ0.40 ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 กำหนดค่าอำนาจของการทดสอบ (β) เท่ากับ 0.80 ค่าEta squared เท่ากับ0.14 ผลจากการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 51 คนแต่สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ30คนเพื่อป้องกันปัญหขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยลงเนื่องจากการออกจากการศึกษา (dropout) ประมาณร้อยละ20

3.2 การสุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างน้อย 12 คนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีอยู่จริงในช่วงเวลานั้นใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 6 คนให้การบำบัดตามแผนจนครบ 1 ครั้ง (5 วัน) และดำเนินการเช่นเดียวกันอีก 4 ครั้ง จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนด ดังภาพที่ 6



ภาพที่ 2 การสุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัดแบบกลุ่มATG (กลุ่มทดลอง) และการบำบัดแบบปกติTAU (กลุ่มควบคุม)

4. โปรแกรมที่ใช้ในการทดลอง (study intervention) ประกอบด้วย

4.1 โปรแกรมในการบำบัด แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 เข้าโปรแกรมบำบัดด้วย กลุ่ม ATG จำนวน 5 ครั้งๆละ 60 นาที ตั้งแต่ วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ เนื้อหาประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพ และเตรียมความพร้อม (engagement) ทบทวนประสบการณ์ความคิดความเชื่อต่ออาการเจ็บป่วยและการรักษา 2) ร่วมกันอธิบายอาการ สาเหตุ การรักษา และประเมินการให้ความสำคัญการตระหนักต่อการรักษา ความมั่นใจที่จะร่วมมือในการรักษา ตลอดจนความพึงพอใจต่อการรักษา(Adherence assessment) 3) จัดและแก้ไขความลังเลใจที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษา 4) เสริมสร้างแรงจูงใจ และแก้ไขปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษา(Problem solving) 5) สร้างความมั่นใจในการกินยาและร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทบทวนการบำบัด ฝึกจิตยากินเองและ ประเมินผล (รายละเอียดของโปรแกรมการบำบัดอยู่ในภาคผนวก)

การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดด้วยกลุ่ม ATG ผู้วิจัยได้พัฒนาโดยการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยของ Gray R., White J., Schulz M. & Abderhalden C. (2010) กรอบแนวคิด Compliance therapy ของ Kemp et al. (1996, 1998) และ Gray et al. (2004) แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing : MI) ของ Miller & Rollnick (2002) สำหรับเนื้อหาในการทำกลุ่มได้นำผลการวิจัยของ Maneesakron et al. (2007) ร่วมกับประสบการณ์การบำบัดรายบุคคลด้วย AT ของผู้วิจัย

ทีมบำบัดประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน โดยเป็นผู้นำกลุ่ม 1 คนและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม 1 คน ที่ได้รับการฝึกทักษะการทำกลุ่มบำบัดตามแนวคิดการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษา

กลุ่มที่ 2 ได้รับการบำบัดแบบปกติ (treatment as usual) ซึ่งเป็นบริการตามปกติที่โรงพยาบาลจัดให้กับผู้ป่วยจิตเภททุกคนได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การให้คำปรึกษา การเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่น กลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง กลุ่มปรับความคิดเพื่อชีวิตมีสุข กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เป็นต้น โดยผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้ป่วยแต่ละตึกและพยาบาลวิชาชีพประจำตึกกลุ่มกิจกรรม

4.2 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาแบบกลุ่ม (ATG) ผู้วิจัยคนที่ 1 เป็นพยาบาลวิชาชีพได้ศึกษาและทำความเข้าใจแนวคิด AT ฝึกทักษะการเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญจนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดและชำนาญ ผู้วิจัยคนที่ 2 เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วย ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์มา 15 ปี จบการศึกษาในระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยได้ศึกษากรอบแนวคิดจากอาจารย์ผู้สอนสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฝึกการบำบัดเป็นรายบุคคลภายใต้การแนะนำของอาจารย์ผู้สอน ได้รับการอบรมการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นเวลา 2 วัน โดยวิทยากรจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่มีความเชี่ยวชาญด้าน CBT อบรมการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยจิตเภทที่หลงผิดและประสาทหลอน 2 วัน ศึกษาตำราที่เกี่ยวกับการนำ CBT มาบำบัดในผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะและฝึกการบำบัดภายใต้การแนะนำของนักจิตวิทยาที่มีความเชี่ยวชาญด้านนี้เฉพาะที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้รับการอบรมการบำบัดโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing: MI) จากอาจารย์พิชัย แสงชาญชัย จำนวน 2 วัน ศึกษาเพิ่มเติมเรื่องการนำ MI มาบำบัดสำหรับพัฒนาความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะ ศึกษาแนวคิด Adherence therapy และฝึกบำบัดเป็นรายบุคคลภายใต้การแนะนำของอาจารย์จากมหาวิทยาลัยขอนแก่นจนเชี่ยวชาญ

การพัฒนาความเชี่ยวชาญในการทำกลุ่ม ATG ในผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยมีประสบการณ์การทำกลุ่มกิจกรรมที่หลากหลายมานาน 15 ปี เมื่อปรับโปรแกรมการทำกลุ่ม ATG แล้วได้นำไป

ทดลองใช้ในการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยปรับปรุงแก้ไขและทดลองใช้ตั้งแต่ ตุลาคม 2554 – มกราคม 2555 จนกระทั่งโปรแกรมในการทำกลุ่มบำบัดมีความเหมาะสมและใช้ได้จริง จึงได้เริ่มวางแผนการวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดด้วยATG

5. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์การวิจัย (Research measurement) ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน และนำไปใช้ประกอบการวิเคราะห์ผลการบำบัด ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลเป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิต (Brife Psychotic Rating Scale: BPRS) ใช้เพื่อประเมินอาการทางคลินิก และคัดกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่การศึกษา เปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยก่อนและหลังการบำบัดและในระยะติดตามผล แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาขึ้นโดย Overall & Gorham (1962) และนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุนภา กิตติรัตน์ไพบุลย์(กรมสุขภาพจิต, 2546) ประกอบด้วยอาการทางจิต 18 ข้อ เป็นมาตราวัด 7 ระดับ คือ 1 = ไม่มีอาการ, 2 = สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้าง แต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ, 3 = มีอาการเล็กน้อย, 4 = มีอาการปานกลาง, 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง, 6 = มีอาการรุนแรง และ 7 = มีอาการรุนแรงมาก มีระดับความเชื่อมั่นของค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.62- 0.87 คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 18- 126 คะแนนก่อนนำมาใช้ได้หาความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach's alpha coefficient ในบริบทของผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้ 0.84

คะแนนน้อยกว่า 18 หมายถึง เกณฑ์ปกติ

คะแนนระหว่าง 18-36 หมายถึง มีอาการทางจิต

คะแนนมากกว่า 36 หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรงต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน
เกณฑ์ในการเข้าโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยต้องมีคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติต่อการรักษา (Drug Attitude Inventory: DAI-30) พัฒนาโดย Hogan, Awad & Eastwood (1983) เป็นแบบวัดที่ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่นสูง ถูกแปลใช้หลายภาษาใช้ เพื่อวัดการตอบสนองต่อการรักษาด้านทัศนคติสำหรับผู้ป่วยจิตเภท มี 30 ข้อ ให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือกคือ ถูกหรือผิด โดย 15 ข้อจะตอบว่าถูกได้แก่ข้อ 2, 4, 6, 7, 8, 9, 15, 18, 21, 22, 23, 24, 26, 29, 30 ส่วนข้อที่เหลืออีก 15 ข้อจะตอบว่าผิดเมื่อตอบถูกจะได้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบผิดได้ -1 คะแนน รวมคะแนนถ้าได้คะแนนด้านบวกมาก แสดงว่ามีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา แต่ถ้าคะแนนด้านลบมาก แสดงว่า มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษา โดยผ่านกระบวนการแปลเป็นภาษาไทยจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อใช้ในการศึกษาของ Maneesakorn, et al. (2007) มีค่าความเชื่อมั่น 0.90 ก่อนนำมาใช้ได้หาความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach's alpha

coefficient ในบริบทของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาผู้ศึกษาได้นำแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของ พรทิพย์ วชิรติลล (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาตามแนวคิดของ Farragher (Farragher, 1999 อ้างถึงใน เพชร คันธสายบัว, 2544) ประกอบด้วย พฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการมาตรวจตามนัดและ ความสามารถในการสังเกต และจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ลักษณะของเครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง (3-5 ครั้ง/สัปดาห์) นานๆ ครั้ง (เดือนละ 1 ครั้ง) และไม่เคย ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ เป็นข้อความด้านลบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 8, 9, 12, 14 และ 15 ข้อความด้านบวก ได้แก่ ข้อ 4, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14 และข้อ 16 การให้คะแนนถ้าเป็นข้อความด้านลบให้ 1-4 คะแนน จากซ้ายไปขวาตามลำดับ ส่วนข้อความด้านบวกให้ 4-1 คะแนน จากซ้ายไปขวาตามลำดับเช่นกัน คะแนนจะอยู่ระหว่าง 16-64 คะแนน แบบประเมินนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพในด้านความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิต และจิตเวช และหาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89 และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นในบริบทของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.70

การแปลผลคะแนนโดยแบ่งคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน < 2 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมความร่วมมือในการ รักษาการในระดับต่ำ

คะแนน 21-42 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในระดับปานกลาง

คะแนน > 42 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกการติดตามการรักษา (การมาตรวจตามนัด) 3 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลติดตามประเมินจากประวัติผู้ป่วย (OPD card) และข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ (online data)

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

6.1 ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

6.1.1 ผู้วิจัยเตรียมตนเองและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการศึกษาทำความเข้าใจโปรแกรม และฝึกทักษะการบำบัดในการปฏิบัติจริง พร้อมทั้งอภิปรายปัญหาอุปสรรคในการทำกลุ่ม ปรับปรุงแก้ไขร่วมกัน จนกระทั่งสามารถดำเนินกลุ่มบำบัดได้ตามโปรแกรม

6.1.2 เตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูล ทีมผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจงผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัย ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 10 คน โดยชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูล และให้ทดลองใช้เครื่องมืออภิปรายซักถามกรณีมีข้อสงสัย หรืออุปสรรคในการเก็บข้อมูล และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน

กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเองโดยผู้ประเมินช่วยเหลือตามความเหมาะสม เช่นในกรณีสายตาไม่ดีอ่านลำบากอาจช่วยอ่านให้

6.1.3 เตรียมโปรแกรมการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาแบบกลุ่ม(ATG) พัฒนาโปรแกรมการบำบัดด้วยกลุ่ม ATG เป็นเวลา 4 เดือน และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบโปรแกรมการบำบัด ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลจิตเวช 1 ท่านและอาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้ในการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่เดือนกันยายน 2554 – ธันวาคม 2554 ได้ปรับโปรแกรมการบำบัดจนเหมาะสมในการปฏิบัติจริง

6.2 ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการทดลอง

6.2.1 กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีคุณสมบัติตามกำหนด ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการศึกษาวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดจนการประเมินผลภายหลังดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับ สอบถามความสมัครใจของอาสาสมัครในการเข้าร่วมโครงการ และให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

6.2.2 กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทำแบบประเมินทัศนคติต่อการรักษา และแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาก่อนเข้ากลุ่มบำบัด

6.2.3 ดำเนินการตามแผนวิจัยโดย กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดตามโปรแกรม ATGและการบำบัดแบบปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดตามปกติอย่างเดียว ดำเนินการไปพร้อมกัน

6.3 ขั้นตอนที่ 3 สิ้นสุดการทดลองและติดตามผล เมื่ออาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่มได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรม ทีมเก็บข้อมูลจะติดตามประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือนด้วยเครื่องมือชุดเดิม โดยการนัดพบผู้ป่วยที่ตึกที่ผู้ป่วยเคยเข้ารับการ หรือการติดตามทางจดหมาย หรือใช้วิธีโทรศัพท์หรือใช้หลายวิธีตามความเหมาะสมโดยยึดความพร้อมและความต้องการของอาสาสมัครเป็นหลัก

7. การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย ดังนี้

7.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยายโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษา และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลองด้วย t-test

7.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษา และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (repeated measures ANOVA) ✓

7.4 ศึกษาความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษา และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้ง 3 ระยะดังกล่าวข้างต้น โดยการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

7.5 การติดตามผลการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

8. ระยะเวลาในการศึกษา กุมภาพันธ์ 2555 – กรกฎาคม 2555

9. การพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร

โครงการวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ✕

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาแบบกลุ่ม (Adherence therapy group: ATG) กับการบำบัดแบบปกติ (Treatment as usual: TAU) ต่ออาการทางจิต ทักษะการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท โดยนำเสนอผลการวิจัย ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และอาการทางจิต ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน และ 3 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ทักษะการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และอาการทางจิต ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน และ 3 เดือนระหว่างทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 4 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ย ทักษะการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และอาการทางจิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ย ทักษะการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และอาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 6 เปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านพฤติกรรมกรดื่มสุราและการมาตรวจตามนัดก่อนบำบัด 3 เดือนและหลังบำบัด 3 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 7 การติดตามผลการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและผลการเปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.7 อายุเฉลี่ย 35.57 ปี (SD 6.81) สถานภาพสมรสโสดร้อยละ 76.7 จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษาร้อยละ 46.7 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 31.7 มีรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 60.0 มี สถานภาพในครอบครัวเป็นบุตรร้อยละ 46.7 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตเวชเฉลี่ย 7.47 ปี (SD=4.38) ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 96.7 จากการเปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง (n = 30 คน) และกลุ่มควบคุม (n = 30 คน)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	23 (76.7)	23 (76.7)
หญิง	7 (23.3)	7 (23.3)
อายุ		
21-30 ปี	10 (33.3)	6 (20.0)
31-40 ปี	14 (46.7)	14 (46.7)
41-50 ปี	20 (20.0)	10 (33.3)
หมายเหตุ	(อายุเฉลี่ย 34.53 ปี SD=6.27 ต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 47 ปี)	(อายุเฉลี่ย 36.60 ปี SD=7.26 ต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 48 ปี)
สถานภาพสมรส		
โสด	25 (83.3)	21 (70.0)
คู่อยู่ด้วยกัน	1 (3.3)	7 (23.3)
คู่แยกกันอยู่	1 (3.3)	1 (3.3)
หย่า/ร้าง/หม้าย	3(10.0)	1 (3.3)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	12 (40.0)	16 (53.3)
มัธยมศึกษา	13 (43.3)	12 (40.0)
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	3 (10.0)	-
ปริญญาตรี	2 (6.7)	2 (6.7)

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง (n = 30 คน) และกลุ่มควบคุม (n = 30 คน)
(ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
อาชีพ		
ว่างงาน	8 (26.7)	5 (16.7)
รับจ้าง	9 (30.0)	6 (20.0)
ค้าขาย	1 (3.3)	7 (23.3)
เกษตรกรกรรม	10 (33.3)	9 (30.3)
รับราชการ	2 (6.7)	-
อื่นๆ (ระบุ)	2 (6.7)	-
รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย		
1-5,000 บาท	21 (70.0)	21 (70.0)
5,000 บาทขึ้นไป	9 (30.0)	9 (30.0)
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	17 (56.7)	19 (63.3)
เพียงพอ	13 (43.3)	11 (36.7)
สถานภาพในครอบครัว		
บิดา/มารดา	3 (10.3)	-
พี่น้อง	11 (36.7)	15 (50.0)
บุตร	15 (50.0)	13 (43.3)
สามี/ภรรยา	1 (3.3)	2 (6.7)
โรคประจำตัว		
ไม่มี	30 (100.0)	28 (93.3)
มีโรคประจำตัว ได้แก่	-	2 (6.7)
1. โรคกระเพาะ	-	2 (6.7)
ระยะเวลาเจ็บป่วยโรคจิตเภท		
1-5 ปี	15 (50.0)	10 (33.3)
6-10 ปี	9 (30.0)	13 (43.3)
11-15 ปี	6 (20.0)	7 (23.3)
หมายเหตุ	(เฉลี่ย 6.83 ปี SD=4.51 ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 15 ปี)	(เฉลี่ย 8.1 ปี SD=4.22 ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 15 ปี)

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง ($n=30$ คน) และกลุ่มควบคุม ($n=30$ คน)
(ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ชนิดของยาที่ได้รับ	26(86.7)	29(96.7)
ยาด้านโรคจิตกลุ่มเดิม	13(43.3)	14(46.7)
ยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่	24(80.0)	25(83.3)
ยาฉีดออกฤทธิ์นาน		
ลักษณะพฤติกรรมความไม่ร่วมมือ	30(100)	30(100)
ไม่กินยาตามแผนการรักษา	27(90.0)	26(86.7)
ไม่มาตรวจตามนัด	15(50.0)	19(63.3)
ใช้สารเสพติดร่วมด้วย		
พฤติกรรมการดื่มสุรา		
ก่อนบำบัด3เดือน	13(43.3)	12(40.0)
ไม่ดื่มเลย	9(30.0)	10(33.3)
ดื่มเป็นบางครั้ง	8(26.7)	7(23.3)
ดื่มบ่อยๆ	-	1(33.3)
ดื่มเกือบทุกวัน		
พฤติกรรมการมารับยา		
ก่อนบำบัด3เดือน		
ไม่มารับยาเลย	14(46.7)	12(40.0)
มารับยา1เดือน	4(13.3)	10(33.3)
มารับยา2เดือน	10(33.3)	5(16.7)
มารับยา3เดือน	2(6.7)	3(10.0)

จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 76.7 มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปีร้อยละ 33.3 (อายุเฉลี่ย 34.53 ปี $SD=6.27$) สถานภาพสมรสโสดร้อยละ 83.3 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาและประถมศึกษาร้อยละ 43.3 และ 40.0 ตามลำดับ อาชีพเกษตรกรกรรมและรับจ้างร้อยละ 33.3 และ 30.0 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย 1-5,000 บาท ร้อยละ 70.0 ความเพียงพอของรายได้ตอบว่าไม่เพียงพอร้อยละ 56.7 สถานภาพของกลุ่มตัวอย่างในครอบครัวเป็นบุตรร้อยละ 50.0 ไม่มีโรคประจำตัว (โดยผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์) ร้อยละ 100 มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทอยู่ในช่วง 1-5 ปีร้อยละ 50.0 รองลงมา มีระยะเวลาเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 6-10 ปีร้อยละ 30.0 (ระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 6.83 ปี $SD=4.51$)

