

ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์
ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท



นางสาวรฐานุช โพธิ์งาม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF THERAPEUTIC RELATIONSHIP COMBINED WITH TELEPHONE
CONTINUING CARE PROGRAM ON MEDICAL ADHERENCE
IN PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA

Miss Rathanooch Phongam



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแล ต่อเนื้องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษาของผู้ป่วยจิตเภท
โดย	นางสาวรฐานุช โพธิ์งาม
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)

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

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูริย์ โพธิ์สาร)

รฐานุช โพธิ์งาม : ผลของโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (THE EFFECT OF THERAPEUTIC RELATIONSHIP COMBINED WITH TELEPHONE CONTINUING CARE PROGRAM ON MEDICAL ADHERENCE IN PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์, อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร.สุนิศา สุขตระกูล, 180 หน้า.

การวิจัยนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 2) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และเข้ารับการรักษามาตรฐานที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 30 คน ได้รับการจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ และถูกสุ่มเข้ากลุ่มโดยเป็นกลุ่มทดลอง 15 คนและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 2) คู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 3) แบบประเมินสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย และ 4) แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยเครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 4 มีค่าความเที่ยงสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและการทดสอบ t-test

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในระยะหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ดีวก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาร่วม

5777322936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: THERAPEUTIC RELATIONSHIP / TELEPHONE CONTINUING CARE / SCHIZOPHRENIA / MEDICAL ADHERENCE

RATHANOOCH PHONGAM: THE EFFECT OF THERAPEUTIC RELATIONSHIP COMBINED WITH TELEPHONE CONTINUING CARE PROGRAM ON MEDICAL ADHERENCE IN PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA. ADVISOR: ASSOC. PROF. POL. CAPT. YUPIN AUNGSUROCH, Ph.D., CO-ADVISOR: SUNISA SUKTRAKUL, Ph.D., 180 pp.

This research is a quasi-experimental nonequivalent group design. The objectives were to compare: 1) medical adherence of persons with schizophrenia before and after received therapeutic relationship combined with telephone continuing care program and 2) medical adherence of persons with schizophrenia who received therapeutic relationship combined with telephone continuing care program and those who received regular nursing care. The samples of 30 persons with schizophrenia who met the inclusion criteria were recruited from inpatient department, Somdetchaopraya Instituted of psychiatry. The samples were matched-pair with sex then randomly assigned into group either experimental 15 subjects and control group 15 subjects. The research instruments consisted of: 1) the therapeutic relationship combined with telephone continuing care program, 2) manual for after discharge care of schizophrenia patients, 3) the relationship between nurse and patient form, and 4) the medication adherence Scale. All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The 4th instruments had Combach's alpha coefficient reliability of .88. The data was analyzed using descriptive statistics and t-test.

The conclusions of this research were as follow:

1) Medical adherence of persons with schizophrenia who received therapeutic relationship combined with telephone continuing care program measured at the end of the intervention and at 4 weeks post intervention were significantly better than that pre intervention, ($p < 0.05$).

2) Medical adherence of persons with schizophrenia who received therapeutic relationship combined with telephone continuing care program measured at the end of the intervention and at 4 weeks post intervention were significantly better than those who received the regular nursing care, ($p < 0.05$).

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2016

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์ และอาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีคุณค่าให้คำปรึกษา คำแนะนำ ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ด้วยความเอาใจใส่ และให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความเสียสละ ความเมตตาที่ท่านอาจารย์มอบให้โดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โปธิสาร กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาชี้แนะและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณท่านอธิบดีกรมสุขภาพจิตที่ได้อนุมัติสนับสนุนทุนการศึกษาในครั้ง นี้ รวมถึงบุคลากรของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้แก่ ท่านผู้อำนวยการ กลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยเฟื่องฟ้า เพื่อนร่วมงานที่ได้เอื้อเฟื้อการทำงาน จัดสรรเวลา และให้กำลังใจในการทำวิจัยตลอดมา รวมถึงหัวหน้าหอผู้ป่วยและบุคลากรทางการพยาบาลที่ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย	10
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท	15
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท	23
3. สัมพันธภาพบำบัด.....	32
4. การดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์.....	36
5. การพัฒนาโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท.....	37
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	48

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	50
ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง.....	51
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	51
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	52
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	52
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	59
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	68
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	98
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	100
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	117
สรุปผลการวิจัย.....	122
อภิปรายผลการวิจัย.....	123
ข้อเสนอแนะ.....	136
รายการอ้างอิง.....	138
ภาคผนวก.....	148
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	149
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง).....	151
ภาคผนวก ค ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และแบบแสดงความ ยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย.....	168
ภาคผนวก ง ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	174
ภาคผนวก จ จดหมายขอขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย.....	177
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	180

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	ตารางบูรณาการของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ .	38
ตารางที่ 2	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ตามเพศ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	54
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ และระดับการศึกษา.....	55
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพ อาชีพ และรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	56
ตารางที่ 5	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และประวัติการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด.....	58
ตารางที่ 6	กำหนดการในการดำเนินโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์.....	71
ตารางที่ 7	ผลการประเมินสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย	97
ตารางที่ 8	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ในระยะก่อนได้รับ หลังสิ้นสุดทันที และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์.....	102
ตารางที่ 9	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ในระยะก่อนได้รับ หลังสิ้นสุดทันที และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์	104
ตารางที่ 10	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ในระยะก่อนได้รับ หลังสิ้นสุดทันที และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์.....	106
ตารางที่ 11	ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ หลังสิ้นสุดทันที และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์ (n=15)	108

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ หลังสิ้นสุดทันที และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์ (n=15).....	109
ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกต และจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ หลังสิ้นสุดทันที และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์ (n=15).....	111
ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (n=30).....	112
ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (n=30).....	114
ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกต และจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (n=30).....	115

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	49
ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการวิจัย	99
ภาพที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับระยะเวลาในการวัด	103
ภาพที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการ ใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ร่วมกับ การดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับ ระยะเวลาในการวัด	105
ภาพที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการ สังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์และกลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติกับระยะเวลาในการวัด	107

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ ภาษา และพฤติกรรม มีความบกพร่องในการตัดสินใจ การทำหน้าที่การทำงานและการเข้าสังคม (World Health Organization, 2016) องค์การอนามัยโลกจัดให้ติดอันดับหนึ่งในสามของโรคที่มีผลทำให้สูญเสียสมรรถภาพ (disabling effect) มากที่สุด (Suttajit and Srisurapanont, 2009) ทั้งนี้อุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภทพบประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Sadock and Sadock, 2016) มีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ร้อยละ 0.3-0.7 มีอัตราส่วนของเพศหญิงต่อเพศชายเท่าๆ กัน (American Psychiatric Association, 2013) โดยทั่วโลกพบมากกว่า 21 ล้านคน (WHO, 2016) สำหรับในประเทศไทยพบความชุกของโรคร้อยละ 0.88 ระยะเวลาที่พบอุบัติการณ์ของโรคมักพบบ่อยที่สุดทั้งสองเพศคือช่วงอายุ 15-24 ปี โดยมีระยะเวลาการป่วยยาวนานประมาณ 30-34 ปี (Phanthunane, et al., 2010) อีกทั้งพบว่าทั่วประเทศมีผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ามารับการรักษามากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 18.41 (กรมสุขภาพจิต, 2559) จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการคิดเป็นอัตราร้อยละ 52.31, 52.18 และ 51.07 ในปี พ.ศ. 2557, 2558 และ 2559 ตามลำดับ (สารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2559) แนวคิดในปัจจุบันเชื่อว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านพัฒนาการทางระบบประสาท (neurodevelopmental disorder) และพบความผิดปกติในการทำงานของสมองหลายบริเวณ (กนกวรรณ ลิ้มเจริญศรี, 2558) การรักษาด้วยยาเป็นหัวใจของการรักษานอกจากเพื่อควบคุมอาการทางบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบของโรคได้ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจึงมีความสำคัญ ผู้ป่วยที่มีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผลการรักษาดีและมีประสิทธิภาพ (Haynes et al., 2005)

ผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลมักพบปัญหาที่สำคัญคือ มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตกลง ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 68.7 พบว่า ไม่ได้รับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ คือ ใช้ยาไม่ถูกขนาดและไม่รับประทานยาตามเวลา (Ruscher, Wit and Mazmanian, 1997) ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 80 พบว่า รับประทานยาไม่สม่ำเสมอและเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เพียง 10 วัน ผู้ป่วยจะรับประทานยาไม่สม่ำเสมอถึงร้อยละ 25 (พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2552) มีเพียงร้อยละ 27 ที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

(Kim, Yoon and Choi, 2006) นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาลดลง โดยพบว่า เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว 6 และ 18 เดือน ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ร้อยละ 33.4 (Lieberman et al., 2005) และร้อยละ 74 (Kamali et al., 2006) ตามลำดับ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งเป็นปัญหาที่ความยุ่งยากซับซ้อนในผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบและกลับมารักษาซ้ำ (Novick et al., 2010) ผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องร้อยละ 57 มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำภายใน 1 ปีหลังจากที่มีอาการหายขาด (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) และการศึกษาของ Maneesakorn et al. (2007) พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการรักษาซ้ำได้มากถึง 18 เท่า จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำก่อน 28 วัน มีอัตราสูงถึงร้อยละ 8.48, 7.23 และ 7.82 ในปี พ.ศ. 2557, 2558 และ 2559 ตามลำดับ (สารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2559) และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการขาดมารับการรักษาและร้อยละ 56 มีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คือ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ทำให้มีการกลับเป็นซ้ำ (จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, สุกฤติยา กุลศรี และวัฒนาภรณ์ พิบูลย์อาลักษณ์, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชณี อุทัยพันธ์ (2555) พบว่าร้อยละ 40.42 ของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกมีอาการทางจิตกำเริบเนื่องจากพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และในผู้ป่วยที่มีการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้น และทำให้ศักยภาพแทบทุกด้านของผู้ป่วยเสื่อมลง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ (วิจิตร แผ่นทอง, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า Adherence หรือ Compliance ทั้งสองคำมีความหมายใกล้เคียงกันและสามารถใช้แทนกันได้ (Osterberg and Blaschke, 2005; WHO, 2003; Acosta et al., 2012) แต่ก็มีคำอธิบายที่แตกต่างกันเล็กน้อย โดยคำว่า Adherence หมายถึง การที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์หรือทีมสุขภาพด้วยความเต็มใจอย่างถูกต้องและดำรงไว้อย่างยาวนาน ส่วนคำว่า Compliance หมายถึง การที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์หรือทีมสุขภาพอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ (Stedman, 2000) โดยในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้คำว่า Medical Adherence เพื่อศึกษาการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยประเมินจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพด้วยความเต็มใจอย่างถูกต้องและมีความต่อเนื่อง Farragher (1999) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาว่าประกอบด้วย 2 ด้าน คือ 1) การใช้ยาตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาอย่างถูกต้อง โดยแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ และ 2)

ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาได้อย่างถูกต้อง และเพชรี คันธสายบัว (2544) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทว่า เป็น การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ผู้วิจัยจึงสรุปว่า Adherence เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพจิตอย่างเต็มที่ เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสังเกตอาการข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาได้ โดยแสดงออกมา 5 ลักษณะคือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ และใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

Oehl, Hummer and Fleischhacker (2000) แบ่งกลุ่มปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาว่าเกิดจากปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า, เพศ พบว่า เพศหญิงจะมีการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาได้ดีกว่าเพศชาย (Agawal et al., 1998; Linder et al., 2001) ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ, การรับรู้ความรุนแรงของโรค, การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ลักษณะอาการเจ็บป่วย เกิดจากพยาธิสภาพทางจิต 2 ลักษณะได้แก่ ความคิดหลงผิดคิดว่าตนเองใหญ่โต พบว่า ผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิดจะปฏิเสธการรักษา (Kurmar and Sedgwick, 2001b) และอาการทางลบทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจและไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (Oehl, Hummer and Fleischhacker, 2000) การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดเป็นสารกระตุ้น การเกิดความผิดปกติทางจิต ส่งผลต่อการควบคุมตนเอง นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังส่งผลให้ฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเพิ่มขึ้น โดยทำให้ยาออกฤทธิ์มากขึ้น (ทวีพร วิสุทธิมรรค, 2544) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย รู้สึกเบื่อหน่ายและหยุดใช้ยาในที่สุด 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ความเพียงพอของรายได้ พบว่า ปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา (Kurmar and Sedgwick, 2001b) การมีผู้ดูแลเรื่องการใช้ยา ครอบครัวมีความสำคัญทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา คือ การนำผู้ป่วยมาตรวจตามนัด การกระตุ้นเตือนให้มาพบแพทย์ การช่วยเหลือค่ายา การดูแลให้รับประทานยา โดยการให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า รวมทั้งการเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา (Razali and yayah, 1995) การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะมีผลต่อการ

สนับสนุนผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ไม่ดี (Oehl, Hummer and Fleischhacker, 2000) การรับรู้ทัศนคติของสังคมต่อการรักษาทางจิต เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในสังคมที่ไม่เห็นถึงความสำคัญของการรักษาทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนและมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Oehl, Hummer and Fleischhacker, 2000) 3) ปัจจัยด้านการรักษา ประกอบด้วย วิธีการใช้ยา ความซับซ้อนของการรักษา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา พบว่าเหตุผลของการไม่ใช้ยาในกลุ่มที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในกลุ่มที่ไม่ร่วมมือ คือ ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ (Kumar and Sedgwick, 2001b) และ 4) ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้บำบัดและผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น (สารุพร พุฒขาว, 2541; McCabe et al., 2012) เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ามีสุขภาพให้ความช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ รู้สึกไว้วางใจและพึงพอใจแก่ผู้ป่วย ก่อให้เกิดการเรียนรู้และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (นพวรรณ เอกสุวีรวงษ์, 2549)

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจำเป็นต้องจัดกระทำกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางแก้ไขปัญหาคือ การศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทหลายรูปแบบ เช่น การศึกษาของจิรากร กันทับทิม และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2558) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น การศึกษาของชุตติมา ทองอยู่ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2557) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้น การศึกษาของธรรบ เทียนสันดี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2556) พบว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษา สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การศึกษาของสิรินทร เชี่ยวโสธร (2545) พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยได้พัฒนาการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น การสนับสนุนความรู้และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพช่วยพัฒนาความร่วมมือ ความเชื่อมั่นในความสามารถ และควบคุมโรคได้ดีขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษา และจากการศึกษาของ Day et al. (2005) พบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางคลินิกกับผู้ป่วยมีความสำคัญ ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดอันดับแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ ดังนั้นการใช้กระบวนการสร้าง

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยร่วมกับการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาของ Beebe et al. (2008) พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก พยาบาลสามารถใช้การดูแลทางโทรศัพท์เป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นได้ จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้วยบริบทในปัจจุบันที่พบว่า โทรศัพท์เป็นเครื่องมือสื่อสารหนึ่งที่สะดวก ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง และส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์โดยใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว (1952) และประยุกต์ร่วมกับ TIPS: Telephone Intervention-Problem Solving for persons with Schizophrenia ของ Beebe and Tian (2004) ที่กล่าวถึงการใช้สัมพันธภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยการใช้โทรศัพท์ดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) และผู้สอน (Teaching) ในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดโดยใช้ขั้นตอนของสัมพันธภาพบำบัดทั้ง 4 ระยะ ประกอบด้วย 1) ระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (Orientation Phase) ดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ผู้วิจัยช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง 2) ระยะระบุปัญหา (Identification phase) ผู้วิจัยช่วยผู้ป่วยในการค้นหาปัญหา 3) ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา (Exploitation Phase) ผู้วิจัยช่วยให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายใหม่ในลักษณะของการแก้ปัญหา และทำให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ และ 4) ระยะสรุปผล (Resolution Phase) ผู้วิจัยมีการประเมินผลหลังจากที่ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองภายใต้การช่วยเหลือจากผู้วิจัยจนปัญหาได้รับการแก้ไข สัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อย่างต่อเนื่องได้ โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ (Face to Face) พบกันแบบตัวต่อตัวครั้งที่ 1 2) การสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง (Face to Face) พบกันแบบตัวต่อตัวครั้งที่ 2 3) การสร้างสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ (โทรศัพท์ครั้งที่ 1) 4) การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Medical adherence) (โทรศัพท์ครั้งที่ 2) 5) การสังเกตอาการข้างเคียงและวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต (โทรศัพท์ครั้งที่ 3) 6) การมาตรวจตามนัด (โทรศัพท์ครั้งที่ 4) 7) การทบทวนการปฏิบัติ (Face to face) พบกันแบบตัวต่อตัวครั้งที่ 3 8) การจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (แอลกอฮอล์และสารเสพติด) (โทรศัพท์ครั้งที่ 5) 9) การจัดการกับความเครียด (โทรศัพท์ครั้งที่ 6) และ 10) การประเมินผลและสิ้นสุดสัมพันธภาพ (Face to Face) พบกันแบบตัวต่อตัวครั้งที่ 4 โดยมีสื่อเป็นคู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่าย โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเปิดควบคู่มือให้การดูแลทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า การใช้สัมพันธภาพบำบัด

ประยุกต์ใช้ร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์จะทำให้ผู้ป่วยและผู้วิจัยเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและเกิดการเรียนรู้ โดยสามารถจดจำสิ่งที่ผู้วิจัยถ่ายทอดให้และนำไปปฏิบัติจริง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง ลดการกำเริบซ้ำและสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ดีขึ้นหรือไม่
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีความจำเป็นในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท (Peplau, 1952) หากสัมพันธภาพในระยะเริ่มต้นดำเนินไปด้วยดี ก็จะทำให้ทั้งสองฝ่ายพร้อมที่จะดำเนินไปในขั้นตอนต่อไปได้อย่างดีเช่นกัน (Forchuk, 1994) จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปเปลาวพบว่า มีการนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง การศึกษาของวิลัยพร สุวรรณบุรณ์และคณะ (2558) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการศึกษาของ สัมพันธ์ มณีรัตน์ (2546) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศ การศึกษาของ Pender (1993) พบว่า สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดช่วยให้เกิดผลดีต่อกระบวนการฟื้นฟูในกลุ่มหญิงที่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปเปลาวยังสามารถประยุกต์ใช้ผลดีในการทำกลุ่มจิตบำบัดอีกด้วย (Lego, 1998) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจนำทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปเปลาว (1952) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ

ก่อนให้การดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ รวมทั้งผู้ป่วยยังเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยและประยุกต์ร่วมกับ TIPS: Telephone Intervention-Problem Solving for persons with Schizophrenia ของ Beebe and Tian (2004) หลักการของ TIPS คือ การให้ความรู้และกลวิธีเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งพยาบาลยังมีการชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหา การเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาและมีการติดตามอย่างมีประสิทธิภาพทางโทรศัพท์ ดำเนินกิจกรรมทั้งหมดตามระยะของสัมพันธภาพบำบัด 4 ระยะของเพปเปลว (1952) โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ประกอบด้วย การพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) 4 กิจกรรมและการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 6 กิจกรรม รวมทั้งทั้งหมด 10 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) พบกันแบบตัวต่อตัวครั้งที่ 1 ทั้งผู้วิจัยและผู้ป่วยพบกันครั้งแรกและเป็นคนแปลกหน้า (Stranger) ซึ่งกันและกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดไว้วางใจและคลายความกังวล เนื่องจาก ผู้บำบัดและผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะเกิดความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น (สาธุนพร พุฒขาว, 2541; McCabe et al., 2012) ผู้วิจัยจะมีการกล่าวทักทายพร้อมแนะนำตัว ชวนผู้ป่วยพูดคุยเรื่องทั่วไป แจ่มวัตถุประสงค์และข้อตกลงของการพบและการดูแลทางโทรศัพท์ นอกจากนี้จะมีการซักถามปัญหาของผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น พร้อมทั้งให้ผู้ผู้ป่วยพูดทบทวนและสรุปกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 สร้างสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) พบกันแบบตัวต่อตัวครั้งที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจอย่างต่อเนื่อง และประเมินปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเน้นปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พร้อมร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหาและเลือกวิธีการนำไปใช้ที่เหมาะสม ในกิจกรรมนี้จะมีการให้ความรู้เบื้องต้นเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษาด้วยยาเนื่องจาก สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา คือ การขาดความรู้เรื่องการรักษาโรคจิตเภท (Freudenreich and Cather, 2012) หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทบทวนความรู้ ความเข้าใจในการนำไปใช้ อธิบายการใช้คู่มือหลังจำหน่าย และให้ผู้ผู้ป่วยสรุปกิจกรรม

กิจกรรมที่ 3 สร้างสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ (โทรศัพท์ครั้งที่ 1) มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความไว้วางใจอย่างต่อเนื่องหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณวิจัยมีความจริงใจ และมีความสม่ำเสมอ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะมีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลหาวิธีแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมร่วมกัน พร้อมทั้งให้ผู้ผู้ป่วยเลือกวิธีแก้ไขปัญหาเพื่อให้สำเร็จตรงตามเป้าหมาย หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยสรุปกิจกรรม

กิจกรรมที่ 4 การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Medical Adherence) (โทรศัพท์ครั้งที่ 2) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินปัญหาที่ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จาก

การศึกษาด้านปัจจัยด้านการรักษาที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับประทานยาวันละหลายมื้อ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมปกติของผู้ป่วย ทำให้ความร่วมมือในการรักษาลดลง เมื่อผู้วิจัยค้นพบปัญหาของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาแล้ว ก็จะหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายและพยายามแก้ไขปัญหาลงมือเพื่อให้สำเร็จตรงตามเป้าหมาย หลังจากนั้นให้ความรู้เรื่องการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและผลเสียของการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พร้อมทั้งทบทวนความเข้าใจโดยถามย้อนกลับและให้ผู้ป่วยสรุปกิจกรรม

กิจกรรมที่ 5 การสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต (โทรทัศน์ครั้งที่ 3) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการข้างเคียงจากยาและสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจาก ปัจจัยด้านการรักษาที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาพบว่า เหตุผลของการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษาคือ ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ (Kumar and Sedgwick, 2001a; Loffler et al., 2003) ดังนั้นกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจะประเมินอาการข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ร่วมกันทางวิธีแก้ไขปัญหโดยสอนให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการดังกล่าวเป็นอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องยารักษาอาการทางจิต การสังเกตอาการข้างเคียงอื่นๆที่อาจพบได้ และวิธีจัดการ พร้อมทั้งทบทวนความเข้าใจโดยถามย้อนกลับ และให้ผู้ป่วยสรุปกิจกรรม

กิจกรรมที่ 6 การมาตรวจตามนัด (Appointment adherence) (โทรทัศน์ครั้งที่ 4) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาตรวจตรงตามนัด เนื่องจาก การมาตรวจตรงตามนัดทำให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา และได้รับยากลับไปรับประทานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กิจกรรมนี้ผู้วิจัยจะประเมินปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด เช่น ลืมวันนัด ไม่เห็นความสำคัญในการมาให้ตรงตามนัด ไม่มีเงิน โดยผู้ป่วยและผู้วิจัยหาวิธีแก้ไขปัญหาร่วมกัน และให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายและให้พยายามแก้ไขปัญหารวมทั้งทบทวนความเข้าใจของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยสรุปกิจกรรม

กิจกรรมที่ 7 ทบทวนการปฏิบัติโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) พบกันแบบตัวต่อตัวครั้งที่ 3 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยรายบุคคลเพื่อทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา และประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่เหลืออยู่หรือปัญหาใหม่ โดยร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาลงมือ ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายและพยายามแก้ไขปัญหาลงมือเพื่อให้สำเร็จตรงตามเป้าหมาย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้แนะนำให้ผู้พื่อนำยาและคู่มือมาตรวจสอบเพื่อประเมินผลว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้อง และมีการรับประทานยาครบถ้วน หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสรุปกิจกรรมที่ผ่านมาด้วย

กิจกรรมที่ 8 การจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (แอลกอฮอล์และสารเสพติด) (โทรศัพท์ครั้งที่ 5) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัจจัยกระตุ้นและหลีกเลี่ยงการกลับไปใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด จากการศึกษาด้านปัจจัยด้านการรักษาที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมกับรับประทานยา รักษาโรคจิต ทำให้อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเพิ่มขึ้น (ทวิพร วิสุทธิมรรค, 2544) เกิดความไม่สุขสบายและหยุดใช้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา นอกจากนี้สารเสพติดยังทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบและกลับมารักษาซ้ำ กิจกรรมนี้ผู้วิจัยจะประเมินปัญหาหรือแนวโน้มในการกลับไปใช้ซ้ำ เมื่อพบปัจจัยกระตุ้นผู้วิจัยและผู้ป่วยจะหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยให้จัดการกับปัจจัยกระตุ้นเหล่านั้น และให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายและให้พยายามแก้ไขปัญหาเพื่อให้สำเร็จ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดที่มีผลต่อสมองและโรคจิตเภท พร้อมทั้งทบทวนความเข้าใจของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยสรุปกิจกรรม

กิจกรรมที่ 9 การจัดการกับความเครียด (Stress management) (โทรศัพท์ครั้งที่ 6) ความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทมักเกิดจากปัญหาในการเข้าสังคม รวมถึงมีปัญหาขัดแย้งกับคนในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง จากการศึกษาด้านปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาพบว่า ความไม่อบอุ่นในครอบครัวและการแสดงอารมณ์ต่อสูงมีผลต่อการสนับสนุนให้ได้รับการรักษาที่ไม่ดี (Oehl ,Hummer and Fleischhacker, 2000) ดังนั้นการดูแลทางโทรศัพท์ครั้งนี้ ผู้วิจัยจะประเมินสาเหตุของความเครียด เช่น การทะเลาะเบาะแว้งกับคนในครอบครัวหรือมีปัญหากับบุคคลรอบข้าง เมื่อพบสาเหตุของความเครียด ผู้ป่วยและผู้วิจัยจะร่วมกันหาวิธีแก้ไขเหล่านั้น และให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายและให้พยายามแก้ไขปัญหาเพื่อให้สำเร็จ หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่างๆ ตามคู่มือ พร้อมทั้งสรุปกิจกรรมโดยให้ผู้ป่วยเลือกใช้วิธีที่เหมาะสม และให้ผู้ป่วยสรุปกิจกรรม

กิจกรรมที่ 10 การประเมินผลและสิ้นสุดสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) การพบกับผู้ป่วยแบบตัวต่อตัวครั้งที่ 4 มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการประเมินผลและสิ้นสุดสัมพันธภาพ ผู้วิจัยจะประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่ยังเหลืออยู่หรือปัญหาใหม่ พร้อมกับหาวิธีแก้ไข ปัญหาที่เหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายและให้พยายามแก้ไขปัญหาให้สำเร็จ ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่ากิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมสุดท้าย ซึ่งเป็นการสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพื่อเป็นการประเมินผล และให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือจากผู้ให้บริการสุขภาพ โดยสามารถโทรศัพท์ปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตที่สายด่วนกรมสุขภาพจิต เบอร์ 1323 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะมีอยู่ในคู่มือที่มอบให้

สมมุติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research Design) ใช้รูปแบบการเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน (The Non-Equivalent Comparison-group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

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

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในสถานบำบัดจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาที่มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องในระดับต่ำถึงปานกลาง ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี

ตัวแปรที่ศึกษา คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวชตามการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิตอย่างเต็มใจและต่อเนื่อง ซึ่งวัดจากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสิรินธร เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และงานวิจัยของเพชร คันธสายบัว (2544) แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ

1. การใช้ยาตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้องซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยา

ตามเวลาโดยอาจผิดพลาดได้แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ และใช้ยาถูกขนาด โดยไม่ลดหรือเพิ่มขนาดเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

2. ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้แก่ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ภายใต้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพบพลาว (1952) และการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์เป็นสื่อกลางในผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยสนใจนำ TIPS: Telephone Intervention-Problem Solving for persons with Schizophrenia ของ Beebe and Tian (2004) โดย TIPS มีหลักการสำคัญ คือ การให้ความรู้และกลยุทธ์เพื่อให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งพยาบาลยังมีการแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหา การเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและมีการติดตามทางโทรศัพท์อย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรม ประกอบด้วย การพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) 4 กิจกรรมและการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมทั้งหมดตามระยะของสัมพันธภาพบำบัด 4 ระยะ ประกอบด้วย 1.ระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (Orientation Phase) หมายถึง การดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ผู้วิจัยช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง 2.ระยะระบุปัญหา (Identification phase) หมายถึง การดำเนินการเพื่อช่วยผู้ป่วยในการค้นหาปัญหา 3.ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา (Exploitation Phase) หมายถึง การดำเนินการเพื่อช่วยผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายใหม่ในลักษณะของการแก้ปัญหาและทำให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยผู้วิจัยใช้บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) และผู้สอน (Teaching) และ 4.ระยะสรุปผล (Resolution Phase) หมายถึง การประเมินผลหลังจากที่ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองภายใต้การช่วยเหลือจากผู้วิจัยจนปัญหาได้รับการแก้ไขและการสรุปกิจกรรมในแต่ละกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) หมายถึง การพบกับผู้ป่วยแบบตัวต่อตัวครั้งแรกขณะที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล เป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและคลายความวิตกกังวล

กิจกรรมที่ 2 สร้างสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) หมายถึง การพบกับผู้ป่วยครั้งที่ 2 ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 3 สร้างสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ (โทรศัพท์ครั้งที่ 1) หมายถึง การสร้างสัมพันธภาพทางโทรศัพท์หลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนจริงใจและมีความสม่ำเสมอ

กิจกรรมที่ 4 การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Medical Adherence) (โทรศัพท์ครั้งที่ 2) หมายถึง การดูแลทางโทรศัพท์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

กิจกรรมที่ 5 การจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต (โทรศัพท์ครั้งที่ 3) หมายถึง การดูแลทางโทรศัพท์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการข้างเคียงของยาและสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตได้

กิจกรรมที่ 6 การมาตรวจตามนัด (Appointment adherence) (โทรศัพท์ครั้งที่ 4) หมายถึง การดูแลทางโทรศัพท์เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาตรวจตรงตามนัด

กิจกรรมที่ 7 ทบทวนการปฏิบัติโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) หมายถึง การพบผู้ป่วยแบบตัวต่อตัวครั้งที่ 3 เพื่อทบทวนกิจกรรมและทบทวนการปฏิบัติ และบอกระยะเวลาที่เหลืออยู่ในการวิจัย

กิจกรรมที่ 8 การจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (แอลกอฮอล์และสารเสพติด) (โทรศัพท์ครั้งที่ 5) หมายถึง การดูแลทางโทรศัพท์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับสิ่งกระตุ้นในการกลับไปใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

กิจกรรมที่ 9 การจัดการกับความเครียด (Stress management) (โทรศัพท์ครั้งที่ 6) หมายถึง การดูแลทางโทรศัพท์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดจากปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง

กิจกรรมที่ 10 สิ้นสุดสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) หมายถึง การพบกับผู้ป่วยครั้งสุดท้ายเพื่อทบทวนการปฏิบัติของกิจกรรม ประเมินผลและทำการสิ้นสุดสัมพันธภาพ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลได้ทำให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้แก่ การประเมินด้านร่างกายและจิตใจ การให้ข้อมูลเรื่องแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ การบำบัดดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การเข้ากลุ่มบำบัดตามตารางกิจกรรมของหอผู้ป่วย ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 กลุ่มพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท (Psychoeducation schizophrenia) และกลุ่มฝึกจิตยาด้วยตนเอง (Self-medication group) สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มนันทนาการบำบัด (Recreation group) และกลุ่มออกกำลังกาย (exercise group) สัปดาห์ที่ 3 กลุ่มชุมชนบำบัด (Therapeutic communication group) และกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Psychotherapy group) สัปดาห์ที่ 4 กลุ่มจัดการกับความ

โกรธ (Anger control group) และกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรคอ้วนชนวนรู้ (MS) และภาวะน้ำเกิน (PIP) สัปดาห์ที่ 5 กลุ่มผ่อนคลายความเครียดเบื้องต้น (Relaxation group) และกลุ่มดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care group) การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย/การส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่จะช่วยลดอัตราการกำเริบและการกลับมารักษาซ้ำ
2. เพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข



บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษา “ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนืองทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท” ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิจัย วารสารและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุ อาการและการดำเนินของโรคจิตเภท
- 1.3 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
- 1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
- 1.5 การปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
- 2.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
- 2.4 บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

3. ทฤษฎีสัมพันธภาพบำบัด

- 3.1 ความหมายของสัมพันธภาพบำบัด
- 3.2 แนวคิดของทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว
- 3.3 ขั้นตอนของสัมพันธภาพบำบัด
- 3.4 บทบาทของพยาบาลในระหว่างการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

4. การดูแลต่อเนืองทางโทรศัพท์

- 4.1 ความหมายของการดูแลทางโทรศัพท์
- 4.2 แนวคิดของการดูแลทางโทรศัพท์

5. การพัฒนาโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนืองทางโทรศัพท์

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมาย

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความสำคัญมากเป็นอันดับหนึ่ง เป็นโรคที่พบได้มากที่สุด พบได้ในประชากรทุกกลุ่มและมีอัตราการป่วยซ้ำสูง ซึ่งมีผู้ทำการศึกษาและให้ความหมายเกี่ยวกับโรคจิตเภทไว้ ดังนี้

กนกวรรณ ลิ้มเจริญศรี (2558) ให้ความหมายว่า โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม อาการเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย ยา หรือสารเสพติด และส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคม การงาน หรือสุขอนามัยของผู้ป่วย

สมภพ เรืองตระกูล (2557) กล่าวว่า ลักษณะที่สำคัญของผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2556) กล่าวว่า โรคจิตเภท หรือ Schizophrenia เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

Boyd (2005) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากมักเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

WHO (2006) ให้ความหมายว่า โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง โรคที่แสดงความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ ด้านสติปัญญา การแสดงออกทางอารมณ์ไม่สัมพันธ์หรือสอดคล้องกับเหตุการณ์การดำเนินโรคลักษณะเรื้อรัง

จากความหมายข้างต้น สามารถสรุปความหมายของโรคจิตเภท หรือ Schizophrenia ได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 6 เดือน โดยไม่มีอาการของโรคทางกาย พิษจากยาหรือสารเสพติด ทำให้มีความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ การทำหน้าที่ การประกอบอาชีพและการใช้ชีวิตในสังคม

1.2 สาเหตุ อาการและการดำเนินของโรคจิตเภท

สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ปัจจุบันยังไม่สามารถบอกสาเหตุที่แน่ชัดได้ แต่เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นมาจากหลายๆสาเหตุ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) ดังนี้

1.2.1. ปัจจัยด้านชีวภาพ

1.2.1.1 พันธุกรรม จากการศึกษาด้านพันธุกรรมชี้ให้เห็นว่าเป็นสาเหตุสำคัญ (สมภพ เรืองตระกูล, 2557) พบว่า

1.2.1.1.1 พบว่าญาติสนิทของผู้ป่วยโรคจิตเภท (บิดา มารดา พี่น้องและบุตร) มีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรโดยทั่วไป 10 เท่า

1.2.1.1.2 พบว่าความผิดปกติทางจิตเวชต่อไปนี้เป็นโรค Schizoaffective และบุคลิกภาพชนิดแยกตัว พบว่ามีอัตราของผู้ป่วยในหมู่ญาติสนิทสูงกว่าที่พบในประชากรโดยทั่วไป

1.2.1.1.3 พบว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้ๆป่วยเป็นโรคจิตเภท จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทด้วยคิดเป็นร้อยละ 10 ในขณะที่บุตรบุญธรรมในกลุ่มควบคุมมีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทเพียงร้อยละ 1

1.2.1.1.4 จากการศึกษาคู่แฝดพบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนใดคนหนึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภท อีกคนจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นด้วยถึง ร้อยละ 50 แต่ในขณะเดียวกัน การศึกษาคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 8

จากข้อมูลการศึกษาข้างต้นที่กล่าวมาบ่งชี้ว่ายีนส์ที่มีความผิดปกติซึ่งเป็นสาเหตุที่ส่งผลทำให้เกิดโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับโครโมโซมที่ 6

1.2.1.2 ปัจจัยด้านระบบสารเคมีในสมอง ในปัจจุบันยังมีความเชื่อว่าสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทเกิดจาก Dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะ Mesolimbic และ Mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ Post-synaptic receptor เนื่องจากพบว่ายาที่รักษาโรคจิตนั้นออกฤทธิ์ปิดกั้น Dopamine receptor type 2 และพบว่ามีสารนำสื่อประสาท Serotonin พบการทำงานของ Serotonin-2 (5-HT_{2A}) receptor ใน Frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มใหม่ (Serotonin-dopamine antagonists) ออกฤทธิ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับระบบ Serotonin นอกจากนี้ในช่วงระยะหลังๆนี้ยังพบว่าสารนำสื่อประสาท Glutamate อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความผิดปกติที่อาจทำให้เกิดโรคจิตเภท โดยพบการทำหน้าที่ ของ N-methyl-D-aspartic acid (NMDA) receptor ซึ่งเป็น Receptor ของ Glutamate ลดลง สภาพสมดุลระหว่างระบบ Glutamate ซึ่งเป็นแบบ Excitatory และระบบ GABA ซึ่งเป็นแบบ Inhibitory จะเสียไป ทำให้เกิดภาวะ Excitotoxicity ร่วมกับการมี Neuroplasticity บกพร่องไป