ชนิดของยาที่ได้รับส่วนมากได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มเดิมร้อยละ 86.7 ได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ร้อยละ 43.3 ได้รับยานีตออกฤทธิ์ระยะยาวร้อยละ 80.0 ด้านพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาพบว่าไม่รับประทานยาร้อยละ 100 ไม่มาตรวจตามนัดร้อยละ 90.0 และใช้สารเสพติดร่วมกับร้อยละ 50.0 ตามลำดับ ด้านพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนบำบัด 3 เดือนพบว่าไม่ดื่มเลยร้อยละ 43.3 ดื่มเป็นบางครั้งร้อยละ 30.0 และดื่มบ่อยๆ ร้อยละ 36.7 ด้านพฤติกรรมการมารับยาก่อนบำบัด 3 เดือนพบว่าไม่มารับยาเลยร้อยละ 46.7 มารับยา 2 เดือนร้อยละ 33.3 และมารับยา 1 เดือนร้อยละ 13.3 ตามลำดับ

ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 76.7 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 46.7 (อายุเฉลี่ย 36.0 ปี SD=7.26) สถานภาพสมรสโสดร้อยละ 70.0 ระดับการศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.3 และ 40.0 ตามลำดับ อาชีพเกษตรกรและค้าขาย ร้อยละ 30.0 และ 23.3 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย 1-5,000 บาท ร้อยละ 70.0 ความเพียงพอของรายได้ตอบว่าไม่เพียงพอ ร้อยละ 63.3 สถานภาพของกลุ่มตัวอย่างในครอบครัวเป็นพี่/น้อง ร้อยละ 50.0 ไม่มีโรคประจำตัว (โดยผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์) ร้อยละ 93.3 มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 43.3 (ระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 8.10 ปี SD=4.22)

ชนิดของยาที่ได้รับส่วนมากได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มเดิมร้อยละ 96.7 เป็นยากกลุ่มใหม่ร้อยละ 46.7 ได้รับยานีตออกฤทธิ์ระยะยาวร้อยละ 83.3 ด้านพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาพบว่าไม่รับประทานยาร้อยละ 100 ไม่มาตรวจตามนัดร้อยละ 86.7 และใช้สารเสพติดร่วมกับร้อยละ 63.3 ด้านพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนบำบัด 3 เดือนพบว่า ไม่ดื่มเลยร้อยละ 40.0 ดื่มเป็นบางครั้งร้อยละ 33.3 และดื่มบ่อยๆ ร้อยละ 23.3 ด้านพฤติกรรมการมารับยาก่อนบำบัด 3 เดือนพบว่า ไม่มารับยาเลยร้อยละ 40.0 มารับยา 1 เดือนร้อยละ 33.3 และมารับยา 2 เดือนร้อยละ 16.7 ตามลำดับ

สรุปเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง โรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ชนิดของยาที่ได้รับ พฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาพบว่าไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของ ทักษะการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และอาการทางจิต ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน และ 3 เดือน ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ทักษะการดูแลสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษา ระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีในการทดสอบแบบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน

กลุ่มบำบัด	n	mean	S.D.	Mean difference	t	df	p
ทัศนคติต่อการรักษา							
กลุ่มทดลอง	30	27.00	3.65	0.67	0.72	58	0.48
กลุ่มควบคุม	30	26.33	3.54				
พฤติกรรมความร่วมมือ							
กลุ่มทดลอง				-0.77	-0.47	58	0.64
กลุ่มควบคุม	30	47.30	6.70				
อาการทางจิต	30	48.07	5.98				
กลุ่มทดลอง				-4.47	-1.90	58	0.64
กลุ่มควบคุม	30	24.23	8.97				
	30	28.70	9.31				

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ทักษะการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ทักษะคิดต่อการรักษา พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และอาการทางจิต ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือนในกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ทักษะคิดต่อการรักษา พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและอาการทางจิต ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน ในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (Repeated Measure ANOVA: Within- Subjects Main Effect)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ทักษะคิดต่อการรักษา				
ภายในกลุ่ม	423.47	1	423.47	28.61*
ความคลาดเคลื่อน	429.20	29	14.80	
พฤติกรรมความร่วมมือ				
ภายในกลุ่ม	1459.62	1	1459.62	40.66*
ความคลาดเคลื่อน	1041.04	29	35.90	
อาการทางจิต				
ภายในกลุ่ม	566.96	2	283.48	8.83*
ความคลาดเคลื่อน	1863.04	58	32.12	

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 3 พบว่าทั้งคะแนนเฉลี่ย ทักษะคิดต่อการรักษา พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferoni ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ที่สนใจต่อการรักษาและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน ในกลุ่มทดลอง

ระยะเวลาการทดลอง		Mean Difference	Std. Error	p-value
อาการทางจิต				
ก่อนการทดลอง	หลังทดลอง 1 เดือน	4.43	1.15	<0.001
	หลังทดลอง 3 เดือน	6.87	1.23	<0.001
หลังทดลอง 1 เดือน	หลังทดลอง 3 เดือน	2.43	0.80	<0.010
ทัศนคติต่อการรักษา				
ก่อนการทดลอง	หลังทดลอง 1 เดือน	-4.53	0.76	<0.001
	หลังทดลอง 3 เดือน	-4.67	0.84	<0.001
หลังทดลอง 1 เดือน	หลังทดลอง 3 เดือน	-0.13	0.45	1.000
พฤติกรรมความร่วมมือ				
ก่อนการทดลอง	หลังทดลอง 1 เดือน	-9.57	1.67	<0.001
	หลังทดลอง 3 เดือน	-6.87	1.26	<0.001
หลังทดลอง 1 เดือน	หลังทดลอง 3 เดือน	2.70	0.81	<0.007

*p < 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในกลุ่มทดลองแตกต่างกัน 3 คู่ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะหลังการทดลอง 1 เดือนมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในระยะก่อนการทดลอง และหลังทดลอง 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะติดตามผล 3 เดือนมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในระยะหลังทดลอง 1 เดือนและหลังทดลอง 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะติดตามผล 3 เดือนมีคะแนนต่ำกว่าระยะหลังการทดลอง 1 เดือน

คะแนนเฉลี่ยทัศนคติก่อนทดลอง และหลังทดลอง 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะหลังทดลอง 1 เดือนมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่าระยะก่อนทดลอง

คะแนนเฉลี่ยทัศนคติก่อนทดลองและหลังทดลอง 3 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะติดตามผล 3 เดือนมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่าระยะก่อนการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยทัศนคติหลังทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะหลังทดลอง 1 เดือนมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่าระยะก่อนการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง 3 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะหลังทดลอง 3 เดือนมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่าระยะก่อนการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาระยะหลังทดลอง 1 เดือนและ 3 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะหลังทดลอง 3 เดือนมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่าระยะหลังทดลอง 1 เดือน

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ทักษะคิดต่อการรักษาและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน ในทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต คะแนนเฉลี่ยทักษะคิดต่อการรักษาและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน ในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (Repeated Measure ANOVA: Within- Subjects Main Effect)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
อาการทางจิต				
ภายในกลุ่ม	978.42	2	489.21	13.01*
ความคาดเคลื่อน	2180.24	58	37.60	
ทักษะคิดต่อการรักษา				
ภายในกลุ่ม	1318.02	2	659.01	120.71*
ความคาดเคลื่อน	316.64	58	5.46	
พฤติกรรมความร่วมมือ				
ภายในกลุ่ม	143.02	2	71.51	5.324*
ความคาดเคลื่อน	778.98	58	13.43	

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 5 พบว่าทั้งคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต คะแนนเฉลี่ยทักษะคิดต่อการรักษาและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferoni ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษา และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน 3 เดือน ในกลุ่มควบคุม

ระยะเวลาการทดลอง		Mean Difference	Std. Error	p-value
อาการทางจิต				
ก่อนการทดลอง	หลังทดลอง 1 เดือน	-6.17	1.64	<0.002
	หลังทดลอง 3 เดือน	-7.60	1.75	<0.000
หลังทดลอง 1 เดือน	หลังทดลอง 3 เดือน	-1.43	1.32	0.860
ทัศนคติต่อการรักษา				
ก่อนการทดลอง	หลังทดลอง 1 เดือน	0.17	0.55	1.000
	หลังทดลอง 3 เดือน	8.20	0.63	<0.000
หลังทดลอง 1 เดือน	หลังทดลอง 3 เดือน	8.03	0.62	<0.000
พฤติกรรมความร่วมมือ				
ก่อนการทดลอง	หลังทดลอง 1 เดือน	0.87	0.99	1.000
	หลังทดลอง 3 เดือน	3.00	1.03	<0.020
หลังทดลอง 1 เดือน	หลังทดลอง 3 เดือน	2.13	0.79	0.360

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 6 พบว่าในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตแตกต่างกัน 2 คู่ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังทดลอง 1 เดือนและ 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตลดลงต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง ส่วนระยะหลังการทดลอง 1 เดือนและ 3 เดือนมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตไม่แตกต่างกัน

คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษาแตกต่างกัน 2 คู่คือ ก่อนทดลอง และหลังทดลอง 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับระยะหลังทดลอง 1 เดือน และระยะหลังทดลอง 3 เดือน ส่วนระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง 1 เดือนไม่แตกต่างกัน

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาแตกต่างกัน 1 คู่คือ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาก่อนทดลองและหลังทดลอง 3 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาหลังทดลอง 1 เดือน และหลังทดลอง 3 เดือนไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 5 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษาและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 7 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ทัศนคติต่อการรักษาและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
อาการทางจิต					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	1680.56	1	1680.56	23.07	<0.001
ความคาดเคลื่อนที่ 1	4224.98	58	72.84		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาการทดลอง	1454.55	1	1454.53	20.87	<0.001
ปฏิสัมพันธ์ วิธีการทดลอง*เวลา	90.84	1	90.84	1.30	<0.022
ความคาดเคลื่อนที่ 2	4043.29	58	69.71		
ทัศนคติต่อการรักษา					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	1508.01	1	1508.01	102.01	<0.001
ความคาดเคลื่อนที่ 1	857.39	58	14.78		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาการทดลอง	469.81	1	469.81	36.53	<0.001
ปฏิสัมพันธ์ วิธีการทดลอง*เวลา	1271.68	1	1271.68	98.89	<0.001
ความคาดเคลื่อนที่ 2	745.84	58	12.86		
พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	1620.00	1	1620.00	41.53	<0.001
ความคาดเคลื่อนที่ 1	2262.44	58	39.01		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาการทดลอง	570.01	1	570.01	18.17	<0.001
ปฏิสัมพันธ์วิธีการทดลอง*เวลา	1032.63	1	1032.63	32.91	<0.001
ความคาดเคลื่อนที่ 2	1820.02	58	31.38		

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 7 พบว่า วิธีการทดลองมีอิทธิพลต่อคะแนนอาการทางจิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58} = 23.07$; $p < 0.000$) และระยะเวลาการทดลองมีอิทธิพลต่อคะแนนอาการทางจิตที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58} = 20.87$; $p < 0.000$) นอกจากนี้ พบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองมีผลต่อคะแนนอาการทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58} = 1.30$; $p < 0.022$) ดังนั้นจึงต้องทำ Simple Main Effect เพื่อพิจารณาผลรวมของตัวแปรอิสระ (วิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลอง) ที่ส่งผลต่อคะแนนอาการทางจิต ดังตารางที่ 11

คะแนนทัศนคติต่อการรักษาพบว่า วิธีการทดลองมีอิทธิพลต่อคะแนนทัศนคติต่อการรักษาที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58} = 102.01$; $p < 0.000$) และระยะเวลาการทดลองมีอิทธิพลต่อคะแนนทัศนคติต่อการรักษาที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58} = 36.53$; $p < 0.000$) นอกจากนี้ยังพบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองมีผลต่อคะแนนทัศนคติต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58} = 98.89$; $p < 0.000$) ดังนั้นจึงต้องทำ Simple Main Effect เพื่อพิจารณาผลรวมของตัวแปรอิสระ (วิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลอง) ที่ส่งผลต่อคะแนนภาวะซึมเศร้า ดังตารางที่ 12

เช่นเดียวกับคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ที่พบว่า วิธีการทดลองมีอิทธิพลต่อคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58} = 41.53$; $p < 0.000$) และระยะเวลาการทดลองมีอิทธิพลต่อคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58} = 18.17$; $p < 0.000$) นอกจากนี้ยังพบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองมีผลต่อคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58} = 32.91$; $p < 0.000$) ดังนั้นจึงต้องทำ Simple Main Effect เพื่อพิจารณาผลรวมของตัวแปรอิสระ (วิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลอง) ที่ส่งผลต่อคะแนนภาวะซึมเศร้า ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

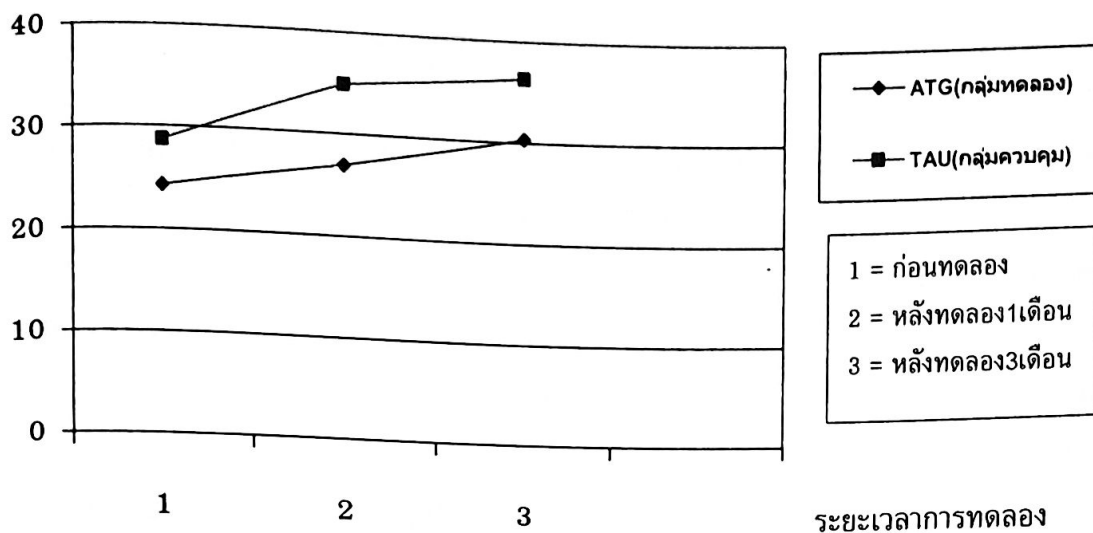
ระยะเวลาและวิธีการทดลอง	n	Mean	S.D.	Mean Difference	t	df	p
ก่อนการทดลอง							
AGT	30	24.23	8.97	-4.47	-1.90	58	0.64
TAU	30	28.70	9.31				
หลังทดลอง 1 เดือน							
AGT	30	26.93	4.82	-7.93	-4.82	58	0.01
TAU	30	34.87	7.62				
หลังทดลอง 3 เดือน							
AGT	30	30.37	4.41	-5.93	-5.38	58	0.01
TAU	30	36.30	4.14				

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 8 พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือนพบว่า คะแนนอาการทางจิตในกลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หมายความว่า การบำบัดแบบ AGT มีผลทำให้คะแนนอาการทางจิตลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ

ภาพที่ 3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองของคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต



จากภาพที่ 3 พบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมบำบัดแบบATG พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตเพิ่มขึ้นทั้งในระยะหลังทดลอง1เดือนและหลังทดลอง3เดือน เช่นเดียวกันกับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ แต่การเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบATGเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปกติทั้งในระยะหลังทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ที่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษาในระยะก่อนการทดลอง ภายหลังทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

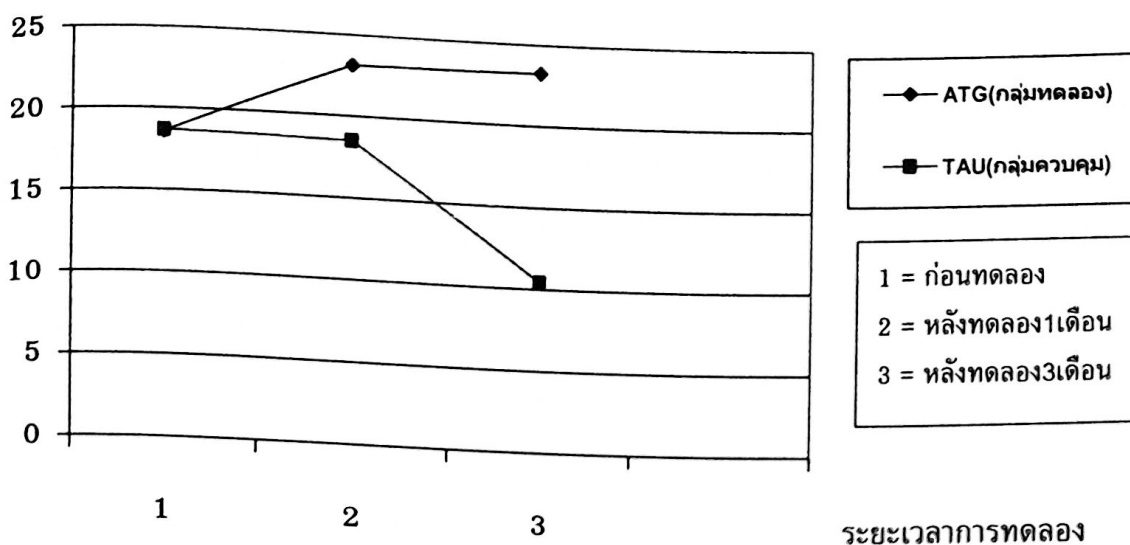
ระยะเวลาและวิธีการทดลอง	n	Mean	S.D.	Mean Difference	t	df	p
ก่อนการทดลอง							
ATG	30	18.57	3.90	-0.07	-0.07	58	0.950
TAU	30	18.63	3.67				
หลังทดลอง 1 เดือน							
ATG	30	23.10	1.54	4.63	6.13	58	0.001
TAU	30	18.47	3.84				
หลังทดลอง 3 เดือน							
ATG	30	23.23	2.33	12.80	22.78	58	0.001
TAU	30	10.43	2.01				

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษาในระยะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะหลังการทดลอง 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่าคะแนนทัศนคติต่อการรักษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ ATG มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษาเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ภาพที่ 4 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ยทัศนคติ



จากภาพที่ 4 พบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษาที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมบำบัดแบบ ATG พบว่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษาเพิ่มขึ้นในระยะหลังทดลอง 1 เดือน แต่ในระยะหลังทดลอง 3 เดือนพบว่าคะแนนมีแนวโน้มคงที่ ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปกติมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษาใกล้เคียงกับระยะก่อนทดลองและลดลงอย่างเห็นได้ชัดในระยะหลังทดลอง 3 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ที่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในระยะก่อนการทดลอง หลังทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