1.2.1.3 ปัจจัยด้านกายวิภาคของสมอง การเกิดโรคจิตเภทพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง ได้แก่ การที่มีปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วน Cortical gray matter และมี Ventricle ที่โตกว่าปกติ พบว่าการที่ Ventricle ที่โตกว่าปกตินั้นจะมีความสัมพันธ์กับอาการทางด้านลบและยังพบว่า การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีและมีการบกพร่องทางด้าน Cognition

1.2.1.4 ปัจจัยด้านประสาทสรีรวิทยา พบว่า Cerebral blood flow และ Glucose metabolism ลดลงในปริมาณ Frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ Prefrontal lobe dysfunction อย่างไรก็ตามปัจจุบันมองแนวคิดนี้ว่า

การทำงานของสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทนี้ได้เป็นจากความผิดปกติเฉพาะสมองส่วนใดส่วนหนึ่ง แต่เป็นความผิดปกติของการทำงานของสมองหลายๆวงจรที่มีการเชื่อมโยงกัน ทั้งในระดับ Cortical และ Subcortical อาจมองได้ว่าโรคจิตเภทนี้เป็นโรคของ Disturbed neural connectivity

1.2.2 ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม

1.2.2.1 เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการหรือการเลี้ยงดูบางรูปแบบทำให้เด็กเมื่อโตขึ้นป่วยเป็นโรคจิตเภท การศึกษาในช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรคพบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (High expressed-emotion, EE) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) มีท่าที่ไม่เป็นมิตร (Hostility) หรือจู้จี้กับผู้ป่วยมากเกินไป (Emotional overinvolvement)

1.2.2.2 ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมีสมมุติฐานว่า การที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆทำให้สถานภาพทางสังคมต่ำลงกว่าเดิม (Downward drift hypothesis)

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากหลายๆสาเหตุร่วมกัน แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ Stress-diathesis model ซึ่งเชื่อกันว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือมีจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบเจอกับสภาพที่กดดันบางอย่างทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทตามมา หรือสภาพที่กดดันนั้นอาจเกิดจากปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคมหรือเกิดจากหลายๆ ปัจจัยร่วมกัน

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีลักษณะอาการทางคลินิกหลายอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มสำคัญ (กนกวรรณ ลิ้มเจริญศรี, 2558) ดังนี้

1.อาการด้านบวก (Positive symptom) หมายถึง อาการผิดปกติที่เพิ่มมากกว่าคนทั่วไป อาจจะเกิดขึ้นเร็ว และพบได้หลายช่วงของการดำเนินโรค มักพบในช่วงอาการกำเริบ ได้แก่

1.1 อาการหลงผิด (Delusion) ได้แก่ หลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้าย (Persecutory delusion) หลงผิดว่าตัวเองถูกพาดพิง (Delusion of reference) หลงผิดที่มีเนื้อหาแปลกประหลาด (Bizarre delusion) เช่น หลงผิดว่าร่างกายของตนเองถูกควบคุมจากมนุษย์ต่างดาว

1.2 ประสาทหลอน (hallucination) ที่พบบ่อยคือหูแว่ว (Auditory delusion) ได้ยินเสียงที่เป็นเรื่องราวชัดเจน อาการอื่น เช่น เห็นภาพหลอน (Visual hallucination) เป็นคน ผี เป็นต้น

1.3 Schneiderian first rank symptom เป็นกลุ่มอาการสำคัญที่มีทั้งประสาทหลอนและอาการหลงผิด พบในโรคจิตเภทบ่อยกว่าโรคจิตชนิดอื่น

1.4 ความผิดปกติของการพูด (Disorganized speech) ผู้ป่วยจะพูดไม่ค่อยเข้าใจ เช่น คำพูดไม่ต่อเนื่องกัน (Loosening of association) หรือพูดไม่รู้เรื่อง (Incoherence) ทำให้คนอื่นไม่อยากพูดคุยกับผู้ป่วย

1.5 ความผิดปกติของพฤติกรรม (Disorganized behavior) ผู้ป่วยมีการแต่งกายสกปรก แปก ไม่สนใจดูแลตนเอง ร้องเอะอะโวยวาย มีพฤติกรรมวุ่นวายหรือ Catatonia

2. อาการด้านลบ (Negative symptom) หมายถึง อาการผิดปกติที่ขาดหรือบกพร่องไปจากบุคคลทั่วไป เช่น เฉยเมยไม่แสดงอารมณ์ (Affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) ไม่มีแรงจูงใจ หรือเฉื่อยชาลง (Avolition) ภาวะสิ้นยินดี (Anhedonia) ไม่เข้าสังคม (Asociality) อาการจะค่อยเป็นค่อยไปและมักพบในช่วงหลังของการดำเนินของโรค

3. การเปลี่ยนแปลงด้านความคิดการรับรู้ (Cognitive change) ผู้ป่วยจะมีสมาธิแย่งลง มีปัญหาความจำ ตีความไม่ได้ คิดเป็นเหตุเป็นเหตุผลไม่ได้หรือความสามารถในการบริหารจัดการ (Executive function) เสียการตัดสินใจเสีย และเรียนรู้สิ่งใหม่ไม่ได้ มักพบช่วงก่อนอาการกำเริบ

4. การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ผู้ป่วยอาจรู้สึกทุกข์ทรมาน ไม่สบายใจ (Dysphoria) มีภาวะซึมเศร้า (Depression) หมดกำลังใจจากอาการของโรคที่เกิดขึ้น

5. การฆ่าตัวตาย (Suicide) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 50 พยายามฆ่าตัวตายและพบว่าร้อยละ 10-15 ฆ่าตัวตายสำเร็จโดยปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ เพศชายอายุน้อยกว่า 30 ปีป่วยเรื้อรัง มีภาวะซึมเศร้า และเพิ่งออกจากโรงพยาบาล

การดำเนินการของโรค ส่วนใหญ่แล้วมักจะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยมีอาการนำมาก่อน คือ แยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจในการเรียนหรือการทำงาน ไม่สนใจสุขอนามัย มีพฤติกรรมผิดปกติไปจากเดิม จนญาติพี่น้องสามารถสังเกตเห็นความผิดปกติของผู้ป่วย ในที่สุดผู้ป่วยก็จะแสดงอาการที่ชัดเจน เช่น มีหูแว่ว ประสาทหลอนและหลงผิด ในบางรายมักเป็นๆ หายๆ ในขณะที่บางรายเป็นแบบเรื้อรัง ไม่หายขาด อาการจะทรงๆหรือทรุดลงตามลำดับ จนทำให้ผู้ป่วยไร้ประสิทธิภาพ ในระยะแรกอาการของโรคจะเป็นลักษณะของอาการด้านลบที่เด่นชัด และต่อมาก็จะแสดงอาการทางด้านบวก เมื่อได้รับการรักษาแล้วอาการด้านบวกจะหมดไป แต่ยังคงอาการด้านลบไว้อยู่บ้าง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553)

การดำเนินการของโรค โดยทั่วไปแล้วสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ดังนี้

ระยะก่อนเริ่มอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีอาการด้านลบ เช่น มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ การเรียน การทำงานเริ่มแย่งลง เก็บตัวในห้องคนเดียว ไม่สนใจตนเอง บางครั้งมีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ ร่วมกับมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติ แต่ญาติหรือคนใกล้ชิดสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิมช่วงระยะเวลานี้อาจไม่แน่นอนอาจใช้ระยะเป็นสัปดาห์หรืออาจนานเป็นปีก็ได้ โดยเฉลี่ยแล้วประมาณ 1 ปี ก่อนที่จะมีอาการกำเริบ การพยากรณ์ของโรคจะไม่ดีหากระยะนี้ผู้ป่วยเป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแย่งลงเรื่อยๆ

ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ A ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก

ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายกับระยะที่เริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาจมีอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดเหลืออยู่ แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงนี้อาจมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

ในช่วงของระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการ Relapse ได้เป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่จะกำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงที่พบได้บ่อยก่อนอาการกำเริบ คือ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัว หงุดหงิด และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง

1.3 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

ปัจจุบันเกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่นิยมใช้กันมากที่สุดมีอยู่ 2 เกณฑ์ คือ เกณฑ์การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-V) และเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) โดยมีรายละเอียดดังนี้

เกณฑ์การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-V)

A. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการในระยะเวลา 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากได้รับการรักษา) และอาการอย่างน้อย 1 อย่าง ต้องเป็นอาการในข้อ 1, 2 หรือ 3

1. มีอาการหลงผิด (Delusion)
2. ประสาทหลอน (Hallucination)
3. ความผิดปกติของการพูด (Disorganized speech)
4. ความผิดปกติของพฤติกรรม (Disorganized behavior)
5. อาการด้านลบ (Negative symptom)

B. มีปัญหาด้านสังคม การงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือสุขอนามัยของตนเอง

C. มีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งนานอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งต้องมีช่วงที่มีอาการในข้อ A. อย่างน้อย 1 เดือน โดยช่วงที่เหลือซึ่งเป็นระยะอาการนำหรืออาการหลงเหลืออาจมีเพียงอาการด้านลบหรือมีอย่างน้อย 2 อาการในข้อ A. ที่เหลืออยู่เพียงเบาบาง เช่น มีความคิดหรือประสบการณ์ที่แปลกๆ การรับสัมผัสที่แปลกๆ

D. ไม่มีอาการเข้าได้กับโรค Schizoaffective disorder และในกลุ่มโรคซึมเศร้าหรือ Bipolar disorder ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย

E. อาการไม่ได้เป็นจากยาหรือสารเสพติดหรือโรคทางกาย

F. หากมีประวัติของโรค Autism Spectrum Disorder หรือ Communication Disorder ที่เป็นในวัยเด็ก จะวินิจฉัยโรคจิตเภทร่วมด้วยได้ต่อเมื่อมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนเป็นอาการเด่นเพิ่มจากอาการอื่นในข้อ A. นานอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่าหากรักษาได้ผลดี)

เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) ได้จำแนกโรคจิตเภทออกเป็น 9 ประเภท (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2556) ดังนี้

1. โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid schizophrenia) ซึ่งเป็นชนิดของโรคจิตเภทที่ได้บ่อยที่สุด โดยที่ผู้ป่วยจะมีอาการหวาดระแวง หลงผิด มีอาการโกรธง่าย ก้าวร้าว ผู้ป่วยประเภทนี้ การดำเนินชีวิตไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงมากนักอาการจะค่อนข้างคงที่ การพยากรณ์ของโรคมักจะดีกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดอื่นๆ

2. โรคจิตเภทชนิดเฮบีฟรินิค (Hebephrenic schizophrenia) พบในวัยหนุ่มสาวระหว่าง 15-20 ปี โดยจะมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะมีความคิด และคำพูดไม่สอดคล้องกัน อารมณ์เฉยเมยไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ อาการจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ โดยที่ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางบุคลิกภาพอย่างมากมาก่อน เมื่อเป็นแล้วมักเป็นเรื้อรังไม่ค่อยหาย

3. โรคจิตเภทชนิดคาทาโทนิค (Catatonic schizophrenia) อาการสำคัญ คือ ความผิดปกติที่พฤติกรรมเคลื่อนไหว อาจเป็นทั้งแบบ เฉยทื่อหรือปฏิเสธต่อต้าน

4. โรคจิตเภทชนิดเรื้อรังที่มีอาการหลงเหลือ (Residual schizophrenia) ผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดนี้ จะต้องเคยเป็นโรคจิตเภทชนิดใดชนิดหนึ่งมาก่อนแล้ว อาการดีขึ้นแต่ก็ยังคงมีอาการบางอย่างคงเหลืออยู่บ้าง โดยจะมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า คิดช้า แยกตัว ไม่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มักเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง

5. โรคจิตเภทชนิดจำแนกไม่ได้ (Undifferentiated schizophrenia) ผู้ป่วยจิตเภทชนิดนี้ อาการของโรคไม่ชัดเจน ไม่สามารถจำแนกประเภทอื่นๆได้ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน

6. โรคจิตเภทชนิดเศร้าภายหลัง (Post-schizophrenia depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นหลังจากการป่วยด้วยโรคจิตเภท มีอาการซึมเศร้าร่วมกับอาการแยกตัว ไม่สูงส่งกับใคร

7. โรคจิตเภทชนิดพฤติกรรมเสื่อมถอย (Simple schizophrenia) ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเสื่อมถอยเรื่อยๆ ตั้งแต่เริ่มจนมีอาการชัดเจน

8. โรคจิตเภทชนิดอื่นๆ (Other schizophrenia) เป็นโรคจิตเภทที่ไม่เข้าเกณฑ์ใดๆ ที่กล่าวมา

9. โรคจิตเภทชนิดที่ไม่สามารถระบุได้ (Unspecified schizophrenia) โรคจิตเภทที่ไม่สามารถระบุประเภทได้

1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท (มานอน หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ได้แก่

1.4.1 การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยมักมีอาการทางจิตที่รุนแรง

(Acute phase) ซึ่งมีทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ มีความผิดปกติด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์และการรับรู้ กรณีที่จะรับผู้ป่วยโรคจิตเภทในรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทต้องมี พฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญให้แก่ผู้อื่นมีปัญห อื่นๆที่ จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง เพื่อควบคุมเรื่องยา มีปัญหาในการ วินิจฉัย การรับผู้ป่วยจิตเภทไว้ในโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช โดยเฉพาะโดยระยะเวลาที่รักษาด้วยในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยใช้เวลาประมาณ 3-6 สัปดาห์

1.4.2 การรักษาด้วยยา ถือเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากจะช่วยควบคุมอาการ ทางบวกได้แล้วยังสามารถลดอัตราการกลับมากำเริบซ้ำได้ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ส่วน ใหญ่มีสาเหตุมาจากการขาดยา การรักษาแบ่งออกได้ 3 ช่วง คือ

1.4.2.1 ระยะเฉียบพลัน (Acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมให้อาการทางจิตสงบโดยเร็ว อาการรบกวนของผู้ป่วยดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้นเป็นมาจาก ฤทธิ์ของยาที่ทำให้อาการสงบ ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการของโรคจิตของยานั้นต้องระยะเวลาเป็น สัปดาห์จึงจะเริ่มเห็นผล

1.4.2.2 ระยะทำให้คงสภาพ (Stabilization phase) หลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการ ทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังมีความจำเป็นต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการไม่ให้ อาการกำเริบ

1.4.2.3 ระยะที่อาการคงที่ (Stable หรือ Maintenance phase) เป็นช่วงที่ อาการทางจิตทุเลาลง แต่ก็ยังจำเป็นต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอาการกลับมากำเริบซ้ำ ในรายที่มีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี การควบคุมอาการด้วยการรับประทานยังเป็นสิ่งสำคัญ โดย ขนาดยาจะใช้ในขนาดที่ต่ำกว่าช่วงแรกๆ และจะค่อยๆลดขนาดลงร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือน จนถึง ขนาดยาที่ต่ำที่สุดที่สามารถคุมอาการของผู้ป่วยได้ ในรายที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาอาจ พิจารณาใช้ยาฉีดประเภท Long acting

ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกหลังจากที่อาการทางจิตดีขึ้นแล้ว ยังมีความจำเป็นต้อง รับประทานอย่างต่อเนื่องอีกอย่างน้อย 1-2 ปี แล้วจึงจะพิจารณาว่าจะหยุดยาได้หรือไม่ หาก สามารถหยุดยาได้จะต้องค่อยๆลดขนาดยาอย่างช้าๆ และยังคงต้องมีการนัดเพื่อติดตามอาการของ ผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเป็นครั้งที่สองการรับประทานยานั้นอาจต้องรับประทานต่อเนื่อง อย่างน้อย 5 ปีหรือในบางรายอาจต้องรับประทานยาตลอดชีวิต

1.4.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) การรักษาด้วย ไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นยังไม่ค่อยได้ผลดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยปกติแล้วจะใช้การรักษา ไฟฟ้าในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยทำการรักษาไฟฟาร่วมไปด้วย โดยการรักษาด้วย

ไฟฟ้านั้นโดยปกติแล้วจะทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 6-12 ครั้ง นอกจากนี้ ยังใช้ในการรักษาผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือ ผู้ป่วยที่มี Severe depression ร่วมด้วย

1.4.4 การรักษาด้านจิตสังคม การบำบัดด้านจิตสังคมถือเป็นส่วนสำคัญอีกอย่างหนึ่งของการรักษา เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ มักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยและสังคมรอบข้าง ในบางครั้งแม้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้วปัญหาทางด้านสังคมนั้นยังคงอยู่ หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไขปัญหานั้นๆ นอกจากนี้ยังพบว่าอาการบางอย่าง เช่น อาการทางด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ หรือการไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ผู้บำบัดรักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง เพื่อที่จะได้ให้การช่วยเหลือได้ในทุกๆด้าน โดยการบำบัดรักษาด้านจิตสังคมนั้นประกอบด้วย

1.4.4.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นการบำบัดแบบประคับประคอง โดยที่ผู้รักษามีการตั้งเป้าหมายตามความเป็นจริงและเป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยช่วยหาวิธีการแก้ปัญหาในแบบที่ผู้ป่วยทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยค้นหาความเครียดหรือความกดดันที่ผู้ป่วยมักทนไม่ได้

1.4.4.2 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or Family counseling) การทำครอบครัวบำบัด โดยการให้ความรู้ในเรื่องโรค การปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วย

1.4.4.3 กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการทำกลุ่มกิจกรรมระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และมีการให้คำแนะนำและการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ฝึกทักษะทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและการให้กำลังใจ

1.4.4.4 นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) การจัดรูปแบบกิจกรรมต่างๆ การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ การให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมบางส่วนเท่าที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ เพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองแก่ผู้ป่วย

จากที่กล่าวมาในข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่า โรคจิตเภทมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลายปัจจัยร่วมกัน โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์และการรับรู้ ส่งผลให้มีการทำหน้าที่และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง และการดำเนินโรคของโรคเป็นแบบเรื้อรัง ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม โดยควรมีใช้การรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยคงสภาพในภาวะปกติมากที่สุด

1.5 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท (นภวัลย์ กัมพลาศิริ, 2557)

การปฏิบัติการพยาบาลดำเนินไปตามระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเฉียบพลันหรือระยะวิกฤติ (Acute phase) ในระยะนี้การช่วยเหลือมักเป็นในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับยาจิตบำบัด การสื่อสารตรงไปตรงมา พร้อมให้ความ

ช่วยเหลือ การจำกัดพฤติกรรมและมีการประเมินผลอาการทางจิตและผลของยาที่ได้รับ ซึ่งเป็นการควบคุมอาการที่รุนแรง

2. ระยะคงสภาพ (Stabilization phase) พยาบาลจะต้องมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจความเจ็บป่วยและร่วมมือในการรักษา แนะนำหรือให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องยาและผลข้างเคียง การดูแลควบคุมอาการตนเอง และชี้ให้เห็นถึงอาการที่แสดงว่าจะเกิดการกำเริบของโรค มีการให้ความรู้และฝึกทักษะทางสังคมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล/ญาติ รวมถึงให้การช่วยเหลือบำบัดเช่น สัมพันธภาพบำบัด นิเวศน์บำบัด กิจกรรมบำบัด ครอบครัวบำบัด เป็นต้น

3. ระยะมีเสถียรภาพ หรือระยะส่งเสริมสุขภาพ (Stable หรือ Maintenance phase) ในระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นอกจากพยาบาลจะป้องกันการกำเริบของโรคแล้วยังมุ่งมั่นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สิ่งสำคัญคือ การพัฒนาทักษะทางสังคม การดูแลตนเอง การรับผิดชอบบทบาทหน้าที่ การทำงานการมีเป้าหมายที่เป็นไปได้ในชีวิตและการปรับปรุงตัว การช่วยเหลือผู้ป่วยจะลงรายละเอียดในการสอน แนะนำและให้ความรู้อย่างต่อเนื่องทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ผู้ป่วยยังคงต้องการที่จะดูแลสุขภาพตัวเอง ปรับปรุงตนเอง ตัดสินใจรักษาด้วยตนเอง ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพจิตใจและการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ป่วย จะต้องเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความแข็งแกร่งมั่นใจ เชื่อมมั่นที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตและจัดการกับปัญหา อุปสรรคต่างๆ รวมทั้งการส่งเสริมให้เป็นคนที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) แก่ผู้ป่วยในการในการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

เพชรี คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ

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

Farragher (1999) กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทว่าจะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การไม่ใช้ยาต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาหรือการไม่ใช้ยาเฉพาะเวลาที่ตนรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยามืดเวลา การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษาและการใช้ยามากกว่าแผนการรักษา

Razali and Yahya (1995) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้องจะแสดงออกโดยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่ขาดยาเกิน 2 มื้อภายในเวลา 2 สัปดาห์ หรือไม่ขาดตรวจตามนัดเกิน 1 ครั้ง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท มีการใช้คำอื่นๆอีก ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยา ความร่วมมือในการรักษา ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งแต่ละคำให้ความหมายใกล้เคียงกัน เช่น

รัชนี อุทัยพันธ์ (2555) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานยาและการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ตามคำแนะนำของทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิตได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการมาตรวจตามนัด เพื่อผลลัพธ์ที่ดีด้านคลินิกและผลดีต่อการรักษา โดยมีการแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา ให้ยาตามเวลา และใช้ยาถูกขนาดโดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ความหมายของการใช้ยาตามแผนการรักษาเช่นเดียวกับ Farragher (1999) รวมถึงความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาตามงานวิจัยของเพชรี คันธสายบัว (2544) ได้ศึกษาพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้ง 2 ด้าน ซึ่งผู้วิจัยสรุปความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ว่า พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพจิตอย่างเต็มที่ เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสังเกตอาการข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาได้ โดยแสดงออกมา 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ และใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

Oehl, Hummer and Fleischhacker (2000) ทบทวนงานวิจัยต่างๆเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและแบ่งกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย

2.2.1 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่แสดงออกถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคลที่ส่งเสริมให้มีการแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือป้องกันการ

ป่วยซ้ำหลังจากที่ได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้นและกลับไปอยู่ในชุมชนได้ เป็นปัจจัยที่บอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

2.2.1.1 ลักษณะประชากร จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบลักษณะประชากร ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทมี 2 ประการ คือ

1) อายุ ซึ่งเป็นจำนวนระยะเวลาทั้งหมดของการนับตามปฏิทินตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน (Orem, 2001) อายุของบุคคลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากความสามารถในการดูแลจะถูกพัฒนาขึ้นตามอายุจากวัยเด็กไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลตนเองสูงสุดและจะลดลงและมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1985) ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman (1994) และ Agarwal et al. (1998) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า

2) เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างระหว่างบทบาท บุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยกำหนดบทบาทของเพศหญิงในการเป็นแม่ที่มีหน้าที่ในการดูแลลูก และบุคคลทั้งในเวลาปกติหรือยามเจ็บป่วยซึ่งส่งผลให้เมื่อเจ็บป่วยเพศหญิงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) และ Agarwal et al. (1998) ที่พบว่าเพศหญิงปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าเพศชาย

2.2.1.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสร้างโดย Becker (1974) เป็นแนวคิดความเชื่อสุขภาพที่เน้นทัศนคติและความเชื่อ ในการปฏิบัติของบุคคลต่อภาวะสุขภาพ ที่ได้รับการยอมรับในการทำนายพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งแนวคิดนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทดังนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ของแต่ละบุคคล จะมีความแตกต่างตามการประเมินความเป็นไปได้ในการเกิดปัญหา โดยรับรู้จากความเสี่ยงและประสบการณ์ของตนเอง ทำให้มีการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือปัญหาสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเข้าใจถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เคยเป็นมาก่อน และได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้น การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เช่นรับรู้ปัจจัยที่จะทำให้ตนเองมีอาการทางจิตมากขึ้น จำทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง

2) การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived severity) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลถึงความรุนแรงของการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น ความรุนแรงนี้ขึ้นอยู่กับ การประเมินการเกิดโรคของตนเอง การที่บุคคลรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อ ร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงานและบทบาททางสังคม จึง เป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการมีอาการมีอาการทางจิตมากขึ้นร่วมกับประสบการณ์การรักษาในโรงพยาบาลซ้ำว่า มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยง ปัจจัยที่เป็นภาวะคุกคามเหล่านี้

3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefit) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของผู้ป่วย ต่อการทำหน้าที่ เป็นการป้องกันการเกิดโรคหรือการป้องกันการมี อาการเจ็บป่วยมากขึ้น เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่เชื่อว่าสามารถทำให้ร่างกายมี ความแข็งแรง มีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จะทำให้ ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภทจะส่งเสริมให้ผู้ป่วย บรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและการส่งเสริม การทำหน้าที่และพัฒนาการ การดูแลตนเองที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการยอมรับ ลดความรังเกียจ จากสังคม ทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสงบสุข และการมีส่วนช่วยในการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วย จิตเภทได้

4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ (Perceived barrier) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่างๆที่ขัดขวางการปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมี ร่างกายแข็งแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติของตนเองมีอุปสรรค เช่น การที่ญาติ ช่วยเหลือติดตามมากเกินไปไม่ปล่อยให้เป็นอิสระ การถูกรังเกียจ ห้ามปราม กีดกันไม่ให้เข้าร่วม กิจกรรมต่างๆ การไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้ขัดขวางการดูแลตนเองและส่งผลต่อ การเสื่อมถอยสมรรถภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

2.2.1.3 ลักษณะของการเจ็บป่วย โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังส่งผลให้ผู้ป่วย จิต เภทจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาเป็นเวลานานทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเบื่อหน่าย (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549; Higashi et al., 2013) การศึกษาของ Kaplan and Sadock (1995) กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาว่าเกิดขึ้นเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่ง การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามแผนการรักษา 2 ลักษณะ ได้แก่

1) ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต หมายถึง การรับรู้ ความเชื่อของผู้ป่วย ที่คิดว่าตนเองเป็นคนสำคัญหรือมีอำนาจพิเศษ โดยผู้ป่วยจะเชื่อในความคิดนั้น โดยไม่สามารถเปลี่ยน

ความเชื่อถือได้ด้วยการอธิบายโดยใช้เหตุผลตามธรรมดาได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ในตนเอง (Lack of insight) คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องรักษา

2) อาการทางลบ เป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดคุณสมบัติบางประการที่บุคคลปกติควรมี เช่น การตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ แยกตัวจากสังคม ขาดความสามารถในการคิด การแสดงอารมณ์และการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ขาดแรงจูงใจในการรักษา ไม่เข้ายาตามเกณฑ์การรักษาและการพยากรณ์โรคไม่ดี (Oehl, Hummer and Fleischhacker 2000)

2.2.1.4 การใช้แอลกอฮอล์ และสารเสพติด การใช้แอลกอฮอล์มีผลต่อการควบคุมตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้การใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทยังมีผลต่อการเสริมฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต (ทวีพร วิสุทธิมรรค, 2544) โดยทำให้ยาออกฤทธิ์เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายและเบื่อหน่ายในการรับประทานยา จึงหยุดใช้ยาในที่สุด การใช้สารเสพติดสัมพันธ์กับการมีจิตพยาธิสภาพและการดำเนินโรคที่รุนแรงกว่า การใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดอื่นๆ สัมพันธ์กับการมีอาการทางบวกและอาการซึมเศร้าที่รุนแรงกว่า ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงกว่า และเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยกว่า (Buhler et al., 2002; Farris et al., 2003; Margolese et al., 2004; Pencer and Addington, 2003; Potkin et al., 2003) นอกจากนี้การใช้สารเสพติดยังมีผลต่อการพยากรณ์โรคโดยทำให้ผู้ป่วยไม่ผูกติด (Non-adherence) ต่อการรักษาเพิ่มขึ้น (Coldham, Addington and Addington, 2002; Hunt, Bergen and Bashir, 2002)

2.2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภททั้งในครอบครัวและชุมชน ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งประกอบด้วย

2.2.2.1 ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพ เพื่อดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จากการศึกษาของภัทรา ถิรลาภ (2532) พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาเนื่องจากยามีราคาแพงทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

2.2.2.2 การอยู่ร่วมกับครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนที่มีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือดและ/หรือทางกฎหมาย ได้แก่ พ่อ (สามี) แม่ (ภรรยา) ลูก และญาติพี่น้อง มีบทบาทหน้าที่ที่พึงปฏิบัติต่อกันให้ความรักและความเอาใจใส่ต่อกัน เอื้ออาทร มีความปรารถนาดีต่อกันทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม (เพชร คันธสายบัว, 2544) นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนการดูแลทางด้านจิตใจแล้ว การสนับสนุนของครอบครัวยังมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

2.2.2.3 การมีผู้ดูแลเรื่องการใช้ยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีบุคคลคอยช่วยเหลือให้ได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง บุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่

ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา การนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัดหรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาที่สำคัญคือการดูแลของญาติให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า รวมทั้งการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วยเป็นการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแลเรื่องนี้

2.2.2.4 การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หมายถึง การแสดงลักษณะอารมณ์ของบุคคลมากเกินไป ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีผลต่อการสนับสนุนให้ได้รับการรักษาที่ไม่ดี (Oehl, Hummer and Fleischhacker, 2000)

2.2.2.5 ทักษะคิด ทักษะคิดของสังคมและครอบครัว เป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลนั้นต่อผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยที่อยู่ในสังคมที่เห็นความสำคัญของการรักษาทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนให้รับการรักษาและมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Oehl, Hummer and Fleischhacker, 2000)

2.2.3 ปัจจัยด้านการรักษาที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

2.2.3.1 วิธีการได้รับยาเข้าร่างกาย คือ การกิน การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดยาเข้าระหว่างชั้นกล้ามเนื้อและไขมัน การฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ การอมใต้ลิ้น การเหน็บยาทางช่องคลอดหรือทวารหนัก จากการศึกษาของ Kumar and Sedgwick (2001) พบว่า การได้รับยาเข้าร่างกายโดยการฉีด สามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าการรับประทานยา

2.2.3.2 ความซับซ้อนของการรักษา หมายถึง ความรู้สึกลำบากในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิดและมีจำนวนมากอาจเกิดความสับสนในการรับประทานยา ลืมวิธีการใช้ยา การรับประทานยาที่ไม่เหมือนกันจะทำให้ผู้ป่วยสับสน หมดความอดทนที่จะรับประทานยาต่อไป การศึกษาของ Razali and Yahya (1995) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีเมื่อรับประทานยา 1-2 ครั้งต่อวัน แต่ถัรับประทานยามากกว่า 2 ครั้งต่อวัน ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Gravaley and Oseasohn (1995) พบว่า การรับประทานยารวันละหลายครั้งจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมปกติของผู้ป่วย ทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาลดลง โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะพึงพอใจต่อการรับประทานยารวันละเม็ดเดียวมากกว่าหลายเม็ด และไม่กินวันละสองครั้งมากกว่าวันละหลายครั้ง

2.2.3.3 ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา ยารักษาโรคจิตเป็นกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มาก ผู้ป่วยจิตเภทบางรายขณะรับการรักษาอาจมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น ตัวแข็ง คอบิด ง่วงนอน ปากแห้งคอแห้ง น้ำหนักหนักตัวเพิ่มขึ้น (ในเพศหญิง) (Velligan et al., 2009) และความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ อาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานและหยุดใช้ยาในที่สุด (Loffler et al., 2003)

2.2.4 ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ ทีมสุขภาพ หมายถึง พยาบาล แพทย์ เภสัชกรและนักสังคมสงเคราะห์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา ปัจจัยด้านทีมสุขภาพที่ส่งผลถึงพฤติกรรมกรยาตามเกณฑ์การรักษาได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ สัมพันธภาพที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยจะก่อให้เกิดการเรียนรู้และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (นพวรรณ เอกสุวีรวงษ์, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสาธิตพร พุฒขาว (2541) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เมื่อผู้บำบัดและผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ อุมามพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดอันดับแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

ผู้วิจัยสามารถสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรยาตามเกณฑ์การรักษา โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เช่น ลักษณะประชากร (อายุ, เพศ) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ, การรับรู้ความรุนแรงของโรค, การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ) ลักษณะของอาการเจ็บป่วย เช่น ความคิดหลงผิดและอาการทางลบ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น การอยู่กับครอบครัว การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยาและการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ปัจจัยด้านการรักษา เช่น ความซับซ้อนของการรักษา วิธีได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ฤทธิ์ข้างเคียงของยา และปัจจัยด้านทีมสุขภาพ เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ดังนั้นการประเมินปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจึงมีความสำคัญและมีประโยชน์เพื่อใช้ในการวางแผนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรยาตามเกณฑ์การรักษา

2.3 การประเมินพฤติกรรมกรยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการศึกษารายงานวิจัยต่างๆ พบว่ามีวิธีการประเมินการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาหลายวิธี (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536; สาธิตพร พุฒขาว, 2541; เพชรี คันธสายบัว, 2544) ได้แก่

2.3.1 การประเมินโดยตรง (Direct method) วิธีการประเมินโดยตรง คือการวัดระดับปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้ โดยติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของระดับยาหรือปริมาณยาความเหมาะสม

2.3.1.1 การวัดระดับยาในเลือด (Blood level monitoring) โดยใช้หลักการเปลี่ยนแปลงของยาในเลือดหรือพลาสมา จะมีความสัมพันธ์กับขนาดของยาที่ได้รับ เมื่อถึงระดับคงที่ของยาในเลือดและการที่ระดับยาในเลือดมีผลโดยตรงต่อการรักษา ดังนั้นเมื่อวัดระดับยาก็ทราบว่าผู้ป่วยใช้ยาหรือไม่

2.3.1.2 การวัดปริมาณยาในปัสสาวะ ใช้หลักการเกี่ยวกับการวัดระดับยาในเลือด แต่ยาที่จะวัดโดยวิธีนี้ต้องเป็นยาที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ

2.3.1.3 การวัดปริมาณยาจากสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายอื่นๆ เช่น น้ำลาย อุจจาระ ลมหายใจ วิธีการประเมินโดยตรงเป็นการตรวจโดยอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งเป็นวิธีที่มีข้อจำกัดคือ

1) ความเข้มข้นของยาอาจจะได้รับผลจากความแตกต่างในการดูดซึมของยาและการขับออกของยาในร่างกายของแต่ละบุคคล ระดับความเข้มข้นของยาอาจไม่ใช่ข้อบ่งชี้ของการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในการใช้ยาของผู้ป่วย

2) ความเข้มข้นของยาที่ตรวจพบ สามารถบอกได้ว่า ผู้ป่วยรับประทานยาหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับประทานว่ามีจำนวนจำกัดเท่าใด ครอบคลุมแผนการรักษาหรือไม่

3) การรับประทานยาก่อนตรวจจะทำให้ค่าความเข้มข้นของยาสูง ซึ่งไม่ได้แสดงถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

4) ต้องใช้อุปกรณ์ เครื่องมือและวิธีการที่ยุ่งยาก การวิเคราะห์ต้องเป็นภายหลังการรับประทานยา วิธีการนี้จึงไม่อาจนำมาใช้ในทุกรณี

2.3.2 การประเมินทางอ้อม (Indirect method) เป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย โดยประเมินจากวิธีการอื่นที่ไม่ใช่การวัดจากตัวยาโดยตรง แต่วิธีการประเมินนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย ดังนี้

2.3.2.1 การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและใช้ง่ายที่สุด อาจสอบถามหรือสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย ข้อดีของการประเมินแบบนี้ คือ ได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัดของวิธีการนี้ คือ พบว่าผู้ป่วยให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงคำถามให้มีความชัดเจน แม่นตรง และระหว่างการสัมภาษณ์ไม่ควรตำหนิเมื่อผู้ป่วยตอบว่าไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาหรือไม่รับประทานยา โดยผู้สัมภาษณ์เองต้องคำนึงถึงว่า แม้จะมีทักษะและมีความละเอียดในการสัมภาษณ์ก็ตาม แต่ก็มักพบปัญหาในการประเมินเสมอ

2.3.2.2 การนับจำนวนเม็ดยา เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ใช้บ่อย การปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ประเมินได้จากการนับเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วยและจำนวนที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาหรือเมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง จำนวนยาที่เหลือมากกว่าที่ควร เป็นการแสดงว่าผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ข้อดีของวิธีการนี้คือ สามารถบอกถึงจำนวนเม็ดยาที่ใช้ไป แต่มีข้อจำกัด คือ อาจได้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง หากผู้ป่วยทิ้งยาโดยไม่รับประทานยา หรือผู้ป่วยให้ยาคนอื่นใช้ด้วย

2.3.2.3 สังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการประเมินวิธีนี้ ญาติผู้ป่วยหรือบุคลากรที่มสุขภาพที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จะสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยว่าสามารถ ปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือแผนการรักษาได้ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่

2.3.2.4 พิจารณาจากการมาตรวจตามนัดโดยถือว่าผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ รักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มารักษาตามนัดเป็นผู้ที่ไม่ปฏิบัติตาม เกณฑ์การรักษาและพิจารณาผลของการรักษาที่ควรเป็นไปตามการพยากรณ์ของโรคแต่ละระยะ

2.3.2.5 การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตนเอง (Self-report) ซึ่งวิธีการนี้มีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยอาจเขียนบันทึกไม่ตรงกับการปฏิบัติจริง

จากการทบทวนการศึกษาของ เพชรี คันสายบัว (2544) วัตถุประสงค์ของการใช้ยาของผู้ป่วยจิต เภทโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ส่วน Kumar and Sedgwick (2001) ประเมินพฤติกรรมการ ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้ Compliance Rating Scale (CRS) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น โดยแสดงให้เห็นว่าการใช้เครื่องมือที่มีองค์ประกอบของการตรวจทางห้องทดลองสามารถทำให้ผลการ ประเมินเชื่อถือได้มากขึ้นก็จริง แต่เหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย สามารถได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มากกว่า ดังนั้นในการสัมภาษณ์อย่างเดียวจึงดีกว่าการใช้การตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด หรือการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง (Self-report)

สรุปได้ว่า การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีหลายวิธี แต่การสัมภาษณ์ เป็นวิธีที่ได้รับความนิยม และสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวางแผนในการให้ความ ช่วยเหลือ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดที่สุดในที่มสุขภาพ การมีสัมพันธภาพ ที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เป็นแนวทางที่ผู้วิจัยสามารถได้ข้อมูลจากผู้ป่วยโดยการพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด โดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2.4 บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาสรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งต้องทำ อย่างต่อเนื่องทั้งขณะการดูแลในโรงพยาบาลและขณะอยู่ที่บ้าน การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการ ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล ทั้งในรูปแบบรายบุคคล รายกลุ่ม ครอบครัว และชุมชน โดยมีแนวทางในการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยดังนี้ (Forman, 1993)

1. การคำนึงถึงสาเหตุของการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา
2. การทำความเข้าใจเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย
3. การปฏิบัติการพยาบาล เช่น การสอนผู้ป่วยรายกลุ่มและรายบุคคลเกี่ยวกับการ ใช้ยา โดยในกลุ่มจะต้องประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีลักษณะความเจ็บป่วยและความสามารถในการทำ

หน้าที่ที่คล้ายคลึงกัน การกระตุ้นให้ผู้ป่วยในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาการใช้ยาทางจิตและระหว่างกระบวนการกลุ่มการพยาบาลสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับยา ความเจ็บป่วยตามความบกพร่องของผู้ป่วย

4. ความร่วมมือจะต้องเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องสามารถปฏิบัติได้หลายวิธี แต่สิ่งที่สำคัญต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่าย ทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพ และต้องมีการกระทำอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข ไม่มีการกลับมาป่วยซ้ำ

3. สัมพันธภาพบำบัด

3.1 ความหมายของสัมพันธภาพบำบัด

สวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2544) สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาชีวิตได้เกิดทักษะชีวิตใหม่ เกิดการเรียนรู้ใหม่ แก้ไขความคิดทัศนคติความรู้สึกที่แสดงออกทางพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น

นภวัลย์ กัมพลาศิริ (2557) กล่าวว่า สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นโดยพยาบาลเป็นผู้วางแผนและดำเนินการเข้าไปติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและปัญหาของเขาใหม่ ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจและแก้ไขปัญหาของตนเองได้

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2556) กล่าวว่า สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีเป้าหมายเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยทางจิตจึงมุ่งการแก้ปัญหาทางจิตสังคม ซึ่งพิจารณาจากความต้องการการช่วยเหลือของบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยได้พัฒนาสภาวะทางอารมณ์และวุฒิภาวะ โดยอาศัยความรู้ประสบการณ์ และการรับรู้ของพยาบาลเป็นเครื่องมือให้ผู้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปคืนสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงปกติ

Murray and Huelskotter (1991) อธิบายสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยบุคคลหนึ่งจะเป็นผู้ช่วยให้อีกคนหนึ่งพัฒนาหรือเจริญเติบโตมีวุฒิภาวะ ปรับตัวได้ สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นและอยู่ในโลกปัจจุบันอย่างมีความหมายโดยใช้ความรู้และทักษะทางวิชาชีพ

โดยสรุป สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลืออย่างมีเป้าหมายระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่งโดยมีพยาบาลเป็นผู้ริเริ่ม เพื่อช่วย

ให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่กับผู้อื่นในสังคมได้และสามารถพัฒนาตนเองต่อไป โดยพยาบาลใช้ทักษะเชิงวิชาชีพ ตลอดจนใช้ตนเองเพื่อเป็นสื่อในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

3.2 แนวคิดของทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลา

Peplau (1952) ได้เริ่มต้นคำจำกัดความของการพยาบาลในหนังสือเรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการพยาบาล (Interpersonal relationship in nursing) ไว้ดังนี้ การพยาบาลเป็นกระบวนการที่มีความหมายส่งผลในการบำบัดรักษาและทำหน้าที่ร่วมกับกระบวนการอื่นๆของมนุษย์ ทำให้คนมีสุขภาพดีได้ การพยาบาลเป็นเสมือนเครื่องมือในการให้ความรู้ เป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้บุคลิกภาพมีการสร้างสรรค์ให้เป็นรูปร่าง มีความเป็นเฉพาะบุคคลและมีชีวิตอยู่ในชุมชนได้ โดยเพปพลาได้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับมโนทัศน์ทางการพยาบาล (Metaparadigm) 4 ด้านไว้ดังนี้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2551)

คน คือ บุคคล (Person) ซึ่งแสดงออกซึ่งพฤติกรรมทั้งด้วยคำพูดและท่าทางที่บ่งบอกถึงความต้องการเฉพาะตัวและยังต้องการความช่วยเหลือให้การแก้ปัญหา

สิ่งแวดล้อม (Environment) จะกำหนดด้วยสถานการณ์ที่มีพยาบาลและผู้ป่วยและระบบการพยาบาลไม่ได้เจาะจงสิ่งแวดล้อมด้านตัวผู้ป่วย

สุขภาพ (Health) เป็นความรู้สึกสบาย เพียงพอและมีสุข อิศระจากความไม่สุขสบายกายและใจ การพยาบาล (Nursing) เป็นสถานการณ์เกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาหรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา เป็นการใช้กระบวนการลดความไม่สุขสบายหรือภาวะหมดทางช่วยเหลือ โดยพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือลดความไม่สุขสบาย ปรับปรุงพฤติกรรมและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง แลกเปลี่ยนข้อมูลและการปฏิบัติที่ทำให้เกิดความสอดคล้องระหว่างพฤติกรรมของผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาลและการปฏิบัติพยาบาลโดยคำนึงถึงองค์รวมของผู้ป่วย

Peplau (1952) เป็นผู้ริเริ่มวางรากฐานในเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยการเปลี่ยนบทบาทจากการกระทำต่อผู้ป่วย กล่าวคือ พยาบาลและผู้ป่วยต่างเคารพซึ่งกันและกันในความเป็นปัจเจกบุคคล และทั้งสองฝ่ายต่างเกิดการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้นอันเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กัน สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสม เพราะในกระบวนการนี้พยาบาลจะต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการหยั่งรู้เกี่ยวกับปัญหาของตนเอง จนกระทั่งสามารถแก้ไขปัญหาได้ และการที่ผู้ป่วยจะกลับไปมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลต่างๆในสังคมได้นั้นต้องมีการเรียนรู้วิธีที่จะสร้างสัมพันธภาพได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะเริ่มต้นจากการมีสัมพันธภาพกับพยาบาล นั่นคือ สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (Therapeutic nurse-patient relationship)

3.3 ขั้นตอนของสัมพันธภาพบำบัด

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relation theory) กล่าวถึงระยะของกระบวนการสัมพันธภาพระหว่างบุคคลโดยมีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีพัฒนาการ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Sullivan และทฤษฎีการเรียนรู้ โดย Peplau (1952) แบ่งระยะของการพยาบาลหรือการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็น 4 ระยะ คือ

1. ระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (Introduction of Orientation Phase) ในระยะเริ่มต้นพยาบาลและผู้ป่วยพบกันในลักษณะของคนแปลกหน้า (Stranger) ในระยะนี้พยาบาลและ/หรือครอบครัวมีความรู้สึกหรือความต้องการบางประการ ในระยะแรกผู้ป่วยอาจไม่สามารถระบุได้แน่ชัดว่ารู้สึกหรือต้องการอะไร ซึ่งความแตกต่างระหว่างบุคคลทำให้เกิดปฏิกิริยาที่แตกต่างกันต่อความเจ็บป่วย โดยประกอบด้วยปัจจัยพื้นฐาน 2 ประการ คือ ผู้ป่วยมีความรู้สึกต้องการเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพอาจมาจน้อยแล้วแต่ละบุคคล ประการที่สองคือ พยาบาลต้องคิดหาวิธีช่วยเหลือผู้ป่วยในการเผชิญปัญหา โดยการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวที่จะค้นพบทำความเข้าใจและกำหนดปัญหาที่แท้จริงได้ ในระยะนี้ความผูกพันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจะเกิดขึ้นและดำเนินต่อไป ความผูกพันนี้将有ความมั่นคงมากขึ้นและทั้งสองฝ่ายจะมีความหวังใจซึ่งกันและกัน ซึ่งในระยะสุดท้ายของระยะนี้ทั้งสองฝ่ายจะค้นพบปัญหาและมีความคุ้นเคยกันมากขึ้น ผู้ป่วยอยู่ในบรรยากาศของความช่วยเหลือและทั้งสองฝ่ายพร้อมที่จะร่วมมือกันดูแลสุขภาพต่อไป

2. ระยะระบุปัญหา (Identification Phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อผู้ที่สามารถแก้ปัญหาหรือให้ความช่วยเหลือ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีการตอบสนองที่แตกต่างกันตามการพยาบาล ตลอดระยะเวลาของระยะนี้ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับปัญหา และรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งทำให้ความรู้สึกหมัดหนทางหรือหมัดหวังบรรเทาลง รู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้

3. ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation Phase) การแก้ไขปัญหานั้นขึ้นอยู่กับความสนใจและความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลต้องให้การช่วยเหลือในการค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมที่พบ ทำความเข้าใจ และให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม ตลอดระยะเวลาของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดจะต้องให้การยอมรับหวังใจ เอาใจใส่ และความซื่อสัตย์ ถึงแม้จะต้องใช้ความพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักและสำรวจความรู้สึกความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยพยาบาลจะต้องใช้ความชำนาญในการใช้เทคนิคในการสื่อสารเช่น การทำความเข้าใจ การฟัง การยอมรับ และการแปลความหมาย และนำเทคนิคนั้นมาใช้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบความสามารถของตนเองและนำมาพัฒนาความสามารถในการปรับตัว แก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด

4. ระยะสรุปผล (Resolution Phase) เป็นระยะสุดท้ายของการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองแล้ว โดยความร่วมมือจากทั้งผู้ป่วยและพยาบาล เป็นการยุติสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดย

ถ้าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้โดยอิสระโดยไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล แสดงว่าผู้ป่วยเกิดการพัฒนาและเป็นความสำเร็จของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทุกระยะด้วย

3.4 บทบาทของพยาบาลในระหว่างการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Peplau, 1952)

1. คนแปลกหน้า (Stranger) ในการพบกันครั้งแรก ช่วยทำให้ผู้ป่วยยอมรับและไว้วางใจพยาบาล เช่นเดียวกับคนแปลกหน้าที่สามารถพบได้ในสถานการณ์ทั่วไป บทบาทนี้เป็นบทบาทสำคัญสำหรับพยาบาลในระยะเริ่มต้นและยังคงมีความสำคัญต่อเนื่องตลอดทุกระยะ โดยจะใช้มากในระยะเริ่มต้นและระยะระบุปัญหา

2. ผู้ให้การสนับสนุน (Resource person) ช่วยตอบคำถาม ให้ความรู้ ในข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อความเข้าใจปัญหา และสถานการณ์ใหม่ๆ ที่ต้องเผชิญ

3. ผู้สอน (Teaching) บทบาทนี้ผู้สอนนี้ เพบพลาว กล่าวว่า เป็นบทบาทสำคัญยิ่งของพยาบาล การสอน คือการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ตามความต้องการหรือในสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจ โดยการประเมินว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องเรียนรู้สิ่งใด และเสนอแนะสิ่งที่เขาต้องเรียนรู้เพิ่มเติมให้ ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

Peplau (1952) ได้อธิบายว่า บทบาทครูหรือบทบาทผู้สอนคาบเกี่ยวกับบทบาทการเป็นที่ปรึกษาเพราะ ขณะที่พยาบาลกำลังทำการสอนผู้ป่วยเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพอย่างหนึ่ง ผู้ป่วยอาจเผชิญกับปัญหาใหม่ซึ่งเป็นปัญหาทางการคิด มีความทุกข์ทรมานทางใจ เกิดความรู้สึกทางลบต่อตนเองหรือผู้อื่น ภาวะหรือปัญหาดังกล่าวนั้นเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องหยุดการสอนแต่ทำบทบาทการเป็นที่ปรึกษาแทน

4. ผู้นำ (Leader) ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความคิดริเริ่ม และมีทิศทางที่ชัดเจนในการรับผิดชอบเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน

5. ผู้ทดแทน (Surrogate) ช่วยเป็นตัวแทนที่ทำหน้าที่ทดแทน โดยแสดงบทบาทนี้ในภาวะที่ผู้ป่วยอาจไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้

6. ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) บทบาทนี้มีความสำคัญในทุกสถานการณ์ โดยเฉพาะพยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ในบทบาทนี้พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยระลึกได้และเข้าใจอย่างชัดเจนว่ากระบวนการคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนสัมพันธ์กันอย่างไร ซึ่งก็คือการเข้าใจปัญหาของตนเอง จากนั้นพยาบาลต้องร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาวิธีต่างๆ ทั้งที่เคยทำมาแล้วและไม่เคยทำในการแก้ปัญหาที่มีอยู่ ตลอดจนทบทวนผลดีและผลกระทบบที่เกิดขึ้น แล้วจึงให้ผู้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาใหม่หรือปฏิบัติตัวใหม่

4. การดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

4.1 ความหมายของการดูแลทางโทรศัพท์

Elliott and Reimer (1998) กล่าวว่า เป็นการช่วยเหลือและประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัวในการตอบคำถาม และแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในสัปดาห์แรกภายหลังจำหน่าย

Hunter (2000) กล่าวว่า เป็นการติดตาม กระตุ้น ชี้แนะ และให้การเสริมแรงพฤติกรรมที่เหมาะสม

Shu, Mermina and Nystrom (1996) กล่าวว่า การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องรวมถึงการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคม

ในงานวิจัยนี้การให้การดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ หมายถึง การให้คำปรึกษาและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สามารถสังเกตอาการข้างเคียงและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา รักษาโรคจิตได้ ส่งเสริมให้เห็นความสำคัญและกระตุ้นเตือนผู้ป่วยในการมาตรวจตามนัด สามารถจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา และสามารถจัดการกับความเครียดที่ผู้ป่วยพบในชีวิตประจำวัน

4.2 แนวคิดการดูแลทางโทรศัพท์

ในปัจจุบันการใช้โทรศัพท์ได้ขยายขอบเขตออกไปอย่างกว้างขวาง รวมทั้งบริการทางด้านสาธารณสุข เช่น บริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ที่ได้นำโทรศัพท์มาใช้ในการติดตามประชากรกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงใช้เป็นเครื่องมือในการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูล ติดตามผลการวางแผนก่อนจำหน่าย ให้การศึกษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีการดูแลตนเอง และติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตที่อยู่ในชุมชนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Hunter, 2000)

Brennan (1999) กล่าวว่า พยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ที่สุดในกลุ่มผู้ให้การดูแลรักษาสุขภาพจำเป็นต้องเข้าใจและนำเอาเทคโนโลยีใหม่ๆ มาพัฒนาใช้ในการปฏิบัติตามวิชาชีพ ซึ่งปัจจุบันมีระบบที่ได้รับการพัฒนาและขยายตัวอย่างรวดเร็วในการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อการดูแลสุขภาพ นั่นก็คือ การพยาบาลทางไกล (Telenursing) ซึ่งจะเชื่อมต่อระหว่างพยาบาลและผู้ให้การดูแลในชุมชน โดยผ่านสื่อ เช่น โทรศัพท์มือถือ (Cellular Phone), โทรศัพท์ (Telephone), โทรสาร (Facsimile), Video Phone, การประชุมทางไกล (Teleconferencing), Video Conferencing, คอมพิวเตอร์ (Computer) และโทรทัศน์ (Interactive Television) ระบบบริการพยาบาลทางไกล (Telenursing) โดยเฉพาะโทรศัพท์ถือว่าเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับพยาบาลในการสร้างสรรคงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน เนื่องจากเป็นระบบที่ทั้งผู้ให้และผู้ใช้บริการใช้ได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว นอกจากนี้ยังช่วยให้การ

ขยายขอบเขตการติดตามอาการ การประเมินสภาพและให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยครอบครัวที่มากขึ้น โดยมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการไปเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข (Kinsella, 1997)

5. การพัฒนาโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยได้พัฒนาจากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว (1952) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจก่อนและขณะให้การดูแลทางโทรศัพท์ และประยุกต์ร่วมกับ TIPS: Telephone Intervention-Problem Solving for persons with Schizophrenia ของ Beebe and Tian (2004) โดย TIPS มีหลักการสำคัญ คือ การให้ความรู้และกลยุทธ์ในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาแก่ผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งพยาบาลยังมีการแนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหา การเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา และมีการติดตามทางโทรศัพท์ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้จะมีการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวและการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อีกทั้งผู้วิจัยยังช่วยค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและหาแนวทางแก้ไขปัญหามีการฝึกให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นและรู้จักจัดการกับอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นได้ แนะนำวิธีการกระตุ้นเตือนตนเองด้วยวิธีต่างๆ ในการไปตรวจตามนัด พร้อมทั้งแนะนำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการนำผู้ป่วยมาตรวจตามนัด แนะนำให้ผู้ป่วยมีวิธีการกับปัจจัยกระตุ้นและวิธีหลีกเลี่ยงการกลับไปใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด และหาวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากความขัดแย้งกับบุคคลรอบข้างและคนในครอบครัว โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้แนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ได้จากการค้นหาปัญหาร่วมกันและมีการประเมินผลเป็นระยะขณะดำเนินกิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมทั้งหมดตามระยะของสัมพันธภาพ 4 ระยะ ของเพปพลาว ประกอบด้วย 1) ระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (Orientation phase), 2) ระยะระบุปัญหา (Identification phase), 3) ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา (Exploitation phase), และ 4) ระยะสรุปผล (Resolution phase) แบ่งเป็นการให้การดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 6 กิจกรรม และพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) 4 กิจกรรม รวมทั้งหมด 10 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ยกเว้นสัปดาห์ที่ 3 และ 5 เป็นการให้การดูแลทางโทรศัพท์ 1 กิจกรรม และพบผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว (Face to face) 1 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 30-45 นาที ผู้วิจัยสร้างเป็นตารางการพัฒนาโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ได้ดังนี้

ตารางที่ 1 ตารางบูรณาการของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

หลักการของสัมพันธภาพบำบัด	วิธีการของ TIPS	การพัฒนาโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์
<p>ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น</p> <p>สัมพันธภาพ (Orientation Phase): ระยะนี้พยาบาลและผู้ป่วยต่างรู้สึกว่าเป็นคนแปลกหน้า (Stranger) ซึ่งกันและกัน พยาบาลต้องสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ป่วย เนื่องจาก หากสัมพันธภาพในระยะนี้ดำเนินไปด้วยดีก็จะทำให้ทั้งสองฝ่ายพร้อมที่จะดำเนินในขั้นตอนต่อไปได้</p>	<p>ผู้วิจัยพบกับผู้ป่วย (Face to face) 2 ครั้งก่อนจำหน่าย โดยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ผลที่จะได้รับ ค่าตอบแทน แผนการดำเนินกิจกรรม วัน และ เวลา ที่ติดต่อทางโทรศัพท์</p>	<p>กิจกรรมที่ 1 และ 2 การสร้างสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face): เป็นการพบกันแบบตัวต่อตัวขณะที่ผู้ป่วยยังอยู่โรงพยาบาล ผู้วิจัยทักทายผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และแนะนำตัว ชวนพูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ พร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์และข้อตกลงของการพบกันและการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์</p>
		<p>กิจกรรมที่ 3 การสร้างสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ เป็นการดูแลทางโทรศัพท์หลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลทันที เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณวิจัยมีความจริงใจและมีความสม่ำเสมอ</p>
		<p>กิจกรรมที่ 4-6 และกิจกรรมที่ 8 และ 9 เป็นการดูแลทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยจะมีการกล่าวทักทายผู้ป่วยและชวนพูดคุยเรื่องทั่วไป</p>
		<p>กิจกรรมที่ 7 และ 10 เป็นการพบกันแบบตัวต่อตัว ผู้วิจัยจะทักทายผู้ป่วยและชวนพูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และเปิดเผยข้อมูลต่อผู้วิจัย</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

หลักการของ สัมพันธภาพบำบัด	วิธีการของ TIPS	การพัฒนาโปรแกรม สัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการ ดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์
<p>2. ระยะเวลาระบุปัญหา (Identification Phase) :เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อผู้ที่สามารถแก้ปัญหาหรือให้ความช่วยเหลือ โดยมีการตอบสนองแตกต่างกัน ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับปัญหา และรู้สึกว่าจะตนเองมีความสามารถที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งทำให้ความรู้สึกหมดหนทางหรือหมดหวังบรรเทาลง รู้สึกตนเองเป็นผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้</p>	<p>ดำเนินการโดยติดต่อทางโทรศัพท์ 5 สัปดาห์ การเริ่มต้นสนทนาในแต่ละครั้ง จะถามเป็นคำถามปลายเปิดที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน อาการที่เกิดขึ้นรวมถึงการรับประทานยา แนวคิดหลักคือ การที่ผู้วิจัยช่วยผู้ป่วยในการตอบสนองต่อปัญหาที่พบในชีวิตประจำวัน โดยแนะนำวิธีการแก้ไข ปัญหา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จำแนกปัญหา 2. การคิดวิธีแก้ปัญหา 3. การอภิปรายการแก้ปัญหา 4. การเลือกวิธีใช้แก้ปัญหา 5. การวางแผนในการทำตามวิธีการแก้ปัญหา นั้น กิจกรรมทางโทรศัพท์ ประกอบด้วย 	<p>กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face): ผู้วิจัยค้นหาปัญหาทั่วไปของผู้ป่วย ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ วิตกกังวล</p>
		<p>กิจกรรมที่ 2 สร้างสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face): ประเมินปัญหาทั่วไป และประเมินปัญหาพฤติกรรม การไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ</p>
		<p>กิจกรรมที่ 3 การสร้างสัมพันธภาพทางโทรศัพท์: ประเมินปัญหาทั่วไป เช่น ปัญหาของผู้ป่วยที่พบหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล</p>
		<p>กิจกรรมที่ 4 การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Medical Adherence): ประเมินปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาลดลง</p>


ตารางที่ 1 (ต่อ)

หลักการของ สัมพันธภาพบำบัด	วิธีการของ TIPS	การพัฒนาโปรแกรมสัมพันธภาพ บำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง ทางโทรศัพท์
	1. ยา (ลิ้ม, อาการข้างเคียง และปัญหาด้านการเงิน) 2. การมาตรวจตามนัด 3. การจัดการกับอาการทาง จิต (วิตกกังวล, นอนไม่หลับ และประสาทหลอนหลอน) 4. การใช้แอลกอฮอล์และสาร เสพติด 5. การจัดการปัญหาเกี่ยวกับ บุคคลรอบข้าง 6. สิ่งผู้ป่วยอยากถาม 7. สิ่งผู้ป่วยอยากเล่าและ ประเมินความเป็นไปได้ในการ ใช้โทรศัพท์	กิจกรรมที่ 5 การสังเกตและ จัดการกับอาการข้างเคียง ของยารักษาอาการทางจิต: ประเมินปัญหาจากอาการ ข้างเคียงของยารักษาอาการ ทางจิต กิจกรรมที่ 6 การมาตรวจ ตามนัด (Appointment adherence): ประเมินปัญหา ของผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มา ตามนัด กิจกรรมที่ 7 ทบทวนการปฏิบัติ โดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face): ผู้วิจัยประเมิน ปัญหาทั่วไปที่เกิดขึ้นใหม่หรือ ปัญหาที่ยังเหลืออยู่ กิจกรรมที่ 8 การจัดการกับ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้จ่ายตาม เกณฑ์การรักษา (แอลกอฮอล์ และสารเสพติด): ประเมิน ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ แอลกอฮอล์และสารเสพติด โดย ให้ผู้ป่วยบอกตัวกระตุ้นมา 3 อย่าง


ตารางที่ 1 (ต่อ)

หลักการของ สัมพันธภาพบำบัด	วิธีการของ TIPS	การพัฒนาโปรแกรมสัมพันธภาพ บำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง ทางโทรศัพท์
		<p>กิจกรรมที่ 9 การจัดการกับ ความเครียด (Stress management): ประเมินปัญหา ทั่วไป และค้นหาสาเหตุของ ความเครียด เช่น การทะเลาะ เบาะแว้งกับคนในครอบครัวหรือมี ปัญหากับบุคคลรอบข้าง</p>
<p>3. ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation Phase) :การ แก้ไขปัญหามุ่งอยู่กับความสนใจ และความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลต้องให้การช่วยเหลือใน การค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมที่ พบ ช่วยให้ผู้ป่วยกำหนด เป้าหมายในลักษณะของการ แก้ปัญหา และทำให้บรรลุ เป้าหมายที่ตั้งไว้ ตลอด ระยะเวลาของการสร้าง สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จะต้องให้การยอมรับและการ แปลความหมาย และนำเทคนิค</p>		<p>กิจกรรมที่ 10 สิ้นสุด สัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัว ต่อตัว (Face to face): ผู้วิจัย ประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่ยังคง เหลืออยู่หรือปัญหาใหม่</p> <p>กิจกรรมที่ 1 และ กิจกรรมที่ 2 สร้างสัมพันธภาพโดยพบกันแบบ ตัวต่อตัว (Face to face): ให้ การช่วยเหลือในการค้นหาสาเหตุ ของปัญหาทั่วไปและกำหนด เป้าหมายในลักษณะของการ แก้ปัญหา ให้ความรู้เบื้องต้นเรื่อง โรคจิตเภท การรักษาและการดูแล ตนเองหลังจำหน่ายเพื่อป้องกัน การกำเริบของโรค โดยใช้บทบาท ของผู้สอน (Teaching) รวมถึง อธิบายการใช้คู่มือการดูแลตนเอง หลังจำหน่าย</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

หลักการของ สัมพันธภาพบำบัด	วิธีการของ TIPS	การพัฒนาโปรแกรม สัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการ ดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์
<p>นำมาใช้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบความสามารถของตนเองและนำมาพัฒนาความสามารถในการปรับตัวแก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด</p>	 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p>กิจกรรมที่ 3 การสร้างสัมพันธภาพทางโทรศัพท์: ให้การช่วยเหลือในการค้นหาสาเหตุของปัญหาและกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาหลังจำหน่าย</p>
		<p>กิจกรรมที่ 4 การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Medical Adherence): ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วย หลังจากนั้นให้ความรู้เรื่องการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและผลเสียของการมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แนะนำให้ผู้ป่วยเปิดคู่มือประกอบกัน</p>
		<p>กิจกรรมที่ 5 การสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต: ให้ผู้ป่วยบอกอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับประทานยา ผู้วิจัยแนะนำวิธีจัดการกับอาการ รวมถึงอาการข้างเคียงอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น เพื่อลดอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

หลักการของ สัมพันธภาพบำบัด	วิธีการของ TIPS	การพัฒนาโปรแกรมสัมพันธภาพ บำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง ทางโทรศัพท์
	 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY	<p>กิจกรรมที่ 6 การมาตรวจตามนัด (Appointment adherence): ผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ป่วยหาวิธีการเตือนตนเองด้วย เช่น จดใส่ปฏิทิน เขียนโน้ตแปะที่เห็นบ่อยๆหรือให้คนใน ครอบครัวช่วยเตือน เป็นต้น เนื่องจาก การมา ตรวจตามนัดทำให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา และรับยา กลับไปรับประทานอย่างต่อเนื่อง</p> <p>กิจกรรมที่ 7 ทบทวนการปฏิบัติ โดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face): ผู้วิจัยช่วยให้ผู้ป่วย แก้ปัญหาตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทั้ง ปัญหาเก่าและใหม่</p> <p>กิจกรรมที่ 8 การจัดการกับ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา (แอลกอฮอล์ และสารเสพติด): หาวิธีจัดการกับ ปัจจัยกระตุ้นหรือวิธีการหลีกเลี่ยง ร่วมกัน และเน้นย้ำผลกระทบของ การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิต กำเริบและกลับมารักษาซ้ำ</p>


ตารางที่ 1 (ต่อ)

หลักการของ สัมพันธภาพบำบัด	วิธีการของ TIPS	การพัฒนาโปรแกรมสัมพันธภาพ บำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง ทางโทรศัพท์
		กิจกรรมที่ 9 การจัดการกับ ความเครียด (Stress management): ผู้วิจัยแนะนำวิธี ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่างๆ ตามคู่มือ และให้ผู้ช่วยนำไปลองฝึก ปฏิบัติ
		กิจกรรมที่ 10 สิ้นสุดสัมพันธภาพ โดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face): ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมและ ทบทวนการปฏิบัติของกิจกรรมที่ 8 และ 9 และทบทวนกิจกรรม
4. ระยะเวลาสรุปผล (Resolution Phase): เป็นระยะสุดท้ายของ การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้ใช้ ศักยภาพของตนเองภายใต้การ ช่วยเหลือจากพยาบาล เป็นการ ยุติสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยถ้าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ได้โดยอิสระโดยไม่ต้องได้รับ ความช่วยเหลือจากพยาบาล แสดงว่าผู้ป่วยเกิดการพัฒนาและ เป็นความสำเร็จของการสร้าง สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทุก ระยะด้วย	มีการโทรศัพท์ติดตามผล หลังจากการโทรศัพท์ครั้งก่อน โดยมีขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 พูดถึงปัญหาและ แนวทางที่ใช้ ผู้ป่วยได้ พยายามแก้ปัญหาหรือไม่ ถ้า ไม่ เพราะอะไร ถ้าพยายาม ได้ผล หรือไม่ ขั้นที่ 2 พูดถึงปัญหาที่ เหลืออยู่ (สิ่งที่ไม่ได้เป็นปัญหา ในสัปดาห์ที่แล้ว) ประเมินผลทางโทรศัพท์ ด้วยแบบประเมิน pill count	กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face): ให้ผู้ป่วยเลือกวิธีแก้ไข ปัญหาที่จะนำไปใช้ และสรุป กิจกรรม กิจกรรมที่ 2-6 ผู้วิจัยประเมินผล ของกิจกรรมครั้งก่อน หลังจาก ที่ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเอง ภายใต้การช่วยเหลือจากผู้วิจัยจน ปัญหาได้รับการแก้ไข หลังจากนั้น ทบทวนความเข้าใจโดยให้ผู้ช่วย สรุปกิจกรรม

ตารางที่ 1 (ต่อ)

หลักการของ สัมพันธภาพบำบัด	วิธีการของ TIPS	การพัฒนาโปรแกรมสัมพันธภาพ บำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง ทางโทรศัพท์
		<p>กิจกรรมที่ 7 ทบทวนการปฏิบัติ โดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face): ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมและ ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย โดย มีการถามย้อนกลับ นอกจากนี้ยัง ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการ ดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ที่ผ่านมา</p>
	 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p>กิจกรรมที่ 8 การจัดการกับปัจจัย ที่ส่งผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษา (แอลกอฮอล์และสาร เสพติด) และ กิจกรรมที่ 9 การ จัดการกับความเครียด (stress management): ผู้วิจัย ประเมินผลของกิจกรรมครั้งก่อน หลังจากผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของ ตนเองภายใต้การช่วยเหลือจาก ผู้วิจัยจนปัญหาได้รับการแก้ไข หลังจากนั้นทบทวนความเข้าใจ โดยมีการถามย้อนกลับและให้ ผู้ป่วยสรุปกิจกรรม เปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยซักถาม และนัดหมายเพื่อ พบกันในครั้งถัดไป</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

หลักการของ สัมพันธภาพบำบัด	วิธีการของ TIPS	การพัฒนาโปรแกรม สัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการ ดูแลต่อเนืองทางโทรศัพท์
	 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p>กิจกรรมที่ 10 สิ้นสุด สัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัว ต่อตัว (Face to face): ผู้วิจัย แจ้งผู้ป่วยถึงสิ้นสุดการวิจัยผู้วิจัย ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมิน พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาเพื่อประเมินผล พร้อม กับตรวจสอบคู่มือการดูแล ตนเองหลังจำหน่ายของผู้ป่วย และยาเพื่อประเมิน ความเข้าใจ ในการทำกิจกรรมและการ รับประทานยา หากพบว่าผู้ป่วย ยังมีปัญหาที่ต้องได้รับการ ติดตามผู้วิจัยแนะนำแหล่ง บริการสุขภาพจิตโดยข้อมูลจะมี อยู่ในคู่มือที่ได้มอบให้ ก่อน สิ้นสุดกิจกรรมผู้วิจัยเปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยซักถาม และกล่าว ขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือ ในการวิจัย</p>

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิลัยพร สุวรรณบุรณและคณะ (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 24 คน ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Beebe (2001) ศึกษาการให้การพยาบาลทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำนวน 37 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์เป็นระยะเวลา 3 เดือน มีอัตราการกลับมารักษาในโรงพยาบาลช้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้นานขึ้นร้อยละ 4 และลดอัตราวันนอนในโรงพยาบาลหากมีการกลับมารักษาในโรงพยาบาลช้าได้ร้อยละ 27

Beebe and Tian (2004) ศึกษา Telephone nursing intervention problem solving for persons with schizophrenia (TIPS) ในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ร่วมกับ Face to face จำนวน 2 ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองพูดคุยตอบโต้กับพยาบาลด้วยประโยคที่ยาวขึ้น แสดงให้เห็นว่า พยาบาลควรพบกับผู้ป่วย (Face to face) เพื่อให้เกิดความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจหรือความไว้วางใจกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยก่อนใช้การโทรศัพท์

Beebe et al. (2008) ศึกษาการใช้โทรศัพท์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 29 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการโทรศัพท์ (TIPS) มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่ากลุ่มควบคุม

Penckofer et al. (2011) ศึกษาการใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาวในระหว่างดำเนินการวิจัยในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาวในระหว่างการดำเนินการวิจัยนั้นอยู่ในกระบวนการและได้ผลดี ทฤษฎีนี้จึงมีประโยชน์ต่อการสรรหาการรักษาไว้และการมีส่วนร่วมในการวิจัยของผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มนี้

Salzer, Tunner and Charney (2004) ศึกษาการจัดการยาทางโทรศัพท์ (TMM) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 32 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการโทรศัพท์ทุกสัปดาห์เป็นระยะเวลากว่า 1 ปี มีความเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเอง และมีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ศึกษาและผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มควบคุม

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัญหาหรือตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสิรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และงานวิจัยของเพชร คันธสายบัว (2544) ทั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์ที่ใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว (1952) และประยุกต์ร่วมกับ TIPS: Telephone Intervention-Problem Solving for persons with Schizophrenia ของ Beebe and Tian (2004) ที่กล่าวถึงการใช้สัมพันธภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยการใช้โทรศัพท์ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีกรอบแนวคิดดังนี้



โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรม

การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952) ร่วมกับการให้การดูแลทาง
โทรศัพท์ของ Beebe and Tian (2004)

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face)
เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ พร้อมแจ้งวัตถุประสงค์ของการพบแบบตัวต่อตัวและดูแล
ทางโทรศัพท์

กิจกรรมที่ 2 สร้างสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face)
เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ ประเมินปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตาม
เกณฑ์การรักษาส่งผลให้กลับมารักษาซ้ำ พร้อมช่วยเหลือ และให้ความรู้เรื่องโรค
จิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษาและการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายเพื่อป้องกันการ
กำเริบ และอธิบายการใช้คู่มือ

กิจกรรมที่ 3 สร้างสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ หลังจำหน่ายเพื่อความไว้วางใจ
อย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 4 การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Medical Adherence) ประเมิน
ปัญหาและให้ความช่วยเหลือ ให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์
ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และผลเสียของการมี
พฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

กิจกรรมที่ 5 การจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ประเมินอาการ
ข้างเคียงของยา และให้วิธีจัดการกับอาการข้างเคียงของยา