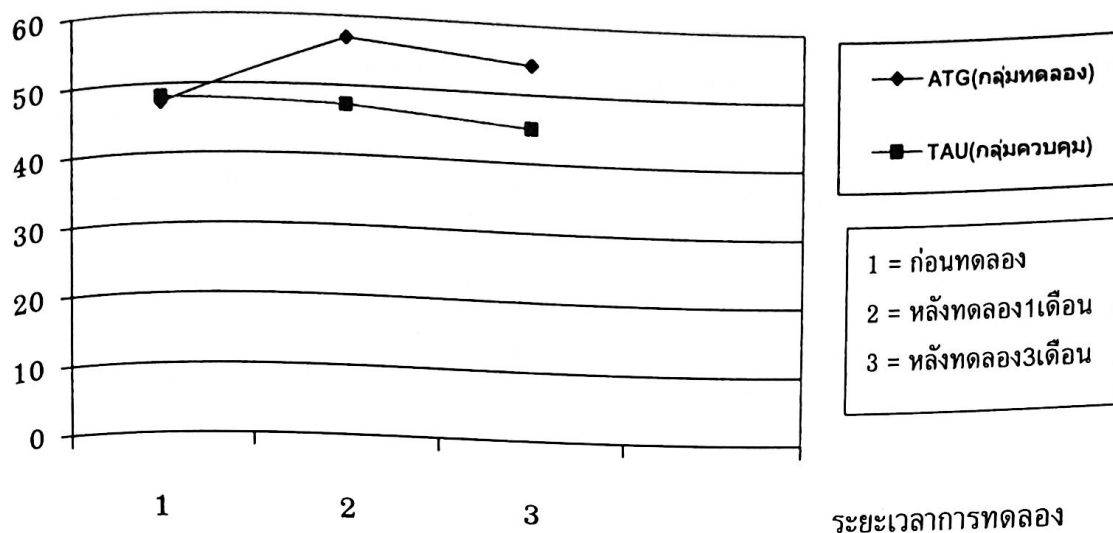
ระยะเวลาและวิธีการทดลอง	n	Mean	S.D.	Mean Difference	t	df	p
ก่อนการทดลอง							
ATG	30	47.30	6.70	-0.77	-0.47	58	0.640
TAU	30	48.07	5.98				
หลังทดลอง 1 เดือน							
ATG	30	56.87	2.75	9.67	-8.41	58	0.001
TAU	30	47.20	5.67				
หลังทดลอง 3 เดือน							
ATG	30	54.17	2.84	9.10	10.98	58	.001
TAU	30	45.07	3.54				

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะหลังการทดลอง 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ ATG มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ภาพที่ 5 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือ



จากภาพที่ 5 พบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมบำบัดแบบ ATG พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นในระยะหลังทดลอง 1 เดือน และมีแนวโน้มลดลงในระยะหลังทดลอง 3 เดือน ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปกติมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาลดลงและใกล้เคียงกับระยะก่อนทดลองและมีแนวโน้มลดลงในระยะหลังทดลอง 3 เดือน แต่อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ ATG เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปกติซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ที่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 6 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านพฤติกรรมการดื่มสุราและการ
 มาตรวจตามนัดก่อนบำบัด 3 เดือนและหลังบำบัด 3 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
 ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนบำบัด 3 เดือนและหลังบำบัด 3 เดือนระหว่าง
 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มที่ทดลองและกลุ่มที่รอรับ													
พฤติกรรมการดื่มสุรา	ไม่ดื่ม		ครั้งคราว		ดื่มน้อยๆ		ดื่มทุก วัน		รวม		X ²	df	p
	N	%	N	%	N	%	N	%					
ก่อนการทดลอง3เดือน													
AGT	13	21.7	9	15	8	13.3	0	0	30	50	1.59	3	0.63
TAU	12	20.0	10	16.7	7	11.7	1	1.7	30	50			
รวม	25	41.7	19	31.7	15	25	1	1.7	60	100			
หลังทดลอง3เดือน													
AGT	26	43.3	4	6.7	0	0	0	0	30	50	14.67	3	0.002
TAU	13	21.7	8	13.3	8	13.3	1	1.7	30	50			
รวม	39	65	12	20	8	13.3	1	1.7	60	100			

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 11 พฤติกรรมการดื่มสุรา 3 เดือนก่อนบำบัดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($X^2=1.59, df=3, p=0.63$) หลังทดลอง 3 เดือนกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($X^2=14.67, df=3, p<0.05$) หมายความว่าหลังบำบัด 3 เดือนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการมาตรวจตามนัดก่อนบำบัด 3 เดือนและหลังบำบัด 3 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมมาตามนัด	ไม่มาเลย		มา1เดือน		มา2เดือน		มา3เดือน		รวม		X ²	df	p
	N	%	N	%	N	%	N	%					
ก่อนการทดลอง3เดือน													
ATG	14	23.3	4	6.7	10	16.7	2	3.3	30	50	4.59	3	0.204
TAU	12	20.0	10	16.7	5	8.3	3	5	30	50			
รวม	26	43.3	14	23.3	15	25	5	8.3	60	100			
หลังทดลอง3เดือน													
ATG	0	0	0	0	2	3.3	28	46.7	30	50	32.27	3	0.001
TAU	12	20	7	11.7	4	6.7	7	11.7	30	50			
รวม	12	20	7	11.7	6	10	35	58.4	60	100			

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 12 พฤติกรรมการมาตามนัดก่อนบำบัด 3 เดือนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($X^2=4.59, df=3, p=0.204$) หลังทดลอง 3 เดือนกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($X^2=32.27, df=3, p<0.05$) หมายความว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมมาตามนัดเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มทดลอง

ตอนที่ 7 การติดตามผลการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละของการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหลังจำหน่าย 3 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การกลับมารักษาซ้ำ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่ใช่	30 (100.0)	26 (86.7)
ใช่	0 (0.0)	4 (13.3)

จากตารางที่ 13 เมื่อติดตามผลภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองไม่กลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 00.0 กลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3

เมื่อพิจารณาการกลับมารักษาซ้ำในกลุ่มควบคุมทั้ง 4 คน พบว่า 1 คนเกิดจากหยุดยาเอง เนื่องจากรู้สึกเบื่อหน่ายกับการกินยาเป็นเวลานานและคิดว่าตนเองหายดีแล้วจึงหยุดกินยาเอง 3 สัปดาห์ 1 คนเพื่อนบ้านเสียชีวิตไปช่วยงานศพพักผ่อนน้อย ต้มกาแฟวันละ 1 แก้ว ต้มเบียร์เล็กน้อยและไม่กินยา 2 คนหยุดยาล้างรับยา 1 เดือน ไม่มาตรวจตามนัดคิดว่าตนดีขึ้นแล้วกินยาทำให้ร่างกายไม่แข็งแรงและต้มกาแฟร่วมด้วย จึงกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่าย 2 เดือน 2 คน และหลังจำหน่าย 3 เดือน 2 คน

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาแบบกลุ่ม (Adherence therapy group: ATG) กับการบำบัดแบบปกติ (Treatment as usual: TAU) ต่ออาการทางจิต ทักษะการติดต่อกับการรักษา พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 52 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมกลุ่มการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (Adherence group therapy: ATG) จำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เนื้อหาประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพ และเตรียมความพร้อม (engagement) ทบทวนประสบการณ์ความคิดความเชื่อต่ออาการเจ็บป่วยและการรักษา 2) ร่วมกันอธิบายอาการ สาเหตุ การรักษา และประเมินการให้ความสำคัญการตระหนักต่อการรักษา ความมั่นใจที่จะร่วมมือในการรักษา ตลอดจนความพึงพอใจต่อการรักษา (Adherence assessment) 3) ขจัดและแก้ไขความลังเลใจที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษา 4) เสริมสร้างแรงจูงใจและแก้ไขปัญหที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษา (Problem solving) 5) สร้างความมั่นใจในการกินยาและร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทบทวนการบำบัด ฝึกจิตยากลืนเองและประเมินผล โดยผู้บำบัดเป็นพยาบาลจิตเวชที่ได้รับการฝึกทักษะการบำบัด

กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดแบบปกติคือ การสร้างสัมพันธภาพบำบัด การเข้ากลุ่มกิจกรรมตามปัญหาและความต้องการ การสอนสุขภาพจิตศึกษา เรื่องโรค และการรักษา และคำแนะนำก่อนกลับบ้านซึ่งเป็นบริการที่ให้กับผู้ป่วยทุกคน (Treatment as usual: TAU) โดยผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในตึกผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์การวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 2) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) 3) แบบประเมินทัศนคติต่อการรักษา (Drug Attitude Inventory: DAI-30) และ 4) แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ของ พรทิพย์ วัชรดิolk (2549) หาค่าความเชื่อมั่น 0.70

เก็บข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งได้รับการชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูล และทดลองใช้เครื่องมือ กรณีกลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านหนังสือได้คล่องจะให้ตอบแบบสอบถามเอง ถ้าอ่านหนังสือไม่คล่องหรือมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นไม่ชัด ผู้เก็บข้อมูลอ่านคำถามให้ การเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะติดตามผลภายหลังสิ้นสุดการบำบัดตามโปรแกรม 1 เดือนและ 3 เดือน

การวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย การเปรียบเทียบสัดส่วนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตทัศนคติต่อการรักษาและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และทดสอบด้วย t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตทัศนคติต่อการรักษาและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาระหว่างกลุ่มตามระยะเวลา โดยใช้สถิติ repeated measures ANOVA ศึกษาความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน กลุ่มทดลอง (บำบัดด้วย ATG) จำนวน 30 คน กลุ่มควบคุม (บำบัดด้วย TAU) จำนวน 30 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.7 อายุเฉลี่ย 35.57 ปี (SD 6.81) สถานภาพสมรสได้ ร้อยละ 76.7 ใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.7 อายุเฉลี่ย 35.57 ปี (SD 6.81) สถานภาพสมรสได้ ร้อยละ 76.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 31.7 มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 60.0 มีสถานภาพในครอบครัวเป็นบุตร ร้อยละ 46.7 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตเวชเฉลี่ย 7.47 ปี (SD=4.38) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.7 จากการเปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. ระยะก่อนทดลอง เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ทัศนคติต่อการรักษา และพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ทัศนคติต่อการรักษา และพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ในกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ทัศนคติต่อการรักษา และพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่า

3.1 คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อทำการทดสอบรายคู่ พบว่าพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในกลุ่มทดลองแตกต่างกัน 3 คู่ ดังนี้

3.1.1 คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะหลังการทดลอง 1 เดือนมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

3.1.2 คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในระยะก่อนการทดลอง และหลังทดลอง 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะติดตามผล 3 เดือนมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

3.1.3 คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในระยะหลังทดลอง 1 เดือนและหลังทดลอง 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะติดตามผล 3 เดือนมีคะแนนต่ำกว่าระยะหลังการทดลอง 1 เดือน

3.2 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษาในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อทำการทดสอบรายคู่ พบว่าแตกต่างกัน 2 คู่ ดังนี้

3.2.1 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติก่อนทดลอง และหลังทดลอง 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะหลังทดลอง 1 เดือนมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่าระยะก่อนทดลอง

3.2.2 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติก่อนทดลองและหลังทดลอง 3 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะติดตามผล 3 เดือนมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่าระยะก่อนการทดลอง

3.3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อทำการทดสอบรายคู่ พบว่าแตกต่างกัน 3 คู่ ดังนี้

3.3.1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะหลังทดลอง 1 เดือนมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่าระยะก่อนการทดลอง

3.3.2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง 3 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะหลังทดลอง 3 เดือนมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่าระยะก่อนการทดลอง

3.3.3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาระยะหลังทดลอง 1 เดือนและ 3 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะหลังทดลอง 3 เดือนมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่าระยะหลังทดลอง 1 เดือน

4. ในกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ทัศนคติต่อการรักษาและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่า

4.1 คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อทำการทดสอบรายคู่ พบว่าแตกต่างกัน 2 คู่ ดังนี้

4.1.1 คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังทดลอง 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะติดตามผล 1 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตลดลงต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

4.1.2 คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังทดลอง 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะติดตามผล 3 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตลดลงต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

4.2 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษาในกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อทำการทดสอบรายคู่ พบว่าแตกต่างกัน 2 คู่ ดังนี้

4.2.1 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษาระยะ ก่อนทดลอง และหลังทดลอง 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะหลังทดลอง 1 เดือนมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติสูงกว่าระยะก่อนทดลอง

4.2.2 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษาระยะ ก่อนทดลอง และหลังทดลอง 3 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะหลังทดลอง 3 เดือนมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติสูงกว่าระยะก่อนทดลอง

4.3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อทำการทดสอบรายคู่ พบว่าแตกต่างกัน 1 คู่ คือคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาก่อนทดลองและหลังทดลอง 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในระยะหลังการทดลอง 3 เดือน สูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง

5. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ทัศนคติต่อการรักษา และพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาพบว่า

5.1 คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะหลังการทดลอง 1 เดือนและ 3 เดือนพบว่า คะแนนอาการทางจิตในกลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หมายความว่า การบำบัดแบบ ATG มีผลทำให้คะแนนอาการทางจิตลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ

5.2 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษาระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะหลังการทดลอง 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่าคะแนนทัศนคติต่อการรักษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ ATG มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษาเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับ TAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

5.3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะหลังการทดลอง 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ ATG มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ TAU

6 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาตามพฤติกรรมการดื่มสุราและการมาตรวจตามนัด ก่อนบำบัด 3 เดือน และหลังบำบัด 3 เดือน

6.1 พฤติกรรมการดื่มสุราก่อนบำบัด 3 เดือนและหลังบำบัด 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าพฤติกรรมการดื่มสุรา 3 เดือนก่อนบำบัดทั้งกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($X^2=1.59, df=3, p=0.63$) หลังทดลอง 3 เดือน กลุ่มทดลอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($X^2=14.67, df=3, p<0.05$) หมายความว่าหลังบำบัด 3 เดือนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

6.2 พฤติกรรมการมาตรวจตามนัดก่อนบำบัด 3 เดือนและหลังบำบัด 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า พฤติกรรมการมาตามนัดก่อนบำบัด 3 เดือนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($X^2=4.59, df=3, p=0.204$) หลังทดลอง 3 เดือน กลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($X^2=32.27, df=3, p<0.05$) หมายความว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมมาตามนัดเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มทดลอง

7. การติดตามการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองไม่กลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล กลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3

2 สรุปและอภิปรายผล

2.1 ผลของกลุ่มพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (Adherence therapy group: ATG) ต่ออาการทางจิต ทศนคติต่อการรักษาและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตใน ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือนพบว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ย อาการทางจิต แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หมายความว่า ทั้ง การบำบัดแบบ ATG และการบำบัดแบบ TAU ต่างก็มีผลทำให้อาการทางจิตลดลงอยู่ในระดับไม่รุนแรงเช่นกัน แต่พบว่าในกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง 1 เดือนและ 3 เดือนมีคะแนน อาการทางจิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หมายความว่า การบำบัดแบบ AGT มีผลทำให้คะแนนอาการทางจิตลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการ บำบัดแบบปกติ

ในการวิจัยนี้การวัดผลลัพธ์ทางคลินิกด้วยการประเมินอาการทางจิตด้วยแบบประเมิน BPRS ซึ่งเป็นการวัดผลทางอ้อมถ้าผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาโดยการรับประทานยาถูกต้องตาม แผนการรักษา มาตรวจตามนัด และปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องสอดคล้องกับคำแนะนำของแพทย์และ พยาบาล ไม่ใช้สารเสพติดร่วม จะส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพทำให้อาการทางคลินิกดีขึ้น ไม่ได้หมายความว่า การบำบัดนี้มีผลทำให้อาการทางคลินิกดีขึ้นโดยตรง ดังนั้นในความหมายของ ผลการวิจัยนี้จึงหมายถึงการบำบัดแบบ ATG ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบ TAU จึงส่งผลให้มีคะแนนอาการทางจิตต่ำกว่าในระยะเวลา ติดตามผล 3 เดือนหลังบำบัด เช่นเดียวกับผลของการบำบัดแบบ ATG ต่อทัศนคติต่อการรักษา และพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษาและคะแนน

เฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่าคะแนนทัศนคติต่อการรักษาและคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ ATG มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษาและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับTAUอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kemp,et al. (1996) ที่ศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของCompliance Therapyในผู้ป่วยโรคจิตเปรียบเทียบกับการให้คำปรึกษาทั่วไป (Non-specific counseling) พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีการพัฒนาด้านทัศนคติ ความร่วมมือในการรักษา อาการทางจิต และการรับรู้อาการทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลนี้คงอยู่นานถึง6เดือน คล้ายกับการศึกษาของ Maneesakorn et al.(2007) ที่พบว่าการบำบัดแบบ Adherence therapyในผู้ป่วยจิตเภทช่วยให้อาการทางจิตดีขึ้น ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษามีความพึงพอใจต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดแบบปกติแต่การศึกษาของ Maneesakorn et al.(2007) เป็นการบำบัดแบบรายบุคคลจำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง วัดผลหลังบำบัด 1 สัปดาห์ และคล้ายกับการศึกษาของ Sim-Eng Clara Tay (2007) ซึ่งศึกษาผลของCompliance therapy ในผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษซ้ำบำบัดแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม2-3คนโดยบำบัด 3-5ครั้งติดต่อกัน พบว่ากลุ่มทดลองมีการพัฒนาทัศนคติ และความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญเมื่อติดตามผล 6 เดือน Staring et al.(2010) ศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษา (adherence therapy: AT)ในผู้ป่วยโรคจิต ในด้านการมาพบแพทย์ตามนัด และพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยนอกจำนวน 109 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดตามปกติ (treatment as usual: TAU) พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับATมาพบแพทย์ตามนัดและมีความร่วมมือในการรักษาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อมีการติดตามประเมินผล 6 เดือน

ผลการวิจัยนี้แตกต่างจากการศึกษาของ O'Donnell,et al.(2003)ที่ศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของCompliance Therapy ต่อความร่วมมือในการรับประทายตามแผนการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เปรียบเทียบกับการให้คำปรึกษาทั่วไป (Non-specific counseling) ติดตามประเมินผล 1ปี และติดตามอัตราการกลับมารักษซ้ำภายใน 2 ปี ผลพบว่าCompliance therapyไม่มีประสิทธิภาพที่แตกต่างไปจาก Non-specific counselingในการพัฒนาคุณภาพชีวิต การรับรู้อาการทางจิต ทัศนคติต่อการรักษา และอัตราการกลับมารักษซ้ำเช่นเดียวกันกับการศึกษาของGray, et al. (2006) ที่ศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของ Adherence therapyต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ความร่วมมือในการรักษา และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท เปรียบเทียบกับการให้สุศึกษา ประเมินผล 52 สัปดาห์ พบว่าAdherence therapy ไม่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ความร่วมมือในการรักษา และอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท ที่แตกต่างไปจากการให้สุศึกษาและ Anderson et al.(2010)ศึกษาเชิงทดลองเพื่อทดสอบ

ประสิทธิภาพการบำบัดแบบAdherence therapyในผู้ป่วยจิตเภทเปรียบเทียบกับการบำบัดแบบปกติ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านอาการทางจิตและความร่วมมือในการรักษา แต่ในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการบำบัดในระดับสูง

ผลการศึกษาเชิงทดลองใน 4 พื้นที่ ได้แก่ ที่สหรัฐอเมริกา Florida โดยFord (2004) ที่ อิตาลี เยอรมันนี เนเธอร์แลนด์ และUnited KingdomโดยGray et al. (2006)และที่เชียงใหม่ ประเทศไทยโดยManeesakorn et al. (2007;2008)พบว่าการศึกษาของ Maneesakorn et al. (2007;2008)ทั้ง2การศึกษารายงานผลการบำบัดแบบAdherence therapyที่มีผลต่ออาการทางจิต ทศนคติต่อการรักษา ความพึงพอใจต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาของ Ford(2004)และGray et al.(2006) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในผลลัพธ์ดังกล่าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งทั้ง 2 การศึกษามีกลุ่มตัวอย่างที่น้อยและมากเกินไป รวมทั้งระยะเวลาที่ติดตามผลนานจึงมีผลต่อผลลัพธ์ของการบำบัดโดยการศึกษาครั้งที่ 2 Maneesakorn et al.(2008)ได้ให้ข้อสังเกตว่า ผลของการบำบัดเมื่อวัดผลหลังสิ้นสุดการทดลองจะได้ผลที่ดีที่สุด แต่ผลการบำบัดจะลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป ซึ่งพบว่า 26 สัปดาห์หลังบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงของอาการทางจิตน้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบกับหลังบำบัดทันที จึงสรุปว่าAdherence therapyจะให้ผลดีที่สุดในช่วงการติดตามผลช่วงแรกๆ จำเป็นต้องมีการบำบัดเพื่อกระตุ้นให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการยังคงทนต่อไป (maintain effect) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาได้สะท้อนจากมุมมองของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมีการรับรู้และเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้านจิตเวชเป็นอย่างมาก

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาส่วนมากเป็นการศึกษาแบบรายบุคคล จากผลการศึกษาของ Maneesakorn et al.(2007,2008) จำนวน 2 ครั้งได้ผลเหมือนกันคือ Adherence therapy ช่วยพัฒนาอาการทางจิต ทศนคติที่ดีต่อการรักษาและความพึงพอใจต่อการรักษา บริบทที่ศึกษาคือประเทศไทยภาคเหนือจังหวัดเชียงใหม่ ไม่วัดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโดยตรง เนื่องจากแบบประเมินเป็นแบบให้ผู้ป่วยทำเองหรือสอบถามโดยผู้ประเมิน เนื่องจากเห็นว่าลักษณะผู้ป่วยคนไทยแตกต่างจากผู้ป่วยในประเทศทางตะวันตก โดยคนไทยมักจะเกรงใจและเชื่อตามแพทย์หรือพยาบาลมักจะตอบเพื่อเอาใจซึ่งอาจบิดบังความจริงให้คะแนนมากกว่าความเป็นจริง จึงทำให้ได้คำตอบที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง ดังนั้นจึงเลือกที่จะวัดผลลัพธ์ด้านอาการทางจิต ซึ่งเป็นผลจากพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ส่วนผลของการศึกษานี้ได้ผลที่คล้ายกันจะเห็นว่าเป็นบริบทของประเทศไทยแต่เป็นคนไทยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีลักษณะที่เชื่อตามและเกรงใจกลัวถูกตำหนิ ในการทำแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา หรือแบบประเมินทัศนคติต่อการรักษาก็อาจตอบเพื่อเอาใจแพทย์หรือพยาบาลเช่นกัน ซึ่งอาจไม่ใช่คำตอบที่ตรงกับพฤติกรรมหรือความคิดความรู้สึกที่แท้จริง จึงทำให้ได้ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ตามการศึกษที่ผ่านมาต่างก็มีความแตกต่างกันในด้าน วิธีการศึกษา จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์ ตลอดจนระยะเวลาการติดตามผลจึงทำให้ผลการศึกษาดูแตกต่างกัน เนื่องจากว่าไม่มีเครื่องมือใดที่จะใช้วัดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

ที่ดีที่สุด (gold standard) เพราะต่างก็มีข้อดีข้อเสียและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติต่างกัน (Timmreck & Randolph, 1993; Farmer, 1999)

จะเห็นว่าการบำบัดแบบกลุ่มในการศึกษานี้ให้ผลลัพธ์ที่ดีเช่นกันจึงเป็นทางเลือกที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้ารับการบำบัดมากขึ้นและมีความคุ้มค่าคุ้มทุนและในปัจจุบันยังมีผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดแบบ Adherence therapy จำนวนน้อยในด้านการพัฒนาทัศนคติที่ดีต่อการรักษาและความร่วมมือในการรักษาเป็นผลที่แปลผันตรงต่อกัน เพราะการมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาส่งผลให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น อาจเป็นผลเนื่องมาจากกระบวนการบำบัดแบบกลุ่ม Adherence therapy เป็นการบำบัดที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client-Center) ซึ่งอยู่ภายใต้แนวคิดทฤษฎีมนุษยนิยม (Humanistic Theory) เป็นรูปแบบการบำบัดที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมการให้สิทธิและการตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วย โดยการทำงานไปด้วยกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัด เป็นการเพิ่มพลังอำนาจ (empowerment) ให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มีเสรีภาพในการตัดสินใจและรับผิดชอบตนเองในการให้ความร่วมมือในการรักษาโดยไม่ตำหนิตัวตน ไม่คุกคามข่มขู่ และไม่ตีตราว่าเป็นโรคจิตเภทและด้วยกระบวนการกลุ่ม (group process) ที่สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกและประสบการณ์ร่วมกัน เกิดความรู้สึกไม่โดดเดี่ยวมีคนที่มีความคล้ายกับตนทำให้มีความหวังและกำลังใจ (experience of commonality) สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและทัศนคติทำให้สมาชิกกลุ่มมีมุมมองที่ต่างไปจากเดิม ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่นและยังได้บอกเล่าถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงบางสิ่งบางอย่างของตนเองต่อผู้อื่น (commitment) (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2549) การบำบัดแบบกลุ่มยังทำให้เกิดปัจจัยบำบัดแก่สมาชิกกลุ่ม จากการศึกษาพบข้อมูลเชิงคุณภาพจากเนื้อหาของกลุ่มสมาชิกกล้าเปิดเผยประสบการณ์ของตนเองในเรื่องพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโดยไม่กลัวที่จะถูกตำหนิเช่นการลองหยุดยาเองเพราะคิดว่าตนเองหายแล้ว การดื่มสุราและการไม่มาตรวจตามนัด ได้เรียนรู้ว่าพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลให้ต้องกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ได้บอกและเตือนสมาชิกคนอื่น ๆ ว่าไม่ควรทำเหมือนที่ตนเคยทำ และตนเองก็จะเปลี่ยนแปลงตนเองใหม่โดยจะกินยาสม่ำเสมอและมาตรวจตามนัด ไม่ใช่สารเสพติดเป็นต้น

การบำบัดภายใต้บรรยากาศที่ยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไขไม่ตำหนิตัวตนไม่คุกคามข่มขู่ ส่งผลให้สมาชิกกล้าเปิดเผยตนเองในเรื่องพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาตามความเป็นจริงโดยไม่กลัวว่าจะถูกตำหนิ แต่ผู้บำบัดจะใช้วิธีประคับประคองจิตใจให้กำลังใจและช่วยกันไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน โดยมองที่ส่วนดีหรือด้านบวก แม้จะมีเพียงเล็กน้อยและผู้บำบัดเข้าใจและยอมรับว่าการไม่กินยาเป็นเรื่องธรรมชาติ เกิดสัมพันธภาพที่ดีเชิงบำบัด ส่งผลให้ผู้ป่วยทัศนคติที่ดีต่อการรักษาและการกินยา เช่นเดียวกันกับการที่ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นอาการที่เกิดขึ้นว่าจำเป็นต้องได้รับการรักษามากกว่าที่จะบังคับให้ผู้ป่วยยอมรับว่าเป็นโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษามากกว่า เพราะผู้ป่วยส่วนมากปฏิเสธว่าตนไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิตเภทและการยอมรับว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภทเป็นเรื่องที่ยากซึ่งเกี่ยวเนื่องกับปัจจัยหลายอย่าง เพราะฉะนั้น

โดยแนวคิดของการบำบัดจึงเอื้อต่อการเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อการรักษาและการกินยาทางจิตเวช ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นเช่นกัน

อย่างไรก็ตามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยและความคุมปัจจัยต่างๆได้ยาก เช่น การมีผู้ดูแลผู้ป่วยที่คอยเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี การมีบริการทางสุขภาพใกล้บ้านที่คอยช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ก็ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ต่อเนื่องต่อเนื่องทำให้สามารถควบคุมอาการทางคลินิกได้ดี ซึ่งผลดังกล่าวอาจไม่ใช่ผลของการบำบัดอย่างแท้จริง ในเรื่องระยะเวลาการติดตามประเมินผลของการศึกษานี้ติดตามผล 3 เดือนซึ่งถือว่ายังเป็นช่วงเวลาที่สั้น จึงทำให้ผลการศึกษากการบำบัดแบบกลุ่มAdherence therapy ยังคงมีประสิทธิภาพแต่ก็พบว่าแนวโน้มของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเริ่มลดลง ซึ่งควรมีการกระตุ้นการบำบัดอย่างน้อย 3 เดือนต่อครั้ง และในการศึกษาของ Mancesakorn et al.(2008) พบว่าผลการบำบัดยังคงอยู่ 26 สัปดาห์

ผลการศึกษาการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองไม่กลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 การวิจัยที่ผ่านมาส่วนมากไม่ได้รายงานถึงอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ในการศึกษานี้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองไม่กลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในภายใน 3 เดือน ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล อาจเนื่องมาจากการมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่เพิ่มขึ้น ทำให้สามารถควบคุมอาการทางจิตได้ ตลอดจนการไม่มีพฤติกรรมดื่มสุราเลยและมาตรวจตามนัดมากขึ้น จึงส่งผลให้ไม่กลับมารักษาซ้ำ ตรงข้ามกับกลุ่มควบคุมที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราและการมาตรวจตามนัด ส่งผลให้ประสิทธิภาพของการรักษาลดลงทำให้อาการกำเริบได้ถึงแม้ผู้ป่วยบางคนจะกินยาสม่ำเสมอตามแผนการรักษาก็ตาม

2.2 ปัญหาการบำบัดแบบกลุ่มAdherence therapy และแนวทางแก้ไข

เนื่องจากปัญหาการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทอันเนื่องจากพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษายังเป็นปัญหาที่สำคัญที่ต้องตระหนักและดำเนินการแก้ไขอย่างต่อเนื่องเพื่อหมุนตามการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และพัฒนาการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ถึงแม้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จะเน้นให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แต่ก็พบว่าความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นได้กับทุกโรคทางจิตเวชเช่นเดียวกันกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาก็จำเป็นสำหรับผู้ป่วยทุกคน ไม่เฉพาะผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก็ต้องการการรักษอย่างต่อเนื่องเช่นกันจึงจะส่งผลให้การบำบัดมีประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จได้

ในปัจจุบันมีผู้ที่สามารถบำบัดแบบAdherence therapyมีจำนวนน้อย ซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชที่จบการศึกษาระดับมหาบัณฑิตที่สนใจศึกษาค้นคว้าและฝึกทักษะความชำนาญด้านการบำบัดนี้โดยเฉพาะ ในการที่จะบำบัดเป็นรายบุคคลและการสอนงานพยาบาลในทีม (coaching) เพื่อนำทักษะนี้ไปใช้กับผู้ป่วยพบว่า ยังไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นวิจัยนี้จึงเป็นการ

ทดสอบการบำบัดแบบกลุ่มAdherence เพื่อยืนยันถึงประสิทธิภาพของการบำบัดแบบกลุ่มซึ่งที่ผ่านมาในประเทศไทยไม่พบว่ามีการศึกษาในรูปแบบนี้มาก่อนมีเพียงการบำบัดเป็นรายบุคคลเท่านั้น

ดังนั้นจากผลการวิจัยพบว่าการบำบัดแบบกลุ่มAdherence therapyมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกับการบำบัดแบบรายบุคคล ซึ่งควรนำไปขยายผลให้การบำบัดผู้ป่วยจิตเภทและสามารถใช้บำบัดผู้ป่วยโรคจิตอื่น ๆ ได้เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนและผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยที่ซับซ้อนก็บำบัดรายบุคคลร่วมด้วยก็จะช่วยให้การบำบัดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เนื่องจากการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาแบบรายบุคคลได้ผลดีที่สุดแต่เมื่อให้การบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มก็เป็นการนำข้อดีของการบำบัดทั้ง 2 แบบมาช่วยเสริมให้การบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้นและสามารถขยายผลโดยนำไปบำบัดผู้ป่วยทางจิตเวชได้ทุกการวินิจฉัย

ด้านระยะเวลาและจำนวนครั้ง (session) ของการบำบัดแบบAdherence therapy พบว่าการศึกษานี้มีแตกต่างจากการศึกษาในประเทศอื่น คือต่างประเทศจะใช้ระยะเวลาและจำนวนครั้งของการบำบัดมากกว่า โดยใช้การบำบัด ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นแต่ก็มีการพัฒนาและลดจำนวนครั้งของการบำบัดตั้งต่อ 3-5 ครั้งซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพเช่นกันในการศึกษานี้ให้การบำบัดแบบกลุ่มจำนวน 5 ครั้ง ติดต่อกันภายใน 1 สัปดาห์ (จันทร์-ศุกร์) ซึ่งได้ปรับและทดลองใช้ให้ สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งรับผู้ป่วยไว้รักษาประมาณ 2 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 1 เน้นการรักษาด้วยยาเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นหายจากอาการป่วยโดยเร็วที่สุด และสัปดาห์ต่อไปเมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบจึงประเมินผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดด้วยกลุ่ม

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 ด้านการทำกลุ่มบำบัดATG

1) ผู้นำกลุ่มควรมีพื้นฐานการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดมาก่อน เนื่องจากต้องใช้ความรู้ ความสามารถในการทำกลุ่มบำบัดเดิม มาช่วยให้การทำกลุ่ม ATG ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2) ผู้บำบัดต้องเข้าใจแนวคิดพื้นฐานของการบำบัดแบบAdherence โดยควรทบทวนความรู้สึกรู้สึกความคิดความเชื่อของตนเองต่อผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษา บางครั้งต้องปรับทัศนคติของตนเองโดยเข้าใจธรรมชาติของการไม่ร่วมมือในการรักษาว่าเป็นเรื่องธรรมดา จะส่งผลให้เกิดการยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข ไม่รู้สึกขัดแย้งภายในใจ จะทำให้ท่าทีการแสดงออกด้านภาษาท่าทางและคำพูดที่ไม่ตำหนิ แต่จะรับฟังและหาข้อดีหรือมองด้านบวกซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยความจริงเกิดความไว้วางใจผู้บำบัดเร็วขึ้นช่วยลดแรงต้านที่จะเกิดขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองรวมทั้งรู้สึกมีคุณค่าสร้างความหวังและกำลังใจ

3) ผู้ที่จะนำกลุ่มATGไปใช้ต้องทำความเข้าใจในโปรแกรมการบำบัดทั้ง 5 ครั้ง และผู้นำกลุ่มควรมีความรู้ และทักษะการบำบัดด้วย CBTและMIที่เฉพาะเจาะจงในเรื่อง การพัฒนาความร่วมมือในการรักษา แบบรายบุคคลมาก่อน

4) การทำกลุ่มATGควรมีผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม (co-leader) ร่วมด้วยเพื่อ ช่วยในการประสาน เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มทุกคนมีส่วนร่วม และผู้ช่วยผู้นำกลุ่มต้องผ่านการ ฝึกทักษะจนชำนาญ และสามารถทำกลุ่ม ATG ได้

5) ผู้นำบำบัดไม่สามารถบำบัดแบบATGได้ถ้าไม่มีคุณสมบัติหรือทักษะ ความสามารถด้านการพยาบาลทางคลินิกด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (fundamental clinical skills) เข้าใจหลักการที่สำคัญของการบำบัด(cornerstones)และจะต้องประเมินความร่วมมือในการรักษา และใช้เทคนิคที่สำคัญได้(adherence therapy assessment and key exercises)

6) การบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาถือเป็นการปฏิบัติที่ดีที่สุด (best practice) ที่ควรขยายผลใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลประจำวันเนื่องจากเป็นแนวคิดที่ เอื้อต่อการเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ซึ่งจากการสังเกตพบว่าการปฏิบัติงาน ประจำพยาบาลไม่ค่อยใช้เทคนิคเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาหลายครั้งยังตำหนิต่อว่าและ คุกคามผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกและทัศนคติด้านลบต่อผู้ให้บริการและการบำบัดรักษาซึ่ง ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษา ระบบควรให้ความสำคัญและให้การ สนับสนุน

7) ควรมีการฝึกทักษะพยาบาลเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษา สำหรับใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลประจำวันภายใต้การใช้สัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการ บำบัดทำให้การพยาบาลผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้นซึ่งสิ่งนี้เป็นข้อเสนอแนะที่ได้จากการทบทวนอย่าง เป็นระบบในเรื่องAdherence intervention (McIntosh et al.,2006) จะเกิดผลดีต่อผู้ป่วยมากที่สุดนอกจากผู้บำบัดแล้วสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาให้มี ประสิทธิภาพคือวัฒนธรรมขององค์กรที่ควรพัฒนาระบบบริการตนเองเพื่อเอื้อให้การบำบัด ได้ผลยิ่งขึ้นรวมไปถึงการบำบัดแบบทีมสหวิชาชีพที่จะช่วยกันสร้างสิ่งแวดล้อมขององค์กรที่เต็มไปด้วย มิตรภาพที่ดีต่อผู้รับบริการโดยการฝึกทักษะการบำบัดแบบAdherence therapyให้แก่ทีมสห วิชาชีพเพื่อนำสู่การปฏิบัติในงานประจำต่อไป

8) ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีข้อจำกัดในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาอัน เนื่องมาจากปัจจัยด้านพยาธิสภาพของโรคและปัจจัยทางจิตสังคมอื่น ๆ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการการ ช่วยเหลือจากผู้ให้บริการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้ถูกต้องเหมาะสมภายใต้การทำงานที่ยึด ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

3.1:2 ด้านผู้รับบริการและผลลัพธ์การบำบัด

1) การบำบัดแบบATGอาจทำเป็นกลุ่มเล็ก 2-4 คนก็ได้และเพื่อให้การ บำบัดใช้เวลาอย่างน้อยลงเหลือ 3 ครั้งอาจต้องแยกกลุ่มผู้ป่วยโดยผู้ป่วยที่มีการเสื่อมด้านความคิดไม่ มากความจำและสมาธิดี เจ็บป่วยทางจิตเวชไม่นาน หรือมีการศึกษาสูง สามารถให้การบำบัด 3

ครั้งได้ เนื่องจากรูปแบบของการบำบัดยืดหยุ่นตามผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่วนในกลุ่มที่ค่อนข้างเป็นเรื้อรัง มีความเสื่อมด้านการรู้คิด ความจำและสมาธิไม่ดีก็ให้การบำบัดจำนวน 5 ครั้งหรือมากกว่า เพื่อตอกย้ำและบอกซ้ำ ๆ จะทำให้การบำบัดมีประสิทธิภาพ