กิจกรรมที่ 6 การมาตรวจตามนัด (Appointment adherence) ประเมิน
ปัญหาในการไม่มาตรงนัด และหาวิธีแก้ไข

กิจกรรมที่ 7 ทบทวนการปฏิบัติโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) เพื่อ
ทบทวนการปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 8 การจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
(แอลกอฮอล์และสารเสพติด) ประเมินปัจจัยกระตุ้นในการกลับไปใช้ซ้ำและวิธี
จัดการกับปัจจัยกระตุ้น

กิจกรรมที่ 9 การจัดการกับความเครียด (Stress management) ประเมิน
ความเครียดจากปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่นและหาวิธีช่วยเหลือ

กิจกรรมที่ 10 สิ้นสุดสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face)
เพื่อทบทวนการปฏิบัติของกิจกรรม ประเมินผลและทำการสิ้นสุดสัมพันธภาพ

พฤติกรรมการใช้

ยาตามเกณฑ์การ
รักษา

1. ด้านการใช้ยา
ตามแผนการรักษา

2. ด้านการสังเกต
และจัดการกับ

อาการข้าง

เคียงของยา

Farragher (1999)

และเพชรี คัน

สายบัว (2544)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research Design) ใช้รูปแบบการเปรียบเทียบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน (The Non-Equivalent Comparison-group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดและการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

O ₁	X	O ₂	O ₃	กลุ่มทดลอง
O ₄		O ₅	O ₆	กลุ่มควบคุม

-----	หมายถึง	ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทั้งสอง
X	หมายถึง	โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์
O ₁	หมายถึง	การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์
O ₂	หมายถึง	การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์
O ₃	หมายถึง	การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์แล้ว 4 สัปดาห์
O ₄	หมายถึง	การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการได้รับการพยาบาลตามปกติ
O ₅	หมายถึง	การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดการพยาบาลตามปกติ
O ₆	หมายถึง	การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดการพยาบาลตามปกติแล้ว 4 สัปดาห์

ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชของรัฐ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในสถานบำบัดจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสิรินธร เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และเพชรี คันธสายบัว (2544) ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุ 20-59 ปี จากการคัดเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. มีอาการทางจิตสงบโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) คะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน
2. มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาค่าเฉลี่ยอยู่ในระหว่าง 1.50-3.49 คือ มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาของ สิรินธร เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และ งานวิจัยของเพชรี คันธสายบัว (2544)
3. สามารถพูดสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาของการพูดหรือการได้ยิน
4. สามารถอ่านหนังสือออก เขียนได้
5. มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้
6. สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างมีอาการแทรกซ้อนทางกายที่ไม่สามารถควบคุมได้และอาการทางจิตกำเริบขณะดำเนินการวิจัย
2. กลุ่มตัวอย่างขอลอนตัวออกจากการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยมีการคำนึงถึงการกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสมกับการวิจัยแบบกึ่งทดลอง คือ ควรมีกกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 30 คน (Grove, Burns and Gray, 2013) แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) โดยให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แล้วนำมาจับคู่ (Matched Paired) โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศ เนื่องจากพบว่าเพศหญิงมีการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าเพศชาย (สุนันท์ จารุณสวัสดิ์, 2536) และเมื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างครบ 20 คู่ จากนั้นจับฉลากที่ละคู่เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน และกลุ่มทดลองอีก 20 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ภายหลังจากที่โครงร่างวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผ่านความเห็นชอบอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขแล้ว ผู้วิจัยประสานกับพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยใน เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทตามเกณฑ์ที่กำหนดซึ่งเป็นผู้ป่วยระยะบำบัดระยะยาว (Maintenance phase) และวางแผนจำหน่ายภายใน 1 สัปดาห์

2. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) เมื่อจำหน่ายแล้วเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.50-3.49 และทำแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ซึ่งแบบประเมินนี้เป็นเครื่องมือที่ประเมินถึงระดับความรุนแรงของอาการทางจิตทั้งอาการด้านบวกและอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเวช พัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham ปี ค.ศ. 1962 ซึ่งพันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ (2549) นำมาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach, s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ คือ 1 = ไม่มีอาการ 2 = สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้าง แต่ยังคงถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3 = มีอาการเล็กน้อย 4 = มีอาการปานกลาง 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง 6 = มีอาการรุนแรง และ 7 = มีอาการรุนแรงมาก

คิดคะแนนโดยนำคะแนนของทั้ง 18 ข้อ มารวมกัน โดยค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 18-126 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน มีเกณฑ์ในการแบ่งระดับ ดังนี้

คะแนน	การแปลผล
18-36	มีอาการทางจิตในระดับน้อย
คะแนนมากกว่า 36	มีอาการทางจิตระดับมาก

สำหรับการวิจัยครั้งนี้คัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย ซึ่งต้องมีระดับคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน

4. ผู้วิจัยเข้าชี้แจง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์งานวิจัย รายละเอียดของการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้ลงชื่อในใบยินยอมของกลุ่มประชากรกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

5. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรเกิน (extraneous variable) ที่อาจจะส่งผลกระทบต่อการทำงานวิจัยในครั้งนี้ คือ เพศ เนื่องจากพบว่าเพศหญิงมีการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าเพศชาย (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536) ด้วยการจับฉลากเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ตามเพศ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	เพศ	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	ชาย	ชาย
2	หญิง	หญิง
3	หญิง	หญิง
4	ชาย	ชาย
5	ชาย	ชาย
6	ชาย	ชาย
7	ชาย	ชาย
8	หญิง	หญิง
9	หญิง	หญิง
10	ชาย	ชาย
11	ชาย	ชาย
12	ชาย	ชาย
13	ชาย	ชาย
14	ชาย	ชาย
15	หญิง	หญิง
16	หญิง	หญิง
17	หญิง	หญิง
18	หญิง	หญิง
19	หญิง	หญิง
20	หญิง	หญิง

หลังจากผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เมื่อจับคู่ด้วยเพศ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ระหว่างดำเนินการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จำนวน 2 คน มีการกลับไปใช้สารเสพติดและต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และผู้ป่วยกลุ่มควบคุม จำนวน 3 คน มีอาการทางจิตกำเริบต้องกลับมารักษาซ้ำ ผู้วิจัยจึงตัดกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวออก ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 15 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		รวม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ						
20-29 ปี	2	13.3	5	33.3	7	23.3
30-39 ปี	8	53.3	7	46.7	15	50.0
40-49 ปี	5	33.3	3	20.0	8	26.7
50-59 ปี	-	-	-	-	-	-
เพศ						
หญิง	8	53.3	8	53.3	16	53.3
ชาย	7	46.7	7	46.7	14	46.7
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	-	-	1	5.7	1	3.3
ประถมศึกษา	5	33.3	3	20.0	8	26.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	26.7	5	33.3	9	30.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช.	2	13.3	4	26.7	6	20.0
อนุปริญญา/ป.ว.ส.	-	-	1	6.7	1	3.3
ปริญญาตรี	4	26.7	1	6.7	5	16.7
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปีเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 46.7 ตามลำดับ ส่วนเพศพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.3 โดยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.3 เท่ากัน สำหรับระดับการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีระดับศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 30 ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 33.3

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพ อาชีพ และรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		รวม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ						
โสด	11	73.3	9	60.0	20	66.7
คู่	2	13.3	2	13.3	4	13.3
หม้าย	1	6.7	2	13.3	3	10.0
หย่าร้าง	1	6.7	-	-	1	3.3
แยกกันอยู่	-	-	2	13.3	2	6.7
อาชีพ						
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	-	-	-	-	-	-
แม่บ้าน	1	6.7	1	6.7	2	6.7
ค้าขาย	2	13.3	1	6.7	3	10.0
รับจ้าง	5	33.3	8	53.3	13	44.3
เกษตรกรกรรม	-	-	-	-	-	-
ว่างงาน	5	33.3	5	33.3	10	33.3
อื่นๆ	2	13.3	-	-	2	6.7
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน						
พอใช้จ่ายและเหลือเก็บ	5	33.3	11	73.3	16	53.3
พอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ	7	46.7	1	6.7	8	26.7
ไม่พอใช้จ่ายแต่ไม่มีหนี้สิน	2	13.3	1	6.7	3	10.0
ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน	1	6.7	2	13.3	3	10.0

จากตารางที่ 4 พบว่า สถานภาพสมรสของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพ โสด คิดเป็นร้อยละ 66.7 โดยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 73.3 และ 60 ตามลำดับ รองลงมาเป็นสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 13.3 เท่ากันทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม สำหรับอาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 44.3 โดย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 33.3 เท่ากัน ส่วนในกลุ่ม ควบคุม ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมาว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 33.3 และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อ เดือนพอใช้จ่ายและเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 53.3 โดยในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อ เดือนพอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 46.7 รองลงมาเป็นพอใช้จ่ายและเหลือเก็บ คิดเป็น ร้อยละ 33.3 ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่พบว่า พอใช้จ่ายและเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 73.3 รองลงมาคือ ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 13.3



ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย จนถึงปัจจุบัน จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และประวัติการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		รวม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน						
น้อยกว่า 1 ปี	1	6.7	2	13.3	3	10.0
1-2 ปี	4	26.7	1	6.7	5	16.7
3-5 ปี	3	20.0	2	13.3	5	16.7
6-10 ปี	2	13.3	8	53.3	10	33.3
มากกว่า 10 ปี	5	33.3	2	13.3	7	23.3
จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล						
1-5 ครั้ง	11	73.3	8	53.3	19	63.3
6-10 ครั้ง	1	6.7	7	46.7	8	26.7
มากกว่า 10 ครั้ง	3	20.0	-	-	3	10.0
ประวัติการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด						
เคยใช้	8	53.3	11	73.3	19	63.3
ไม่เคยใช้	7	46.7	4	26.7	11	36.7

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันอยู่ระหว่าง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 โดยในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน มากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาคืออยู่ระหว่าง 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7 ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันอยู่ระหว่าง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.3 สำหรับจำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 63.3 โดยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่

มีจำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 73.3 และ 53.3 ตามลำดับ และประวัติการใช้สารเสพติด พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติเคยใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 63.3 โดยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีประวัติเคยใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 73.3 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ พร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา กรมสุภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และได้รับอนุมัติจริยธรรมเมื่อเดือนมกราคม 2560 (ดังภาคผนวก ง)

การวิจัยครั้งนี้เริ่มดำเนินการหลังจากได้รับความเห็นชอบและได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา อีกทั้งผู้วิจัยมีการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย สำหรับในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา วิธีการ ประโยชน์ที่ได้รับ รวมถึงการตอบคำถามหรือข้อสงสัยจนกว่าจะเกิดความเข้าใจ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัยจะให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และในระหว่างการดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการได้รับการดูแลและบำบัดรักษา สำหรับข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง จะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยที่ได้จะนำเสนอผลในภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากทฤษฎีสัมพันธภาพบำบัดของเพบพลาเว (1952) และประยุกต์ร่วมกับ TIPS: Telephone Intervention-Problem Solving for persons with Schizophrenia ของ Beebe and Tian (2004)

1.2 คู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย

1.3 แบบประเมินสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยของ Forchuk and Brown (1989) แปลโดย ดวงกมล สาระบุรี และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2559) ที่ผู้วิจัยปรับปรุงขึ้น

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สิรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และการวิจัยของเพชรี คันธสายบัว (2544)

รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว (1952) และประยุกต์ร่วมกับ TIPS: Telephone Intervention-Problem Solving for persons with Schizophrenia ของ Beebe and Tian (2004) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีสัมพันธภาพบำบัดของเพปพลาว (1952) และการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ตามแนวคิดของ Beebe and Tian (2004) โดยกำหนดการศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภททั้งในและต่างประเทศ

1.1.2 สร้างโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาสร้างขึ้นโดยพัฒนาจากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว (1952) ประยุกต์ร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ตามแนวคิดของ Beebe and Tian (2004) พร้อมทั้งจัดทำคู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังจากนั้นส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพและปรับปรุงแก้ไขก่อนนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายบุคคล โดยดำเนินกิจกรรมทั้งหมดตามระยะของสัมพันธภาพ 4 ระยะ ประกอบด้วย 1) ระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (Orientation phase) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ 2) ระยะระบุปัญหา (Identification phase) เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยมีความไว้วางใจต่อผู้วิจัย ระยะนี้จะมีประเมินปัญหาร่วมกัน 3) ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา (Exploitation phase) ทั้ง 2 ฝ่ายร่วมหาวิธีแก้ไข หลังจากนั้นผู้ป่วยเลือกวิธีแก้ปัญหานั้นที่เหมาะสมและนำไปสู่การปฏิบัติ และ 4) ระยะสรุปผล (Resolution phase) หรือระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ ผู้ป่วยใช้ศักยภาพของตนเองภายใต้การช่วยเหลือของผู้วิจัยโดยสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ การดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรม ประกอบด้วย การดูแลทางโทรศัพท์ 6 กิจกรรม และการพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) 4 กิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 30-45 นาที โดยดำเนินกิจกรรมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม (ยกเว้นในสัปดาห์ที่ 3 และ 5 ซึ่งเป็นการให้การดูแลทางโทรศัพท์และการพบกันแบบตัวต่อตัว) รวมระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 5 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) การพบผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว ครั้งที่ 1

ระยะเวลา 30 นาที

สาระสำคัญ

สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดไว้วางใจและคลายความกังวล เนื่องจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัยจะเกิดความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจะมีการแนะนำตัว แสดงท่าทีที่อบอุ่นเป็นมิตร ชวนพูดคุยเรื่องทั่วไป แจ่มชัดอุปสรรคและข้อตกลงของการพบและการดูแลทางโทรศัพท์ นอกจากนี้จะมีการซักถามปัญหาทั่วไปและให้การช่วยเหลือในเบื้องต้นเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล พร้อมทั้งทบทวนความเข้าใจกับผู้ป่วยและสรุปกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 สร้างสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) การพบกันแบบตัวต่อตัว ครั้งที่ 2 เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจอย่างต่อเนื่อง

ระยะเวลา 30-45 นาที

สาระสำคัญ

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยมีความจำเป็นเนื่องจาก หากสัมพันธภาพในระยะเริ่มต้นเป็นไปด้วยดี ก็จะทำให้มีการดำเนินไปสู่ขั้นตอนต่อไปได้อย่างดีเช่นกัน เป็นการพบกันครั้งที่สองเพื่อสร้างความไว้วางใจอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยทักทาย ชวนพูดคุยเรื่องทั่วไป พร้อมกับประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและหาวิธีแก้ไข พร้อมทั้งให้ความรู้เบื้องต้นเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา การปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการกำเริบของโรค โดยใช้บทบาทของผู้สอน (Teaching) มีการทบทวนความรู้ ความเข้าใจและสรุปกิจกรรม รวมถึงอธิบายการใช้คู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่าย

กิจกรรมที่ 3 สร้างสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ (โทรศัพท์ครั้งที่ 1) หลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้วิจัยโทรศัพท์สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจอย่างต่อเนื่อง

ระยะเวลา 30-45 นาที

สาระสำคัญ

เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยจะมีการโทรศัพท์ติดตามเพื่อสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณวิจัยมีความจริงใจและมีความสม่ำเสมอ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะมีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล หาแนวทางแก้ไขร่วมกันและทบทวนความเข้าใจของผู้ป่วยและสรุปกิจกรรม

กิจกรรมที่ 4 การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Medical adherence) (โทรศัพท์ครั้งที่ 2)

ระยะเวลา 30-45 นาที

สาระสำคัญ

ผู้วิจัยจะประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยที่ผ่านมาจากโรงพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยเขียนสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในคู่มือ เมื่อทราบปัญหาของผู้ป่วยแล้ว ผู้วิจัยก็จะแนะนำแนวทางจัดการกับสาเหตุของปัญหาเหล่านั้น หลังจากนั้นผู้วิจัยจะให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และผลกระทบของการมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาพร้อมแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยเปิดคู่มือขณะให้ความรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจและจดจำได้ดีขึ้น หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมผู้วิจัยจะมีการประเมินผลโดยถามความรู้อย้อนกลับ การนำไปใช้และสรุปกิจกรรม

กิจกรรมที่ 5 การจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต (โทรศัพทครั้งที่ 3)

ระยะเวลา 30-45 นาที

สาระสำคัญ

ผู้วิจัยประเมินอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตของผู้ป่วย หลังจากนั้นแนะนำแนวทางโดยให้ผู้ผู้ป่วยฝึกสังเกตอาการข้างเคียงจากยาด้วยตนเอง พร้อมทั้งเลือกวิธีจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น เช่น เมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอาการคอแข็ง ลิ้นแข็ง ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาลดอาการข้างเคียงของยาได้ตามแผนการรักษาของแพทย์ หากมีอาการปากแห้ง คอแห้ง ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการได้โดยการจิบน้ำบ่อยๆ หรืออมลูกอม หากมีอาการหน้ามืด แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ และเมื่อผู้ป่วยได้จัดการกับอาการด้วยตนเองเบื้องต้นแล้วไม่ดีขึ้นผู้ผู้ป่วยสามารถมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ ถ้าผู้ป่วยเรียนรู้วิธีจัดการกับอาการข้างเคียงดังกล่าว ก็จะทำให้ผู้ป่วยลดความไม่สุขสบายจากการใช้ยา และทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องอาการข้างเคียงอื่นๆ และวิธีจัดการกับอาการโดยมีการทบทวนความเข้าใจกับผู้ป่วยและสรุปกิจกรรม

กิจกรรมที่ 6 การมาตรวจตามนัด (Appointment adherence) (โทรศัพทครั้งที่ 4)

ระยะเวลา 30-45 นาที

สาระสำคัญ

ผู้วิจัยประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่ทำให้ไม่ได้มาตรงตามนัด และหาวิธีแก้ไขโดยผู้วิจัยแนะนำวิธีเตือนตนเองให้ผู้ผู้ป่วยสามารถจดจำวันนัดพบแพทย์ได้ เช่น การจดไว้ในปฏิทิน ตั้งเตือนความจำในโทรศัพท์ หรือจดใส่กระดาษแปะในบริเวณที่สามารถมองเห็นสม่ำเสมอ เช่น บริเวณหน้ากระจก หน้าห้องน้ำ หรือให้คนในครอบครัวช่วยเตือนได้ เนื่องจาก การมาตรวจตามนัดทำให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์และปรับแผนการรักษา รวมถึงการรับยากลับไปรับประทานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความสำคัญในการมาตรวจตามนัด นอกจากนี้ยังแนะนำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้พาผู้ป่วยมารับการตรวจด้วยตนเองเพื่อให้แพทย์ได้ประเมินอาการของผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทบทวนความเข้าใจกับผู้ป่วยและสรุปกิจกรรม

กิจกรรมที่ 7 ทบทวนการปฏิบัติโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) การพบกันแบบตัวต่อตัวครั้งที่ 3

ระยะเวลา 30-45 นาที

สาระสำคัญ

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยรายบุคคลเพื่อทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา และประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่เหลืออยู่หรือปัญหาใหม่ โดยร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ครั้งนี้ผู้วิจัยได้แนะนำให้ผู้พวายนำยาและคู่มือมาตรวจสอบ เพื่อประเมินผลว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้อง และมีการรับประทานยาครบถ้วน หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปกิจกรรมที่ผ่านมาด้วย

กิจกรรมที่ 8 การจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (แอลกอฮอล์และสารเสพติด) (โทรศัพท์ครั้งที่ 5)

ระยะเวลา 30-45 นาที

สาระสำคัญ

ผู้วิจัยจะมีการประเมินแนวโน้มการกลับไปใช้ซ้ำ โดยให้ผู้ป่วยเขียนตัวกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดมา 3 อย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำแนวทางการจัดการกับปัจจัยเหล่านั้น เช่น หลีกเลี่ยงการพบปะกับเพื่อที่เคยดื่มหรือเสพ ทิ้งอุปกรณ์การเสพหรือการดื่ม เป็นต้น หรือวางแผนทำกิจกรรมในช่วงที่เคยดื่มจนตึกก็ให้ดูทีวีแทนหรือหากิจกรรมที่ชอบทำ รวมถึงเน้นย้ำผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจาก ผู้ป่วยที่มีการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับรับประทานยาโรคจิต ทำให้อาการข้างเคียงของยาโรคจิตเพิ่มขึ้น เกิดความไม่สุขสบายและหยุดยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา นอกจากนี้การใช้สารเสพติดยังส่งผลต่อการควบคุมพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบและกลับมารักษาซ้ำ หลังจากนั้นผู้วิจัยทบทวนความเข้าใจกับผู้ป่วยในการนำไปใช้และสรุปกิจกรรมอีกครั้ง

กิจกรรมที่ 9 การจัดการกับความเครียด (Stress management) (โทรศัพท์ครั้งที่ 6)

ระยะเวลา 30-45 นาที

สาระสำคัญ

ความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทมักเกิดจากปัญหาในการเข้าสังคม รวมถึงมีปัญหาขัดแย้งกับคนในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ซึ่งความไม่อบอุ่นในครอบครัวและการแสดงอารมณ์ต่อกันสูงมีผลต่อการสนับสนุนให้ได้รับการรักษาที่ไม่ดี ดังนั้นการดูแลทางโทรศัพท์ครั้งนี้ ผู้วิจัยจะประเมินสาเหตุของความขัดแย้ง พร้อมแนะนำแนวทางการแก้ไขปัญหา เช่น เมื่อเกิดปัญหากับคนในครอบครัวก็แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการปะทะ เลี่ยงจากสถานการณ์นั้นเพื่อให้อารมณ์เย็นลงก่อนที่จะปรับความเข้าใจกัน หรือหากผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับบุคคลรอบข้างก็ให้ควบคุมอารมณ์ตนเอง คิดในแง่บวก มองโลกในแง่ดี เป็น

ต้น แนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การคลายกล้ามเนื้อ (Progressive Relaxation), การหายใจ(Depth Breathing), การทำสมาธิ(Meditation), การใช้จินตนาการ เป็นต้น หลังจากนั้นผู้วิจัยทบทวนความเข้าใจกับผู้ช่วยในการเลือกวิธีแก้ไขปัญหาและสรุปกิจกรรม

กิจกรรมที่ 10 สิ้นสุดสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) การพบกับผู้ช่วยแบบตัวต่อตัว ครั้งที่ 4

ระยะเวลา 30-45 นาที

สาระสำคัญ

เป็นการพบผู้ป่วยรายบุคคล ผู้วิจัยจะประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่ยังเหลืออยู่ พร้อมกับหาวิธีแก้ไขที่เหมาะสม ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ช่วยทราบว่าสิ้นสุดการวิจัยแล้วและจะมีการนัดประเมินผลอีกครั้งหลังจากนี้อีก 4 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้วิจัยประเมินผลด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และแนะนำแหล่งช่วยเหลือจากผู้ให้บริการสุขภาพและสามารถโทรศัพท์ปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตที่สายด่วนกรมสุขภาพจิต เบอร์ 1323 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะมีอยู่ในคู่มือที่มอบให้

1.2 คู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เป็นสื่อที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยใช้ขณะให้การดูแลทางโทรศัพท์ร่วมกับการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ โดยภายในคู่มือประกอบด้วยใบงานและใบความรู้เรื่องโรคจิตเภท การปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตและวิธีจัดการกับอาการ การมาตรวจตามนัด สถานการณ์เสี่ยงหรือสิ่งกระตุ้นและแนวทางแก้ไข ปัญหา ความเครียดและวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่างๆ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบเนื้อหาของกิจกรรม พร้อมทั้งทำการปรับปรุงเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และโครงสร้างของกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 คน (ดังรายนามในภาคผนวก ก หน้า 153) เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนและความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยคำนวณจากสัดส่วนจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ซึ่งต้องมีค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992; บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ CVI = .91 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ผ่านเกณฑ์ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขรายละเอียดเนื้อหา และภาษาที่ใช้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ มีความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหาและด้านภาษาที่ใช้ก่อนนำไปใช้ดำเนินการวิจัยจริง โดยมีประเด็นของการปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ในส่วนของการสร้างสัมพันธภาพ มีการปรับแก้ประโยคการสนทนาให้เหมาะสมกับการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 3 มีการเพิ่มเติมเนื้อหาในส่วนของการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคเพื่อให้มีความครอบคลุมและผู้วิจัยเพิ่มเติมรายละเอียดเนื้อหาของสาเหตุของการกำเริบให้มีความชัดเจนและเรียงลำดับตามความสำคัญ

กิจกรรมที่ 4 มีการเพิ่มเติมเนื้อหาในส่วนของประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเล็งเห็นถึงความสำคัญในการรับประทานยา

กิจกรรมที่ 5 การเพิ่มเติมเนื้อหาในส่วนของการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาให้ครอบคลุมและชัดเจนยิ่งขึ้น

กิจกรรมที่ 6 มีการเพิ่มเติมเนื้อหาในส่วนของใบความรู้เรื่องอาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนวันนัด

กิจกรรมที่ 7 ในส่วนของการทบทวนการปฏิบัติ (Face to Face) การพบกับผู้ป่วยครั้งที่ 3 มีการเพิ่มเติมเนื้อหาของกิจกรรมให้มีความชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น

กิจกรรมที่ 8 มีการเพิ่มเติมให้ยกตัวอย่างคำพูดในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ให้เห็นชัดเจนมากยิ่งขึ้น

กิจกรรมที่ 9 มีการเพิ่มเติมในส่วนของการให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดเพิ่มขึ้นจากการให้ความรู้ทางโทรศัพท์

หลังจากปรับแก้กิจกรรมดังกล่าวข้างต้นเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 5 คน ที่ตีผู้ป่วยสามัญชายรสสุคนธ์และสามัญหญิงพวงชมพู สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่างวันที่ 5-14 มกราคม 2560 โดยทดลองใช้กิจกรรมครบทั้ง 10 ครั้ง ตามเนื้อหาในโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ทั้งในแง่ของเนื้อหาภาษาที่ใช้ และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม พบว่า กิจกรรมที่ 4 ในส่วนของใบงานที่ 2.1 ผู้ป่วยไม่เข้าใจวิธีการตอบคำถามลงในใบงาน ผู้วิจัยจึงได้อธิบายและยกตัวอย่างให้ผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายจากโรงพยาบาล

1.3 แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยของ Forchuk and Brown (1989) แปลโดย ดวงกมล สระบุรีและเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2559) ผู้วิจัยนำมาปรับให้เหมาะสมในการประเมินสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยใช้ในการประเมินผลการสร้างสัมพันธภาพแต่ละระยะระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินผู้ป่วย ขณะดำเนินกิจกรรมทางโทรศัพท์ทุกกิจกรรม และทำเครื่องหมาย x ลงในช่องที่สัมพันธ์กับระยะของการสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งระบุปัญหา อุปสรรค และสิ่งที่พบระหว่างการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

การแปลผล ตารางการประเมินระยะสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยแต่ละระยะ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินขณะพูดคุยทางโทรศัพท์ ไม่ว่าจะเป็นการพูดแสดงความรู้สึกหรือการเล่าปัญหาของตนเอง โดยนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลในตารางซึ่งบ่งชี้ถึงระยะของสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น

เกณฑ์กำกับการทดลอง ใช้ประเมินสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ขณะที่ผู้วิจัยให้การดูแลทางโทรศัพท์ โดยกำหนดเกณฑ์ให้สัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเข้าสู่ระยะระบุปัญหา (Identification phase)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ของ Forchuk and Brown (1989) แปลโดย ดวงกมล สระบุรี และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2559) หลังจากที่ผู้วิจัยมีการปรับให้เหมาะสมเพื่อใช้ในการประเมินสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับปรุงภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อตรวจสอบความตรง ความครอบคลุม ความถูกต้องชัดเจนของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิมีจำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 คน และอาจารย์พยาบาล จำนวน 2 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยคำนวณจากสัดส่วนจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ซึ่งต้องมีค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992; บุญใจ ศรีสถิตยัณทรากูร, 2553) พบว่า ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และประวัติการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสิรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และงานวิจัยของเพชร คันธสายบัว (2544) ซึ่ง

ประกอบด้วยด้วย 5 ลักษณะ ได้แก่ ใช้ยาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยาเอง ใช้ยาให้ถูกต้องตาม วัตถุประสงค์ของยา ใช้ยาตรงตามเวลา โดยหากมีการผิดพลาดไม่ควรเกินสองครั้งต่อสัปดาห์หรือ ติดต่อกันสองมือ และใช้ยาถูกขนาดโดยไม่ลดหรือเพิ่มยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ลักษณะ เครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ คำถามข้อที่ 1-9 เป็น ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา คำถามข้อที่ 10-18 เป็นด้านความสามารถในการสังเกต และจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ข้อคำถามแบ่งออกเป็นข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,6,7,9,14,17 และข้อความทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5,8,10,11,12,13,15,16,18 ลักษณะข้อ คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยทำ นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทำเป็นประจำ ซึ่งกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ สำหรับการคิดคะแนน ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อ คำถามและข้อที่มีคะแนนทางลบได้กลับค่าคะแนนก่อนนำมาคิดคะแนนรวม แล้วรวมค่าคะแนน รายด้านและรวมทุกด้านมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตร วัด 5 ระดับ และความหมายดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50-5.00	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก
3.50-4.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี
2.50-3.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง
1.50-2.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ
1.00-1.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1.การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถาม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญในด้านสุขภาพจิตและ จิตเวช เพื่อตรวจสอบความตรง ความครอบคลุม ความถูกต้องชัดเจนของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ ซึ่ง ผู้ทรงคุณวุฒิมีจำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้น สูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 คน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 คน ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ด้วยการให้คะแนนความ สอดคล้องของคำถามในแต่ละข้อกับคำจำกัดความของตัวแปรนี้ แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่

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

จากนั้นคำนวณจากสัดส่วนจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ซึ่งต้องมีค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992; บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม CVI = .83 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ผ่านเกณฑ์

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการปรับข้อความในข้อ 7 โดยปรับจาก “ท่านรับประทานยานอนหลับโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง” แก้ไขเป็น “ท่านรับประทานยานอนหลับเองโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง” ข้อ 10-11 โดยมีการปรับแก้ข้อความโดยมีการขยายความลักษณะของ “อาการผิดปกติรุนแรงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา” และ จากยาแก้แพ้ แก้ไขเป็น “การรักษาอาการข้างเคียงของยา” ข้อ 17 แก้ไขข้อความเนื่องจากปัจจุบันไม่มีการสั่งซื้อยาทางไปรษณีย์ และปรับแก้จากคำว่า “การรักษาโรคจิต” แก้ไขเป็น “ยา” ในทุกข้อความ

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) นำแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนแล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) โดยรวมเท่ากับเท่ากับ .88 ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาเท่ากับ .80 และด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาเท่ากับ .81 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ผ่านเกณฑ์

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ จำแนกออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะการประเมินผลการทดลองมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว การให้ดูแลทางโทรศัพท์ และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยได้ค้นคว้าทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.2 ผู้วิจัยจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยตามที่ได้กล่าวมาแล้วในขั้นตอนของการสร้างเครื่องมือ

1.3 ผู้วิจัยยื่นเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ให้แก่คณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อพิจารณา

1.4 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์

สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ในการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย วิธีการดำเนินการ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้วิจัยประสานกับหัวหน้าหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยใน เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการจัดดำเนินการศึกษาทั้งด้านบุคลากรและสถานที่และประสานหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อขออนุญาตในการใช้สถานที่เพื่อพบกับผู้ป่วยระหว่างที่อยู่ในช่วงดำเนินการทดลองและประเมินผลการทดลอง

1.6 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน โดยติดต่อประสานงานกับพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยตึกเฟื่องฟ้า ตึกรสสุคนธ์ ตึกราชวัติและตึกพวงชมพู เพื่อขออนุญาตทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นโดยพิจารณาการวินิจฉัยโรค ประวัติการรักษา ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานยา ประวัติการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด จำนวนการเข้ารับการรักษา และระยะเวลาการเจ็บป่วยจากแฟ้มรายงานผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และประเมินอาการทางจิต จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

1.7 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีความสมัครใจยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทำการประเมินโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลอง (Pretest) และผู้วิจัยจะให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

1.8 ผู้วิจัยทำการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเกินที่อาจส่งผลกระทบต่อการวิจัยครั้งนี้ โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยใช้เพศมาพิจารณาจับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เนื่องจากพบว่า เพศหญิงมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีกว่าเพศชาย (สุนันท์ จารุณสวัสดิ์, 2536; Agarwal et al., 1988) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด เมื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างได้จนครบ 20 คู่แล้ว จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มแบบง่ายเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดกลุ่มละ 20 คน

1.9 เมื่อผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ภายหลังที่ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ในขั้นตอนของการทดลองมีการดำเนินการดังนี้

2.1 การดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.1.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติ คือ กิจกรรมที่พยาบาลได้ทำให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้แก่ การประเมินด้านร่างกายและจิตใจ การให้ข้อมูลเรื่องแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ การบำบัดดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การเข้ากลุ่มบำบัดตามตารางกิจกรรมของหอผู้ป่วย ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 กลุ่มพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท (Psychoeducation schizophrenia) และกลุ่มฝึกจัดยาด้วยตนเอง (Self-medication group) สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มนันทนาการบำบัด (Recreation group) และกลุ่มออกกำลังกาย (Exercise group) สัปดาห์ที่ 3 กลุ่มชุมนุมบำบัด (Therapeutic communication group) และกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Psychotherapy group) สัปดาห์ที่ 4 กลุ่มจัดการกับความโกรธ (Anger control group) และกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรค อ้วนชนวนรู้ (MS) และภาวะน้ำเกิน (PIP) สัปดาห์ที่ 5 กลุ่มผ่อนคลายความเครียดเบื้องต้น (Relaxation group) และกลุ่มดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care group) การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย/การส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก

3) ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินกลุ่มควบคุมด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและแจ้งให้กลุ่มควบคุมทราบผลพร้อมนัดหมายกับกลุ่มควบคุมเกี่ยวกับการประเมินอีกครั้งในอีก 4 สัปดาห์ต่อมา ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาประเมินพฤติกรรมตามเกณฑ์การรักษาอีกครั้ง และแจ้งให้กลุ่มควบคุมทราบว่าสิ้นสุดการติดตามผล พร้อมทั้งขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

4) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

2.1.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

1) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2) ผู้วิจัยดำเนินการตามแผนของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดและการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดไว้ในตารางที่ 6 ดังนี้

ตารางที่ 6 กำหนดการดำเนินโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

วันที่	ระยะเวลา/ราย	กิจกรรม	สถานที่
วันที่ 18-28 ม.ค. 2560	30-45 นาที	กิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2 สร้างสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2)	ตึกเฟื่องฟ้า ตึกราชาวดี ตึกพวงชมพู
วันที่ 29 ม.ค.- 4 ก.พ. 2560	30-45 นาที	กิจกรรมที่ 3 สร้างสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ (โทรศัพท์ครั้งที่ 1)	-
สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 5-11 ก.พ. 2560	30-45 นาที	กิจกรรมที่ 4 การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Medical adherence) (โทรศัพท์ครั้งที่ 2)	-
สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 12-18 ก.พ. 2560	30-45 นาที	กิจกรรมที่ 5 การสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต (โทรศัพท์ครั้งที่ 3)	-
สัปดาห์ที่ 3 วันที่ 19-25 ก.พ. 2560	30-45 นาที	กิจกรรมที่ 6 การมาตรวจตามนัด (Appointment adherence) (โทรศัพท์ครั้งที่ 4)	-
	30-45 นาที	กิจกรรมที่ 7 การทบทวนการปฏิบัติโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face ครั้งที่ 3)	OPD จิตเวช
สัปดาห์ที่ 4 วันที่ 26 ก.พ.- 4 มี.ค. 2560	30-45 นาที	กิจกรรมที่ 8 การจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (แอลกอฮอล์และสารเสพติด) (โทรศัพท์ครั้งที่ 5)	-
สัปดาห์ที่ 5 วันที่ 5-11 มี.ค. 2560	30-45 นาที	กิจกรรมที่ 9 การจัดการกับความเครียด (Stress management) (โทรศัพท์ครั้งที่ 6)	-
	30-45 นาที	กิจกรรมที่ 10 ประเมินผลและสิ้นสุดสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face ครั้งที่ 4)	OPD จิตเวช

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) การพบผู้ป่วยแบบตัวต่อตัวครั้งที่ 1

ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและคลายความวิตกกังวล
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว เล่าปัญหาของตนเองและค้นหาปัญหาของผู้ป่วย
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหาวิธีแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและตรงตามเป้าหมาย
4. เพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินไปสู่เป้าหมายในการแก้ไขปัญหาได้
5. ผู้ป่วยเข้าใจในกิจกรรมและทราบวัตถุประสงค์ของกิจกรรม ได้แก่ ข้อตกลงในการให้การพบกันและการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ แนวทางการดูแล ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ และปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 1

1. ผู้วิจัยและผู้ป่วยเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้ป่วยแสดงความไว้วางใจต่อผู้วิจัย โดยมีการพูดคุยมากขึ้น
2. ผู้ป่วยเปิดเผยข้อมูลของตนเองต่อผู้วิจัยมากขึ้น ให้ข้อมูลส่วนบุคคล พูดยระบายความรู้สึกหรือมีการเล่าปัญหาของตนเอง เมื่อผู้วิจัยมีการสอบถาม
3. ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาโดยสามารถบอกกับผู้วิจัยได้
4. ผู้ป่วยแสดงถึงความตั้งใจในการดำเนินไปสู่เป้าหมายใหม่ของตนเอง
5. เมื่อให้ผู้ผู้ป่วยสรุปกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถบอกสิ่งที่ได้คุยกับผู้วิจัย และสามารถบอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรม บอกข้อตกลงในการให้การพบกันและการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ แนวทางการดูแลของผู้วิจัย และประโยชน์ของการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์
6. ผู้ป่วยและผู้วิจัยคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี แสดงท่าทีเต็มใจโดยแสดงท่าทีเต็มใจในการพบกับผู้วิจัยในครั้งถัดไป

สาระสำคัญ

ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ (Orientation phase) เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความต้องการและแสวงหาความช่วยเหลือจากพยาบาล ระยะนี้พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง และมีการทำความเข้าใจให้ชัดเจนว่าผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล พยาบาลจึงต้องมีความเข้าใจในความต้องการของผู้ป่วย และปฏิบัติต่อผู้ป่วยในลักษณะของการต้อนรับอย่างเต็มที่ สร้างความอบอุ่น ความน่าเชื่อถือ ความไว้วางใจ ในระยะนี้ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยต่างเป็นคนแปลก

หน้าซึ่งกันและกัน (stranger) หากการสร้างสัมพันธ์ภาพในขั้นต้นดำเนินไปด้วยดี ก็จะทำให้ทั้งสองฝ่ายดำเนินไปในขั้นตอนต่อไปได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. คู่มือโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

การประเมินผล

1. ในระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธ์ภาพ ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล โดยยิ้มแย้มมากขึ้น ตั้งใจฟังผู้วิจัยพูดโดยมีการพยักหน้าขณะพูดคุยกับผู้วิจัย ให้ร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เช่น การประกอบอาชีพ รายได้ของผู้ป่วย ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“ผมเปิดร้านขายน้ำในมหาลัยกับภรรยาครับ รายได้ก็พอใช้ มีเหลือเก็บบ้าง แต่ก็มีหนี้ครับ”

“ช่วยแม่ทำงานบ้านครับ” “อยู่บ้านเฉยๆค่ะ” “ทำงานห้างแมคโครครับ”

“ช่วยพี่สะใภ้ดูแลบ้าน ให้ข้าวหมา อาน้ำหมาค่ะ”

2. ในระยะระบุปัญหา ผู้ป่วยเล่าปัญหาของตนเองถึงสาเหตุที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“มาโรงพยาบาลเพราะขาดยาครับ/ค่ะ” “กลับไปเสพยา/กินเบียร์ ครับ”

“โวยวาย แม่เลยพามาครับ” “มีหูแว่วครับ”

3. ในระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยบอกวิธีแก้ไขปัญหาของตนเองเพื่อไม่ให้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“ต้องกินยาต่อเนื่อง หยุดยาเองไม่ได้ถ้าหมอไม่สั่ง”

“ออกไปครั้งนี้ผมจะไม่กินเบียร์แล้วครับ ถ้ากินก็ต้องกลับมาใหม่”

“ถ้าไม่กินยาจะมีหูแว่ว นอนไม่หลับ ประสาทหลอน ผมต้องกินยาต่อเนื่องครับ”

4. ในระยะสรุปผล ผู้ป่วยแสดงความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหาของตนเองโดยยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“ผมออกไปจะไม่ขาดยา เพราะไม่อยากกลับเข้ามาอีก”

“ผมเข็ดแล้วครับ กินเบียร์ที่ไร เข้าโรงพยาบาลทุกที”

ผู้ป่วยพูดสรุปสิ่งที่ได้คุยกับผู้วิจัยถึงปัญหา วิธีแก้ปัญหา รวมถึงแสดงความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหาของตนเองเมื่อมีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อตกลงในการพบกันและดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ได้แก่ วัน เวลา ระยะเวลา แนวทางการดูแลของผู้วิจัยว่ามีกิจกรรมอะไรบ้าง และประโยชน์ของการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ได้อย่างครบถ้วน และให้ความร่วมมือโดยมีท่าทีเต็มใจการพบในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) การพบผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว ครั้งที่ 2

ระยะเวลา 30-45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ คลายความวิตกกังวล
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว เล่าปัญหาของตนเอง และค้นหาปัญหาของผู้ป่วย
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหาวิธีแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและตรงตามเป้าหมาย
4. เพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินไปสู่เป้าหมายในการแก้ไขปัญหานั้นได้
5. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา การปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค
6. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการใช้คู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่ายขณะที่ผู้วิจัยให้การดูแลทางโทรศัพท์

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 2

1. ผู้วิจัยและผู้ป่วยเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน แสดงความไว้วางใจผู้วิจัย และมีกรพูดคุยมากขึ้น
2. ผู้ป่วยเปิดเผยข้อมูลของตนเองต่อผู้วิจัยมากขึ้น ให้ข้อมูลส่วนบุคคล พูดยระบายความรู้สึก หรือมีการเล่าปัญหาของตนเอง รวมถึงสาเหตุในการมาโรงพยาบาล เมื่อผู้วิจัยมีกาสอบถาม
3. ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาโดยสามารถบอกกับผู้วิจัยได้ถึงกาปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมกาใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างถูกต้อง
4. ผู้ป่วยบอกสาเหตุของโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษาและการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคโดยเขียนตอบลงในคู่มือได้ถูกต้อง
5. ผู้ป่วยแสดงถึงความตั้งใจในการดำเนินไปสู่เป้าหมายใหม่ของตนเอง
6. เมื่อให้ผู้ป่วยสรุปกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถบอกสิ่งที่ได้คุยกับผู้วิจัยได้อย่างครบถ้วน
7. ผู้ป่วยและผู้วิจัยคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี แสดงท่าทีเต็มใจโดยแสดงท่าทีเต็มใจในการติดตามทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย

สาระสำคัญ

ในการพบผู้ป่วยแบบตัวต่อตัวครั้งนี้ จะเป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจอย่างต่อเนื่อง การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยนั้นอาจไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ

ได้ในครั้งแรก ผู้วิจัยจึงต้องสร้างความอบอุ่น ความน่าเชื่อถือ โดยปฏิบัติต่อผู้ป่วยในลักษณะการต้อนรับอย่างเต็มที่ กิจกรรมนี้ผู้วิจัยจะให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค โดยใช้บทบาทของผู้สอน (Teaching) และประเมินปัญหาของผู้ป่วยโดยเน้นปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ไ้ยาตามเกณฑ์การรักษาส่งผลต่อการกลับมารักษาในโรงพยาบาล ร่วมกันหาวิธีแก้ปัญหา นำไปใช้ในการแก้ปัญหา สรุปกิจกรรมและประเมินผล

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. Power Point ให้ความรู้เบื้องต้นเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา การดูแลตนเองหลังจำหน่ายเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค
2. ใบงานที่ 1.1 เรื่อง ทำความรู้จักกับโรคจิตเภท
3. ใบงานที่ 1.2 เรื่อง การปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย
4. ใบความรู้ที่ 1.3 เรื่อง มารู้จักโรคจิตเภท กันเถอะ
5. ใบความรู้ที่ 1.4 เรื่อง การปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค
6. คู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย
7. คู่มือโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

การประเมินผล

1. ในระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแสดงความไว้วางใจโดยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล มีการแสดงท่าทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้ม และมีการพูดที่แสดงถึงความเต็มใจในการพบผู้วิจัย ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“คุณพยาบาลมาหาได้ตลอดเลยคะ” “คุณพยาบาลละครับทานข้าวหรือยัง”

2. ในระยะระบุปัญหา ผู้ป่วยให้ร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลของตนเอง พูดระบายความรู้สึกและเล่าปัญหาของตนเองที่ทำให้มีพฤติกรรมไม่ไ้ยาตามเกณฑ์การรักษา ส่งผลต่อการกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“คิดว่าหายแล้ว เลยไม่ได้กินยาต่อ” “กลับไปไ้ยาไอซ์ครับ”

“ผมคิดว่าหายแล้วนะครับ ไม่รู้ว่าต้องกินยานี้ไปจนกว่าหมอจะบอกให้หยุด”

“กินยาแล้วน้ำลายยืด/ง่วง/ไม่มีแรง เลยไม่อยากกินครับ/คะ”

3. ในระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยเลือกวิธีที่จะปฏิบัติเพื่อให้ตนเองมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“ผมต้องกินยาเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของสารในสมอง”

“ผมอยากหาย ผมมีโอกาสหายแต่ต้องกินยาไปก่อนจนกว่าหมอจะให้หยุด”

“ผมจะไม่กลับไปไ้ยาครับ จะเลิกแล้ว”

4. ในระยะสรุปผล ผู้ป่วยแสดงถึงความตั้งใจในการดำเนินไปสู่เป้าหมายใหม่ของตนเอง ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้ “ผมจะลองนำวิธีนี้ไปใช้ดูครับคุณพยาบาล”

5. เมื่อให้ผู้ป่วยสรุปกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถพูดสรุปถึงสิ่งที่ได้พูดคุยกับผู้วิจัย และสามารถเขียนตอบคำถามในคู่มือถึงสาเหตุของโรคจิตเภท สาเหตุ อากาการ การรักษา และการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคได้ถูกต้อง

6. ผู้ป่วยและผู้วิจัยคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี แสดงท่าทีเต็มใจในโดยแสดงท่าทีเต็มใจในการติดตามทางโทรศัพท์ ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“หนูอยู่บ้านทุกวัน คุณพยาบาลสะดวกโทรมาเวลาไหนก็ได้ค่ะ”

“ผมขอจดเบอร์โทรศัพท์ไว้วันละรับ/ค่ะ ถ้ามีอะไรสงสัย ขอโทรถามได้ไหมครับ/ค่ะ”

กิจกรรมที่ 3 สร้างสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ (โทรศัพท์ครั้งที่ 1)

ระยะเวลา 30-45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก เล่าปัญหาของตนเอง และค้นหาปัญหาของผู้ป่วย
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหาวิธีแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและตรงตามเป้าหมาย
4. เพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินไปสู่เป้าหมายในการแก้ไขปัญหาได้
5. เพื่อประเมินผลหลังจากได้ใช้ศักยภาพของตนเองจนปัญหาได้รับการแก้ไข
6. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในกิจกรรม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 3

1. ผู้ป่วยแสดงความไว้วางใจต่อผู้วิจัย โดยมีการพูดคุยมากขึ้น มีการซักถามผู้วิจัย
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูล โดยร่วมมือในการค้นหาปัญหา หรือมีการเล่าปัญหาของตนเอง เมื่อผู้วิจัยมีการสอบถาม
3. ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาโดยสามารถบอกกับผู้วิจัยได้ถึงวิธีการแก้ไขปัญหา
4. ผู้ป่วยแสดงถึงความตั้งใจในการดำเนินไปสู่เป้าหมายใหม่ของตนเอง
5. จากกการสอบถามปัญหาของผู้ป่วย (ปัญหาที่พบในกิจกรรมที่ 2) พบว่าได้รับการแก้ไขซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายของผู้ป่วย
6. เมื่อให้ผู้ป่วยสรุปกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถพูดสรุปสิ่งที่ได้คุยกับผู้วิจัยและการนำไปใช้ได้อย่างครบถ้วน

7. ผู้ป่วยและผู้วิจัยคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี แสดงท่าทีเต็มใจในโดยแสดงท่าทีเต็มใจในการติดตามทางโทรศัพท์ในครั้งต่อไป

สาระสำคัญ

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัยมีความสำคัญเนื่องจาก การศึกษานี้เป็นการใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และให้การให้การดูแลทางโทรศัพท์ถึง 6 กิจกรรม การดำเนินกิจกรรมทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยนั้น ผู้วิจัยจะต้องมั่นใจว่าทั้งผู้วิจัยและผู้ป่วยก้าวผ่านการเป็นคนแปลกหน้า (Stranger) ซึ่งกันและกัน และเข้าสู่ระยะค้นหาปัญหา (Identification phase) เพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วยได้ และในบางครั้งผู้ป่วยอาจมีการทดสอบพยาบาลในแง่ของความจริงใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญกับระยะนี้เป็นอย่างมากในการสร้างความน่าเชื่อถือ ความสม่ำเสมอ เพื่อให้ง่ายต่อการนำไปสู่การค้นหาปัญหา และการดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. แบบประเมินสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย
2. โทรศัพท์
3. คู่มือโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

การประเมินผล

1. ในระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมีความไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้วิจัย โดยสามารถประเมินได้จากการพูดคุยกับผู้วิจัย ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“สวัสดีครับคุณพยาบาล แล้วพยาบาลท่านข้าวเย็นหรือยังครับ”

“ผมเพิ่งกลับมาจากท่านข้าว เห็นว่าคุณพยาบาลจะโทรศัพท์มาช่วงเวลานี้เลยรอครับ”

“กำลังหยิบมือถือมาว่าคุณพยาบาลโทรมาหรือยัง โทรศัพท์ก็ดังพอดีเลยคะ”

2. การประเมินโดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยพบว่า ผลการประเมินสัมพันธภาพเข้าสู่ระยะระบุปัญหา โดยในระยะระบุปัญหา ผู้ป่วยให้ร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลของตนเอง พูตรบายความรู้สึกและเล่าปัญหาของตนเอง ยกตัวอย่างปัญหาของผู้ป่วย ดังนี้

ผู้ป่วยทะเลาะกับมารดา ผู้ป่วยอาละวาดเสียงดัง มารดารู้สึกกลัวผู้ป่วยจึงออกจากบ้านไปอยู่กับป้า ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียวรู้สึกเครียดมาก ผู้วิจัยสอบถามสาเหตุของปัญหาพบว่า มารดาบ่นผู้ป่วย เพราะมารดาเครียดและเหนื่อยจากการไปให้ศิโมที่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้จึงใช้วาจาที่รุนแรงกับมารดา ผู้วิจัยได้สะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นว่า ถ้าตนเองเป็นมารดาแล้วลูกมาทำกับตนเองแบบนี้จะรู้สึกอย่างไรและสอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะนี้ว่า หลังจากทะเลาะกับมารดาแล้วรู้สึกอย่างไร ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกเสียใจ และอยากย้อนเวลากลับไป จะได้ควบคุมอารมณ์ตัวเอง หายโกรธค่อยมาคุยกับแม่นะครับ”

3. ในระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยหาวิธีแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเลือกวิธีแก้ไขปัญหา ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“ครั้งหน้าผมจะต้องควบคุมอารมณ์ให้ดีกว่านี้และผมจะไปขอโทษแม่ครับ แม่เหนื่อยกับผมมากกละ ตอนนี้นี้แกก็ป่วยด้วย”

4. ในระยะสรุปผล ผู้ป่วยแสดงถึงความตั้งใจในการดำเนินไปสู่เป้าหมายใหม่ของตนเอง ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“ผมจะลองทำตามที่คุณพยาบาลแนะนำ” “ผมต้องควบคุมตนเองให้ได้ครับ”

5. เมื่อให้ผู้ป่วยสรุปกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถสรุปถึงสิ่งที่ได้พูดคุยกับผู้วิจัยได้ครบถ้วน

6. ผู้ป่วยและผู้วิจัยคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี ผู้ป่วยแสดงร่วมมือในการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ครั้งต่อไปด้วยความเต็มใจ โดยไม่มีท่าทีบ้ายเบี่ยงและสามารถนัดหมายเวลาในการโทรศัพท์ได้ ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“ผมขอบคุณคุณพยาบาลมากครับ ถ้าผมมีเรื่องอะไรไม่สบายใจอีกผมขอรับกวนนะครับ”

“คุณพยาบาลสามารถโทรมาได้หลังหกโมงเย็นทุกวันเลยครับ ผมปิดร้านแล้ว”

กิจกรรมที่ 4 การดูแลทางโทรศัพท์เรื่องการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษา (Medical Adherence)

ระยะเวลา 30-45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้วิจัยคงไว้ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก เลาปัญหาของตนเอง และค้นหาปัญหาของผู้ป่วย ที่มีพฤติกรรมไม่ใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษา
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหาวิธีแก้ปัญหได้อย่างเหมาะสมและตรงตามเป้าหมาย
4. เพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินไปสู่เป้าหมายในการแก้ไขปัญหาค่าได้
5. เพื่อประเมินผลหลังจากได้ใช้ศักยภาพของตนเองจนปัญหาได้รับการแก้ไข
6. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตและการปฏิบัติตัวเพื่อให้เกิดพฤติกรรมค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง
7. ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4

1. ผู้ป่วยแสดงความไว้วางใจต่อผู้วิจัย โดยมีการพูดคุยมากขึ้น มีการซักถามผู้วิจัย
2. ผู้ป่วยมีการเปิดเผยข้อมูลของตนเอง ระบายความรู้สึก และเล่าปัญหาของตนเอง เมื่อผู้วิจัยมีการสอบถาม

3. ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาโดยสามารถบอกกับผู้วิจัยได้ถึงวิธีการแก้ไขปัญหา
4. ผู้ป่วยแสดงถึงความตั้งใจในการดำเนินไปสู่เป้าหมายใหม่ของตนเอง
5. จากผลการสอบถามปัญหาของผู้ป่วย (ปัญหาที่พบในกิจกรรมที่ 3) พบว่าได้รับการแก้ไขซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายของผู้ป่วย
6. ผู้ป่วยบอกการปฏิบัติตัวให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาให้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตรงตามเวลา และการไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ และผู้ป่วยสามารถบอกผลกระทบของการมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
7. เมื่อให้ผู้ผู้ป่วยสรุปกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถบอกสิ่งที่ได้คุยกับผู้วิจัยได้อย่างครบถ้วน
8. ผู้ป่วยและผู้วิจัยคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี แสดงท่าทีเต็มใจในโดยแสดงท่าทีเต็มใจในการติดตามทางโทรศัพท์ในครั้งต่อไป

สาระสำคัญ

ในปัจจุบันพบว่าสาเหตุสำคัญของโรคจิตเภท คือ ความผิดปกติด้านพัฒนาการทางระบบประสาท (neurodevelopmental disorder) และพบความผิดปกติในการทำงานของสมองหลายบริเวณ (กนกวรรณ ลัมเจริญศรี, 2558) การรักษาด้วยยาเป็นหัวใจของการรักษานอกจากเพื่อควบคุมอาการทางบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบของโรคได้ การให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิตและคำแนะนำการปฏิบัติตัวในการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญของผู้ป่วยหลังจำหน่าย ในกิจกรรมการโทรศัพท์ผู้วิจัยจะดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนของสัมพันธภาพบำบัด ประกอบด้วย 1. ระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (Orientation phase) 2. ระยะระบุปัญหา (Identification phase) 3. ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase) และ 4. ระยะสรุปผล (Resolution phase) โดยใช้บทบาทของผู้สอน (Teaching) และผู้ให้คำปรึกษา (Counseling) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจประสบการณ์ และความรู้สึกของตนเอง และผู้ให้คำปรึกษาในการแสวงหาแนวทางที่จะจัดการปัญหา โดยมีการใช้สื่อคือหนังสือคู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่าย

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. โทรศัพท์
2. ใบงานที่ 2.1 เรื่อง สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
3. ใบความรู้ที่ 2.2 เรื่อง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
4. แบบประเมินสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย
5. คู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย
6. คู่มือโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

การประเมินผล

1. ในระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมีน้ำเสียงแสดงความเต็มใจในการพูดคุยและตอบคำถามกับผู้วิจัย
2. การประเมินโดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยพบว่า ผลการประเมินสัมพันธภาพเข้าสู่ระยะระบุปัญหา โดยในระยะระบุปัญหา ผู้วิจัยค้นหาปัญหาโดยพบปัญหาของผู้ป่วยที่ทำให้มีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้
 - ผู้ป่วยหยุดยาเอง เนื่องจาก คิดว่าตนเองหายแล้ว, เกิดอาการข้างเคียงจากยา ได้แก่ ง่วง น้ำลายยืด, คิดว่าตนเองไม่ได้เป็นอะไร, ไม่สามารถทำงานได้, ใช้ยาไอซ์/ยาบ้า, ไม่สามารถทำงานได้เพราะ ไม่มีแรง, กินยามานานแล้ว ซึ่เกียจกินยา
 - ลืมรับประทานยา เนื่องจาก รับประทานยาวันละหลายมือ, ออกไปทำธุระนอกบ้าน ไม่ได้นำมาไปด้วย
 - รับประทานยาไม่ตรงตามเวลา เนื่องจาก ตื่นสาย, ลืม
 - ลดจำนวนเม็ดยาลงน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง เนื่องจาก เกิดอาการข้างเคียงจากยา ได้แก่ เขียวชา ง่วงนอนเยอะ
 - เพิ่มจำนวนเม็ดยาเพิ่มขึ้นกว่าที่แพทย์สั่ง เนื่องจาก มีอาการทางจิตกำเริบ เริ่มรู้สึกว่ามีหูแว่วมากขึ้น
 - รับประทานยาไม่ครบทุกชนิด เนื่องจาก ลืมรับประทานยา
3. ในระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาของการมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้
 - “จะไม่หยุดยาเอง เพราะว่าโรคนี้อาจต้องกินยาต่อเนื่อง”
 - “จะพกยาไว้สองที่ เอาไว้ในกระเป๋าที่ไปนอกบ้านชุดหนึ่งเพื่อลืมหีบติดไป”
 - “หนูจะใช้วิธีตั้งนาฬิกาปลุกจะได้ทานยาครบทุกมือ”
 - “ผมจะจัดยาใส่ตลับยาที่เป็นชั้นๆทุกวัน แล้วออกไปที่ร้านด้วย จะได้ไม่ลืมหีบมารับ”
 - “ผมจะไม่เพิ่มยาเองแล้วครับ เพิ่งรู้ว่า กินยาเพิ่มเองยิ่งทำให้แพ้ยามากขึ้น”
 - “หนูจะบอกหมอว่า หนูนั่งเขย่าชา หมอจะได้เพิ่มยาแก้แพ้ให้”
4. เมื่อให้ผู้ผู้ป่วยบอกความสำคัญ/ประโยชน์ของการรับประทานยารักษาโรคจิต ผู้ป่วยสามารถบอกข้อมูลย้อนกลับได้ โดยยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้
 - “เพื่อปรับสารเคมีในสมอง”
 - “เพื่อควบคุมอาการไม่ให้อาการกำเริบ”
 - “ทำให้นอนหลับได้”
 - “ทำให้สบายใจ สมองโล่ง”

5. เมื่อให้ผู้ป่วยบอกถึงการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้ป่วยบอกข้อมูลย้อนกลับได้อย่างครบถ้วน ประกอบด้วย 5 ลักษณะ ดังนี้ ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลา ไม่เพิ่มหรือลดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ รวมถึงสามารถสังเกตอาการข้างเคียงจากยาและจัดการกับอาการได้

6. เมื่อให้ผู้ป่วยบอกถึงผลกระทบของการมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้ป่วยสามารถบอกข้อมูลย้อนกลับได้ โดยยกตัวอย่างของคำตอบ ดังนี้

“ทำให้โรคกำเริบต้องนอนในโรงพยาบาล” “ทำให้มีหูแว่ว”

“ทำให้นอนไม่หลับ หงุดหงิด คุณตัวเองไม่ได้”

“ทำให้ก้าวร้าว ต่ำหยาบคาย”

7. ในระยะสรุปผล ผู้ป่วยมีการแสดงถึงความตั้งใจในการดำเนินการไปสู่เป้าหมายใหม่ ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้ “ผมจะลองนำวิธีนี้ไปใช้ดูครับ/ค่ะ”

8. เมื่อมีการนัดหมายครั้งถัดไป ผู้ป่วยแสดงท่าทีเต็มใจ ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“คุณพยาบาลโทรมาอีกวันไหนก็ได้ครับ ผมอยู่บ้านตลอด”

“คุณพยาบาลจะโทรมาอีกวันไหนคะ”

กิจกรรมที่ 5 การดูแลทางโทรศัพท์เรื่องการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

ระยะเวลา 30-45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้วิจัยคงไว้ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก เล่าปัญหาของตนเอง และค้นหาปัญหาของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหาวิธีแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและตรงตามเป้าหมาย
4. เพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินไปสู่เป้าหมายในการแก้ไขปัญหานั้นได้
5. เพื่อประเมินผลหลังจากได้ใช้ศักยภาพของตนเองจนปัญหาได้รับการแก้ไข
6. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องยารักษาโรคจิต และวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงและวิธีจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตได้
7. ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5

1. ผู้ป่วยแสดงความไว้วางใจต่อผู้วิจัย โดยมีการพูดคุยมากขึ้น มีการซักถามผู้วิจัย
 2. ผู้ป่วยมีการเปิดเผยข้อมูลของตนเอง ระบายความรู้สึก และเล่าปัญหาของตนเอง
- เมื่อผู้วิจัยมีการสอบถาม

3. ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาโดยสามารถบอกกับผู้วิจัยได้ถึงวิธีการแก้ไขปัญหา
4. ผู้ป่วยแสดงถึงความตั้งใจในการดำเนินไปสู่เป้าหมายใหม่ของตนเอง
5. จากผลการสอบถามปัญหาของผู้ป่วย (ปัญหาที่พบในกิจกรรมที่ 4) พบว่าได้รับการแก้ไขซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายของผู้ป่วย
6. ผู้ป่วยบอกอาการข้างเคียงของยาและวิธีจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้
7. เมื่อให้ผู้ป่วยสรุปกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถสรุปสิ่งที่ได้คุยกับผู้วิจัยได้อย่างครบถ้วน
8. ผู้ป่วยและผู้วิจัยคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี แสดงท่าทีเต็มใจโดยแสดงท่าทีเต็มใจในการติดตามทางโทรศัพท์ในครั้งต่อไป

สาระสำคัญ

การใช้ยารักษาโรคจิตเป็นการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic Drugs) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ต่อสมอง โดยเฉพาะกระบวนการทางชีวเคมีของสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) โดยไปยับยั้งการส่งกลับของ Dopamine ที่บริเวณรับสัญญาณ (Receptor) ในระบบประสาทส่วน Limbic, Reticular activating system, Extrapyrimalid และระบบประสาทส่วนอื่นๆ ช่วยให้อาการทางจิตของโรคจิตเภทดีขึ้น ช่วยลดความตึงเครียดทางอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ และสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้ แต่อย่างไรก็ตามยารักษาโรคจิตออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมอง และส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว มีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบต่อไธร่าทอ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหลังจากได้รับประทานยา เช่น มีอาการเคลื่อนไหวช้า กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง คอบิด กลืนน้ำลายลำบาก กระสับกระส่าย ปากแห้ง คอแห้ง ปัสสาวะลำบาก พยาบาลในฐานะบุคลากรในทีมสุขภาพมีโอกาสรับรู้ผลของยา ฤทธิ์ต่างๆ ของยาต่อผู้ป่วย ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลเสียต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ เนื่องจาก เมื่อผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากการรับประทานยาก็จะทำให้หยุดใช้ยาในที่สุด ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการให้ความรู้เรื่องยา อาการข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. โทรศัพท์
2. ใบงานที่ 3.1 เรื่อง การสังเกตอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต
3. ใบความรู้ที่ 3.2 เรื่อง อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตและวิธีจัดการกับอาการ
4. แบบประเมินสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

5. คู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่าย
6. คู่มือโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

การประเมินผล

1. ในระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมีน้ำเสียงแสดงความเต็มใจในการพูดคุยและร่วมมือตอบคำถามกับผู้วิจัย
2. การประเมินโดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยพบว่า ผลการประเมินสัมพันธภาพเข้าสู่ระยะระบุปัญหา โดยในระยะระบุปัญหา ผู้วิจัยค้นหาปัญหาโดยพบปัญหาของผู้ป่วยจากการใช้ยารักษาอาการทางจิต ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“ทำให้ง่วงนอน” “มีอาการกระสับกระส่าย นิ่งเข่าขา”

“มีอาการคอแห้ง หิวน้ำ” “กินยาแล้วน้ำลายยืด”

“รู้สึกไม่มีแรงทำงาน ผมต้องทำงานยกของ”

“ยาทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มครับ/ค่ะ”
3. ในระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา โดยพบวิธีจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตของตนเองได้ รวมทั้งวิธีจัดการกับอาการอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“ถ้าง่วงนอน รู้สึกไม่ค่อยกระปรี้กระเปร่า ก็จะหาอะไรทำ ล้างหน้าล้างตา แล้วก็ไม่ขับรถ”

“ยาทำให้ง่วงนอน ไม่ขับรถ ส่วนใหญ่ก็จะให้พี่สะใภ้ขับเวลามา รพ. หรือนั่งรถเมล์ค่ะ”

“ผมจะต้องออกกำลังกาย ควบคุมอาหาร”

“ผมเห็นเพื่อนบางคนดื่มน้ำเยอะมากๆ แบบแก้วต่อแก้วเลย ผมก็เพิ่งรู้ว่าดื่มน้ำเยอะๆ ไม่ได้ทำให้ตายได้ แบบนี้ก็ต้องค่อยๆ จิบ อมลูกอมก็เป็นวิธีที่ดีนะครับ”

“หนูนั่งเข่าขาในร้านก๋วยเตี๋ยวจนคนข้างๆ มอง รู้สึกอาย บางครั้งต้องลุกเดินถึงจะรู้สึกดีขึ้นไปหาหมอครั้งหน้าจะได้บอกหมอให้ทราบ”

“ถ้าคอแห้งก็จะค่อยๆ จิบน้ำ ดื่มน้ำได้วันละประมาณ 2,000 ซีซีต่อวัน หรือ น้ำหนักตัวx33”
4. ในระยะสรุปผล ผู้ป่วยมีการแสดงถึงความตั้งใจในการดำเนินการไปสู่เป้าหมายใหม่ ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้ “ผมจะลองนำวิธีนี้ไปใช้ดูครับ/ ค่ะ”
5. เมื่อมีการนัดหมายครั้งถัดไป ผู้ป่วยแสดงท่าทีเต็มใจ ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

“คุณพยาบาลโทรมาตอนที่คุณพยาบาลว่างเลยคะ หนูสะดวกตลอดค่ะ”

กิจกรรมที่ 6 การดูแลทางโทรศัพท์เรื่องการมาตรวจตามนัด (Appointment Adherence)

ระยะเวลา 30-45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้วิจัยคงไว้ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก เถ่าปัญหาของตนเอง และค้นหาปัญหาของผู้ป่วยที่ไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหาวิธีแก้ปัญหาก็ไปได้อย่างเหมาะสมและตรงตามเป้าหมาย
4. เพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินไปสู่เป้าหมายในการแก้ไขปัญหาก็ได้
5. เพื่อประเมินผลหลังจากได้ใช้ศักยภาพของตนเองจนปัญหาได้รับการแก้ไข
6. เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด
7. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6

1. ผู้ป่วยแสดงความไว้วางใจต่อผู้วิจัย โดยมีการพูดคุยมากขึ้น มีการซักถามผู้วิจัย
2. ผู้ป่วยมีการเปิดเผยข้อมูลของตนเอง ระบายความรู้สึก และเล่าปัญหาของตนเองในการไม่มาตรวจตามนัด เมื่อผู้วิจัยมีการสอบถาม
3. ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาก็โดยสามารถบอกกับผู้วิจัยได้ถึงวิธีการเตือนตนเองและมาพบแพทย์ตรงตามนัดได้
4. ผู้ป่วยแสดงถึงความตั้งใจในการดำเนินไปสู่เป้าหมายใหม่ของตนเอง
5. จากกการสอบถามปัญหาของผู้ป่วย (ปัญหาที่พบในกิจกรรมที่ 5) พบว่าได้รับการแก้ไขซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายของผู้ป่วย
6. ผู้ป่วยบอกความสำคัญในการมาตรวจตามนัด ผลเสียของการไม่มาตรวจตามนัดได้ และอาการผิดปกติที่ผู้ป่วยควรมาก่อนวันนัด
7. เมื่อให้ผู้ผู้ป่วยสรุปกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถบอกสิ่งที่ได้คุยกับผู้วิจัยได้อย่างครบถ้วน
8. ผู้ป่วยและผู้วิจัยคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี แสดงท่าทีเต็มใจโดยแสดงท่าทีเต็มใจในการมาพบผู้วิจัยในครั้งต่อไป

สาระสำคัญ

การมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยได้ยาไปรับประทานอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีโอกาสกำเริบของโรคน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด นอกจากนี้หากผู้ป่วยได้รับรู้เรื่องความรุนแรงของโรค คำอธิบายประโยชน์ของการมาตรวจตามนัด และมีความเชื่อในประสิทธิภาพ

การรักษาจะส่งผลให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดและมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. โทรศัพท
2. ใบงานที่ 4.1 เรื่อง ปฏิทินเตือนใจ
3. ใบความรู้ที่ 4.2 เรื่อง การมาตรวจตามนัดนั้นสำคัญไฉน
4. แบบประเมินสัมพันธภาพทางโทรศัพทระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย
5. คู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย
6. คู่มือโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท

การประเมินผล

1. ในระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมีน้ำเสียงแสดงความเต็มใจในการพูดคุยและตอบคำถามกับผู้วิจัย โดยมีการพูดคุยมากขึ้น
2. การประเมินโดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยพบว่า ผลการประเมินสัมพันธภาพเข้าสู่ระยะระบุปัญหา โดยในระยะระบุปัญหา ผู้วิจัยค้นหาปัญหาโดยพบปัญหาของผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“ยังมียาเหลืออยู่เยอะแล้วก็ป็นยาเหมือนเดิมครับ”

“ผมคิดว่าอาการยังดี ไม่จำเป็นต้องมาปรับยา มียาเดิมกินอยู่แล้วนะครับ”

“ลืมครับ” “ไม่มีคนพามาคะ ไปทำงานกัน”
3. ในระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา โดยพบวิธีเตือนตนเองให้มาตรวจตามนัด ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“จดใส่ปฏิทินที่บ้าน” “นำใบนัดใส่ในกระเป๋าตั้งค์”

ผู้วิจัยบอกจุดอ่อนของการนำใบนัดใส่กระเป๋าตั้งค์ว่าจะทำให้เราไม่เห็นวันที่แพทย์นัดบ่อยๆ อาจลืมได้ง่าย ผู้วิจัยจึงแนะนำให้นำใบนัดออกมาติดไว้บริเวณที่เห็นบ่อยๆจะดีกว่า ซึ่งผู้ป่วยก็เห็นด้วยกับวิธีดังกล่าวเพราะอาจจะลืมได้แล้วกระเป๋าตั้งค์ก็อาจจะหายได้ด้วย
4. เมื่อให้ผู้ป่วยบอกถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ผลเสียของการไม่มาตรวจตามนัด และ อาการผิดปกติที่ผู้ป่วยควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ผู้ป่วยสามารถบอกข้อมูลย้อนกลับได้ โดยยกตัวอย่างของคำตอบ ดังนี้

ความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

“ได้พบหมอ แล้วปรับยาตามอาการ”

“ได้ยากลับไปกินต่อเนื่อง ป้องกันโรคกำเริบคะ”

ผลเสียของการไม่มาตรวจตามนัด ยกตัวอย่างของคำตอบ ดังนี้

“หมอไม่ได้ปรับยาตามอาการให้ยาเดิม บางครั้งอาการก็ไม่เหมือนเดิม”

“อาการกำเริบต้องกลับมานอนในโรงพยาบาลครับ”

อาการผิดปกติที่ผู้ป่วยควรมาก่อนวันนัด ยกตัวอย่างของคำตอบ ดังนี้

“มีอาการนอนไม่หลับครับ”

“รู้สึกหงุดหงิดมากขึ้นหรือมีหิวแหว่ครับ”

“อาการแพ้ยา ถ้ากินยาแก้แพ้ที่หมอให้กินเพิ่มแล้วไม่หายก็ต้องมาครับ”

5. ในระยะสรุปผล ผู้ป่วยมีการแสดงถึงความตั้งใจในการดำเนินการไปสู่เป้าหมายใหม่ ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“ผมจะลองนำวิธีนี้ไปใช้ดูครับ/ค่ะ”

“คุณพยาบาลแนะนำวิธีที่ดีมากค่ะ หนูจะนำไปปฏิบัติตาม”

6. เมื่อมีการนัดหมายครั้งถัดไป ผู้ป่วยแสดงท่าทีเต็มใจ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการมาตามวันและเวลาที่ได้นัดหมาย โดยแสดงท่าทีเต็มใจ และให้ความสนใจในการมาร่วมกิจกรรม ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“ผมไปได้ทุกวันเลยครับ คุณพยาบาลจะนัดวันไหนก็ได้”

“สะดวกค่ะ วันไหนดีคะคุณพยาบาล”

กิจกรรมที่ 7 การทบทวนการปฏิบัติโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) การพบกันแบบตัวต่อตัวครั้งที่ 3