2) กระบวนการกลุ่มและปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นในกลุ่มเป็นสิ่งสำคัญมากที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และเปลี่ยนแปลงทัศนคติในทางที่ดีและช่วยพิสูจน์ความคิดความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาให้ลดลงหรือหมดไปโดยใช้พลังของกลุ่มอย่างเหมาะสม

3) ควรส่งต่อข้อมูลที่สำคัญที่ได้จากการทำกลุ่มบำบัดให้ถึงผู้ป่วยทราบด้วย เพื่อผลต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยในด้านการเฝ้าระวังความเสี่ยงและการดูแลอย่างต่อเนื่องในเรื่องพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

4) การบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาต้องอาศัยความร่วมมือและการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพและในทุกบริบทที่ให้บริการผู้ป่วยจึงจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเกาะติดการรักษา (adherence) และต้องมียุทธศาสตร์ที่ตระหนักและให้ความสำคัญและสนับสนุนให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งด้านการกระตุ้นการบำบัด (booster session) ทุก 3 เดือน เพื่อความคงทนของการบำบัด

5) ควรมีการถ่ายทอดเทคโนโลยีการบำบัดให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลเพื่อใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดผู้ป่วยในการให้บริการแบบมุ่งผลลัพธ์ และพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยการวางแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีทักษะการบำบัดและการศึกษาวิจัยต่อไป

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ผลการศึกษาครั้งนี้ อาจจะมีผลจากช่วงดำเนินการศึกษาเป็นช่วงเวลาผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาล บริบทการดูแลเรื่องการรับประทานยาและพฤติกรรมของผู้ป่วยยังอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของทีมพยาบาล และเมื่อกลับมาติดตามผลการรักษาในระยะ 1 เดือนแรกจึงทำให้ผลการบำบัดยังคงอยู่ การศึกษานี้ยังติดตามผลในระยะสั้น ควรมีการติดตามผลในระยะยาว ด้วยการศึกษานี้ในบริบทหลังการจำหน่ายคือที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือบริบทชุมชน

3.2.2 การศึกษานี้วัดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาใช้วิธีการประเมินผลผ่านทางโทรศัพท์ ซึ่งอาจทำให้ได้ข้อมูลที่มีอคติได้ ควรมีการออกแบบการติดตามผลและประสานกับพยาบาลชุมชนหรือใช้การเยี่ยมบ้าน ควรมีการประสานกับผู้ดูแลผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมเพื่อช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น

3.2.3 สามารถนำไปบำบัดในผู้ป่วยโรคจิตอื่น ๆ เพื่อศึกษาถึงประสิทธิภาพ

3.2.4 สามารถขยายผลนำเทคนิคการบำบัดมาใช้ในการปฏิบัติงานประจำเปรียบเทียบผลด้านอัตราการกลับมารักษาซ้ำกับระบบงานเดิมที่เคยปฏิบัติ

3.2.5 การใช้แบบประเมินทัศนคติต่อการรักษา (DAI-30) ในการศึกษานี้อาจไม่เหมาะสมเนื่องจากมีจำนวนข้อมากใช้เวลานานในการประเมินสามารถใช้ฉบับย่อ (DAI-10) ซึ่งมี 10 ข้อแทนได้เนื่องจากมีค่าความเชื่อมั่นสูงเช่นกัน

3.2.6 สามารถศึกษาผลการบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยนอกและควรมีการประเมินความพึงพอใจต่อการบำบัด

3.2.7 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานและมีระยะเวลาเจ็บป่วยต่ำกว่า 10 ปี อยู่กับครอบครัว ซึ่งลักษณะนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ยังไม่มีความเสื่อมถอยการรู้คิด มีการรับรู้ตนเองดี (insight) และมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมดีจึงจะทำให้การบำบัดแบบกลุ่มได้ผลดียิ่งขึ้น จึงควรศึกษากับกลุ่มผู้ป่วยที่มี dual diagnosis

เอกสารอ้างอิง

- กนกรัตน์ สุขะตุงคะ. จิตวิทยาคลินิก: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: บริษัทเมดิเอคัลมีเดีย จำกัด; 2545.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สถิติประจำปีโรงพยาบาลจิตเวช.นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2546.
- จันทิมา องค์โมษิต. จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพฯ: บริษัทยูเนียนเครดิตเอช จำกัด; 2545.
- ธีระ ลีลำนันทกิจ. โรคจิตเภทกับกลุ่มอาการนิโรเลียดิกที่ร้ายแรง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2550.
- ปรารณา คำมีสินนท์. การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท สำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.[การศึกษาอิสระ].ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
- ประคอง นาโพนทัน.การบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.[การศึกษาอิสระ].ขอนแก่น:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
- ฝ่ายแผนงานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานผลการปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ประจำปีงบประมาณ2554.ขอนแก่น:โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2554.
- พิชัย แสงชาญชัย. การเสริมสร้างแรงจูงใจ และการบำบัดทางยาสำหรับผู้ป่วยติดสารเสพติด. กองจิตเวช และประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า; 2548.
- เพชร คันธสายบัว. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ และไม่ป่วยซ้ำ. [วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต].กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
- พรทิพย์ วชรดีลัก และคณะ. ผลของการให้การปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจกับการปรับพฤติกรรมทางความคิด ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลอุดรธานี.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
- มานิช หล่อตระกูล, & ปราโมทย์ สุกนิชัย. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บียอร์นเอ็นเตอร์ไพรส์; 2548.
- ยุทธนา องอาจสกุลม้น. การทำจิตบำบัดแบบCognitive Behavior therapyในผู้ป่วยจิตเภท: รายงานผู้ป่วย4ราย.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548; 23(2)114-23.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. แผนปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2554. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
- สมพร รุ่งเรือง. พยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา;

2549.
 อัจฉรา มุ่งพานิช. กรณีศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางกระบวนการคิด และพฤติกรรมที่มี
 ผลต่อการรับรู้ถึงอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท.[วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต].กรุงเทพฯ:
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.
- Adams SG, & Howe JT. Predicting medication compliance in a psychotic population.
J Nerv Ment Dis;1993: pp 558-60.
- Amador XF, & Anthony DS. *Insight and Psychosis*. Oxford: University Press;1998.
- Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, et al. Awareness of illness in schizophrenia
 And schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry*;1994:pp
 826-36.
- Anderson KH, Ford S, Robson D, Cassis J, Rodrigues C & Gray R. An exploratory,
 randomized controlled trial of adherence therapy for people with schizophrenia.
International Journal of Mental Health Nursing 2010;19:340-349.
- Birchwood M, Smith J, Drury V, Healy J, Maemillan F, & Slade M. A Self -report insight
 scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta psychiatrica
 Scandinavica*;1994: 89: 62-67.
- Brown CS, Wright RG, & Christensen DB. Association between type of medication
 Instruction and patient knowledge, side-effects and compliance. *Hospital and
 Community Psychiatry*;1987: 38: 55-60.
- Beck JS. *Cognitive therapy: basics and beyond*. The Guilford Press; 1995.
- Bryson G. & Bell MD. Initial and final work performance in schizophrenia: cognitive and
 symptom predictors. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2003; 191: 87-92
- Borras L, Brandt PY et al. Religious beliefs in schizophrenia There relevance for adherence
 to treatment. *Schizophr Bull* 2007; 33:1238-46.
- Carpenter WT, Strauss JS, & Barkto JJ. Flexible system for the diagnosis of schizophrenia:
 Report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia Science 1973;
 182: 1275-78.
- Chanut F, Brown TG, & Dongier M. Motivation Interviewing and Clinical Psychiatry. *Can
 J Psychiatry* 2005; 50 (9):548-54.
- Chaplin R. How can clinicians help patients to take their psychotropic medication?.
Advances in Psychiatric Treatment 2007; 13: 347-49.
- Cormac I, Jones , Campbell L, et al. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia.

- Cochrane Library issue. Oxford: Update Software; 2003.
- David AS. Insight and Psychosis. *British Journal of psychiatry* 1990; 156:798-08.
- Drury V, Birchwood M, Cochrane, et al. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. Impact on psychotic symptoms [online] *British Journal of psychiatry* 1996; 169:593-01.
- Daley D C & Zuckoff A. Improving treatment compliance: Counseling and systems strategies for substance abuse and dual disorders. Center City, MN: Hazelden Foundation. 1999.
- DiClemente CC & Prochaska JO. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. In W. R. Miller, & N. Heather (Eds.) *Treating addictive behaviors: Processes of change*, 2nd ed. (p.3-24). New York: Plenum Press; 1998.
- Drymalski & Campbell T. A review of Motivational Interviewing to enhance adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia: Evidence and recommendations *Journal of Mental Health* 2008; 18: 6-15.
- Eaddy M, Grogg A, Locklear J. Assessment of compliance with antipsychotic treatment and resource utilization in a Medicaid population. *Clin Ther* 2005; 27:263-272.
- Fenton WS, Blyer CR, & Heinssen, R.K. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin* 1997; 23:637-51.
- Fower D, Garety P, & Kuiper E. *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice* England: John Wiley & Sons Ltd.; 1995.
- Ford S. Examining the effects of QUATRO adherence therapy on community mental health service users symptomology and concordance with medication regimen (Masters thesis). Miami, FL: Florida International University; 2004.
- Gray R, Wykes T, & Gournay K. The effect of medication management training on community mental health nurse's clinical skills. *International Journal of Mental Health Nursing* 2000; 40: 163-69.
- Gray R, Wykes T & Gournay K. From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2002; 9 (3): 277-84.
- Gray R. Effect of a medication management training package for nurses on clinical outcome for patients with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry* 2004; 185 : 157-162.
- Gray R, Leese M, Bindman J, Becker T, Burti L, David A, et al. Adherence therapy

- for people with schizophrenia European multicentre randomized controlled trial. *British journal of psychiatry* 2006; 189: 508-14.
- Gray R., & Robin D. Advances in medication adherence in people with schizophrenia. *Progress in Neurology and Psychiatry* 2007; 11(4) s1-6.
- Gray R & Robin D. Medication management. In R. Newell & K. Gournay (Eds). *Mental Health Nursing an Evidence-Base Approach*. Edinburgh:Churchill Livingstone 2008; 109-29.
- Gray R, White J, Schulz M & Abderhalden C. Enhancing medication adherence in people with schizophrenia : An international program of research. *International Journal of Mental Health Nursing* 2010; 19:34-36.
- Haddock G, Barrowclough C, Tarrier N, Moring J, O'Brien R, Schofield N. et al. Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. *British Journal of Psychiatry* 2003; 183: 418-26.
- Haynes RB, Taylor DW & Sachett DL. *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979.
- Haynes R, McDonald H & Garg A. Interventions for helping patients to follow prescriptions form edications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 2. Update Software; 2002.
- Hogan TP, Awad AG & Eastwood MR. A self-report predictive of drug compliance in schizophrenia: reliability and discriminant ability. *Psychol Med* 1983; 13:177-83.
- Jaspers K. *General Psychopathology* (7th edn) (trans. J. Hoenig & M. W. Hamilton). Manchester: Manchester University Press; 1963.
- Kissling W. Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994; 382:16-24.
- Kane JM. Management strategies for the treatment of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry* 1989; 60: 13-17.
- Katon W, Rutter C, Ludman EJ et al. A randomized trial of relapse prevention of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 241-47.
- Kemp R, Hayward P, Applewhaite G, Everitt B, & David A. Compliance therapy in psychotic patients: Randomized controlled trial. *British Medical Journal* 1996; 312(12): 345-49.
- Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P & David A. Randomised controlled trial of

- compliance therapy. 18-month follow-up. *British Journal Psychiatry* 1998; 172(12): 413-19.
- Kikkert MJ, Schene AH, Koeter M, Robson D, Born A, Helm H, et al. Medication adherence in schizophrenia :Exploring patient, carers and professional views. *Schizophrenia Bulletin* 2006; 32(4): 786-94.
- Kingdon D & Turkington D. *Cognitive behavioral therapy of schizophrenia*. New York Guilford;1994.
- Kumar S & Sedwick P. Non- compliance to psychotropic medication in Eastern India: Clients'perspective. Part II. *Journal of Mental Health* 2001; 10(3): 279-84.
- Kluge J, Bach K, Kessler M. Elevational distribution and zonation of tropical pteridophyte assemblages in Costa Rica. *Basic and Applied Ecology* 2008; 9: 35-43.
- Lacro J, Dunn L, Dolder C et al. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia : a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 892-08.
- Robinson DG, Woerner MG, Alvir JM, Bilder RM, Hinrichsen GA, Lieberman JA. Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res.* 2002; 57:209-219.
- Lacro J P, Dunn L B, Dolder C R et al .Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002; 63:892-909.
- Leland & Forest R. Symptom awareness in schizophrenia :The relationship between insight into positive and/or negative symptoms and treatment compliance, Retrieved August 17, 2008, from <http://proquest.umi.com/pqdlink?2007; 2005>.
- Lincoln TM, Wilhelm K & Nestorue Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorder: a meta-analysis. *Schizophrenia Res* 2007; 232-45.
- Marinker M. Personal paper: writing prescriptions is easy. *BMJ* 1997; 314:747-8.
- Macpherson R, Jerrom B & Hughes A. Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia. *Journal of Psychiatry* 1996; 168:587-22.
- Martino S, Carroll K, Kostas D, Perkins J & Rounsaville B. Dual diagnosis motivational interviewing: A modification of motivational interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2002; 23:297-08.

- Martino, S. Contemplating the use of motivational interviewing with patients who Have schizophrenia and substance use disorders. American psychological Association 2007; 14(1):58-62.
- Mitchell A J & Selmes T. Why don't patients take their medicine? Reasons and solutions in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment* 2007; 13 : 336-346.
- Maneesakron S, Robson D, Gournay K, & Gray. An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chang Mai Thailand. *Journal of clinical Nursing* 2007; 16: 1302-12.
- Miller W R & Rollnick S. *Motivation Interviewing Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York : The Guilford press; 1991.
- McIntosh AM, Colon L, Lawrie SM & Stanfield AC. Compliance therapy for Schizophrenia (Review). The Cochrane collaboration; 2006.
- Mintz R, Dobson KS & Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta analysis. *Schizophrenia research* 2003; 61: 75-88.
- McDonald JL & Badger TA. Social function of persons with schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing* 2002; 40(6): 42-50.
- McPhillips M & Sensky T. Corecion, adherence or collaboration? In T. Wykes, N. Trrier & S. Lewis (Eds.), *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia*. New York: John Wiley & Sons Ltd.; 1998.
- Merinder LB, Viuff AG, Laugesen HD, Clemmensen K, Misfelt S & Espensen B. Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 287-94.
- Nuechterlein KH, Barch D M, Gold J M, Goldberg T E, Green M F & Heaton R K. Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2004; 72, 29-39.
- O'Donell C, Donohoe G, Sharkey L, Owen N, Migone M, Harries R, Kinsella A, Larkin C & O'Callaghan E. Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia. *British Medical Journal* 2003; 327:834-36.
- Pilling S, Bebbington P, Kuipers E et al. Psychological treatment in schizophrenia : I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behavior therapy. *Psychological Medicine* 2002; 32: 763-782.
- Peveler R, George C, Kinmonth A, Campbell M & Thompson C. Effect of antidepressant drug counseling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 1999; 319: 612-15.
- Quality of life following adherence therapy for people disabled by schizophrenia and their

- carers. Adherence therapy for schizophrenia Online Journal of Schizophrenia, Retrieved August 7, 2008, from <http://www.schizophrenia.com>; 2002.
- Rollnick S, Heather N, Gold R & Hall, W. Development of a short 'Readiness to Change Questionnaire' for use in brief opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction* 1999; 87: 743-754.
- Rathod S, Kingdon D, Smith P & Turkington D. Insight into schizophrenia: The effects of cognitive behavioral therapy on the components of insight and association with socio demographics. *Schizophr Res* 2005; 74: 211-19.
- Razali MS & Yahya H. Compliance with treatment in schizophrenia: a drug intervention program in a developing country. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2010; 91(5): 331-35
- Rusch N & Corrigan PW. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatry Rehabilitation J* 2002; 26(1): 23-32.
- Smith TE, Hull JW, Israel LM et al. Insight, symptoms and neurocognition in schizophrenia and schizophrenia disorder. *Schizophr Bull* 2000; 26: 193-200.
- Streicker SK, Amdur M & Dincin J. Educating patients about psychiatric medication: Failure to enhance compliance. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1986; 9(4):15-28.
- Staring BP, Mulder CL, Duivenvoorden HJ, De Haan L, Van der Gaag M. Fewer symptoms vs. more side-effects in schizophrenia? Opposing pathways between antipsychotic medication compliance and quality of life. *Schizophr Res* 2010; 113: 27-33.
- Tay CS. Compliance Therapy: An Intervention to Improve Inpatients' Attitude toward Treatment. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 2007; 6(45): 29-38.
- Tarrier N, Becket, R, Harwood S et al. A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug-resistant residual psychosis symptoms in schizophrenia patients. *British Journal of Psychiatry* 1993; 162: 524-32.
- Turkington D, Kingdon D & Turner T. Effectiveness of a brief cognitive behavioral therapy intervention of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 2002; 180: 523-27.
- Turkington D & Mckenna P. Is cognitive-behavioral therapy a worthwhile treatment for psychosis?. *British Journal of Psychiatry* 2003; 182: 477-79.
- Turkington D, Kingdon D & Weiden PJ. Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: *Am J Psychiatry* 2006; 163: 365-73.
- Valenstein M, Blow FC, Copeland LA, McCarthy JF, Zeber JE, Gillon L, Bingham CR &

- Stavenger T. Poor antipsychotic adherence among patients with schizophrenia :Medication and patient factors. *Schizophrenia Bulletin* 2004; 30(2): 255-64.
- Velligan DI, Lam YF, Glahn DC, Barrett JA, Maples NJ, Ereshefsky L et al. Defining and assessing adherence to oral antipsychotic :A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin* 2006; 4(32): 724-42.
- Wu EQ, Birnbaum HG, Shi L, Ball DE, Kessler RC, Moulis M et al. The economic burden of schizophrenia in the United States in 2002. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:1122-1129. [PubMed]
- Weiden PJ(2007, June 28). Interview. Psychosis Program in The Department of Psychiatry Chicago University; 2007.

ภาคผนวก

- ก. โปรแกรมการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการ
รักษาแบบกลุ่มในผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชนครินทร์
- ข. แบบประเมินที่ใช้ในงานวิจัย
- ค. ประวัติผู้วิจัย

ภาคผนวก ก

โปรแกรมการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาแบบ
กลุ่มในผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โปรแกรมการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาแบบ กลุ่มในผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

คุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่ง
ได้แก่รับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา ไม่มาตรวจตามนัด หรือปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตาม
คำแนะนำของทีมสุขภาพ
2. มีอาการทางจิตสงบ ระดับคะแนน HoNos น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ใน
ทุกหมวดคะแนนBPRSน้อยกว่า36คะแนนไม่มีภาวะปัญญาอ่อน
อายุระหว่าง20-60ปี
ป่วยเป็นจิตเภทนานไม่เกิน15ปี
3. ยินดีเข้ากลุ่ม

ลักษณะกลุ่ม

1. กลุ่มปิด 5 ครั้ง
2. สมาชิก 6 คน
3. เวลา 1 ชม.