ระยะเวลา 30-45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้วิจัยเข้าใจซึ่งสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก เถาปัญหาของตนเอง และค้นหาปัญหาของผู้ป่วยที่ยังเหลืออยู่/ปัญหาใหม่
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหาวิธีแก้ปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมและตรงตามเป้าหมาย
4. เพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินไปสู่เป้าหมายในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้
5. เพื่อประเมินผลหลังจากได้ใช้ศักยภาพของตนเองจนปัญหาได้รับการแก้ไข
6. เพื่อทบทวนกิจกรรมและทบทวนการปฏิบัติ
7. เพื่อเตรียมตัวสิ้นสุดสัมพันธภาพ
8. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7

1. ผู้ป่วยแสดงความไว้วางใจต่อผู้วิจัย โดยมีการพูดคุยมากขึ้น มีการซักถามผู้วิจัย

2. ผู้ป่วยมีการเปิดเผยข้อมูลของตนเอง ระบายความรู้สึก และเล่าปัญหาของตนเอง เมื่อผู้วิจัยมีการสอบถาม
3. ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาโดยสามารถบอกกับผู้วิจัยได้ถึงวิธีการแก้ปัญหา
4. ผู้ป่วยแสดงถึงความตั้งใจในการดำเนินไปสู่เป้าหมายใหม่ของตนเอง
5. จากผลการสอบถามปัญหาของผู้ป่วย (ปัญหาที่พบในกิจกรรมที่ 6) พบว่าได้รับการแก้ไขซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายของผู้ป่วย
6. เมื่อให้ผู้ผู้ป่วยสรุปกิจกรรมและทบทวนการปฏิบัติในกิจกรรมที่ผ่านมา ผู้ป่วยสามารถบอกข้อมูลแก่ผู้วิจัยได้อย่างครบถ้วน
7. ผู้ป่วยมีท่าทียอมรับถึงการสิ้นสุดสัมพันธภาพที่จะมาถึง โดยไม่มีท่าทีของความวิตกกังวล
8. ผู้ป่วยและผู้วิจัยคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี แสดงท่าทีเต็มใจในโดยแสดงท่าทีเต็มใจในการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งต่อไป

สาระสำคัญ

ในการพบผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว (Face to face) ครั้งที่ 3 นี้ จะเป็นคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือ ร่วมใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยและผู้วิจัยสามารถดำเนินกิจกรรมต่อไปได้อย่างดี การพบกับผู้ป่วยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการทบทวนกิจกรรมแต่ละกิจกรรมที่ผ่านมาและทบทวนการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างถูกต้อง โดยใช้บทบาทของผู้สอน (Teaching) และแจ้งระยะเวลาให้การดูแลทางโทรศัพท์ที่เหลืออยู่ก่อนที่จะสิ้นสุดสัมพันธภาพ เพื่อคุุปฏิบัติยาโต้ตอบของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที เนื่องจาก หากระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพผู้วิจัยเตรียมผู้ป่วยไม่ดี ผู้ป่วยอาจเกิดความวิตกกังวลจากการพลัดพราก (Separate Anxiety)

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. Power point ให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การสังเกตอาการข้างเคียงและวิธีจัดการกับอาการข้างเคียงของยา และการมาตรวจตามนัด
2. คู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย
3. คู่มือโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

การประเมินผล

1. ในระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมีน้ำเสียงแสดงความเต็มใจในการพูดคุยและตอบคำถามกับผู้วิจัย พูดคุยด้วยมากขึ้น

2. การประเมินโดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยพบว่า ผลการประเมินสัมพันธภาพเข้าสู่ระยะระบุปัญหา โดยในระยะระบุปัญหา ผู้วิจัยค้นหาปัญหาของผู้ป่วย พบว่า “ยังมีอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ยังมีอาการนั่งเข่าขาอยู่ หมอให้ยาแก้แพ้ในมือเช้า หนูเลยแบ่งยาแก้แพ้ออกครึ่งนึงแบ่งกินเข้ากับเย็น” ผู้วิจัยจึงขอข้อมูลของยาของผู้ป่วยพบว่า แพทย์ในรับประทานยาเพิ่มได้อีก 1 เม็ดหากมีอาการกระสับกระส่าย ผู้วิจัยจึงแนะนำวิธีแก้ไขอาการข้างเคียงของยาโดยรับประทานยาซ้ำได้ อีก 1 เม็ด ถ้าหากอาการกระสับกระส่ายไม่ดีขึ้น

“ผมน้ำหนักขึ้นมากเลยคุณพยาบาล กลับบ้านไปน้ำหนักขึ้นอีก 5 กิโลไหนหะครับ ทำไงดี” ผู้วิจัยหาวิธีแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วย โดยสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่า ทานจุในมือเย็น และชอบทานพิซซ่า ผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ป่วยลดอาหารประเภทแป้งในมือเย็นร่วมกับการออกกำลังกาย จะช่วยลดน้ำหนักได้

3. ในระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา โดยจะนำวิธีที่ผู้วิจัยแนะนำไปปฏิบัติ ดังนี้ “ถ้ายังมีอาการเข่าขา หนูจะกินยาเพิ่มอีกเม็ดนึง ถ้าไม่ดีขึ้นก็จะบอกกับคุณหมออีกที” และ “ผมจะลองออกกำลังกายดู คิดว่าจะเดินเร็ว ทำงานบ้าน ร่วมกับควบคุมอาหารโดยลดแป้งลง”

4. ในระยะสรุปผล ผู้ป่วยมีการแสดงถึงความตั้งใจในการดำเนินการไปสู่เป้าหมายใหม่ ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“ผมจะลองนำวิธีนี้ไปใช้ดูครับ/ ค่ะ” “คุณพยาบาลแนะนำวิธีที่ดีมากครับ”

“ผมคิดว่าโทรศัพท์แบบนี้ดีมากเลยครับ ทำให้ได้รับคำปรึกษา ตัวอย่างเรื่อง อาการข้างเคียงจากยานะครับ อยู่ รพ. มาสองรอบไม่รู้เลยว่า ยาทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้ด้วยที่ แล้วก็อาการของโรคจิต พวกหวิว หงุดหงิด ฉุนเฉียว ตรงกับที่ผมเป็น มันได้ความรู้ดีนะครับ”

5. เมื่อให้ผู้ผู้ป่วยสรุปกิจกรรมที่ผ่านมาที่ละกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยบอกการปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยาโดยอธิบายการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่แสดงออกมา ใน 5 ลักษณะ รวมถึงอาการข้างเคียงจากยาและวิธีจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ บอกวิธีการกระตุ้นเตือนตนเองในการมาตรวจตามนัดอย่างเหมาะสมและบอกความสำคัญของการมาตรวจตามนัด และการสังเกตอาการเตือนที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัดได้ถูกต้อง

6. เมื่อมีการนัดหมายครั้งถัดไป ผู้ป่วยแสดงท่าทีเต็มใจ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการติดตามทางโทรศัพท์ โดยแสดงท่าทีเต็มใจ และให้ความสนใจในการมาร่วมกิจกรรม ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“คุณพยาบาลตามสบายเลยนะครับโทรได้ตลอดเลย”

“ถ้าผมมีเรื่องปรึกษา ผมขออนุญาตโทรหาคุณพยาบาลนะคะ/ครับ”

7. ผู้ป่วยยอมรับถึงการสิ้นสุดกิจกรรมที่จะมาถึง ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“ผมดีใจที่ได้มีส่วนในกิจกรรมของคุณพยาบาล ทำให้รู้ว่าการโทรศัพท์หาผู้ป่วยก็มีประโยชน์ อย่างน้อยก็มีผมคนหนึ่ง ขอขอบคุณครับ”

“ต้องขอบคุณคุณพยาบาลจริงๆนะคะ เสียสละเวลาโทรมา รู้สึกสบายใจขึ้นเยอะเลยคะ ยังไงหนูก็ยินดีให้โทรหานะคะ”

“ขอบคุณคุณพยาบาลครับ ที่ให้ข้อคิด ทำให้ผมใจเย็นลง ผมสัญญากับแม่แล้วเรื่องเบียร์จะไม่กินแล้ว ไม่อยากให้แกเครียด”

กิจกรรมที่ 8 การดูแลทางโทรศัพท์เรื่องการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษา (แอลกอฮอล์และสารเสพติด)

ระยะเวลา 30-45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้วิจัยคงไว้ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก เล่าปัญหาของตนเอง และค้นหาปัญหาของผู้ป่วยที่กลับไปใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหาวิธีแก้ปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมและตรงตามเป้าหมายโดยหาวิธีจัดการกับปัจจัยกระตุ้นการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด
4. เพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินไปสู่เป้าหมายในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้โดยไม่กลับไปใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด
5. เพื่อประเมินผลหลังจากได้ใช้ศักยภาพของตนเองจนปัญหาได้รับการแก้ไข
6. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจถึงผลกระทบจากการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดที่มีต่อการกำเริบของโรค
7. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 8

1. ผู้ป่วยแสดงความไว้วางใจต่อผู้วิจัย โดยมีการพูดคุยมากขึ้น มีการซักถามผู้วิจัย
2. ผู้ป่วยมีการเปิดเผยข้อมูลของตนเอง ระบายความรู้สึก และเล่าปัญหาของตนเองที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ซ้ำของตนเองกับผู้วิจัย
3. ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาโดยหลีกเลี่ยงการกลับไปใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด
4. ผู้ป่วยแสดงถึงความตั้งใจในการดำเนินไปสู่เป้าหมายใหม่ของตนเอง
5. จากการสอบถามปัญหาของผู้ป่วย (ปัญหาที่พบในกิจกรรมที่ 7) พบว่าได้รับการแก้ไขซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายของผู้ป่วย

6. ผู้ป่วยสามารถบอกผลกระทบของการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดที่มีต่อการกำเริบของโรคได้ถูกต้อง
7. เมื่อให้ผู้ป่วยสรุปกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถบอกสิ่งที่ได้คุยกับผู้วิจัยได้อย่างครบถ้วน
8. ผู้ป่วยและผู้วิจัยคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี แสดงท่าทีเต็มใจโดยแสดงท่าทีเต็มใจในการติดตามโทรศัพท์ครั้งต่อไป

สาระสำคัญ

การใช้สารเสพติดและอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กัน ผู้ป่วยจิตเภทพบความผิดปกติของการใช้สารเสพติด (Substance use disorder) บ่อยกว่าประชากรทั่วไปถึงสองเท่า ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดจำนวนมากมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์และมีแนวโน้มที่จะไม่มาพบแพทย์ตามนัดมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทเพียงอย่างเดียว (Tiet and Mausbach, 2007) นอกจากนี้การใช้สารเสพติดยังมีผลต่อการพยากรณ์โรคโดยทำให้ผู้ป่วยไม่ผูกติด (non-adherence) ต่อการรักษาเพิ่มขึ้น (Coldham, Addington and Addington, 2002; Hunt, Bergen and Bashir, 2002) และการศึกษาของทวีพร วิสุทธิมรรค (2544) พบว่า การใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทมีผลต่อการเสริมฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต โดยทำให้ยาออกฤทธิ์เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายและเป้าหมายในการรับประทานยา จึงหยุดใช้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาลดลง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. โทรศัพท์
2. แบบประเมินสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย
3. ใบงานที่ 5.1 เรื่อง การจัดการกับปัจจัยกระตุ้น
4. ใบความรู้ที่ 5.2 เรื่อง สถานการณ์เสี่ยงหรือสิ่งกระตุ้นและแนวทางแก้ไข
6. คู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย
7. คู่มือโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

การประเมินผล

1. ในระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมีน้ำเสียงแสดงความเต็มใจในการพูดคุยและตอบคำถามกับผู้วิจัย และมีการพูดคุยมากขึ้น
2. การประเมินโดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยพบว่า ผลการประเมินสัมพันธภาพเข้าสู่ระยะระบุปัญหา โดยในระยะระบุปัญหา ผู้วิจัยค้นหาปัญหาโดยพบปัญหาการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์/เสพยาเสพติด ยกตัวอย่างปัญหาของผู้ป่วย ดังนี้
 “เบื่อๆ ไม่มีอะไรทำ” “เพื่อนชวน” “เพื่อให้นอนหลับได้”
 “ให้รางวัลตัวเอง ทำงานมาเยอะแล้ว เหนื่อยมาเยอะแล้ว”

“อยากกลับไปใช้เอง”

เมื่อสอบถามระยะเวลาในการเลิกมาได้นานเท่าไร ผู้ป่วยบอกว่า “ระยะเวลาไม่แน่นอน บางทีก็ 3 เดือน 6 เดือน เป็นปีๆ ก็มีครับ แต่เวลากลับไปใช้ บางทีอยู่ดีๆ ก็เดินเข้าไปหาเพื่อกลุ่มที่เคยดื่มเลย ไม่ต้องมีใครชวน”

3. ในระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา โดยผู้ป่วยจะใช้วิธีจัดการกับปัจจัยกระตุ้น ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“มันจะมีความรู้สึกแสบนึ่งนะครับ ที่อยากเสพมันมาก แบบให้รางวัลตัวเอง ถ้ามีความรู้สึกอยาก ผมก็จะไปหาอะไรทำไป เลิกคิดเรื่องนั้นครับ”

“ไม่เดินผ่านตรงนั้นครับ”

“บอกเพื่อนว่าเลิกแล้ว หมอไม่ให้ดื่ม”

“ใช้การปฏิเสธ บอกว่าเลิกแล้ว”

“อยู่ที่ใจครับ ถ้าอยากเลิก ผมก็เลิกได้”

4. ระยะสรุปผล ผู้ป่วยแสดงถึงความตั้งใจในการดำเนินไปสู่เป้าหมายใหม่ของตนเอง ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“ผมคิดว่าผมทำได้ครับ ผมจะเลิกอย่างจริงจัง”

“ผมไม่ออกไปใช้มันอีกแล้ว ผมทำได้แน่นอน อยู่โรงพยาบาลผมยังทำได้เลย”

5. เมื่อให้ผู้ผู้ป่วยบอกถึงผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด ยกตัวอย่างคำตอบของผู้ป่วย ดังนี้

“ทำให้กลับมาอนโรงพยาบาล”

“ทำให้ล้างยา”

“ทำให้มีอาการกำเริบ”

6. เมื่อมีการนัดหมายครั้งถัดไป ผู้ป่วยแสดงท่าทีเต็มใจ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการมาตามวันและเวลาที่ได้นัดหมาย โดยแสดงท่าทีเต็มใจ และให้ความสนใจในการมาร่วมกิจกรรม ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“ได้ค่ะ/ครับ ถ้าคุณพยาบาลสะดวก”

“เวลาหลังอาหารเย็นก็ได้ค่ะ จะได้มีเวลาคุยกัน”

กิจกรรมที่ 9 การดูแลทางโทรศัพท์เรื่องการจัดการกับความเครียด (Stress management)

ระยะเวลา 30-45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้วิจัยคงไว้ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก เล่าปัญหาของตนเองและค้นหาปัญหาของผู้ป่วยที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจหรือเกิดความเครียดเช่น ปัญหาเกี่ยวกับบุคคลรอบข้างหรือปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัว
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหาวิธีแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและตรงตามเป้าหมาย

4. เพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินไปสู่เป้าหมายในการแก้ไขปัญหาได้
5. เพื่อประเมินผลหลังจากได้ใช้ศักยภาพของตนเองจนปัญหาได้รับการแก้ไข
6. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 9

1. ผู้ป่วยแสดงความไว้วางใจต่อผู้วิจัย โดยมีการพูดคุยมากขึ้น มีการซักถามผู้วิจัย
2. ผู้ป่วยมีการเปิดเผยข้อมูลของตนเอง ระบายความรู้สึก และเล่าปัญหาของตนเองที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจหรือเกิดความเครียดเช่น ปัญหาเกี่ยวกับบุคคลรอบข้างหรือปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัว
3. ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาของตนเองที่ให้ตนเอง
4. ผู้ป่วยแสดงถึงความตั้งใจในการดำเนินไปสู่เป้าหมายใหม่ของตนเอง
5. จากกการสอบถามปัญหาของผู้ป่วย (ปัญหาที่พบในกิจกรรมที่ 8) พบว่าได้รับการแก้ไขซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายของผู้ป่วย
6. ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง
7. เมื่อให้ผู้ป่วยสรุปกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถบอกสิ่งที่ได้คุยกับผู้วิจัยได้อย่างครบถ้วน
8. ผู้ป่วยและผู้วิจัยคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี แสดงท่าทีเต็มใจในโดยแสดงท่าทีเต็มใจในการพบกันครั้งต่อไป

สาระสำคัญ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความสามารถหรือทักษะในการจัดการจัดการน้อยลง ทักษะในการจัดการนั้น หมายถึง ความสามารถในการวางแผน การเริ่มต้นโครงการใดๆและการดำเนินการจนสำเร็จได้ แม้ว่าจะมีการรบกวนจากคนรอบข้าง อาการเหล่านี้เป็นพื้นฐานของปัญหาต่างๆในการเข้าสังคมของผู้ป่วยและเป็นสิ่งที่จะสามารถทำให้นำไปสู่การเกิดอาการด้านบวกและด้านลบได้อีกด้วย งานวิจัยมากมายแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการเสื่อมของการทำงานของสมอง (Cognitive deficit) ส่งผลต่อความสามารถในการเข้าสังคม ทำให้เกิดอาการทางลบรวมไปถึงความสามารถในการดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน การเข้าสังคมและประสิทธิภาพในการทำงาน อาการด้านความรู้คิดสามารถแก้ปัญหาได้ยากยิ่งขึ้น การแก้ปัญหาในที่นี้คือ ความสามารถในการก้าวข้ามระดับของความยากลำบากต่างๆด้วยวิธีการแก้ไขต่างๆที่เป็นไปได้ การเลือกวิธีแก้ไขโดยใช้เหตุผล ลองแก้ปัญหาและสามารถประเมินได้ว่าการแก้ไขปัญหานั้นทำได้อย่างไร การบกพร่องในการแก้ปัญหานี้เองเป็นสิ่งที่ยากสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่จะตอบสนองต่อความเครียดต่างๆในชีวิตประจำวันได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเช่น ทักษะคิดของครอบครัวและสังคมมีผลต่อการกำหนดพฤติกรรม

ปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากการถูกตีตราจากสังคมมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนในการรักษา และในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันสูง ส่งผลต่อการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากมีผลการสนับสนุนได้รับการรักษาที่ไม่ดี

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. โทรศัพท์
2. ใบงานที่ 6.1 เรื่อง สาเหตุของความเครียดและวิถีจัดการ
3. ใบความรู้ที่ 6.2 เรื่องความเครียด (stress)
4. แบบประเมินสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย
5. คู่มือการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท

การประเมินผล

1. ในระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมีน้ำเสียงแสดงความเต็มใจในการพูดคุยและตอบคำถามกับผู้วิจัย และมีการพูดคุยมากขึ้น
2. การประเมินโดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยพบว่า ผลการประเมินสัมพันธภาพเข้าสู่ระยะระบุปัญหา โดยในระยะระบุปัญหา ผู้วิจัยค้นหาปัญหาโดยพบปัญหาที่น่าสนใจคือ ผู้ป่วยมักทะเลาะกับมารดา ผู้ป่วยอาละวาดเสียงดัง ทุกครั้งที่ผู้ป่วยทะเลาะกับมารดามักจะไปตีแม่เปียร์จนเมา ทำลายข้าวของ และการตีแม่เปียร์เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ
3. ในระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา โดยผู้วิจัยหาวิธีแก้ปัญหาร่วมกับผู้ป่วยโดยให้ทำใจให้สงบ ใจเย็น เนื่องจากการที่ผู้ป่วยอารมณ์ร้อน และการตีแม่แอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบอีกด้วย
4. ในระยะสรุปผล ผู้ป่วยแสดงถึงความตั้งใจในการดำเนินไปสู่เป้าหมายใหม่ของตนเอง โดยยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้
 “ขอบคุณพยาบาล ถ้าผมมีปัญหากับแม่อีกผมจะไม่แก้ปัญหาด้วยการกินเปียร์แล้วครับ มันทำให้ยิ่งเครียด แล้วทำให้ต้องกลับมาอนโรงพยาบาล”
5. หลังจากให้ความรู้เรื่องความเครียดและวิธีผ่อนคลาย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเองแล้วให้ผู้ป่วยพูดทบทวนปฏิบัติวิธีผ่อนคลายความเครียดที่ผู้ป่วยเลือก ซึ่งผู้ป่วยสามารถทบทวนการปฏิบัติได้ครบถ้วนและแสดงความมุ่งมั่นในการนำไปใช้ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกวิธีการหายใจและการทำสมาธิ
6. เมื่อมีการนัดหมายครั้งถัดไป ผู้ป่วยแสดงท่าทีเต็มใจ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการมาตามวันและเวลาที่นัดหมาย โดยแสดงท่าทีเต็มใจ และให้ความสนใจในการมาร่วมกิจกรรม ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“ผมยินดีครับ ผมว่าเป็นกิจกรรมที่อยากให้คนอื่นได้เข้าร่วมบ้าง”

“สะดวกค่ะ เลือกวันที่คุณพยาบาลสะดวก หรือเสาร์อาทิตย์ก็ได้ค่ะ”

กิจกรรมที่ 10 สิ้นสุดสัมพันธภาพและการประเมินผลโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) การพบกันแบบตัวต่อตัวครั้งที่ 4

ระยะเวลา 30-45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้วิจัยคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อกันอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก เล่าปัญหาของตนเอง และค้นหาปัญหาของผู้ป่วยที่ยังเหลืออยู่
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหาวิธีแก้ปัญหาไปได้อย่างเหมาะสมและตรงตามเป้าหมาย
4. เพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินไปสู่เป้าหมายในการแก้ไขปัญหาได้
5. เพื่อประเมินผลหลังจากได้ใช้ศักยภาพของตนเองจนปัญหาได้รับการแก้ไข
6. เพื่อทบทวนกิจกรรมและทบทวนการปฏิบัติ
7. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงการสิ้นสุดสัมพันธภาพและสิ้นสุดการให้การดูแลทางโทรศัพท์
8. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย
9. เพื่อประเมินผลของการศึกษา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 10

1. ผู้ป่วยแสดงความไว้วางใจต่อผู้วิจัย โดยมีการพูดคุยมากขึ้น มีการซักถามผู้วิจัย
2. ผู้ป่วยมีการเปิดเผยข้อมูลของตนเอง ระบายความรู้สึก และเล่าปัญหาของตนเอง เมื่อผู้วิจัยมีการสอบถาม
3. ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาโดยสามารถบอกกับผู้วิจัยได้ถึงวิธีการแก้ปัญหา
4. ผู้ป่วยแสดงถึงความตั้งใจในการดำเนินไปสู่เป้าหมายใหม่ของตนเอง
5. จากกการสอบถามปัญหาของผู้ป่วย (ปัญหาที่พบในกิจกรรมที่ 9) พบว่าได้รับการแก้ไขซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายของผู้ป่วย
6. เมื่อให้ผู้ผู้ป่วยสรุปกิจกรรมและทบทวนการปฏิบัติในกิจกรรมที่ผ่านมา ผู้ป่วยสามารถบอกข้อมูลแก่ผู้วิจัยได้อย่างครบถ้วน

7. เมื่อให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้ ผู้ป่วยสามารถพูดทบทวนเรื่องการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดที่ส่งผลกระทบต่อสมองและโรคจิตเภท และเมื่อให้ผู้ป่วยทบทวนการปฏิบัติด้วยวิธีผ่อนคลายความเครียดที่ผู้ป่วยเลือก ผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง

8. ผู้ป่วยมีท่าทียอมรับถึงการสิ้นสุดสัมพันธภาพที่จะมาถึง โดยไม่มีท่าทีของความวิตกกังวล ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับดีขึ้น

สาระสำคัญ

ในการพบผู้ป่วยครั้งนี้ (Face to face) เป็นการทบทวนการปฏิบัติของกิจกรรมที่ 8 และกิจกรรมที่ 9 มีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาพื้นที่หลังสิ้นสุดกิจกรรม และสิ้นสุดสัมพันธภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยด้านที่มสุขภาพ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับที่มสุขภาพ สัมพันธภาพที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยจะก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี นอกจากนี้การพบกับผู้ป่วยในครั้งนี้เป็นการสิ้นสุดสัมพันธภาพบำบัดและสิ้นสุดการให้การดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพเป็นระยะที่ความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองจากความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองได้ ความต้องการในการช่วยเหลือก็ลดน้อยลง สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยสิ้นสุดลง มีการประเมินผลและอาจมีการสร้างเป้าหมายใหม่เพื่อการรักษาและการดำรงภาวะสุขภาพต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
2. Power Point ให้ความรู้เรื่องการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (แอลกอฮอล์และสารเสพติด) และวิธีการจัดการกับความเครียด
3. คู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย
4. คู่มือโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

การประเมินผล

1. ในระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมีน้ำเสียงแสดงความเต็มใจในการพูดคุยและตอบคำถามกับผู้วิจัย พูดคุยด้วยมากขึ้น
2. การประเมินโดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยพบว่าผลการประเมินสัมพันธภาพเข้าสู่ระยะระบุปัญหา โดยในระยะระบุปัญหาผู้ป่วยให้ความร่วมมือกับผู้วิจัยในการประเมินปัญหาที่ยังเหลืออยู่ จากปัญหาที่ผู้ป่วยทะเลาะกับมารดา พบว่า ผู้ป่วยและมารดากลับมาอยู่ด้วยกันเหมือนเดิมและไม่ได้ทะเลาะกันแล้ว ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้ “ผมก็ทำตามทีที่พยาบาลแนะนำ อีกรวันผมก็โทรไปหาแม่ ผมขอโทษแม่ครับ แม่ก็กลับมาที่บ้าน”

3. ในระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้ “ผมจะควบคุมตัวเองครับคุณพยาบาล เวลาทะเลาะกับแม่แล้ว เครียดทุกที ผมไม่ทะเลาะดีกว่า”, “ผมจะไม่ไปเสพยาไอซ์แล้วละครับ สงสารภรรยาเขาอยู่เคียงข้าง ผมมาตลอด ภรรยาคนนี้ดีครับ ทุกครั้งที่เสพยาไอซ์แล้วต้องกลับมาอนโรงพยาบาล แฟนคนไหนๆ ก็ทิ้งผมไปทุกครั้ง”, “หนูไม่อยากกลับมาอนโรงพยาบาลแล้ว หนูตั้งใจไว้จะไม่มานอนอีกแล้ว รับประทานกลับไปกินที่บ้านก็พอแล้ว”

4. ในระยะสรุปผล ผู้ป่วยแสดงถึงความตั้งใจในการดำเนินไปสู่เป้าหมายใหม่ของตนเอง โดยยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้ “ผมจะไม่ไปเสพยาไอซ์แล้วละครับ ผมคิดว่าทำได้แน่นอน เรื่องนี้มันก็อยู่ที่ใจด้วยว่าเราจะกลับไปใช้มันอีกรึเปล่า”, “วิธีคลายเครียดที่พี่พยาบาลบอกก็ ดีนะครับ ผมว่าเวลาหงุดหงิดขึ้นมา หรือเครียดๆ การทำสมาธิ มันช่วยให้ดีขึ้น เหมือนเราไม่ทำอะไร แบบไม่คิดนะครับพี่”

5. เมื่อให้ผู้ป่วยสรุปกิจกรรมที่ผ่านมาที่ละกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยสามารถพูด ทบทวนความรู้ของการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดที่ส่งผลต่อสมองและโรคจิตเภท ยกตัวอย่าง ดังนี้ “เบียร์ ทำให้ผมตัวเองไม่ได้ เกิดอาการข้างเคียงจากยามากขึ้นครับ”, “ยาเสพติดทำให้อาการกำเริบ ค่ะ”, “เวลาเครียดก็จะใช้หาอะไรทำที่ทำให้เรารู้สึกสบายใจ เช่น ดูโทรทัศน์ นึกถึงที่ที่เราชอบ เช่น ทะเลค่ะ”, “การทำสมาธิทำให้จิตใจสงบมากขึ้น ลดความเครียดได้ด้วยครับ/ค่ะ”

6. ผู้ป่วยยอมรับการสิ้นสุดสัมพันธภาพ โดยไม่มีลักษณะของความวิตกกังวล เสียใจ หรือหงุดหงิด

7. จากการให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยมี คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับดีขึ้นไป

2.2 การกำกับการทดลอง

การประเมินผลสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย มีข้อบ่งชี้ถึงระยะของ สัมพันธภาพแต่ละระยะ ดังนี้

1. ระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (Orientation phase) ได้แก่ ผู้ป่วยแสดงถึงความต้องการความช่วยเหลือ, แสดงถึงความต้องการข้อมูลที่ต้องการจากผู้วิจัย, มีการซักถามข้อสงสัย, มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยโดยยึดเหตุการณ์ในอดีต

2. ระยะระบุปัญหา (Identification phase) ได้แก่ ผู้ป่วยจะไม่ถามถึงวัตถุประสงค์ ที่ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์, ให้ความร่วมมือในการค้นหาปัญหา, มีการเปลี่ยนแปลงตนเอง, รักษา เวลาภายในเวลาที่ผู้วิจัยมอบให้, พูดถึงปัญหาของตนเองโดยออกนอกเรื่องน้อยมาก, ชี้แจงเหตุผลเมื่อ ไม่สามารถรับสายของผู้วิจัยได้

3. ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา (Exploitation phase) ได้แก่ ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายการแก้ปัญหา, ลงมือแก้ปัญหาด้วยวิธีการที่เหมาะสม, มีการตั้งเป้าหมายใหม่ในการแก้ปัญหา, มีการเปลี่ยนแปลงจากการพึ่งพาพยาบาลเป็นการพึ่งพาตนเองมากขึ้น, ใช้ความพยายามเพื่อไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งขึ้น, พัฒนาทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและการแก้ปัญหาได้

4. ระยะสรุปผล (Resolution phase) ได้แก่ ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือน้อยลง, มีความตั้งใจในการดำเนินการไปสู่เป้าหมายใหม่, พยายามพึ่งพาตนเอง พัฒนาทักษะในการปรับตัวและแก้ปัญหา, รักษาแบบแผนการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสมไว้, มองตนเองในแง่ดีมากขึ้น, ยอมรับการเจ็บป่วย, พึ่งพาตนเองได้ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการประเมินสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

คนที่	ระยะเริ่มต้น	ระยะแก้ปัญหา (Working Phase)		ระยะสรุปผล
	Orientation	Identification	Exploitation	Resolution
	Phase	Phase	Phase	Phase
1	√	√	√	√
2	√	√	√	√
3	√	√	√	√
4	√	√	√	√
5	√	√	√	√
6	√	√	√	√
7	√	√	√	√
8	√	√	√	√
9	√	√	√	√
10	√	√	√	√
11	√	√	√	√
12	√	√	√	√
13	√	√	√	√
14	√	√	√	√
15	√	√	√	√

หมายเหตุ: √ ผู้ป่วยผ่านขั้นตอนการประเมินของระยะสัมพันธภาพ

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

3.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Pretest) ก่อนการดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ ในวันที่ 16 มกราคม 2560

3.2 ภายหลังจากเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมจนครบทั้ง 10 กิจกรรม ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Posttest) และนัดพบกลุ่มควบคุมเพื่อขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังทดลองทันที ในวันที่ 12 มีนาคม 2560

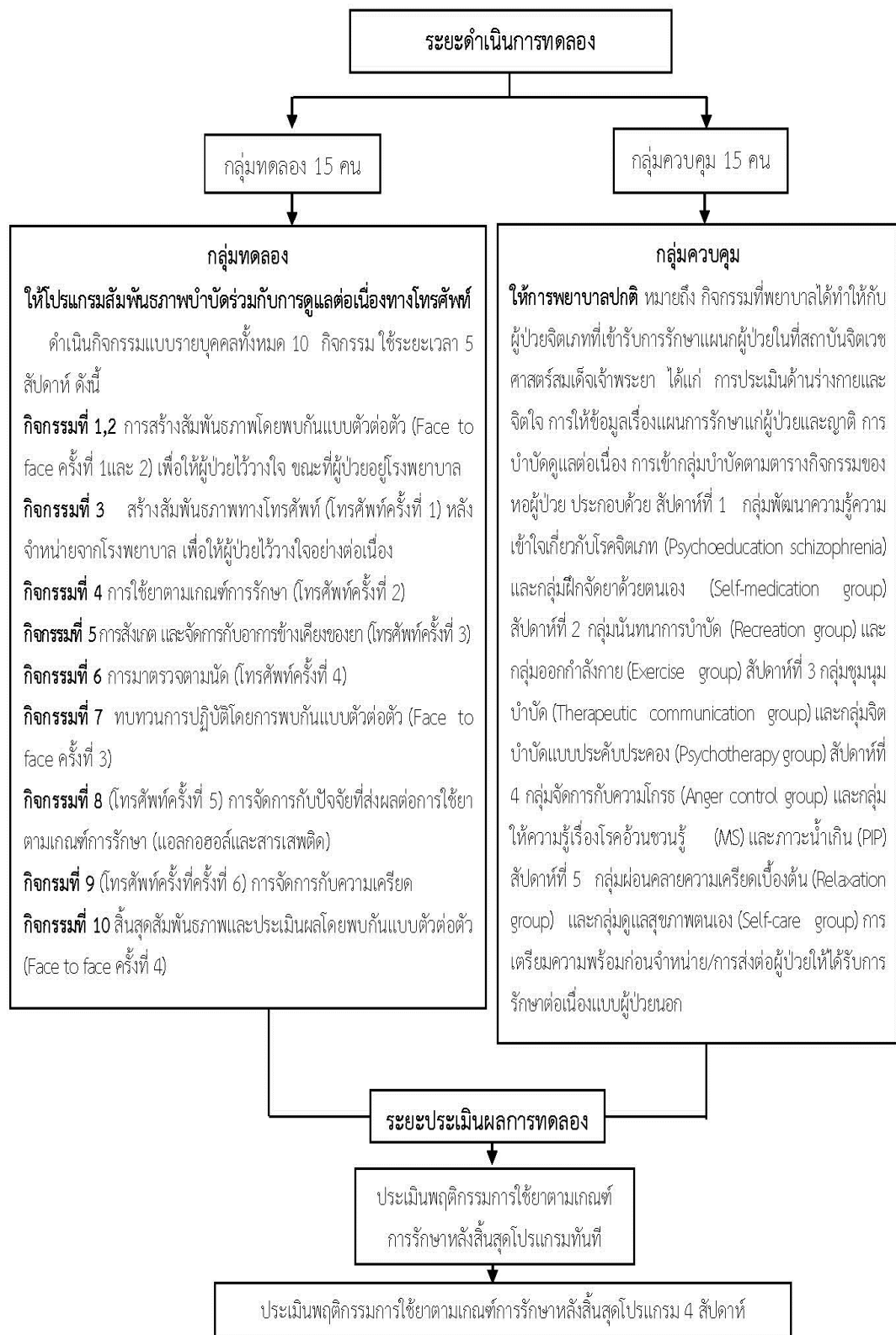
3.3 ผู้วิจัยมีการนัดพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอีกครั้งหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ ในวันที่ 1 เมษายน 2560 เพื่อขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Posttest) จากนั้นแจ้งให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมขอบคุณกลุ่มควบคุมที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและหลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมและรายด้าน โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test dependent)
4. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test independent)
5. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการดำเนินการระยะดำเนินการทดลองและระยะประเมินผลการทดลอง แสดงได้ดังภาพที่ 2 แผนภูมิสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย



ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research Design) ใช้รูปแบบการเปรียบเทียบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน (The Non-Equivalent Comparison-group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

1.2 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

1.3 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ประกอบด้วย

2.1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

2.2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

2.3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ประกอบด้วย

3.1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

3.2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

3.3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์



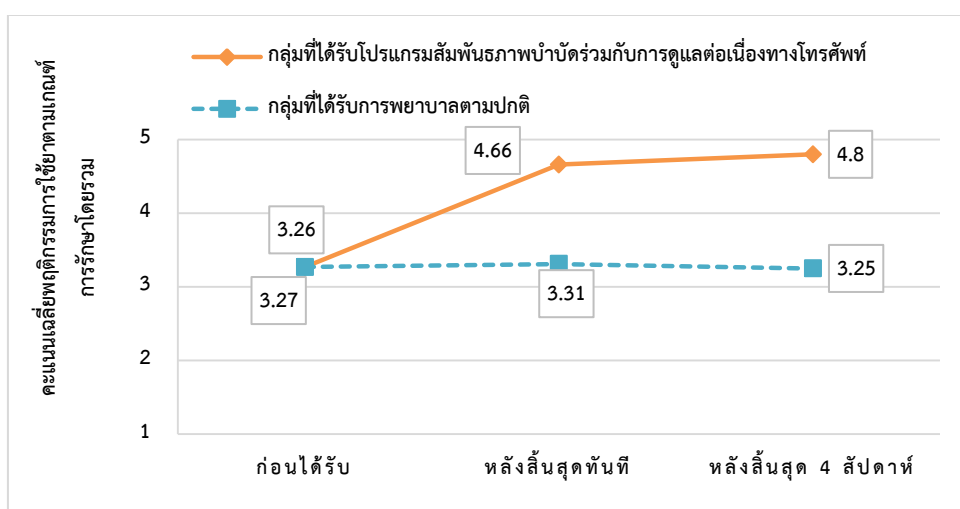
ส่วนที่ 1 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ในระยะก่อนได้รับ หลังสิ้นสุดทันที และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์