ขั้นตอนในการทำกลุ่ม

1. ขั้นเริ่มต้นในการทำกลุ่ม
2. ขั้นดำเนินกลุ่ม
3. ขั้นตอนสิ้นสุด

เนื้อหาในการเข้ากลุ่ม

- | | |
|------------|--|
| ครั้งที่ 1 | เตรียมความพร้อม ทบทวนการเจ็บป่วยและการรักษาตามความคิด
ความเชื่อของผู้ป่วย |
| ครั้งที่ 2 | ร่วมกันอธิบายอาการทางจิต และประเมินความร่วมมือในการรักษา |
| ครั้งที่ 3 | การจัด และแก้ไขความลังเลใจในการให้ความร่วมมือในการรักษา |
| ครั้งที่ 4 | การแก้ปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถร่วมมือในการรักษา (Problem
solving) |
| ครั้งที่ 5 | เสริมสร้างความมั่นใจในการให้ความร่วมมือในการรักษาอย่าง
ต่อเนื่อง |

ขั้นตอนและวิธีการดำเนินกลุ่ม

การทำกลุ่มครั้งที่ 1 เตรียมความพร้อม ทบทวนการเจ็บป่วยและการรักษาตามความคิด
ความเชื่อของผู้ป่วย

- วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ทราบถึงประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับจากการเข้ากลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนประสบการณ์ความคิดความเชื่อต่ออาการ

วิธีดำเนินการบำบัด

1. ใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพ (interpersonal skills) สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย และยอมรับผู้ป่วยโดยไม่มีเงื่อนไข รับฟัง และการให้เกียรติผู้ป่วย เน้นที่ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะพูดคุยด้วยความสมัครใจไม่บังคับ โดยผู้บำบัดควรมีคุณสมบัติดังนี้ มีความอบอุ่น เป็นมิตร (warmth) มีความจริงใจ (genuineness) มีอารมณ์ขัน (humor) และมีความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ดำเนินการตามขั้นตอนการทำกลุ่มทั่วไปดังนี้ (10 นาที)

-แนะนำตัวผู้นำกลุ่มให้ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และผู้สังเกต และบันทึกกลุ่มแนะนำตัวเอง บอกหน้าที่ของตนเองสั้น ๆ

-ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนแนะนำตนเองจนครบปรบมือต้อนรับสมาชิกทุกคนเข้าสู่กลุ่ม

-ผู้นำกลุ่มทบทวนวันเดือนปีโดยกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วม และออกมาเขียนบนกระดาน

-กระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันตั้งกติกากลุ่ม ผู้นำสรุปกติกากลุ่มอีกครั้ง

-ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนผ่อนคลายโดยการฝึกหายใจคลายเครียดคือให้สุดลมหายใจเข้ายาว ๆ กลั้นลมหายใจสักพักแล้วค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกทำเช่นเดียวกัน 5 ครั้ง (ใช้เวลา 3 นาที)

-ผู้นำกลุ่มบอกลักษณะของกลุ่มโดยบอกชื่อกลุ่มคือ กลุ่มพัฒนาความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นกลุ่มที่ดำเนินการต่อเนื่องกัน 5 ครั้งในตอนเช้าใช้เวลา 1 ชั่วโมงเริ่ม 09.30-10.30 น. ทุกเช้าวันจันทร์ ถึงวันศุกร์

-บอกประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับในการเข้ากลุ่มนี้คือสมาชิกจะได้ทบทวนอาการ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำความเข้าใจสาเหตุ วิธีการรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การจัดการกับอาการและฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น แก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถร่วมมือในการรักษาได้ และฝึกจิตยากินเอง ถ้าสมาชิกลำบากไปปฏิบัติได้จะทำให้สามารถกลับไปอยู่บ้านได้นานไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำบ่อย ๆ

-เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและตอบคำถามตามความเหมาะสม

2. เกริ่นนำก่อนดำเนินกลุ่มว่าสมาชิกทุกคนที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลในครั้งนี้แต่ละคนคงมีประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือสาเหตุที่ญาติต้องพามาอนโรงพยาบาลต่อไปนี้อยากจะให้เล่าอาการเหล่านั้น ตลอดจนความคิดความเชื่อต่ออาการนั้นให้สมาชิกกลุ่มได้รับฟังและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ให้เวลาสมาชิกรายถึงอาการหรือสาเหตุที่ต้องมาอนโรงพยาบาลครั้งนี้ ให้โอกาสสมาชิกที่พร้อมพูดก่อน ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้พูดคุยสรุปและเชื่อมโยงโดยให้สมาชิกได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตามประเด็นดังนี้

- เกิดอะไรขึ้นจึงทำให้มารักษาในครั้งนี/สาเหตุหรืออาการที่ทำให้มารักษาในครั้งนี
- มีความคิดความเชื่อต่ออาการที่เกิดขึ้นอย่างไร
- คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นกับตนเป็นส่วนหนึ่งของการเจ็บป่วยหรือไม่

ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเขียนบนกระดานให้เห็นชัดเจน แล้วสรุปตามนั้น ยอมรับในความคิดความเชื่อของสมาชิกแต่ละคนโดยไม่ตัดสิน

ผู้นำกลุ่มสรุปว่า อาการที่เกิดขึ้นกับสมาชิกแต่ละคน และความคิดความเชื่อต่ออาการมีทั้งเหมือนและแตกต่างกัน ความเจ็บป่วยบางอย่างแพทย์บอกการวินิจฉัยให้เราราบเช่น บางคนเป็นเบาหวาน เพราะมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เราราบโดยการเจาะเลือดตรวจ ต้องกินยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้ปกติ หรือบางคนเป็นความดันโลหิตสูงแสดงอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ต้องกินยาเพื่อลดความดัน แต่อาการของการเจ็บป่วยบางอย่างเกิดขึ้นโดยที่เราไม่รู้ตัวซึ่งจะเห็นว่าหลายคนที่มารักษาที่นี่ไม่รู้ว่าตนเองมาเพราะสาเหตุใด ในขณะเดียวกันบางคนบอกได้ว่าตนเองหงุดหงิด นอนไม่หลับ หรือมีหูแว่วภาพหลอน จะเห็นว่าการเจ็บป่วยมีหลายแบบที่แตกต่างกัน อาจเป็นไปได้ที่อาการบางอย่างเกิดขึ้นกับเรา เราไม่รู้ตัว แต่คนอื่นสังเกตเห็นและมองว่าเป็นสิ่งผิดปกติหรือเป็นอาการป่วยจึงได้พาเรามารักษา โดยเราอาจจำเหตุการณ์ไม่ได้เลย ดังนั้นเรามาช่วยกันอธิบายว่าจริง ๆ แล้วอาการที่เกิดขึ้นกับเรานั้นที่แท้จริงเกิดจากอะไรแล้วเราจะมาพูดคุยกันในกลุ่มครั้งต่อไปในวันพรุ่งนี้

3. ผู้นำกลุ่มบอกว่าจะมีการบ้านสำหรับสมาชิกบางคนที่ยังไม่ทราบว่าเกิดอะไรขึ้นกับตนเองจึงได้มาโรงพยาบาลครั้งนี้ ให้กลับไปถามพยาบาลที่ตึกแล้วมาเล่าให้กลุ่มฟังครั้งต่อไป

4. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกได้สรุปการพูดคุยครั้งนี้ และช่วยสรุปเพิ่มเติมให้สมาชิกแต่ละคนพูดถึงความรู้สึกต่อการเข้ากลุ่มครั้งนี้ความรู้สึกต่อผู้นำกลุ่ม และกล่าวปิดกลุ่ม

- การประเมินผล
1. ประเมินจากการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม
 2. การตั้งใจฟังการซักถามและร่วมแสดงความคิดเห็น
 3. การบอกเล่าถึงความคิดความเชื่อของตนต่ออาการที่เกิดขึ้น

- การทำกลุ่มครั้งที่ 2 ร่วมกันอธิบายอาการทางจิต และประเมินความร่วมมือในการรักษา
- วัตถุประสงค์ 1. เพื่อร่วมกันอธิบายและทำความเข้าใจถึงสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น
2. เพื่อประเมินถึงการตระหนักและให้ความสำคัญต่อการรักษาอย่าง

ต่อเนื่องวิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายและดำเนินกลุ่มตามขั้นตอนการทำกลุ่มทั่วไปตามขั้นตอนการทำกลุ่มครั้งที่ 1 จากนั้นให้ข้อมูลว่า ครั้งนี้เป็นการเข้ากลุ่มเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาครั้งที่ 2 แจงวัตถุประสงค์ในครั้งนี้อธิบายให้สมาชิกเข้าใจอาการที่เกิดขึ้นสาเหตุ และการรักษา แลกเปลี่ยนประสบการณ์และมุมมอง ตามความคิดความเชื่อของสมาชิก ร่วมกันสรุปและทำความเข้าใจ

2. ทบทวนการบ้านครั้งที่แล้วคือ สมาชิกที่ไม่ทราบว่าตนมาโรงพยาบาลเพราะอะไร ได้ถามพยาบาลที่ตึกหรือไม่ เปิดโอกาสให้บอกเล่าในกลุ่ม แต่ถ้าไม่ได้ทำมาก็ยึดหยุ่นไม่คาดหวังและไม่ใช่ไรหากไม่ทำการบ้านมา จากนั้นถามสมาชิกว่าในครั้งนี้อธิบายเรื่องอะไรก่อนหรือไม่ (agenda setting) ก่อนที่จะพูดคุยกันตามวัตถุประสงค์ในครั้งนี้อธิบายเรื่องอื่นที่จะพูดคุยให้เวลาพูดคุยบ้างตามความเหมาะสม และพิจารณาว่าปัญหานั้นแก้ไขโดยใช้เวลาเล็กน้อยได้หรือไม่ หรือเป็นปัญหาที่ต้องใช้เวลานาน ให้แก้ไขตามสถานการณ์ และแสดงถึงความเข้าใจและเห็นใจสมาชิกนั้นตามความเหมาะสมเพื่อลดความวิตกกังวลของสมาชิกก่อนดำเนินกลุ่มต่อไป (10 นาที)

3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มทบทวนการพูดคุยครั้งที่แล้วและสรุปเพิ่มเติมว่า เราได้พูดคุยบอกเล่าประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งความคิดความเชื่อต่ออาการซึ่งผู้นำกลุ่มเข้าใจและยอมรับในความคิดความเชื่อของสมาชิกที่มีทั้งเหมือน และแตกต่างกัน ความคิดความเชื่อนั้นไม่สามารถตัดสินได้ว่าถูกหรือผิด เพราะเป็นเรื่องส่วนบุคคลซึ่งแต่ละคนผ่านประสบการณ์และการเรียนรู้ไม่เหมือนกัน แล้วเชื่อมโยงว่า ครั้งนี้เราจะมาช่วยกันอธิบายและแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน เพื่อหาข้อสรุปในทางที่เป็นไปได้ จากนั้นเราจะช่วยกันบอกเล่าว่า มีวิธีการอะไรที่ทำให้อาการเหล่านั้นหายไป หรือทุเลาตามประสบการณ์ของแต่ละคน

4. สรุปอาการหรือสาเหตุที่ทำให้มารักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ที่สมาชิกกลุ่มได้บอกเล่าในครั้งที่แล้ว ตั้งประเด็นว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าวมีอะไรบ้าง กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นตามความคิดความเชื่อและประสบการณ์ โดยผู้นำกลุ่มสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วม เชื่อมโยงและสรุปประเด็นที่กลุ่มเสนอที่ถูกต้องเหมาะสมแล้ว จากนั้น ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลเพื่ออธิบายอาการทางจิตที่เกิดขึ้น สาเหตุ อาการ การรักษา โดยไม่เน้นว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท ในสิ่งที่สมาชิกยังเข้าใจไม่ถูกต้อง พูดเป็นกลาง ๆ ว่าในทางการแพทย์อธิบายอาการที่เกิดขึ้นว่าอย่างไร มีสาเหตุจากอะไร อธิบายอาการด้านบวกของโรคจิตเภท (หูแว่ว ภาพหลอน ความคิดหลงผิด) โดยใช้รูปแบบ Stress diathesis model และ Vulnerability model ใช้เทคนิค CBT เช่น Normalization เพื่อลดการตีตรา สร้างความหวัง และกำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับอาการที่เกิดขึ้นและความจำเป็นที่ต้องรักษา เช่น เช่นการที่เกิดขึ้น (หูแว่ว ภาพหลอน หงุดหงิด ก้าวร้าว หวาดระแวงกลัว นอนไม่หลับ คิดว่าคนอื่นจะมาทำร้าย คิด

ว่ามีคนมาควบคุมตนเอง ฯลฯ) เกิดจากสารสื่อประสาทในสมองผิดปกติ อธิบายให้เห็นชัดโดยเปรียบเทียบเป็นเส้นตรงกับเส้นหยัก บอกสาเหตุที่ทำให้สารสื่อประสาทผิดปกติ ได้แก่ กรรมพันธุ์ การใช้สารเสพติดชนิดต่าง ๆ การเกิดเหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้เครียดมาก ๆ อาการเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนแตกต่างกันที่เราเป็นเรื่อรังต้องรักษา ในขณะที่บางคนเป็นแบบชั่วคราวครั้งเดียวแล้วหายไม่ต้องรักษา เชื่อมโยงให้เห็นว่าการรักษาอาการต่าง ๆ ให้ทุเลาหรือหายไปที่สำคัญคือการรับประทานยา เพราะยาเป็นสิ่งที่เดียวที่จะเข้าไปช่วยปรับสารสื่อประสาทในสมองให้เป็นปกติ (จากเส้นหยักเป็นเส้นตรง) แล้วอาการที่เกิดขึ้นจะค่อย ๆ หายไป ถ้าไม่กินยาอาการจะเป็นมากขึ้น และเป็นเรื่อรังตลอดชีวิต ยาจึงเปรียบเสมือนเกาะป้องกันตัวเราไม่ให้เกิดอาการกำเริบรุนแรงเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัยและตอบคำถามสมาชิกกลุ่มจนเข้าใจ

-ผู้นำกลุ่มยกตัวอย่างอาการที่เห็นชัดเจนซึ่งเป็นอาการด้านบวกของโรคจิตเภท ได้แก่ อาการหูแว่วการมีความคิดผิดปกติ พฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ถามสมาชิกว่าอาการที่เกิดขึ้นนี้ คิดว่าเป็นความเจ็บป่วยหรือไม่ โดยยกตัวอย่างโรคทางกาย เช่น โรคกระเพาะแสดงอาการอย่างไรบ้าง จากนั้นสรุปว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการเจ็บป่วยที่ทำให้สมาชิกไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้ และเป็นสาเหตุให้ต้องมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล กระตุ้นให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นว่าอาการเหล่านี้จะหายไปได้อย่างไร

5. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย และตอบคำถามสมาชิกอธิบายจนเข้าใจตามความเหมาะสม

6. ผู้นำสรุปให้สมาชิกเห็นว่ายามีความสำคัญอันดับแรกที่จะช่วยให้อาการดีขึ้นและถามสมาชิกว่าถ้าให้คะแนน 1-10 คะแนน สมาชิกจะให้คะแนนความสำคัญของยากี่คะแนน โดยให้สมาชิกได้ให้คะแนนทุกคนพร้อมทั้งบอกเหตุผลผู้นำกลุ่มชื่นชมสมาชิกที่ให้ความสำคัญกับการกินยาแต่สำหรับสมาชิกที่ยังให้ความสำคัญน้อยอาจมีเหตุผลส่วนตัว หรืออาจมีความลังเลสงสัยในการรักษาหรือการกินยา ซึ่งครั้งต่อไปจะได้พูดถึงผลดีและผลเสียของการกินและไม่กินยา

9. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นสมาชิกให้ช่วยสรุปเรื่องที่พูดคุยกันในวันนี้และเพิ่มเติมสรุปให้เห็นชัดเจนอีกครั้งถามความรู้สึกของสมาชิกในการเข้ากลุ่มครั้งนี้นัดพบกันครั้งต่อไปแล้วกล่าวปิดกลุ่ม

- การประเมินผล
1. ประเมินจากการทำการบ้านที่มอบหมายครั้งที่แล้ว
 2. การมีส่วนร่วมอธิบายอาการที่เกิดขึ้นกับตนการรับฟังสมาชิกกลุ่มและแสดงความคิดเห็น
 3. การให้คะแนนตนเองถึงการตระหนักและให้ความสำคัญต่อการรักษา ความมั่นใจในการกินยาและความพึงพอใจต่อการรักษา

การทำกลุ่มครั้งที่ 3 การจัด และแก้ไขความลังเลใจในการให้ความร่วมมือในการรักษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้แก้ไขความลังเลใจที่เป็นอุปสรรคต่อความ ร่วมมือในการรักษา
2. เพื่อให้สมาชิกได้ตั้งเป้าหมายที่สำคัญในชีวิตและเห็นช่องว่างระหว่างปัจจุบัน และ เป้าหมายของตนเอง

วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายพูดคุยเรื่องทั่วไป สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเองใช้ ขั้นตอนการดำเนินกลุ่มทั่วไปตามขั้นตอนในการทำกลุ่มครั้งที่1 เปิดโอกาสให้สมาชิกพูดเรื่องที่ไม สบายใจที่ต้องการพูดก่อน รับฟังปัญหาช่วยเหลือให้สมาชิกลดความวิตกกังวล ผิกหายใจเพื่อ คลายเครียด (5 นาที)

2. กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันทบทวนการพูดคุยครั้งที่แล้ว ผู้นำกลุ่มสรุปเพิ่มเติม แล้วแจ้งวัตถุประสงค์ในการพูดคุยครั้งนี้ ตั้งประเด็นให้สมาชิกกลุ่มได้ช่วยกันคิดถึงข้อดีข้อเสีย ของการกินและไม่กินยา โดยเขียนให้เห็นชัดเจนบนกระดานตามใบกิจกรรม สรุปให้เห็นว่าการกิน ยามีข้อดีก็ข้อข้อเสียก็ข้อ การไม่กินยามีข้อดีก็ข้อมีข้อเสียก็ข้อแล้วสรุปว่าการกินยามีข้อดีมากกว่า มีข้อเสียน้อยกว่า ชี้แนะให้สมาชิกเห็นว่าไม่ว่าทางเลือกโดยอ้อมมีทั้งข้อดีและข้อเสีย เราควรเลือกทาง ที่มีข้อดีมากที่สุดและข้อเสียที่มี ผู้นำถามสมาชิกว่าเมื่อสมาชิกได้พิจารณาทั้งข้อดีและข้อเสีย แล้วตัดสินใจอย่างไรในเรื่องการกินยา หรืออาจถามว่าใครตัดสินใจที่จะกินยาต่อเนื่องบ้าง และ ใครตัดสินใจที่จะไม่กินยาต่อเนื่อง แล้วให้สมาชิกได้ยกมือ

(15 นาที)

3. ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงให้เห็นว่าการกินยาและไม่กินยามีผลต่ออนาคตและเป้าหมายใน ชีวิตของสมาชิกแต่ละคน ผู้นำกลุ่มเชื่อว่าสมาชิกทุกคนล้วนมีเป้าหมายในชีวิต ต่อไปนี้อยากให้ทุก คนได้บอกเป้าหมายในชีวิตที่สำคัญของตนเอง หรือความตั้งใจว่าจะทำอะไรเมื่อกลับไปอยู่บ้าน อาจเป็นเป้าหมายเล็ก ๆ ก็ได้ โดยผู้นำยกตัวอย่างเช่น กลับบ้านจะไปเรียนต่อให้จบ หรือจะไป ทำงานหารายได้ ให้เวลาสมาชิกได้คิดแล้วให้บอกในกลุ่มโดยเขียนเป้าหมายของแต่ละคนบน กระดานให้เห็นชัดเจน ผู้นำกลุ่มสรุปให้เห็นว่าแต่ละคนมีเป้าหมายของตนเองที่จะต้องทำให้สำเร็จ ที่ ผ่านมาเราได้ทำตามเป้าหมายที่เราตั้งใจไว้หรือไม่ มีอะไรบ้างที่ทำให้เราไม่สามารถทำตามเป้าหมาย ที่วางไว้ได้ หรือมีอุปสรรคอะไรบ้าง กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้แสดงความคิดเห็น ผู้นำสรุปให้ เห็นว่าการที่สมาชิกต้องมานอนโรงพยาบาลซ้ำบ่อย ๆ ก็ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนต้องการได้ แล้วกระตุ้นถามสมาชิกว่าการมานอนโรงพยาบาลมีผลเสียอะไรบ้าง จากนั้นสรุปผลเสียที่สมาชิก นำเสนอ และเพิ่มเติมตามความคิดเห็นของผู้นำกลุ่ม (15 นาที)

4. ผู้นำกลุ่มชี้ให้สมาชิกกลุ่มเห็นว่าคนทุกคนมีความแตกต่างกัน แม้แต่เรื่องสุขภาพหรือ การเจ็บป่วย แต่ละคนต้องดูแลตนเองให้เหมาะสมตามการเจ็บป่วยของตนเอง เช่น คนที่เป็น เบาหวานก็ต้องกินยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และก็ต้องงดหรือรับประทานของหวานให้น้อยลง ต้องไปตรวจระดับน้ำตาลในเลือดตามที่หมอนัด เช่นเดียวกันกับสมาชิกที่มีอาการอันเกิด จากสารสื่อประสาทในสมองผิดปกติก็ต้องกินยาเพื่อปรับให้เป็นปกติ การกินยาจะช่วยควบคุม

อาการสามารถอยู่บ้านได้ ถ้าไม่กินยาจะอาการกำเริบรุนแรงจำเป็นต้องมานอนโรงพยาบาล ทำให้ต้องเสียประโยชน์ตามที่สมาชิกได้พูดคุยกัน เป้าหมายที่ตั้งไว้ก็ไม่ได้สำเร็จและถ้ามานอนโรงพยาบาลบ่อย ๆ การรักษาก็ยากขึ้นต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น (5 นาที)

5. ผู้นำเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัยและตอบคำถามสมาชิกจนเข้าใจ กระตุ้นให้สมาชิกสรุปเรื่องที่พูดคุยกันในครั้งนี้ ผู้นำกลุ่มช่วยสรุปเพิ่มเติม ตามความรู้สึกของสมาชิกในการเข้ากลุ่มครั้งนี้และบอกว่าครั้งต่อไปจะพูดถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเรียนรู้อดีตเพื่อวางแผนในอนาคต

กล่าวปิดกลุ่ม

- การประเมินผล
1. ประเมินจากการมีส่วนร่วมการบอกเล่าความลังเลใจ
 2. การแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการทำใบงานที่ได้รับมอบหมาย
 3. การบอกเป้าหมายในชีวิตของตนและปัจจุบันอุปสรรคที่จะไปถึงเป้าหมาย

ใบกิจกรรม

การกินยา	
ข้อดี	ข้อเสีย
การไม่กินยา	
ข้อดี	ข้อเสีย

การทำกลุ่มครั้งที่ 4 การแก้ปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถร่วมมือในการรักษา วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้เรียนรู้อดีตและวางแผนในอนาคตในเรื่องการกินยา
2. เพื่อให้สมาชิกพูดถึงความคิดความเชื่อต่อการกินยา และปัญหาอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษา และช่วยกันแก้ไข

วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย พูดคุยสร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลายเป็นกันเอง ดำเนินการตามขั้นตอนการทำกลุ่มทั่วไปตามขั้นตอนการทำกลุ่มครั้งที่ 1
2. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เลือกเรื่องที่จะพูดก่อนที่จะดำเนินกลุ่มตามวัตถุประสงค์ในครั้งนี้ โดยใช้คำถามปลายเปิดว่า วันนี้มีสมาชิกคนใดอยากบอกเล่าเรื่องที่ไม่สบายใจ ความรู้สึกอัดอัดใจ หรืออาจเป็นเรื่องเร่งด่วนที่อยากจะพูดก่อนไหม ผู้นำกลุ่มให้เวลาได้พูดและช่วยกันแก้ไข จากนั้นดำเนินกลุ่มต่อไปตามที่วางแผนไว้ ให้สมาชิกได้ผ่อนคลายโดยการฝึกหายใจเพื่อคลายเครียด (5 นาที)
3. กระตุ้นให้สมาชิกได้ทบทวนการพูดคุยครั้งที่แล้ว ผู้นำกลุ่มสรุปเพิ่มเติมเชื่อมโยงสู่ครั้งนี้โดยกล่าวว่าสมาชิกทุกคนที่มาเข้ากลุ่ม ณ ตอนนี้ มีเรื่องราวในอดีตที่ผ่านมาในเรื่องของอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองการรักษา การกินยา หรือการที่ต้องกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำบ่อย ๆ ผู้นำกลุ่มขอให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งที่ได้เต็มใจอยากเล่าประวัติในอดีตของตนในเรื่องนี้ให้เพื่อนฟัง เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันให้เวลาสมาชิกและกระตุ้นเพื่อขออาสาสมัครเล่าเรื่อง (5 นาที)
4. เมื่อได้อาสาสมัครผู้นำกลุ่มเริ่มทำ time line โดยเขียนบนกระดานให้เห็นชัดเจน ใช้เทคนิค looking back ให้ผู้ป่วยที่เป็นอาสาสมัครได้ทบทวนเกี่ยวกับการกินยาตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน โดยถามผู้ป่วยตามประเด็น ดังนี้ เริ่มต้นเกิดอาการเมื่อไหร่ อาการนั้นมีอะไรบ้าง รักษาอย่างไร ที่ไหน ผลการรักษาเป็นอย่างไร แล้วเป็นอย่างไรอีก (ใช้คำถามเพื่อได้มาซึ่งการมองภาพรวมของการเจ็บป่วย การรักษา และการกลับเป็นซ้ำ) เมื่อทำ time line ของสมาชิกอาสาสมัครเสร็จ ถามสมาชิกอาสาสมัครว่าคุณรู้สึกอย่างไร การได้เรียนรู้อดีตมันบอกอะไรคุณบ้าง (การที่ผู้ป่วยพูดเองจะทำให้เกิดพลังมากกว่าการบอกให้ผู้ป่วยกินยา) สิ่งที่คุณอยากจะบอกสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับการกินยาและการรักษาคืออะไร จากนั้นกล่าวขอบคุณสมาชิกอาสาสมัคร (15 นาที)
5. ผู้นำสรุปสั้น ๆ เกี่ยวกับ time line อีกครั้งแล้วเชื่อมโยงว่าสมาชิกกลุ่มบางคนอาจมีอดีตเกี่ยวกับอาการและการรักษาคล้ายกันหรือบางคนก็อาจแตกต่างกัน แต่สิ่งที่เราได้เรียนรู้ร่วมกันคือถ้าเราไม่เปลี่ยนแปลงตัวเองในเรื่องของการรักษาและการกินยา อนาคตของเราก็ต้องวนเวียนกลับมานอนโรงพยาบาลบ่อย ๆ อาการก็จะกำเริบรุนแรง แล้วการที่เราจะกลับไปใช้ชีวิตและทำเป้าหมายในชีวิตที่เราตั้งไว้ก็เป็นเรื่องยาก และอาจเป็นไปได้ ผู้นำเชื่อว่าทุกคนสามารถเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงตนเองใหม่ได้เพื่ออนาคตที่ดีในวันข้างหน้า ใช้เทคนิค looking forward การมองไปข้างหน้า หรือมองอนาคต และให้ผู้ป่วยคิดว่ายาช่วยให้เขาไปสู่เป้าหมายนั้นอย่างไร

ผู้นำกลุ่มสรุปว่าเราอาจไปสู่เป้าหมายที่เราตั้งไว้ช้ากว่าคนอื่น แต่เราก็สามารถทำได้ ดีกว่าเราไม่ทำอะไรเลย (5 นาที)

6. ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงให้เห็นว่าเมื่อเรายอมรับว่ายามีความสำคัญที่ช่วยให้เราสามารถทำตามเป้าหมายในชีวิตที่ตั้งไว้ได้ แต่หลายคนอาจมีปัญหาหรืออุปสรรคที่ไม่สามารถกินยาตามแผนการรักษาหรือไม่สามารถมาพบแพทย์ตามนัดได้ ต่อไปนี้จะให้สมาชิกบอกถึงปัญหา หรืออุปสรรคที่ขัดขวางความร่วมมือในการรักษาตามแผนเพื่อจะได้ช่วยกันหาแนวทางในการแก้ปัญหา ถ้าสมาชิกไม่ออกผู้นำกลุ่มอาจยกตัวอย่างเช่น บ้านไกลไม่สามารถมารับยาที่นี่ได้ หรือมักจะลืมกินยาบ่อย ๆ ยาที่กินแรงเกินไป หรือกินแล้วอาการไม่ดีขึ้น เป็นต้น จัดกลุ่มปัญหาที่สมาชิกนำเสนอ โดยแบ่งเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

- ด้านเศรษฐกิจ -ด้านการไปรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน-ด้านการเดินทาง
- ด้านความคิดความเชื่อต่ออาการของตนเอง(การไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หรือคิดว่าตนหายแล้ว)-ด้านฤทธิ์ข้างเคียงของยา-ด้านความพึงพอใจต่อการรักษา

7. ผู้นำกลุ่มเขียนปัญหาเป็นข้อ ๆ บนกระดาน กระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันหาแนวทางแก้ไข ในแต่ละปัญหาให้ได้มากที่สุด แล้วช่วยกันดูว่าจะเลือกวิธีใดที่สามารถปฏิบัติได้จริง และเป็นวิธีการแก้ปัญหาที่คิดว่าดีที่สุดให้สมาชิกที่เป็นเจ้าของปัญหาแสดงความคิดเห็นว่าสามารถปฏิบัติได้ตามวิธีที่ช่วยกันเสนอหรือไม่ มีอะไรที่พยาบาลหรือโรงพยาบาลจะช่วยให้บ้าง สรุปผลการแก้ปัญหาในแต่ละปัญหาจนครบทุกปัญหา

8. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดให้กำลังใจซึ่งกันและกันและผู้นำกลุ่มให้กำลังใจร่วมกัน หรือกับสมาชิกว่าทำอะไรเราจะรู้ว่าเมื่อสมาชิกได้ปฏิบัติตามวิธีการที่ช่วยกันแล้วผลเป็นอย่างไรสามารถแก้ปัญหาได้หรือไม่จะบอกผู้นำกลุ่มให้ทราบโดยวิธีใดแต่ไม่บังคับว่าทุกคนต้องส่งข่าวให้ทราบแต่เป็นเรื่องความสมัครใจไม่บังคับ (ผู้นำกลุ่มสามารถบอกเบอร์โทรศัพท์ของตึกผู้ป่วยได้)

9. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกแต่ละคนว่าเมื่อเรามีแนวทางในการแก้ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการรักษาแล้ว มีความมั่นใจที่จะรับประทานยาตามแผนการรักษา ความมั่นใจที่จะมาตรวจตามแพทย์นัด และความมั่นใจที่จะปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามคำแนะนำมากนักแค่ไหนโดยให้คะแนน 1-10 คะแนน ถ้ามีสมาชิกยังให้คะแนนต่ำ ผู้นำกลุ่มก็ยอมรับในสิ่งที่สมาชิกยืนยันและบอกถึงความรู้สึกเป็นห่วง และความปรารถนาดีที่ต้องการให้สมาชิกได้กินยาตามแผนการรักษา การมาตรวจตามนัด และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามคำแนะนำเพราะจะมีผลดีทั้งต่อผู้ป่วย และครอบครัว

10. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันสรุปเรื่องราวที่พูดคุยกันในวันนี้ และผู้นำสรุปเพิ่มเติมให้ครอบคลุม และชัดเจนยิ่งขึ้น ถามความรู้สึกของสมาชิกแต่ละคนต่อการเข้ากลุ่มในครั้งนี้ให้ข้อมูลถึงการเข้ากลุ่มครั้งต่อไปซึ่งเป็นครั้งสุดท้ายซึ่งจะทบทวนเนื้อหาของกลุ่มตั้งแต่นั้นจนจบ ทบทวนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องให้กำลังใจและเสริมสร้างความมั่นใจในการรับประทานยา ฝึกจัดยาด้วยตนเอง ผู้นำกล่าวขอบคุณสมาชิกและปิดกลุ่ม

- การประเมินผล 1. ประเมินจากการร่วมมือทำการบ้านที่ได้รับมอบหมาย
2. การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและบอกเล่าปัญหาอุปสรรคของตนเองที่อาจทำให้ไม่สามารถร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องได้
3. ให้ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาอุปสรรคในกลุ่มได้

การทำกลุ่มครั้งที่ 5 เสริมสร้างความมั่นใจในการให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง
วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนการบำบัดทั้งหมด
2. เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
3. เพื่อให้สมาชิกกล่าวข้อความใจตนเอง และฝึกทักษะการจัดยากินเอง

วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก พูดคุยเรื่องทั่วไปชมเชยที่สมาชิกมาเข้ากลุ่มจนถึงครั้งสุดท้ายสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง และดำเนินการตามขั้นตอนการทำกลุ่มโดยทั่วไป ให้เวลาสำหรับพูดคุยเรื่องที่ไม่สบายใจให้การช่วยเหลือและฝึกหายใจเพื่อคลายเครียด (5 นาที)
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกได้ทบทวนการพูดคุยเพื่อทบทวนการบำบัดตั้งแต่ครั้งแรกกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วม โดยสรุปและเขียนบนกระดานให้เห็นชัดเจนตั้งแต่การบำบัดครั้งแรกถึงครั้งที่ 4 เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและตอบคำถามจนเข้าใจ (10 นาที)
3. ผู้นำกลุ่มทบทวนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อมีฤทธิ์ข้างเคียงจากการกินยา โดยให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นช่วยกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผู้นำกลุ่มช่วยเสนอแนะเพิ่มเติมแล้วสรุปให้เห็นชัดเจน เข้าใจถึงความทุกข์ทรมานจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ได้รับ ให้สมาชิกได้รู้สึกว่ามีคนเข้าใจและพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ ชี้ให้เห็นว่ายาทุกตัวมักมีฤทธิ์ข้างเคียงเสมอ เช่น ยาลดน้ำมูกก็มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอน ดังนั้นถ้าเรามีวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก็สามารถลดความไม่สบายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ โดยเราต้องนึกเสมอว่าถ้าเราหยุดยาเองจะเกิดผลเสียต่อเรามากกว่าชี้ให้เห็นว่าอาการสามารถกำเริบได้และรุนแรงมากขึ้น (15 นาที)
4. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกว่าเมื่อกลับบ้านใครเป็นคนจัดยาให้กินและถามว่าสมาชิกสามารถจัดยากินเองได้หรือไม่บอกถึงประโยชน์ของการจัดยากินเองในด้านการรับผิดชอบดูแลตนเองได้การมีความสามารถไม่พึ่งพาคนอื่นมากเกินไปทำให้สมาชิกได้รับรู้ถึงคุณค่าและความสามารถของตนเองถามต่อว่าเมื่อสมาชิกต้องจัดยากินเองมีวิธีการอย่างไรบ้างโดยเขียนบนกระดานตามที่สมาชิกได้นำเสนอผู้นำกลุ่มช่วยเพิ่มเติมวิธีการที่ถูกต้องตั้งแต่เทคนิคการเปิดซองยาการอ่านหน้าของเวลาในการรับประทานยาการลืมกินยาต้องทำอย่างไรการเก็บยาเพื่อป้องกันการลืมต้องทำอย่างไรโดยให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน (10 นาที)
5. แจกซองยาและยาปลอม (ขนมที่คล้ายที่มีลักษณะคล้ายกับยา) ที่เตรียมไว้ให้สมาชิกจนครบทุกคน ให้ฝึกจัดยาตามวิธีที่ได้เรียนรู้ ผู้นำกลุ่มตรวจดูความถูกต้อง ชมเชยให้กำลังใจสมาชิกทุกคนเมื่อเสร็จขั้นตอนนี้ให้สมาชิกทุกคนได้แสดงความรู้สึกที่ได้ฝึกจัดยากินเอง ผู้นำกลุ่มให้ความมั่นใจว่าสมาชิกทุกคนสามารถจัดยากินเองได้ (10 นาที)

6. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกได้กล่าวข้อความจริงใจตนเอง (SMS) ในเรื่องการกินยา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามแผนการรักษา ผู้นำกลุ่มเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่า ความเชื่อมั่น และความสามารถของสมาชิก ที่ได้รับผิดชอบต่อตนเอง โดยบอกว่าสมาชิกทุกคนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้โดยไม่เป็นภาระต่อคนอื่น การกินยาก็เป็นความรับผิดชอบของสมาชิกเอง เพราะคนส่วนมากไม่ชอบให้ใครมาบังคับตนเราสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อให้ชีวิตเราดีขึ้น ไปสู่เป้าหมายที่เราต้องการได้ การกินยาเป็นเรื่องที่บังคับไม่ได้ผู้นำเองก็เป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อสมาชิกห่วงใยและพร้อมที่จะช่วยเหลือเท่าที่จะทำได้ ดังนั้นเมื่อเราได้เห็นประโยชน์ของการกินยาแล้วเราควรจะร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องมากขึ้น และขอเป็นกำลังใจให้สมาชิกทุกคน (7 นาที)

7. ผู้นำสรุปว่ายาจะมีประสิทธิภาพแค่ไหน หรือราคาแพงขนาดไหน จะไม่มีค่าหรือประโยชน์อะไรเลยถ้าเราไม่กินมัน ให้สมาชิกทุกคนได้บอกความรู้สึกที่มีต่อการเข้ากลุ่มตั้งแต่ต้นจนจบ และแสดงความรู้สึกต่อผู้นำกลุ่มก่อนปิดกลุ่มให้สมาชิกจับมือให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้นำกลุ่มกล่าวปิดกลุ่ม

การประเมินผล

1. ประเมินจากการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่มการทบทวนการบำบัด
2. การมีส่วนร่วมในการจัดยารับประทานเอง
3. การแสดงความรู้สึกต่อการเข้ากลุ่มและข้อเสนอแนะต่อกลุ่ม
4. การพูดถ้อยคำดี ๆ ที่เกี่ยวกับการกินยาและการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ภาคผนวก ข
แบบประเมินที่ใช้ในงานวิจัย

ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

การวิจัยเรื่อง เปรียบเทียบผลการบำบัดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาแบบกลุ่ม
กับการบำบัดแบบปกติในผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย กรณีเกิดผลไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมถึง
ประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมวิจัยโดยละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้น จน
ข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมการวิจัยนี้
โดยสมัครใจและการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ
ต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับจะเผยแพร่เฉพาะการสรุป
ผลการวิจัย หรือจะเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าเฉพาะกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลข้าพเจ้าอย่าง
ต่อเนื่องเท่านั้น หากเกิดความอึดอัดไม่สบายใจ ซึ่งเป็นผลจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะจัดบริการให้
คำปรึกษาโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่ หัวหน้าตึกผู้ป่วยที่ข้าพเจ้าอยู่รักษา
สำหรับภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลท่านสามารถติดต่อได้ที่ นางประคอง นาโพทนัน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และเข้าใจดีทุกประการ หรือผู้วิจัยได้อ่านข้อความใน
ใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความสมัครใจ (กรณี
เขียนหนังสือไม่ได้ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือขวาแทน) กรณีผู้เข้าร่วมวิจัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ
จะต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ปกครอง หรือผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ยินยอม/
ผู้ปกครอง/ผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

แบบประเมินการพัฒนาความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

คำชี้แจง : แบบประเมินการพัฒนาความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้กรอกแบบสอบถาม
- ส่วนที่ 2 แบบติดตามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติต่อการรักษา และยาต้านโรคจิต
- ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน ข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับ จะเก็บไว้เป็นความลับ เพื่อประโยชน์ในการประเมินผลการเข้ากลุ่มพัฒนาความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง: เติมข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และเวชระเบียนในช่องว่าง และทำเครื่องหมายลงหน้าข้อความที่เป็นคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์

1. ชื่อ.....สกุล
.....
2. ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์
.....
3. H.N..... 4. A.N..... 5. รับไว้รักษาครั้งที่
.....

(คำตอบข้อ 3,4,5 เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติ หรือเวชระเบียน)

ส่วนของผู้วิจัย

- | | |
|---|------------------------------|
| 6. เพศ | ID ☐ |
| ☐ 1.ชาย ☐ 2. หญิง | Adm ☐ |
| 7. อายุ.....ปี | Sex ☐ |
| 8. ศาสนา | Age ☐ |
| ☐ 1. พุทธ ☐ 2. คริสต์ ☐ 3. อิสลาม ☐ 4. อื่นๆ..... | Rel ☐ |
| 9. สถานภาพสมรส | Sta ☐ |
| ☐ 1. โสด ☐ 2. คู่อยู่ด้วยกัน ☐ 3. คู่แยกกันอยู่ ☐ 4. อื่นๆ..... | Edu ☐ |
| 10. การศึกษา | |
| ☐ 1. ไม่ได้เรียน ☐ 2. ประถมศึกษา ☐ 3. มัธยมศึกษา | |
| ☐ 4. ปวช./ปวส./อนุปริญญา ☐ 5. ปริญญาตรี ☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี | |

11. อาชีพ Occ ☐
☐ 1. ว่างงาน ☐ 2. รับจ้าง ☐ 3. เกษตรกรรม ☐ 4. ค้าขาย
☐ 5. รับราชการ ☐ 6. รัฐวิสาหกิจ ☐ 7. นักเรียน/นักศึกษา ☐ 8. อื่นๆ
-
12. รายได้ต่อเดือน.....บาท (ของผู้ป่วย) Inc ☐
Enq ☐
13. ความเพียงพอของรายได้
☐ 1. ไม่เพียงพอ ☐ 2. เพียงพอ Stf ☐
14. สถานภาพของท่านในครอบครัว
☐ 1. บิดา/มารดา ☐ 2. ปู่ ย่า ตา ยาย ☐ 3. สามี/ภรรยา
☐ 4. พี่ น้อง ☐ 5. บุตร ☐ 6. อื่นๆ.....
15. ท่านเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมานาน.....ปี Ill ☐
Dis ☐
16. ท่านมีปัญหาสุขภาพหรือไม่
 1. ไม่มี 2. มี (ถ้ามีตอบข้อ 17)
17. ถ้ามี มีปัญหาสุขภาพในเรื่องใด (ผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์แล้ว) Pro ☐
☐ 1. ความดันโลหิตสูง ☐ 2. เบาหวาน ☐ 3. หัวใจ ☐ 4. กระเพาะอาหาร
☐ 5. โรคภูมิแพ้ ☐ 6. ไชข้อและกระดูก ☐ 7. อื่นๆ.....
18. ยาด้านโรคจิตที่ได้รับในปัจจุบัน Dru ☐
 1..... 2.....
 3..... 4.....
19. ลักษณะพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษา Adh ☐
 1. ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา 2. ไม่มาตรวจตามนัด
 3. ดื่มสุรา และ หรือเสพสารเสพติดร่วมด้วย 4. อื่นๆ

20. ผู้ป่วยดื่มสุราหรือไม่

(ศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยในข้อ 1 และถามจากผู้ป่วยในข้อ 2)

Alc ☐

ข้อที่	ระยะเวลาประเมิน	ไม่เลย	เป็นครั้งคราว เมื่อมีงาน	บ่อยๆ (สัปดาห์ละ 2-3 วัน)	เกือบทุก วัน	หมายเหตุ
1	3 เดือนก่อนบำบัด					
2	3 เดือนหลังบำบัด					

2. แบบติดตามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (จากเวชระเบียนร่วมกับการสอบถามผู้ป่วย และญาติ) ให้ศึกษาจากเวชระเบียนก่อนเข้าโปรแกรม 3 เดือน และหลังเข้าโปรแกรม 3 เดือนเปรียบเทียบการให้ความร่วมมือในการรักษา ในด้านการมาตามนัด หรือมารับยาทุกเดือน นับจำนวนยากับจำนวน เดือนที่แพทย์ให้

ลำดับ	ระยะเวลาประเมิน	ไม่เลย	มารับยา 1 เดือน	2 เดือน	3 เดือน	หมายเหตุ
1	3 เดือนก่อนบำบัด					
2	3 เดือนหลังบำบัด					

ในช่องหมายเหตุ

- 1 ถ้ารับยาแต่ไม่กินยาระบุด้วยพร้อมสอบถามเหตุผลจากผู้ป่วย และญาติ
- 2 กรณีไม่มารับยาต้องสอบถามว่าไปรับยาหรือรักษาที่อื่นหรือไม่
- 3 กรณี Admit อยู่โรงพยาบาลให้ระบุด้วย

3. แบบประเมินทัศนคติต่อการรักษาและยาต้านโรคจิต(Drug Attitude Inventory:DAI-30)
โปรดอ่านแต่ละข้อความข้างล่างนี้ แล้วกาเครื่องหมายถูก(/)ในช่องคำตอบที่ตรงกับ
ความคิดเห็นของท่านที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

ข้อความ	ถูก	ผิด
1. ฉันไม่จำเป็นต้องกินยาถ้าฉันรู้สึกดีขึ้น		
2. สำหรับฉัน การใช้ยามีผลดีมากกว่าผลเสีย		
3.ฉันรู้สึกแปลก ๆ คล้ายเป็นผีดิบระหว่างการใช้ยา		
4 แม้ว่าฉันจะไม่ได้นอนในโรงพยาบาล ฉันก็จำเป็นต้องกินยาอย่างสม่ำเสมอ		
5. ถ้าฉันกินยา นั้นเป็นเพราะการกดดันจากคนอื่นเท่านั้น		
6. ฉันรู้ตัวในสิ่งที่ฉันกำลังทำ และรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัวได้ดีขึ้นในระหว่างที่ใช้ยา		
7. การใช้ยาจะไม่ทำให้ฉันเป็นอันตราย		
8. ฉันกินยาด้วยความสมัครใจของตนเอง		
9. ยาทำให้ฉันรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น		
10. ฉันไม่รู้สึกแตกต่างกันเลยระหว่างการใช้ยาหรือไม่ใช้ยา		
11. ผลที่ไม่น่าพึงพอใจของยาเกิดขึ้นอยู่เสมอ		
12. ยาทำให้ฉันรู้สึกเหนื่อยและเฉื่อยชา		
13. ฉันกินยาเมื่อฉันป่วยเท่านั้น		
14. ยาคือสารพิษที่ออกฤทธิ์อย่างช้า ๆ		
15. ฉันเข้ากับคนอื่นได้ดีขึ้นเมื่อฉันกินยา		
16. ฉันไม่สามารถมีสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งต่าง ๆ ได้ระหว่างการใช้ยา		
17. ฉันรู้ดีกว่าแพทย์ว่าเมื่อใดควรหยุดกินยา		
18. ฉันรู้สึกเป็นปกติมากขึ้นเมื่อฉันกินยา		
19. ฉันยอมป่วยดีกว่าที่จะยอมกินยา		
20. มันเป็นเรื่องผิดธรรมชาติที่จิตใจและร่างกายของฉันจะถูกควบคุมโดยการใช้ยา		

ข้อความ	ถูก	ผิด
21. ความคิดของฉันปลอดภัยไปร้งมากขึ้นระหว่างที่ฉันใช้ยา		
22. ฉันกรกินยาอย่างต่อเนื่องถึงแม้ว่าฉันจะรู้สึกปกติดี		
23. การกินยาจะช่วยป้องกันไม่ให้ฉันเสียสติ		
24. การหยุดใช้ยาของฉันขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์		
25. สิ่งที่ฉันเคยทำได้โดยง่ายด่ายกลับกลายเป็นสิ่งที่ยากมากระหว่างที่ฉันใช้ยา		
26. ฉันมีความสุขมากขึ้น รู้สึกดีขึ้นระหว่างการใช้ยา		
27. ฉันได้รับยาเพื่อควบคุมพฤติกรรมที่คนอื่น (ไม่ใช่ตัวฉันเอง) ไม่ชอบ		
28. ฉันไม่สามารถผ่อนคลายได้ระหว่างที่ฉันใช้ยา		
29. ฉันควบคุมตัวเองได้ดีขึ้นเมื่อฉันใช้ยา		
30. ฉันสามารถป้องกันไม่ให้ป่วยโดยการกินยาอย่างต่อเนื่อง		

4. แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมการรับประทานยาของท่านมากที่สุดในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา

เป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง)
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	นาน ๆ ปฏิบัติสักครั้งหนึ่ง (เดือนละ 1 ครั้ง)
ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น				
2. ท่านลืมกินยา				
3. ท่านกินยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น				
4. ท่านกินยาตรงตามเวลา				
5. ท่านเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง				
6. ท่านทำตามคำแนะนำของทีมนักสุขภาพในเรื่องการใช้ยา				
7. ท่านกินยาครบตามที่แพทย์สั่ง				
8. ท่านเคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง				
9. เมื่อมีอาการผื่นปกติจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาท่านไปพบแพทย์ทันที				
10. เมื่อมีอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ท่านกินยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งให้				
11. ท่านขอให้แพทย์ปรับการรักษาเมื่ออาการทางจิตไม่ดีขึ้น				
12. เมื่อเจ็บป่วยทางกายท่านหยุดยารักษาทางจิตทันทีโดยไม่ปรึกษาแพทย์				
13. แม้อาการทางจิตดีขึ้นท่านยังมารับยาสม่ำเสมอ				
14. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง				
15. เมื่อยาหมดท่านซื้อยารักษาอาการทางจิตที่ร้านขายยามากินเองโดยไม่ได้พบแพทย์				
16. ท่านปรึกษาทีมนักสุขภาพเมื่อมีปัญหาหรืออาการผื่นปกติจากการใช้ยา				

5. แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

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

การให้คะแนน

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

ความหมายของคะแนน ≤ 18 หมายถึง อยู่ในเกณฑ์ปกติ
 19-36 หมายถึง มีอาการทางจิต
 37-126 หมายถึงมีอาการทางจิตรุนแรง ต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน

ภาคผนวก ค

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติหัวหน้าโครงการวิจัย/ผู้วิจัยหลัก

1. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นางจรรย์ อึ้งสำราญ
 (ภาษาอังกฤษ) Ms. Juran Eungsamran
- 1.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
- 1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- 1.3 สถานที่ทำงาน กลุ่มการพยาบาล
 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
 ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
 โทรศัพท์ 0-4320-9999, 08-1729-3113
 โทรสาร 0-4322-4722
- 1.4 ประวัติการศึกษา
 - 1.4.1 ประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัยวิทยาลัยพยาบาลบรม
 ราชชนนีนครราชสีมาปี 2517
 - 1.4.2 ประกาศนียบัตรหลักสูตรวิชาการพยาบาลทางประสาทวิทยาและประสาท
 ศัลยศาสตร์สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร ปี 2518
 - 1.4.3 ปริญญาตรีศิลปศาสตรบัณฑิต (พยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี 2523
 - 1.4.4 ประกาศนียบัตรหลักสูตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช(หลักสูตร 1
 ปี)สถาบันสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ ปี 2527
 - 1.4.5 ปริญญาตรีสาขาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ปี 2534
 - 1.4.6 หลักสูตรเฉพาะทางประกาศนียบัตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 เด็กและวัยรุ่นสถาบันราชานุกูล และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปี 2550
 - 1.4.7 การฝึกอบรมทางไกลหลักสูตรความรู้และทักษะสำหรับผู้บริหาร
 ระดับกลาง ปี 2551
- 1.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)
 - การศึกษาที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของบุคลากรกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาล
 จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปี 2554
 - ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มหลายครอบครัวสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและ
 ครอบครัวต่อระดับความรู้เรื่องโรคจิตเภทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล
 เผยแพร่ในงานประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ปี 2555

3. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นางวัชนี หัตถพนม
(ภาษาอังกฤษ) Mrs. Watchanee Huttapanom

1.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย 38-20-0169

1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

1.3 สถานที่ทำงาน กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4320-99999 ต่อ 63209, 08-1729-3113 โทรสาร 0-4322-4722

1.4 ประวัติการศึกษา

1.4.1 ประกาศนียบัตรการพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ (เกียรตินิยม) วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2518

1.4.2 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูงวิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2526

1.4.3 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในปี พ.ศ. 2532

1.4.4 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2550

1.4.5 วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2554

1.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)

1.5.1 หัวข้องานวิจัย 7 เรื่อง

1) การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
-ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตปีที่21 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2550 หน้า 24-35

2) การใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
-ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยปีที่52 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2550 หน้า 390-401

3) ผลการดำเนินงานโครงการการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2551)
-ได้รับรางวัลนิพนธ์ต้นฉบับดีเด่นในการประชุมวิชาการนานาชาติครั้งที่ 7 ปี 2551

- ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 17 ฉบับที่

2 พฤษภาคม 2551 หน้า 91-103

4) การศึกษาผลการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน: บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน (2551)

- ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตปีที่ 23

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2552 หน้า 19-33

5) ประสิทธิภาพการใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการใช้การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรัง (2553)

- ได้รับรางวัลชมเชยการประกวดผลงานการศึกษาวิจัยสมบูรณ์ (Full paper) ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 9 และการประชุมวิชาการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทย ครั้งที่ 7 ประจำปี 2553

- ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตปีที่ 24

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2553 หน้า 95-110

6) ประสิทธิภาพของการบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความคิดอัตโนมัติด้านลบและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช (2554)

- ได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่นในงานประจำปีวิชาการกระทรวงสาธารณสุข 2554

- ตีพิมพ์ในรวบรวมวารสารวิชาการดีเด่นประจำปี 2554 กระทรวงสาธารณสุข หน้า 11-25

7) การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ประจำปีงบประมาณ 2555

- ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุขปีที่ 21 ฉบับที่ 5 กันยายน-มีนาคม 2555

1.5.2 ผู้วิจัยหลัก จำนวน 15 เรื่อง

1) โครงการคืนชีวิตใหม่สู่สังคมและการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านสุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นและอุดรธานี

- ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านการพัฒนางานจิตเวชในชุมชนในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 5 ปี 2549

2) การพัฒนากลวิธีและเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง (2549)

3) การพัฒนาแบบวัดสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย (2550)

- 4) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะ และคุณภาพจิตคน
ไทย (2551)
- 5) การรับรู้และวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคน 4 หมู่บ้านใน
ภาคอีสาน
- ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยปีที่ 16 ฉบับที่ 1 ปี
พ.ศ. 2551 หน้า 229-241
- 6) การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007)
- ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 การนำเสนอผลงานวิชาการ
ห้องพัฒนาระบบบริการและนวัตกรรมสุขภาพจิตในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่
8 ประจำปี 2552
- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยปีที่ 54 ฉบับ
ที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2552 หน้า 299-316
- 7) การศึกษาสุขภาพจิตคนไทย ปี 2550
- ได้รับรางวัลชนะเลิศการนำเสนอผลงานวิชาการห้องระบดวิทยา
สุขภาพจิตและจิตเวช ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552
- ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 17 ฉบับที่ 2
พฤษภาคม 2551 หน้า 104-117
- 8) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยง
ต่อการฆ่าตัวตาย (2551)
- ได้รับรางวัลชนะเลิศการนำเสนอผลงานวิชาการห้องพัฒนาระบบ
บริการและนวัตกรรมสุขภาพจิตในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 8 ประจำปี 2552
- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยปีที่ 54 ฉบับ
ที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2552 หน้า 287-298
- 9) การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU-9)(2554)
- ได้รับรางวัลผลงานวิชาการยอดเยี่ยมในงานประชุมวิชาการ
กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2554
- 10) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 10
และการประชุมวิชาการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทยครั้งที่ 8 ปี 2554
- 11) การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของบุคลากรกลุ่มการ
พยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 10 และ
การประชุมวิชาการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทยครั้งที่ 8 ประจำปี 2554
- 12) ประสิทธิภาพของการกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีความ
เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีต่อการแก้ปัญหาภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

-เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 11

ประจำปี 2555

- 13) ผลการพัฒนารฐานข้อมูลวิจัยในระบบอินเทอร์เน็ต
-เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 11

ประจำปี 2555

- 14) การศึกษาข้อมูลทั่วไปอาการสำคัญและการบำบัดรักษาของผู้ป่วย
ในที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
-เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 11

ประจำปี 2555

- 15) การศึกษาความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการที่มี
ต่อผู้ให้บริการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2554