คู่ที่	ก่อนได้รับ	หลังสิ้นสุดทันที	หลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์
1	3.38	4.88	5.00
2	3.27	4.50	4.88
3	3.38	4.83	4.88
4	3.27	4.77	4.77
5	3.22	5.00	5.00
6	3.27	4.72	4.77
7	3.22	5.00	5.00
8	3.27	4.55	4.55
9	3.33	4.77	5
10	3.22	4.66	4.77
11	3.22	4.72	4.88
12	3.22	4.55	4.94
13	3.22	4.44	4.61
14	3.27	4.38	4.55
15	3.33	4.27	4.44
\bar{x}	3.27	4.66	4.80
SD	0.057	0.218	0.187
แปรผล	ปานกลาง	ดีมาก	ดีมาก

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในระยะก่อนได้รับ หลังสิ้นสุดทันที และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์ เท่ากับ 3.27 (พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับปานกลาง), 4.66 (พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับดีมาก) และ 4.80 (พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับดีมาก) ตามลำดับ



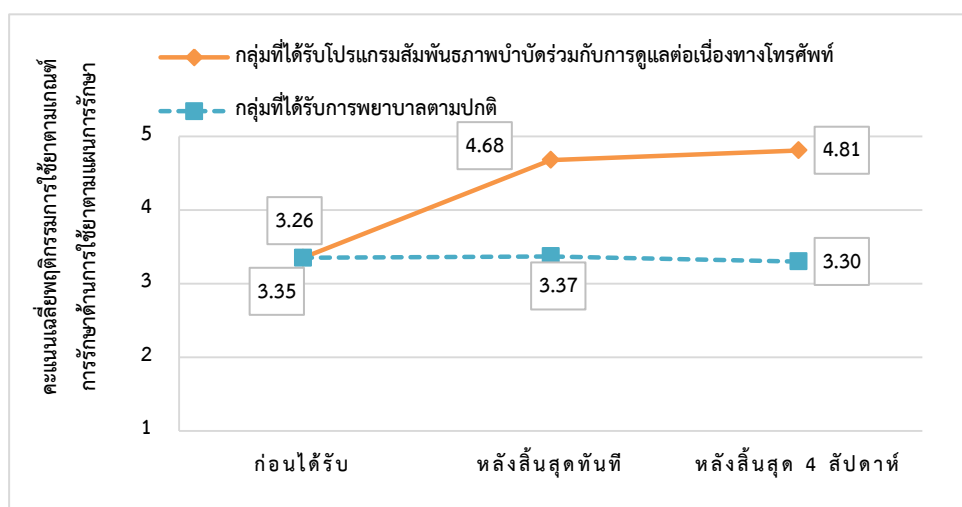
ภาพที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับระยะเวลาในการวัด

1.2 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วย
จิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตาม
แผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทาง
โทรศัพท์ ในระยะก่อนได้รับ หลังสิ้นสุดทันที และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์

คู่ที่	ก่อนได้รับ	หลังสิ้นสุดทันที	หลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์
1	3.33	4.77	5.00
2	3.44	4.44	5.00
3	3.33	4.77	5.00
4	3.11	4.77	4.77
5	3.44	5.00	5.00
6	3.11	4.55	4.55
7	3.44	5.00	5.00
8	3.44	4.55	4.55
9	3.44	4.66	4.66
10	3.22	5.00	5.00
11	3.44	4.66	4.88
12	3.44	4.77	5.00
13	3.44	4.55	4.66
14	3.22	4.44	4.55
15	3.44	4.33	4.55
\bar{x}	3.35	4.68	4.81
SD	0.126	0.211	0.202
แปรผล	ปานกลาง	ดีมาก	ดีมาก

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา ในระยะก่อนได้รับ หลังสิ้นสุดทันที และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์ เท่ากับ 3.35 (พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับปานกลาง) , 4.68 (พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับระดับดีมาก) และ 4.81 (พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับระดับดีมาก) ตามลำดับ



ภาพที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับระยะเวลาในการวัด

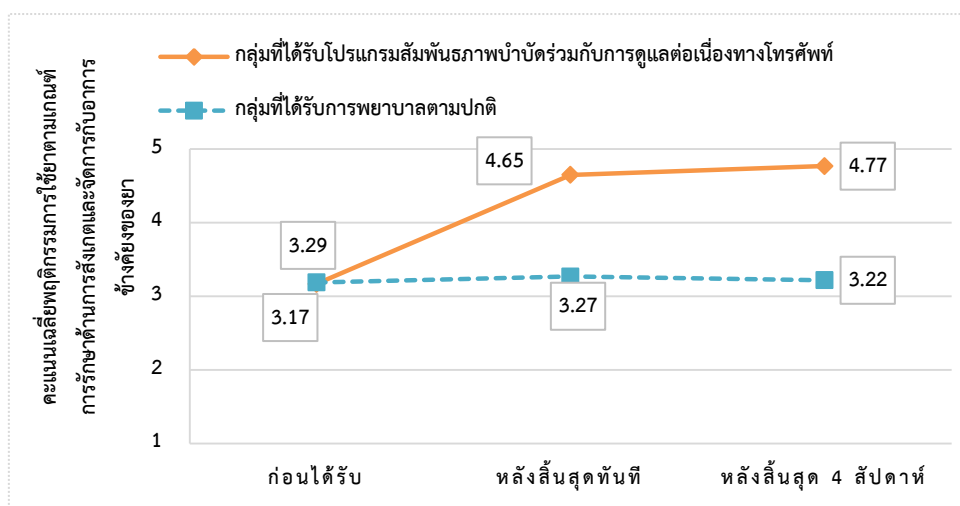
1.3 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ในระยะก่อนได้รับ หลังสิ้นสุดทันที และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์

คู่มือ	ก่อนได้รับ	หลังสิ้นสุดทันที	หลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์
1	3.33	5.00	5.00
2	3.11	4.55	4.77
3	3.44	4.88	4.77
4	3.44	4.77	4.77
5	3.00	5.00	5.00
6	3.44	4.88	5.00
7	3.00	5.00	5.00
8	3.11	4.55	4.55
9	3.22	4.88	5.00
10	3.22	4.33	4.55
11	3.00	4.77	4.88
12	3.00	4.33	4.88
13	3.00	4.33	4.55
14	3.11	4.33	4.55
15	3.22	4.22	4.33
\bar{x}	3.17	4.65	4.77
SD	0.170	0.288	0.219
แปรผล	ปานกลาง	ดีมาก	ดีมาก

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ในระยะก่อนได้รับ หลังสิ้นสุดทันที และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์

เท่ากับ 3.17 (พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับปานกลาง), 4.65 (พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับดีมาก) และ 4.77 (พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับดีมาก) ตามลำดับ



ภาพที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับระยะเวลาในการวัด

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ประกอบด้วย

2.1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ หลังสิ้นสุดทันที และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์ (n=15)

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

จากตารางที่ 11 สามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานข้อ 1 : พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ โดยพบผลการวิจัยดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ และหลังสิ้นสุดทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 24.137, p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมหลังสิ้นสุดทันที ($\bar{x} = 4.66$) ดีกว่าก่อนได้รับ ($\bar{x} = 3.27$)

2. ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.060, p < .05$) โดย

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์ ($\bar{x} = 4.80$) ดีกว่าหลังสิ้นสุดทันที ($\bar{x} = 4.66$)

3. ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 30.279$, $p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมหลังได้รับ 4 สัปดาห์ ($\bar{x} = 4.80$) ดีวกว่าก่อนได้รับ ($\bar{x} = 3.27$)

จากผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทข้างต้นสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ดีวกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

2.2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ หลังสิ้นสุดทันที และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์ ($n=15$)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	\bar{x}	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนได้รับ	3.35	0.126	ปานกลาง	14	20.472	.000
หลังสิ้นสุดทันที	4.68	0.211	ดีมาก			
หลังสิ้นสุดทันที	4.68	0.211	ดีมาก	14	3.119	.008
หลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์	4.81	0.202	ดีมาก			
ก่อนได้รับ	3.35	0.126	ปานกลาง	14	26.261	.000
หลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์	4.81	0.202	ดีมาก			

จากตารางที่ 12 สามารถอธิบายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ และหลังสิ้นสุดทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 20.472, p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาหลังสิ้นสุดทันที ($\bar{x} = 4.68$) ดีวก่อนได้รับ ($\bar{x} = 3.35$)

2. ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.119, p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์ ($\bar{x} = 4.81$) ดีกว่าหลังสิ้นสุดทันที ($\bar{x} = 4.68$)

3. ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 26.261, p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาหลังได้รับ 4 สัปดาห์ ($\bar{x} = 4.81$) ดีวก่อนได้รับ ($\bar{x} = 3.35$)



2.3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ หลังสิ้นสุดทันที และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์ (n=15)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	\bar{x}	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนได้รับ	3.17	0.170	ปานกลาง	14	19.534	.000
หลังสิ้นสุดทันที	4.65	0.288	ดีมาก			
หลังสิ้นสุดทันที	4.65	0.288	ดีมาก	14	2.907	.011
หลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์	4.77	0.219	ดีมาก			
ก่อนได้รับ	3.17	0.170	ปานกลาง	14	22.789	.000
หลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์	4.77	0.219	ดีมาก			

จากตารางที่ 13 สามารถอธิบายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภท ได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ และหลังสิ้นสุดทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 19.534$, $p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาหลังสิ้นสุดทันที ($\bar{x} = 4.65$) ดีวก่อนได้รับ ($\bar{x} = 3.17$)

2. ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภทในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.907$, $p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์ ($\bar{x} = 4.77$) ดีกว่าหลังสิ้นสุดทันที ($\bar{x} = 4.65$)

3. ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 22.789, p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาหลังได้รับ 4 สัปดาห์ ($\bar{x} = 4.77$) ดีกว่าก่อนได้รับ ($\bar{x} = 3.17$)

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ประกอบด้วย

3.1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ ($n = 30$)

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

จากตารางที่ 14 สามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมุติฐานข้อที่ 2 : พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพบผลการวิจัยดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน

2. ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะหลังทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 23.678, p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ($\bar{x} = 4.66$) ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{x} = 3.31$)

3. ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 30.884, p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์ ($\bar{x} = 4.80$) ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{x} = 3.25$)

จากผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทข้างต้นสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3.2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (n=30)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	\bar{x}	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนทดลอง						
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	3.35	.126	ปานกลาง	28	0.178	.860
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	3.35	.097	ปานกลาง			
หลังทดลองทันที						
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	4.68	.211	ดีมาก	16.984	22.750	.000
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	3.37	.069	ปานกลาง			
หลังทดลอง 4 สัปดาห์						
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	4.81	.202	ดีมาก	21.100	25.604	.000
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	3.30	.105	ปานกลาง			

จากตารางที่ 15 สามารถอธิบายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน

2. ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะหลังทดลองทันที พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 22.750$, $p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที ($\bar{x} = 4.68$) ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{x} = 3.37$)

3. ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 25.604$, $p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์แล้ว 4 สัปดาห์ ($\bar{x} = 4.81$) ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{x} = 3.30$)

3.3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ ($n=30$)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	\bar{x}	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนทดลอง						
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	3.17	.170	ปานกลาง	28	0.387	.701
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	3.19	.139	ปานกลาง			
หลังทดลองทันที						
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	4.65	.288	ดีมาก	17.901	17.348	.000
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	3.27	.108	ปานกลาง			
หลังทดลอง 4 สัปดาห์						
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	4.77	.219	ดีมาก	20.154	24.558	.000
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	3.22	.105	ปานกลาง			

จากตารางที่ 16 สามารถอธิบายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภทได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน

2. ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังทดลองทันที พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 17.348, p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ในระยะสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที ($\bar{x} = 4.65$) ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{x} = 3.27$)

3. ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 24.558, p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์แล้ว 4 สัปดาห์ ($\bar{x} = 4.77$) ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{x} = 3.22$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research Design) ใช้รูปแบบการเปรียบเทียบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน (The Non-Equivalent Comparison-group Design) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ในระยะก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ หลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ และเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ หลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ มีการตั้งสมมุติฐานการวิจัย วิจัยดังนี้

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

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

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน

ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับต่ำถึงปานกลาง ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี

ผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีอาการทางจิตทุเลา โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) คะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้องในระดับต่ำถึงปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.50-3.49) โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสิรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และ เพชรี คันธสายบัว (2544) จับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน (Matched Paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกเกินที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยครั้งนี้ คือ เพศ จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว (1952) และประยุกต์ร่วมกับ TIPS: Telephone Intervention-Problem Solving for persons with Schizophrenia ของ Beebe and Tian (2004) ซึ่งการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายบุคคล โดยดำเนินกิจกรรมทั้งหมดตามระยะของสัมพันธภาพ 4 ระยะ ประกอบด้วย การให้การดูแลทางโทรศัพท์ 6 กิจกรรม และการพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) 4 กิจกรรม รวมทั้งหมด 10 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 30-45 นาที โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 กิจกรรมต่อสัปดาห์ ยกเว้นในสัปดาห์ที่ 3 และ 5 จะเป็นทั้งการให้การดูแลทางโทรศัพท์และการพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) รวมระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 5 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) โดยพบผู้ป่วยแบบตัวต่อตัวครั้งที่ 1 เพื่อเป็นการสร้างความไว้วางใจ ขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพ (Face to face) โดยการพบผู้ป่วยแบบตัวต่อตัวครั้งที่ 2 เพื่อเป็นการสร้างความไว้วางใจอย่างต่อเนื่อง ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 3 สร้างสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ (โทรศัพท์ครั้งที่ 1) เพื่อให้เกิดความไว้วางใจอย่างต่อเนื่องหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณวิจัยมีความสม่ำเสมอ จริงใจ

กิจกรรมที่ 4 การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Medical adherence) (โทรศัพท์ครั้งที่ 2)

กิจกรรมที่ 5 การสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต (โทรศัพท์ครั้งที่ 3)

กิจกรรมที่ 6 การมาตรวจตามนัด (Appointment Adherence) (โทรศัพทครั้งที่ 4)

กิจกรรมที่ 7 การทบทวนการปฏิบัติโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) โดยพบผู้ป่วยแบบตัวต่อตัวครั้งที่ 3

กิจกรรมที่ 8 การจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษา (แอลกอฮอล์และสารเสพติด) (โทรศัพทครั้งที่ 5)

กิจกรรมที่ 9 การจัดการกับความเครียด (Stress management) (โทรศัพทครั้งที่ 6)

กิจกรรมที่ 10 ประเมินผลและสิ้นสุดสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) โดยพบผู้ป่วยแบบตัวต่อตัวครั้งที่ 4

สำหรับการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยพบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .91

1.2 คู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เป็นสื่อที่ผู้วิจัยและผู้ป่วยใช้ขณะให้การดูแลทางโทรศัพท โดยภายในคู่มือประกอบด้วยใบงานและใบความรู้โรคจิตเภท การปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค พฤติกรรมการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษา อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตและวิธีจัดการกับอาการ การมาตรวจตามนัด สถานการณ์เสี่ยงหรือสิ่งกระตุ้นและแนวทางแก้ไขปัญหา ความเครียดและวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่างๆ

1.3 แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยของ Forchuk and Brown (1989) แปลโดย ดวงกมล สระบุรี และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2559) ผู้วิจัยนำมาปรับให้เหมาะสมในการประเมินสัมพันธภาพทางโทรศัพท ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยใช้ในการประเมินผลการสร้างสัมพันธภาพแต่ละระยะระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินผู้ป่วย ขณะดำเนินกิจกรรมทางโทรศัพททุกกิจกรรม มีการตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 1 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษาของสิรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) เพชรี คันธสายบัว (2544) มีการตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .83 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับเท่ากับ .88 ด้านการใช้จ่ายตามแผนการรักษาเท่ากับ .80 และด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาเท่ากับ .81

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ จำแนกออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง มีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัย รวมถึงจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1.3 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Pretest) และให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ภายหลังที่ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ในขั้นตอนของการทดลองมีการดำเนินการดังนี้

2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 ในส่วนของกลุ่มทดลองผู้วิจัยจะมีการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ โดยมีการกำกับทดลองด้วยแบบประเมินสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยของ Forchuk and Brown (1989) แปลโดยดวงกมล สระบุรีและเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2559) ในส่วนของกิจกรรมที่มีการให้การดูแลทางโทรศัพท์ สัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยต้องเข้าสู่ระยะระบุปัญหา (Identification phase) จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ กิจกรรมที่พยาบาลได้ทำให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้แก่ การประเมินด้านร่างกายและจิตใจ การให้ข้อมูลเรื่องแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ การบำบัดดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การเข้ากลุ่มบำบัดตามตารางกิจกรรมของหอผู้ป่วย ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 กลุ่มพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท (Psychoeducation schizophrenia) และกลุ่มฝึกจิตด้วยตนเอง (Self-

medication group) สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มนันทนาการบำบัด (Recreation group) และกลุ่มออกกำลังกาย (exercise group) สัปดาห์ที่ 3 กลุ่มชุมชนบำบัด (Therapeutic communication group) และกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Psychotherapy group) สัปดาห์ที่ 4 กลุ่มจัดการกับความโกรธ (Anger control group) และกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรคอ้วนชนวนรู้ (MS) และภาวะน้ำเกิน (PIP) สัปดาห์ที่ 5 กลุ่มผ่อนคลายความเครียดเบื้องต้น (Relaxation group) และกลุ่มดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care group) การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย/การส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก

ระหว่างดำเนินการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จำนวน 2 คน มีการกลับไปใช้สารเสพติดและต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และผู้ป่วยกลุ่มควบคุม จำนวน 3 คน มีอาการทางจิตกำเริบต้องกลับมารักษาซ้ำ ผู้วิจัยจึงตัดกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวออก ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 15 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน

3. ระยะเวลาประเมินผลการทดลอง

3.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Pretest) ก่อนการดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ ในวันที่ 16 มกราคม 2560

3.2 ภายหลังการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมจนครบทั้ง 10 กิจกรรม ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Posttest) และนัดพบกลุ่มควบคุมเพื่อขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ในวันที่ 12 มีนาคม 2560

3.3 ผู้วิจัยมีการนัดพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอีกครั้งหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ ในวันที่ 1 เมษายน 2560 เพื่อขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Posttest) จากนั้นแจ้งให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมขอบคุณกลุ่มควบคุมที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมและรายด้านโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test dependent) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test independent) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ หลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ที่ว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ทั้ง 2 ข้อซึ่งผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. จากการศึกษากิจกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ในระยะสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการศึกษาที่พบ ดังนี้

โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการใช้สัมพันธภาพระหว่างพยาบาล (ผู้วิจัย) และผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยเป็นบุคคลในทีมสุขภาพใช้ตนเองเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการหยั่งรู้เกี่ยวกับปัญหาของตนเอง จนกระทั่งสามารถแก้ไขปัญหาและกลับไปมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลต่างๆในสังคมได้ ซึ่งต้องมีการเรียนรู้วิธีที่จะสร้างสัมพันธภาพได้อย่างเหมาะสม โดยเริ่มต้นจากการมีสัมพันธภาพกับพยาบาล นั่นคือ สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (Therapeutic nurse-patient relationship) ซึ่งผู้วิจัยใช้สัมพันธภาพบำบัด โดยใช้บทบาทต่างๆ ได้แก่ บทบาทของคนแปลกหน้า (Stranger) ซึ่งเป็นบทบาทเริ่มต้น รวมถึงการแลกเปลี่ยนความสนใจต่างๆกับผู้ป่วยด้วยการนับถือซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญ ช่วยทำให้ผู้ป่วยยอมรับและไว้วางใจพยาบาล บทบาทนี้เป็นบทบาทสำคัญสำหรับพยาบาลในระยะเริ่มต้นและยังคงความสำคัญต่อเนื่องตลอดทุกระยะ โดยจะใช้มากในระยะเริ่มต้นและระยะระบุปัญหา บทบาทของผู้สอน (Teaching) บทบาทนี้เป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งของผู้วิจัย การสอน คือการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ตามความต้องการหรือในสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจ หรือประเมินว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องเรียนรู้สิ่งใดและเสนอแนะสิ่งที่เขาต้องเรียนรู้เพิ่มเติมให้

นอกจากนี้ยังใช้บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) บทบาทนี้มีความสำคัญในทุกสถานการณ์ โดยเฉพาะพยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ในบทบาทนี้ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยระลึกได้และเข้าใจอย่างชัดเจนว่ากระบวนการคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนสัมพันธ์กันอย่างไร ซึ่งก็คือการเข้าใจปัญหาของตนเอง จากนั้นพยาบาลต้องร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาวิธีต่างๆ ทั้งที่เคยทำมาแล้วและไม่เคยทำในการแก้ปัญหาที่มีอยู่ ตลอดจนบททวนผลดีและผลกระทบบที่เกิดขึ้นแล้วจึงให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาใหม่หรือปฏิบัติตัวใหม่ นอกจากนี้ Peplau (1952) ได้อธิบายว่า บทบาทครูหรือบทบาทผู้สอน (Teaching) คาบเกี่ยวกับบทบาทการเป็นที่ปรึกษา

เพราะขณะที่พยาบาลกำลังทำการสอนผู้ป่วยเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพอย่างหนึ่ง ผู้ป่วยอาจเผชิญกับปัญหาใหม่ซึ่งเป็นปัญหาทางการคิด มีความทุกข์ทรมานทางใจ เกิดความรู้สึกทางลบต่อตนเองหรือผู้อื่น ภาวะหรือปัญหาดังกล่าวนั้นเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องหยุดการสอนแต่ทำบทบาทการเป็นที่ปรึกษาแทน

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบปัจจัยหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้วิจัยได้สังเกตเห็นถึงความสำคัญของปัจจัยด้านทิมสุขภาพ เนื่องจาก สัมพันธภาพที่ดีทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดี (สาธพร พุฒขาว, 2541; McCabe et al., 2012) เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ามีสุขภาพให้ความช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ รู้สึกไว้วางใจและพึงพอใจแก่ผู้ป่วย ก่อให้เกิดการเรียนรู้และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (นพวรรณ เอกสุวีรวงษ์, 2549) และหากสัมพันธภาพที่ดีนี้ยังคงอยู่จนตลอดจนผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน ก็จะทำให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ การศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทิมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดอันดับแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Beebe et al. (2008) พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก พยาบาลสามารถใช้การดูแลทางโทรศัพท์เป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นได้ ด้วยบริบทในปัจจุบันที่พบว่า โทรศัพท์เป็นเครื่องมือสื่อสารหนึ่งที่สะดวก ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยและยังเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง และส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์โดยใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว (1952) และประยุกต์ร่วมกับ TIPS: Telephone Intervention-Problem Solving for persons with Schizophrenia ของ Beebe and Tian (2004) ที่กล่าวถึงการใช้สัมพันธภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยการใช้โทรศัพท์ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ขั้นตอนของสัมพันธภาพบำบัดทั้ง 4 ระยะทุกกิจกรรมประกอบด้วย 1) ระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (Orientation phase) ดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ผู้วิจัยช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง 2) ระยะระบุปัญหา (Identification phase) ผู้วิจัยช่วยผู้ป่วยในการค้นหาปัญหา 3) ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา (Exploitation phase) ผู้วิจัยช่วยให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายใหม่ในลักษณะของการแก้ปัญหา และทำให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ และ 4) ระยะสรุปผล (Resolution phase) ผู้วิจัยมีการประเมินผลหลังจากที่ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองภายใต้การช่วยเหลือจากผู้วิจัยจนปัญหาได้รับการแก้ไข ซึ่งในกิจกรรมทางโทรศัพท์ผู้วิจัยจะมีการประเมินระยะของสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยทุกคนเกิดความไว้วางใจต่อผู้วิจัย

เริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัยนั้นสามารถดำเนินเข้าสู่ระยะระบุปัญหา ระยะดำเนินการแก้ไข ปัญหา และระยะสรุปผลตามลำดับ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสนับสนุนได้ว่าการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ และหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที พบว่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 20.472, p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที ($\bar{x} = 4.68$) ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ($\bar{x} = 3.35$) สำหรับในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ พบว่า คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.119, p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ($\bar{x} = 4.81$) ดีกว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที ($\bar{x} = 4.68$) และในระยะก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ และหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 26.261, p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ($\bar{x} = 4.81$) ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ($\bar{x} = 3.35$) จากที่กล่าวมาทั้งหมดสนับสนุนได้ว่าการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น

เมื่อวิเคราะห์ด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาในระยะก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ และหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 19.534, p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที ($\bar{x} = 4.65$) ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ($\bar{x} = 3.17$) สำหรับในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.907, p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ($\bar{x} = 4.77$) ดีกว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที ($\bar{x} = 4.65$)

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสนับสนุนได้ว่า การใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น

2. จากผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ผู้วิจัยอภิปรายผลการการศึกษาที่พบ ดังนี้

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวแปรเกินที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยครั้งนี้ คือ เพศ โดยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched Paired) แล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน ($\bar{x} = 3.27$ เท่ากันทั้งกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ)

เมื่อวิเคราะห์ด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน ($\bar{x} = 3.35$ และ 3.35 เท่ากันทั้งกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ) และด้านความสามารถสังเกตและจัดการกับอาการ

ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{x} = 3.30$) สามารถสนับสนุนได้ว่าการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ที่พื้นที่ระหว่างกลุ่มที่ได้โปรแกรมรับสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 17.348, p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ($\bar{x} = 4.65$) ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{x} = 3.27$)

ส่วนในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 24.558, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{x} = 4.77$) ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{x} = 3.22$) สามารถสนับสนุนได้ว่าการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสามารถสนับสนุนได้ว่า การใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมรายด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และรายด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ดีกว่ากลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยอภิปรายกระบวนการในแต่ละกิจกรรมได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 และ กิจกรรมที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) (พบกันแบบตัวต่อตัวครั้งที่ 1 และ 2 ขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล)

การสร้างสัมพันธภาพเป็นระยะที่สำคัญที่สุดของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ผู้วิจัยจะต้องสร้างความไว้วางใจต่อผู้ป่วย เพื่อก้าวผ่านการเป็นคนแปลกหน้า (Stranger) บทบาทคนแปลกหน้าเป็นบทบาทสำคัญสำหรับผู้วิจัยในระยะเริ่มต้นและยังคงความสำคัญต่อเนื่องตลอดทุกระยะ ผู้วิจัยต้องทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณมีความสำคัญ ให้เกียรติ ไม่มีอคติใดๆ ทำให้ผู้ป่วยยอมรับและไว้วางใจในความสามารถของพยาบาลในแง่ของการให้ความช่วยเหลือและดูแลทางด้านสุขภาพได้

กิจกรรมที่ 1 เป็นครั้งแรกที่ผู้วิจัยได้พบผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวล หรือเคลือบแคลงสงสัยในตัวของผู้วิจัยด้วยสภาวะที่ผู้ป่วยยังรู้สึกว่าคุณวิจัยเป็นคนแปลกหน้า (Stranger) ดังนั้นสิ่งที่ผู้วิจัยปฏิบัติต่อผู้ป่วย คือ การพูดทักทายผู้ป่วย การแนะนำตัวเอง การชวนพูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ใช้น้ำเสียงนุ่มนวลและถ้อยคำสุภาพ มองผู้ป่วยในฐานะเป็นบุคคลหนึ่ง โดยเรียกชื่อผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ซักถามเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกและความต้องการขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ซักถามปัญหาของผู้ป่วย พร้อมกับให้ความช่วยเหลือในเบื้องต้น เมื่อผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจต่อผู้วิจัยในระดับหนึ่ง โดยผู้วิจัยสามารถประเมินจากการที่ผู้ป่วยเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของตนเองมากขึ้น บอกสิ่งที่ตนเองกำลังวิตกกังวล ซึ่งการที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือกับผู้วิจัยในการค้นหาปัญหาแสดงให้เห็นว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัยได้ก้าวผ่านการเป็นคนแปลกหน้า (Stranger) เข้าสู่ระยะระบุปัญหา ผู้วิจัยจะช่วยผู้ป่วยหาวิธีแก้ไขปัญหา หาวิธีคลายความวิตกกังวล ยกตัวอย่าง เช่น เรื่องหยุดงาน “ผมทำงานห้างแมคโคร ตอนนี้ผมหยุดงานมา 2 สัปดาห์แล้ว ผมกลัวถูกไล่ออกจากงาน เพราะผมทำงานมาได้ 11 เดือนแล้ว” ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเรื่องแผนการรักษาของแพทย์ถึงระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล การรักษาด้วยยา รวมถึงการขอใบรับรองแพทย์เพื่อไปหยุดงาน โดยให้มารดาของผู้ป่วยนำไปยื่นที่ทำงาน หลังจากผู้วิจัยให้ข้อมูล ผู้ป่วยมีท่าทีคลายความวิตกกังวล สีหน้าแจ่มใสมากขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อตกลงในการพูดคุยกันและการติดตามทางโทรศัพท์

กิจกรรมที่ 2 เป็นการสร้างความไว้วางใจอย่างต่อเนื่องเพื่อแสดงให้เห็นว่าผู้วิจัยมีความเสมอต้นเสมอปลายไม่ได้แสวงหาประโยชน์จากตัวผู้ป่วย ผู้วิจัยยังคงทักทายผู้ป่วยด้วยถ้อยคำสุภาพ ท่าทีเป็นมิตร และซักถามปัญหาของผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบต่อความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย ยกตัวอย่างดังนี้ ผู้ป่วยวิตกกังวลในเรื่องของการกลับบ้าน “หมอนัดแม่ผมพรุ่งนี้ ผมจะได้กลับบ้านครับคุณพยาบาล” ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลผู้ป่วยถึงเรื่องการนัดหมายญาติเพื่อประเมินการจำหน่ายโดยขณะนี้แพทย์เห็นว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการออกไปอยู่ที่บ้านและผู้ป่วยอยู่ในระยะบำบัดระยะยาว หลังให้ข้อมูล ผู้ป่วยคลายความกังวลลงได้โดยมีความหวังที่จะได้กลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยได้ประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ซื่อตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งพบปัญหา ยกตัวอย่างดังนี้ ผู้ป่วยขาดยา มีการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ บางรายดื่มเบียร์ บางรายกลับไปใช้ยาเสพติด ยกตัวอย่าง “ผมกลับไปใช้มันเองแหละครับ มันอยากใช้ รู้สึกเสียใจเหมือนกัน”, “ผมทะเลาะกับแม่แล้วกินเบียร์ครับ เลยล้างยา ไปหมด ก้าวร้าวกับแม่ด้วย”, “กินยาไม่ครบค่ะ กินแล้วมันตัวแข็งๆ แล้วบางทีก็เพิ่มยาแก้แพ้เองด้วย”, “กินยาแล้วง่วงนอน ไม่กระปรี้กระเปร่า” ผู้วิจัยประเมินความรู้และได้ให้ความรู้ เรื่องโรคจิตเภท และการปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย โดยใช้บทบาทของ ผู้สอน (Teaching) โดย Peplau (1952) กล่าวว่า การสอน คือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การคิด ความรู้สึกและการกระทำอย่างถาวร และจากการศึกษาของ Freudreich and Cather (2012) พบว่า ปัจจัยที่ทำให้

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา คือ การขาดความรู้เรื่องการรักษาโรคจิตเภท สอดคล้องกับดวงเนตร ธรรมกุลและคณะ (2553) พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย คือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยซึ่งถือเป็นจุดสำคัญในการเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา ยกตัวอย่างดังนี้ ผู้วิจัยสอบถามถึงการกลับมารักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบว่า ขาดยา ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับยารักษาอาการทางจิตที่มีผลต่อสารชีวเคมีในสมองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งยานั้นไปปรับสารชีวเคมีในสมองให้สมดุล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการสงบ สามารถควบคุมตนเองและนอนหลับได้ ซึ่งในกิจกรรมที่ 1 และ 2 ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ เนื่องจาก หากสัมพันธภาพในระยะเริ่มต้นดำเนินไปด้วยดี ก็จะทำให้ทั้งสองฝ่ายพร้อมที่จะดำเนินไปในขั้นตอนต่อไปได้อย่างดีเช่นกัน (Forchuk, 1994) นอกจากนี้สัมพันธภาพที่ดียังทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดี (สาธิตพร พุฒขาว, 2541; McCabe et al., 2012) เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ามีสุขภาพให้ความช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ ผู้ป่วยก็จะรู้สึกไว้วางใจและพึงพอใจ ก่อให้เกิดการเรียนรู้และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (นพวรรณ เอกสุวีรวงษ์, 2549) สอดคล้องกับงานวิจัยของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดอันดับแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Velligan et al, (2009) ที่พบว่า สัมพันธภาพเชิงบวกระหว่างบุคลากรทางคลินิกและผู้ป่วยเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

กิจกรรมที่ 3 การสร้างสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ (โทรศัพท์ครั้งที่ 1)

กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมทางโทรศัพท์ครั้งแรกหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งในกิจกรรมนี้ยังคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยอาจทดสอบผู้วิจัยในแง่ของความจริงใจและความสม่ำเสมอ ดังนั้นกิจกรรมนี้ยังคงเน้นการสร้างสัมพันธภาพ แม้จะเป็นการสร้างสัมพันธภาพทางโทรศัพท์แต่ผู้วิจัยก็สามารถทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงความจริงใจ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ โดยพูดการทักทาย ขวนพุดคุยเรื่องทั่วไปเสมือนขณะอยู่ที่โรงพยาบาล ชักถามปัญหาหลังจากจำหน่าย และช่วยผู้ป่วยหาวิธีแก้ไขปัญหาโดยผู้วิจัยใช้บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) ในกิจกรรมทางโทรศัพท์ผู้วิจัยจะมีการประเมินระยะของสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นด้วยแบบประเมินสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ซึ่งพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัยผ่านระยะเริ่มต้นเข้าสู่ระยะระบุปัญหา

ผู้วิจัยพบปัญหาของผู้ป่วยที่น่าสนใจ ยกตัวอย่างดังนี้ ผู้ป่วยทะเลาะกับมารดา ผู้ป่วยอาละวาดเสียงดัง มารดารู้สึกกลัวผู้ป่วยจึงออกจากบ้านไปอยู่กับป้า ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียวรู้สึกเครียดมาก โดยทุกครั้งผู้ป่วยทะเลาะกับมารดา ผู้ป่วยจะชู้ว่าจะไปกินเปียร์ทุกครั้ง ผู้วิจัยสอบถามสาเหตุ

ของปัญหาพบว่า มารดาบ่นผู้ป่วย เพราะมารดาเครียดและเหนื่อยจากการไปให้คีโมที่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหงุดหงิดไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้จึงใช้คำพูดที่รุนแรงและหยาบคายกับมารดา ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยสะท้อนความคิดว่า ถ้าตนเองเป็นมารดาแล้วลูกมาทำกับตนเองแบบนี้จะรู้สึกอย่างไร และสอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะนี้ว่า หลังจากที่ทะเลาะกับมารดาแล้วรู้สึกอย่างไร ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกเสียใจ และอยากย้อนเวลากลับไป จะได้ควบคุมอารมณ์ตัวเอง หายโกรธค่อยมาคุยกับแม่นะครับ” ผู้วิจัยได้พูดให้ผู้ป่วยเห็นว่า ทุกครั้งที่เกิดปัญหาผู้ป่วยมักหาทางออกด้วยการไปกินเบียร์ ซึ่งส่งผลเสียตามมามากมาย ทุกครั้งที่เกิดปัญหาทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเสียใจทุกครั้ง ไม่สามารถย้อนกลับมาแก้ไขได้ และทำให้โรคกำเริบได้อีกด้วย ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยคิดวิธีแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยได้เสนอวิธีแก้ไขปัญหา คือ การควบคุมอารมณ์ตนเอง ไม่ประชดประชันด้วยการกลับไปกินเบียร์และขอโทษมารดา

ในกิจกรรมที่ 3 นี้ผู้วิจัยยังเน้นในระยะเวลาของการสร้างสัมพันธภาพโดยให้แน่ใจว่าผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจต่อผู้วิจัย โดยผู้ป่วยมีการเปิดเผยข้อมูลของตนเองรวมถึงปัญหาแก่ผู้วิจัยมากขึ้น ผู้วิจัยช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาและติดตามผล

กิจกรรมที่ 4 การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Medical adherence) (โทรศัพท์ครั้งที่ 2)

พฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น (Tiihonen et al., 2011) ใช้ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น และพยายามฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 50 (Leucht and Heres, 2006; นันทวิช สิริธิรักษ และคณะ, 2558) ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจะเน้นปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งทั้งผู้ป่วยและผู้วิจัยยังคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยผู้วิจัยได้ประเมินปัญหาทั่วไปของผู้ป่วยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความไม่สบายใจและหาวิธีแก้ไขร่วมกันด้วยบทบาทของผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) ก่อนที่จะประเมินปัญหาด้านการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งพบว่า สาเหตุสำคัญคือ หยุครับประทานยาเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า คิดว่าตนเองหายแล้ว, เกิดอาการข้างเคียงจากยา, คิดว่าตนเองไม่ได้เป็นอะไร, ไม่สามารถทำงานได้ ง่วงมาก น้ำลายยืด ไม่มีแรง ชี้เกียจ สาเหตุรองลงมา คือ ลืมรับประทานยา เนื่องจาก รับประทานยารวันละหลายมื้อ, ออกไปทำธุระนอกบ้าน ไม่ได้นำยาไปด้วย และบางรายมีการรับประทานยาไม่ตรงตามเวลา เนื่องจาก ตื่นสาย, ลืม, มีการลดจำนวนเม็ดยาลงน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง เนื่องจาก เกิดอาการข้างเคียงจากยา มีการเพิ่มจำนวนเม็ดยาเพิ่มขึ้นกว่าที่แพทย์สั่ง เนื่องจาก มีอาการทางจิตกำเริบ เริ่มรู้สึกว่ามีความหวุ่นมากขึ้น นอนไม่หลับและรับประทานยาไม่ครบทุกชนิด เนื่องจาก ลืมรับประทาน ผู้วิจัยได้แนะนำวิธีในการปฏิบัติเพื่อให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รวมถึงให้ความรู้เรื่องปฏิบัติตัวเรื่องการรับประทานยาให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น พร้อมกับเน้นย้ำประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและผลเสียจากการมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์ จะเห็นได้ว่า เมื่อดำเนินกิจกรรมเข้าสู่ขั้นตอนทางโทรศัพท์

ผู้วิจัยจะดำเนินการตามขั้นตอนของสัมพันธภาพบำบัดทั้ง 4 ระยะเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือร่วมใจในการรักษา และยังทราบถึงการปฏิบัติตัวให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอีกด้วย

กิจกรรมที่ 5 การสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา (โทรศัพท์ครั้งที่ 3)

ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 50 มีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Loffler et al., 2003) นอกจากนี้อาการข้างเคียง เช่น น้ำหนักเพิ่ม (ในเพศหญิง) และง่วงนอน ยังเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอีกด้วย (Velligan et al., 2009) กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมทางโทรศัพท์ครั้งที่ 3 ผู้ป่วยและผู้วิจัยยังคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยผู้วิจัยประเมินปัญหาทั่วไปที่มีผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วยและให้ความช่วยเหลือโดยใช้บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) ผู้วิจัยจะมีการประเมินระยะของสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นด้วยแบบประเมินสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ซึ่งพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัยผ่านระยะเริ่มต้นเข้าสู่ระยะระบุปัญหา หลังจากนั้นจะประเมินอาการข้างเคียงจากยาที่ผู้ป่วยพบส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งพบปัญหาของผู้ป่วย ดังนี้ “ทำให้ง่วงนอน ทำงานไม่ได้”, “มีอาการกระสับกระส่ายและนั่งเข่าขา”, “มีอาการคอแห้ง หิวน้ำบ่อย”, “กินจุ อ้วนขึ้น”, “น้ำลายยืด” หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้บทบาทของผู้สอน (Teaching) ให้ความรู้เรื่องการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา พบว่า ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการข้างเคียงจากยาของตนเองได้เพิ่มเติมและเลือกวิธีแก้ไขได้อย่างเหมาะสม ยกตัวอย่าง ดังนี้ “ถ้าง่วงนอน รู้สึกไม่ค่อยกระปรี้กระเปร่า ก็จะหาอะไรทำ ล้างหน้าล้างตา”, “ไม่ควรขับรถเองคะ นั่งรถเมล์หรือไม่ก็ให้พี่สะใภ้เป็นคนพามาโรงพยาบาล”, “เพิ่งรู้ว่ายาทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นได้ด้วยหรอครับ/คะ ต้องควบคุมอาหาร/ออกกำลังกาย”, “ยาทำให้คอแห้ง ผมเห็นเพื่อนบางคนดื่มน้ำเยอะมากๆ แบบแก้วต่อแก้วเลย แบบนี้ก็ต้องค่อยๆจิบ อมลูกอมก็เป็นวิธีที่ดีนะครับ”, “หนูนั่งเข่าขาในร้านก๋วยเตี๋ยวจนคนข้างๆมอง รู้สึกอาย บางครั้งต้องลุกเดินถึงจะรู้สึกดีขึ้นไปหาหมอครั้งหน้าจะได้ออกหมอนให้ทราบ”, “ยาทำให้ง่วงนอนมาก เลยทำให้ไม่อยากกิน แต่ถ้าไม่กินก็ต้องมานอน รพ. แบบนี้บอกหมอให้ปรับยาได้ใช่ไหมครับ”, “ตอนกินยาแรกๆผมเคยคอปิดเลย หมอนให้กินยาแก้แพ้ สักพักก็หาย” จากกิจกรรมเมื่อผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้นรวมถึงทราบอาการข้างเคียงจากยาอื่นๆที่อาจเกิดขึ้นและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาดด้วยตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยลดความไม่สุขสบายลงจากการรับประทานยารักษาอาการทางจิต และส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

กิจกรรมที่ 6 การมาตรวจตามนัด (Appointment adherence) (โทรศัพท์ครั้งที่ 4)

การมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยได้ยาไปรับประทานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ทำให้มีโอกาสกำเริบของโรคน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด กิจกรรมนี้ผู้ป่วยและผู้วิจัยยังคงไว้ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยพยาบาลมีการประเมินปัญหาทั่วไปของผู้ป่วยและหาวิธีแก้ไขร่วมกัน ผู้วิจัยจะมีการประเมินระยะของสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นด้วยแบบประเมินสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ซึ่งพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัยผ่านระยะเริ่มต้นเข้าสู่ระยะระบุปัญหา ก่อนนำผู้ป่วยเข้าสู่กิจกรรม เน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการมาตรวจตามนัดและการเตือนตนเองในการจำวันนัดของแพทย์ ผู้วิจัยมีการสอบถามการมาตามนัดของผู้ป่วยว่ามีการจำวันนัดอย่างไร เคยมาไม่ตรงวันนัดหรือไม่ ซึ่งพบสาเหตุของปัญหาโดยยกตัวอย่างดังนี้ “ยังมียาเหลืออยู่เยอะแล้วก็เป็นยาเหมือนเดิมครับ พอถึงวันนัดก็เลยลืม”, “ผมคิดว่าอาการยังดี ไม่จำเป็นต้องมาปรับยา มียาเดิมกินอยู่แล้วนะครับ”, “ลืมครับ”, “คนที่บ้านติดธุระกะ ยาก็ยังมีเหลืออยู่” ผู้วิจัยสอบถามถึงวิธีการกระตุ้นเตือนตนเอง พบว่า “จดใส่ปฏิทินที่บ้านครับ”, “นำไปนัดใส่ในกระเป๋าตังค์ครับ” ผู้วิจัยบอกจุดอ่อนของการนำไปนัดใส่กระเป๋าตังค์ว่าจะทำให้เราไม่เห็นวันที่แพทย์นัดบ่อยๆ อาจลืมได้ง่าย ผู้วิจัยจึงแนะนำให้นำไปติดออกมาติดไว้บริเวณที่เห็นบ่อยๆจะดีกว่า ซึ่งผู้ป่วยก็เห็นด้วยกับวิธีดังกล่าวเพราะอาจจะลืมได้แล้วกระเป๋าตังค์ก็อาจจะหายได้ด้วย ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยทราบประโยชน์ของการมาตรวจตามนัดรวมถึงผลเสียของการไม่มาตรวจตามนัดแล้ว ก็จะทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการมาตรวจตามนัดมากขึ้น หาวิธีในการเตือนตนเองที่เหมาะสมทำให้มาพบแพทย์ตรงนัด ปรับแผนการรักษา ได้ยากกลับรับประทานและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 7 การทบทวนการปฏิบัติโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) (พบกันแบบตัวต่อตัวครั้งที่ 3)

กิจกรรมนี้เป็นการพบกับผู้ป่วยแบบตัวต่อตัวครั้งที่ 3 เพื่อเป็นการทบทวนการปฏิบัติ ผู้ป่วยและผู้วิจัยยังคงไว้ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือและเต็มใจในการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างเต็มที่ ตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้ “ผมคิดว่าโทรศัพท์แบบนี้ดีมากเลยครับ ทำให้ได้รับคำปรึกษา ตัวอย่างเรื่อง อาการแพ้ยานะครับ อยู่ รพ. มาสองรอบไม่รู้เลยว่า ที่น้ำหนักขึ้นนี้เพราะยา แล้วก็อาการของโรคจิต พวกหูแว่ว หงุดหงิด ฉุนเฉียว ตรงกับที่ผมเป็น มันได้ความรู้ดีนะครับ”, “ถ้าหากผมมีเรื่องอะไรไม่สบายใจผมคุยกับคุณพยาบาลได้ตลอดใช่ไหมครับ” ผู้วิจัยประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยยังเหลืออยู่หรือความวิตกกังวลที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย พร้อมหาวิธีแก้ปัญหาร่วมกัน โดยใช้บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา(Counselor) หลังจากนั้นเข้าสู่การทบทวนการปฏิบัติ โดยประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยในแต่ละกิจกรรมและให้ความรู้เพิ่มเติมในบทบาทของผู้ให้ความรู้ (Teaching) เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมผู้วิจัยบอกระยะเวลาที่เหลืออยู่ในการวิจัยแก่ผู้ป่วยเพื่อ

ป้องกันการเกิดความวิตกกังวลจากการพลัดจาก (Separate Anxiety) เมื่อผู้ป่วยทราบระยะเวลาที่เหลืออยู่ผู้ป่วยก็จะเตรียมตัวในการสิ้นสุดสัมพันธภาพ หากมีปัญหาที่ยังคงเหลืออยู่ผู้ป่วยจะใช้เวลาที่เหลือขอรับการช่วยเหลือจากผู้วิจัยและเตรียมตัวที่จะพึ่งพาตนเองหลังจากสิ้นสุดกิจกรรม นอกจากนี้การทบทวนกิจกรรมและทบทวนการปฏิบัติ เป็นการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเกิดความไม่เข้าใจในประเด็นไหนผู้วิจัยก็สามารถอธิบายแก่ผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว ให้ชัดเจนมากขึ้น

กิจกรรมที่ 8 การจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (แอลกอฮอล์และสารเสพติด) (โทรศัพท์ครั้งที่ 5)

การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดเป็นหนึ่งในปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลต่อการเสริมฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต (ทวีพร วิสุทธิมรรค, 2544) โดยทำให้ยารักษาอาการทางจิตออกฤทธิ์เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากยามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย เกิดความเบื่อหน่ายและหยุดใช้ยาในที่สุด นอกจากนี้การใช้สารเสพติดสัมพันธ์กับการมีจิตพยาธิสภาพและการดำเนินโรคที่รุนแรงกว่า การใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดอื่น ๆ สัมพันธ์กับการมีอาการทางบวกและอาการซึมเศร้าที่รุนแรงกว่า ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงกว่า และเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยกว่า (Buhler et al., 2002; Farris et al., 2003; Margolese et al., 2004; Pencer and Addington, 2003; Potkin et al., 2003) นอกจากนี้การใช้สารเสพติดยังมีผลต่อการพยากรณ์โรคโดยทำให้ผู้ป่วยไม่ผูกติด (non-adherence) ต่อการรักษาเพิ่มขึ้น (Coldham, Addington and Addington, 2002; Hunt, Bergen and Bashir, 2002) ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดจำนวนมากมีแนวโน้มที่จะไม่มาพบแพทย์ตามนัดมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติด (Tiet and Mausbach, 2007) เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กิจกรรมนี้ผู้วิจัยจะเน้นให้ผู้ป่วยเห็นผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติด สามารถรู้เท่าทันความรู้สึกอยากดื่ม/เสพและจัดการกับปัจจัยกระตุ้นด้วยตนเอง ผู้ป่วยและผู้วิจัยยังคงไว้ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้วิจัยประเมินปัญหาทั่วไปของผู้ป่วยและหาวิธีแก้ไขร่วมกัน ผู้วิจัยจะมีการประเมินระยะของสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นด้วยแบบประเมินสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ซึ่งพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัยผ่านระยะเริ่มต้นเข้าสู่ระยะระบุปัญหา ก่อนนำผู้ป่วยเข้าสู่กิจกรรม ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเสนอสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยอยากกลับไปใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดซ้ำทั้งหมด 3 สิ่ง ยกตัวอย่างคำตอบของผู้ป่วย ได้แก่ “เบื่อๆ ไม่มีอะไรทำ” , “เพื่อนชวน” , “ให้รางวัลตัวเอง ทำงานมาเยอะแล้ว เหนื่อยมาเยอะแล้ว” , “อยากกลับไปใช้เอง” , “เพื่อให้นอนหลับได้” หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยบอกวิธีที่จะจัดการกับปัจจัยกระตุ้น 3 สิ่งนั้น ยกตัวอย่างคำตอบของผู้ป่วยดังนี้ “มันจะมีความรู้สึกแสบนิ่งนะครับ ที่อยากเสพมันมาก แบบให้รางวัลตัวเอง ผมก็จะใช้วิธีก็หาอะไรทำไป เลิกคิดเรื่องนั้นครับ” , “ไม่เดินผ่านตรงนั้นครับ” , “บอกเพื่อนว่าเลิกแล้ว หมอไม่ให้ดื่ม” เมื่อสามารถช่วยให้ผู้ป่วยในการค้นหาปัญหาและกำหนดเป้าหมายใน

การแก้ไขปัญหของผู้ป่วยได้แล้ว ผู้วิจัยจะประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบของการใช้ แอลกอฮอล์และสารเสพติด ก่อนให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องการใช้อัลกอฮอล์และสารเสพติดที่ส่งผลต่อ โรครจิตเภทในบทบาทของผู้สอน (Teaching) และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย การจัดการกับปัจจัยด้านตัว ผู้ป่วย คือ การที่ผู้ป่วยไม่กลับไปใช้อัลกอฮอล์และใช้สารเสพติดจึงมีส่วนให้ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ สามารถควบคุมตนเองได้ และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 9 การจัดการกับความเครียด (โทรศัพท์ครั้งที่ 6)

ผู้ป่วยโรครจิตเภทมีการเสื่อมของการทำงานของสมอง (Cognitive deficit) ส่งผลต่อ ความสามารถในการเข้าสังคม ทำให้เกิดอาการทางลบรวมไปถึงความสามารถในการดูแลตนเองขึ้น พื้นฐาน การเข้าสังคม และประสิทธิภาพในการทำงาน อาการด้านการรู้คิดสามารถแก้ปัญหาได้ยาก ยิ่งขึ้น การแก้ปัญหาในที่นี้คือ ความสามารถในการก้าวข้ามระดับของความยากลำบากต่างๆด้วย วิธีการแก้ไขต่างๆที่เป็นไปได้ การเลือกวิธีแก้ไขโดยใช้เหตุผล ลองแก้ปัญหาและสามารถประเมินได้ว่า การแก้ไขปัญหานั้นทำได้อย่างไร การบกร่องในการแก้ปัญหาตัวเองเป็นสิ่งที่ยากสำหรับผู้ป่วย จิตเภทที่จะตอบสนองต่อความเครียดต่างๆในชีวิตประจำวันได้ กิจกรรมนี้ผู้วิจัยจะช่วยให้ผู้ป่วย หาวิธีแก้ไขปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และวิธีผ่อนคลาย ผู้วิจัยจะมีการประเมินระยะของ สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นด้วยแบบประเมินสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ซึ่งพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย และผู้วิจัยผ่านระยะเริ่มต้นเข้าสู่ระยะระบุปัญหา ผู้วิจัยประเมินปัญหาของผู้ป่วยและหาวิธีแก้ไข ร่วมกัน เมื่อผู้ป่วยตั้งเป้าหมายโดยเลือกวิธีแก้ไขปัญหาและมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้สำเร็จ ผู้วิจัยแนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียดรวมถึงให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติตามด้วย จากกิจกรรมนี้จะเห็นได้ว่า เมื่อผู้ป่วยเกิดความเครียดจากปัญหาต่างๆแล้ว หากช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหา และได้ผ่อนคลาย ความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การทำสมาธิ การหายใจเข้าลึกๆ ก็จะช่วยบรรเทาความไม่สบายใจ ความเครียด กิจกรรมนี้จึงมีส่วนช่วยในการลดการกำเริบของโรค และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 10 สิ้นสุดสัมพันธภาพและการประเมินผลโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face)

(การพบผู้ป่วยแบบตัวต่อตัวครั้งที่ 4)

กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมสุดท้าย ผู้ป่วยและผู้วิจัยยังคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อ ผู้วิจัยประเมิน ปัญหาที่ยังเหลืออยู่ พร้อมหาทางแก้ไข โดยใช้บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) ผู้วิจัยทบทวน กิจกรรมที่ 8 และ 9 โดยมีการทบทวนการปฏิบัติ (การจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้อาตาม เกณฑ์การรักษา (แอลกอฮอล์และสารเสพติด) และเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ผู้วิจัยแจ้ง ผู้ป่วยถึงการสิ้นสุดสัมพันธภาพ และให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เพื่อประเมินผล ผู้วิจัยขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือจนสิ้นสุดกิจกรรม และให้ผู้ป่วยพูด ระบายความรู้สึก ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย “ผมดีใจครับที่อย่างน้อยโรคของผมก็อยู่ได้ด้วยภารกิจ

ยา เหมือนโรคเบาหวาน ความดัน โรคจิตก็แค่กินยา”, “รู้สึกสบายใจและมั่นใจมากขึ้นค่ะ มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น ทำให้ทราบว่ายามีความจำเป็นต่อตนเองและควบคุมอาการได้” , “ถ้ามีโอกาสอีกก็อยากเข้าร่วมกิจกรรมกับคุณพยาบาลอีก เหมือนมีที่ปรึกษา บางครั้งก็ลืมนามคุณหมอ ได้ถามคุณพยาบาล”, “ขอบคุณพี่พยาบาลนะครับที่ทำให้ผมกับแม่เข้าใจกัน” , “ขอบคุณคุณพยาบาลค่ะ รู้สึกว่าออกจากโรงพยาบาลรอบนี้เขาคิดว่าทุกครั้ง ดีใจค่ะ ที่ผ่านมาเขาค่อนข้างดี” , “ผมอยากให้มีกิจกรรมแบบนี้เพราะช่วยผู้ป่วยได้มาก ทำให้รู้ว่าโรคเกิดจากอะไร ยาไปมีผลต่อสมองยังไง การใช้ยาเสพติดไม่ดียังไง มันมีประโยชน์มากๆนะครับ” ปัญหาของผู้ป่วยนั้นอาจไม่สามารถแก้ไขได้เพียงครั้งเดียว ผู้วิจัยต้องมีความเข้าใจผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาของตนเอง จากนั้นร่วมกับผู้ป่วยหาวิธีแก้ไขปัญหาใหม่ ซึ่งผู้วิจัยจะต้องมีการติดตามและประเมินผลอยู่เป็นระยะ จนสิ้นสุดกิจกรรมทั้งหมด แม้จะเป็นการสิ้นสุดสัมพันธภาพในงานวิจัย แต่ถ้าพบว่าผู้ป่วยยังมีปัญหาที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ ผู้วิจัยจะมีการส่งต่อปัญหาให้แก่พยาบาลผู้ป่วยนอก และแนะนำแหล่งบริการสุขภาพจิต หากผู้ป่วยต้องการรับการปรึกษา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

จากผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ผู้บำบัดควรเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเวช

1.2 ควรมีการประยุกต์โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ไปใช้ในระบบบริการเพื่อลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำจากการมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในการใช้โทรศัพท์เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประสิทธิผลของผลของโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง เช่น ติดตามในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติด เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาต่อไป เนื่องจาก ระหว่างดำเนินการทดลอง พบผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติด (amphetamine) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและกลับมารักษาซ้ำ
3. ควรมีการนำงานวิจัยไปทดลองใช้ในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวเนื่องจาก การได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ ควบคู่กับการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีนั้น จะช่วยลดการกำเริบของโรค ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายขาดจากโรคได้ ไม่เป็นปัญหาเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกวรรณ ลิ้มเจริญศรี. (2558). โรคจิตเภทและโรคจิตชนิดอื่น. ใน นันทวัช สิริธรรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช และพนม เกตุมาน (บรรณาธิการ). *จิตเวช ศิริราช DSM-5*. หน้า 365-372. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาสน์ไทยการพิมพ์.
- จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, สุกฤติยา กุลศรี และวัฒนาภรณ์ พิบูลย์อลักษณ์. (2554). *ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรากร กันทับทิม และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2558). *ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชุตินา ทองอยู่ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2557). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวีพร วิสุทธิมรรค. (2544). เกสซ์วิทยาของยาและสารเสพติด. ใน วิโรจน์ วีระชัย, อังกูร ภัทรากร, ลำชา ลักขณาภินชัช, ฉวีวรรณ ปัญจบุศย์, นิภา ณีสกุล (บรรณาธิการ), *ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด*, หน้า 84-109. กรุงเทพฯ: วัชรอินเตอร์พรีนติ้ง.
- ธรรบ เทียนสันดี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2556). *ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นภวัลย์ กัมพลาศิริ. (2557). สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อการบำบัด. ใน อัจฉราภรณ์ สี่หิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกษรสมุทร และวาริรัตน์ ถาน้อย (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์*, หน้า 99-109. กรุงเทพฯ: สารธุรกิจโรงพิมพ์.
- นริสา วงศ์พนารักษ์. (2557). สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด: การประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก* 15(2): 84-90.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- ผลทิพย์ ปานแดง. (2547). *ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรทิพย์ วชิรดิถก, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, วิโรจน์ วงษ์สุริยะเดช และบุญช่วย เทพยศ. (2549). *ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท*. อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ. (2549). *แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช*. เชียงใหม่: ไอแอมออเกโนเซอร์แอนด์ แอ็ดเวอร์ไทซิง.
- พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. กรุงเทพฯ: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). *การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พาริดา อิบราฮิม. (2551). *ปฏิบัติการพยาบาล ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์นนท์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ปียอนด์ เอ็นเตอร์ไพซ์.
- รัชณี อุทัยพันธ์. (2555). *ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจิตร แผ่นทอง. (2553). *การส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอบึงโขงหลง จังหวัดหนองคาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- วิไลพร สุวรรณบุรณ์, สายใจ พัวพันธ์, สงวน ธาณี และจิณห์จุฑาทิ์ ชัยเสนา ดาลลาส. (2555). ผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดแนวคิดระหว่างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 23(1): 68-79.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2557). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 10 (ฉบับปรับปรุงตาม DSM-V). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สาธิตพร พุฒขาว. (2541). *ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิรินทร เชื้อวโสธร. (2545). *ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์. (2536). *ผลการสร้างสัมพันธ์ภาพการสนทนาและการใช้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2556). *การพยาบาลจิตเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำพัน หิรัญอุทก. (2547). *การศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทจังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Acosta, F. J., Hernandez, J. L., Pereira, J., Herrera, J., and Rodriguez, C. J. (2012). *Medication adherence in schizophrenia*. *World J of Psychiatry*, 2(5): 74-82.
- Agawal, M. R, Sharmar V. K, Kumar K. K, and Rowe D. (1998). Non-compliance with treatment in patients suffering form Schizophrenia: A study to evaluate

- possible contributing factor. *International Journal of Social Psychiatry*, 44(2): 92-106.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 87-122.
- Becker, M. H. (1974). *The Health Belief Model and Sick Role Behavior in the Health Belief Model and Personal Health Behavior*. New Jersey: Chales B. Slack.
- Beebe, L. H. (2001). Community nursing support for schizophrenic clients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15: 214-222.
- Beebe, L. H., and Tian, L. (2004). TIPS: Telephone intervention-problem solving for persons with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 25: 317-329.
- Beebe, L. H., et al. (2008). Telenursing Intervention Increases Psychiatric medication adherence in schizophrenia outpatients. *American Psychiatric Nurses Association*, 14(3): 217- 224.
- Boyd, M. A. (2005). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott.
- Brennan, P.F. (1999). Harnessing, innovative technologies: What can you do with a shoe?. *Nursing Outlook*, 47(3): 128-132.
- Buhler B., Hambrecht M., Loffler W., an de HeidenW., and Hafner H. (2002). Precipitation and determination of the onset and course of Schizophrenia by substance abuse: A retrospective and prospective study of 232 population-base first illness episodes. *Schizophrenia Research*, 54: 243-251.
- Cantor-Graae, E., Nordstrom, L. D., and McNeil, T. F. (2001). Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophrenia Research*, 48: 69-82.
- Cave L. A. (1998). Follow-up phone calls after discharge. *American Journal of Nursing*, 89(7): 942-943.
- Coldham, E. L., Addington J., and Addington D. (2002). Medical adherence of individual with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106: 286-290.
- Davis, L. (1992). Instrument review: Getting the most from your panel of expert. *Applied Nursing Research*, 5: 104-107.

- Day, J. C., et al. (2005). Attitudes toward antipsychotic medication: The impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Archives of General Psychiatry*, 62(7): 717-724.
- Drake, R. E., Osger, F. C., and Wallach, M. A. (1989). Alcohol use and abuse in Schizophrenia. A prospective communication study. *The Journal of nervous and Mental Disease*, 177(7): 408-414.
- Elliott, S., and Reimer, C. (1998). Postdischarge telephone follow-up program for breastfeeding preterm infants discharge from a special care nursery. *Neonatal Network*, 17(6): 41-45.
- Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. *Irish Medication Journal*, 92(6): 1-3.
- Farris, C., Brems, C., Johnson M. E., Well, R., Burn, R., and Kletti, N. (2003). A comparison of Schizophrenic patients with or without coexisting substance use disorder. *Psychiatr Quarterly*, 74: 205-222.
- Fenton, W., Blyler, C. R., and Heinssen, R. K. (1997). Determinants of Medication Compliance in Schizophrenia: Empirical and Clinical Findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4): 637-651.
- Forchuk, C. (1994). The orientation phase of the nurse-client relationship: Testing Peplau's theory. *Journal of Advanced Nursing*, 20: 532-537.
- Frank, A. F., and Gunderson, J. G. (1990). The role of therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. *Achieve General Psychiatry*, 47: 228-236.
- Freudenreich, O., and Cather, C. (2012). Antipsychotic medication non adherence: risk factors and remedies. *The Journal of lifelong learning in psychiatry*, 2: 124 – 129.
- Gravaley, E. A., and Oseasohn, C. S. (1991). Multiple drug regimen: Medication Compliance among veterans 65 year and older. *Research in Nursing and Health*, 14: 51-58.
- Grove, S. K., Burns, N., and Gray, J. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, synthesis and generation of evidence*. 7th ed. St. Louis: Elsevier Saunders.

- Haynes, R. B, Yao, X., Degani, A., Kripalani, S., Garg, A. X., and McDonald, H. P. (2008). *Intervention for enhancing medical adherence (Review)*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [online]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Xiaomei_Yao/publication/5426714_Interventions_to_enhance_medication_adherence/links/0c960534d4038d5e3d000000.pdf. [2017, May 6].
- Higashi, K., Medic, G., Diez, T., Granström, O., Hert, M. D., and Littlewood, K. J. (2013). Medication adherence in schizophrenia: Factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 3(4): 200-218.
- Hoffman, T. (1994). Age and other factors relevant to rehospitalization of schizophrenic out-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 89: 205-210.
- Hunt G.E., Bergen J., and Bashir M. Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after a relapse *Schizophrenia Research*, 54: 253-264.
- Hunter, E. F. (2000). Telephone support for persons with chronic mental illness. *Home Healthcare Nurse*, 18(3): 172-179.
- Kamali, M., et al. (2006). A prospective evaluation of adherence to medication in first episode schizophrenia. *European Psychiatry*, 21: 29–33.
- Kim, S. W., Yoon, J. S., and Choi, S. K. (2006). Survey of medication adherence in patients with Schizophrenia-Korean ADHES data. *Human Psychopharmacology*, 21(8): 533–537.
- Kinsella, A. (1997). Telehealth and home care nursing. *Home Healthcare Nurse*, 15(11): 796-797.
- Kumar, S., and Sedgwick, P. (2001a). Can the factor influencing medication compliance reported from western populations be applied to an eastern Indian context? Part I. *Journal of Mental Health*, 10(3): 267-277.
- Kumar, S., and Sedgwick, P. (2001b). Non-compliance to psychotic medication in Eastern India: Clients' perspective. Part II. *Journal of mental Health*, 10(3): 279-284.

- LeDuc, P. A., and Mittleman, G. (1995). Schizophrenia and psychostimulant abuse: A review and re-analysis of clinical evidence. *Psychopharmacology*, 121: 407-427.
- Lego, S. (1998). The application of Peplau's theory to group psychotherapy. *Journal Psychiatric Mental Health Nursing*, 5(3): 193-196.
- Leucht, S., and Heres, S. (2006). Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry* 67(Suppl. 5): 3-8.
- Lieberman, J. A., et al. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 353: 1209-1223.
- Linder, M., et al. (2001). A prospective study of factors influencing adherence to a continuous neuroleptic treatment program in schizophrenia patient during 2 years. *Schizophrenia bulletin*, 27(2); 585-596.
- Loffler, W., Kilian, R., Toumi, M., and Angermeyer, M. (2003) Schizophrenic patients' subjective reasons for compliance and noncompliance with neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry*, 36: 105-112.
- Maneesakorn, S., Robson, D., Goournay, K., and Gray, R. (2007). An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *Journal of Clinical Nursing*, 16: 1302-1312.
- Margolese H. C., Malchy, L., Negrete, J. C., Tempier, R., and Grill, K. (2004). Drug and Alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophrenia Research*, 67; 157-166.
- McCabe, R., et al. (2012). The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. *PLoS ONE*, 7(4): 1-5.
- Murray, R. B., and Huelskotter, M. W. (1991). *Psychiatric Mental Health Nursing. Giving Emotion care*. 3rd ed. California: Appleton & Lange.
- Nakonezny, P. A., and Byerly, M. J. (2006). Electronically monitored adherence in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder: a comparison of first vs second generation antipsychotics. *Schizophrenia Research*, 82: 107-114.

- Novick, D., Haro, J. M., Suarez, D., Perez, V., Dittmann, R. W., and Haddad P.M. (2010). Predictors and clinical consequences of nonadherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 176 (2e3): 109e-113e.
- Oehl, M., Hummer, M., and Fleischhachhackwer. W. W. (2000). Compliance with antipsychotic treatment. *Aca Psychiatrica Scandinavia*, 102(407): 83-86.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing concepts of practice*. 2nd ed. Newyork: Mcgraw-hill Book.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice*. 6th ed. St. Louis, Missouri: A Harcourt Health Sciences.
- Osterberg, L., and Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *New England Journal of Medicine*, 353: 487-497.
- Overall, J. E., and Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological report*, 10: 790 – 812.
- Pencer A. and Addington J. (2003). Substance use and cognitive in early psychosis. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 28: 48-54.
- Penckofer, S., Byrn, M., Mumby, P., and Ferrans, C. E. (2011). Improving subject recruitment retention, and participation in research through Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 24(2): 146-151.
- Pender, A. R. (1993). Recovering in Depressed women: research with Peplau's theory. *Nursing Science Quarterly*, 6(3): 140-146.
- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Putnam.
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M., and Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: Prevalence and burden of disease. *Population Health Metrics*, 24: 1-8.
- Potkin S.G., et al. (2003). Predicting suicidal risk in schizophrenic and schizoaffective patients in a prospective two-year trial. *Biological Psychiatry*, 54: 444-452.
- Razali, M. S., and Yahya, H. (1995). Compliance with treatment in schizophrenia: a drug intervention for reral Chinese families experiencing schizophrenia-a randommised controlled. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(2): 69-75.

- Razali, M. S., and Yahya, H. (1995). Compliance with treatment in schizophrenia: A drug intervention program in a developing program. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91: 331-335.
- Ruscher, S. M., de Wit, R., and Mazmanian, D. (1997). Psychiatric patients' attitudes about medication and factors affecting noncompliance. *Psychiatric Services* 48(1): 82-85.
- Sadock, J. B., and Sadock, A. V. (2003). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Science/ Clinical Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, J. B., and Sadock, A. V. (2016). *Synopsis of Psychiatry*. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Salzer, M. S., Tunner T., and Charney N. J. (2004). A low-cost, telephone intervention to enhance schizophrenia treatment: A demonstration study. *Schizophrenia Research*, 66(1): 75-76.
- Shu, E., Mermina, Z., and Nystrom, K. (1996). Telephone reassurance program for elderly homecare clients after discharge. *Home Healthcare Nurse*, 14(3): 155-161.
- Stedman, T. L. (2000). *Stedman's medical dictionary*. 27th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Suttajit, S., and Srisurapanont, M. (2009). Schizophrenia: Epidemiology and treatment. *Journal of Psychiatric Association of Thailand*, 54(Supplement 1): 21S-37S.
- Tiet, Q. Q., and Mausbach, B. (2007). Treatments for patients with dual diagnosis: A review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(4): 513-536.
- Tiihonen, J., Haukka, J., Taylor, M., Haddad, P. M., Patel, M. X., and Korhonen, P. (2011). A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 168(6): 603-609.
- Velligan, D. I., et al. (2009). Expert Consensus Panel on Adherence Problems in Serious and Persistent Mental Illness. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(Suppl. 4), 1-46: quiz 47-48.

World Health Organization. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. 1st ed. Switzerland: WHO Publications.

World Health Organization. (2006). *The ICD-10 classification of mental and behavioral Disorder: clinical description and Diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2011). *Schizophrenia*. [online]. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/Schizophrenia/en/. [2017, May 6].

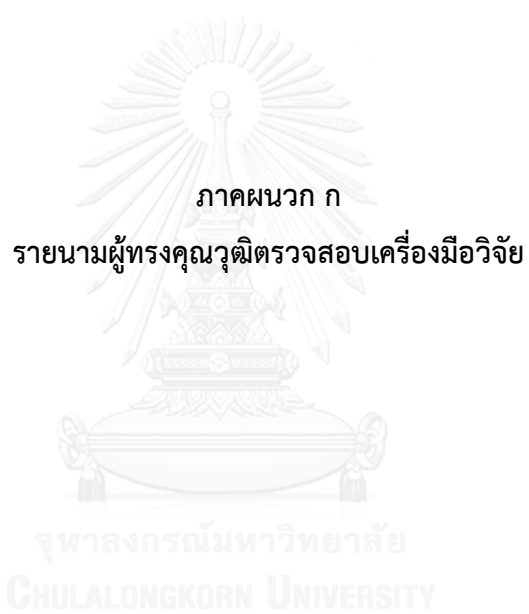
World Health Organization. (2016). *Schizophrenia*. [online]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>. [2017, May 6].





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์นพดล วาณิชฤดี	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการและ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. นางจรงรัตน์ สุวัฒน์ปรีดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการและ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
3. นางอำพัน หิรัญอุทก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการและ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) โรงพยาบาลสามชุก
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนีกร อุปเสน	อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. ร้อยเอกหญิงญาดา บุตรปัญญา	อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีจำนวน 18 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษา และการสังเกตและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา นับตั้งแต่ที่ท่านได้รับการรักษาด้วยยาจนถึงปัจจุบัน ขอให้ท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อความ และเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย \checkmark ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด

เป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน
บางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติบางครั้ง ประมาณเดือนละครั้ง
นานๆครั้ง	หมายถึง	นานๆ ปฏิบัติสักครั้งหนึ่ง
ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
การใช้ยาตามแผนการรักษา				
1. ท่านหยุดยาเองเมื่ออาการทางจิตดีขึ้น				
2. ท่านลืมรับประทานยา				
3.....				
4.....				
5.....				
6.....				
7.....				
8.....				
9.....				
ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา				
10.....				
18. ท่านปรึกษาแพทย์กับทีมสุขภาพ เมื่อมีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติจากการใช้ยา				

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบประเมินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

(Relationship Form ตามแนวคิดของ Forchuk & Brown (1989))

วัตถุประสงค์ เพื่อใช้ในการประเมินผลการสร้างสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยแต่ละครั้ง

คำชี้แจง การสร้างสัมพันธภาพทางโทรศัพท์กับผู้ป่วย ให้พยาบาลใช้แบบประเมินนี้ในการประเมินผลการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยแต่ละระยะ และทำเครื่องหมาย x ลงในช่องที่สัมพันธ์กับระยะของการสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งระบุปัญหา อุปสรรค และสิ่งที่พบระหว่างการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

ครั้งที่ / วตป	ระยะเริ่มต้น Orientation	ระยะแก้ปัญหา (Working Phase)		ระยะสรุปผล Resolution
		ระบุปัญหา Identification	ดำเนินการ แก้ปัญหา Exploitation	
1				
2				
3				
4				
5				
10				

ปัญหา อุปสรรค และสิ่งที่พบระหว่างการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

ครั้งที่ 1 วันที่.....

.....

ครั้งที่ 2 วันที่.....

.....

ครั้งที่ 3 วันที่.....

.....

ครั้งที่ 4 วันที่.....

.....

ครั้งที่ 10 วันที่.....

.....

ข้อบ่งชี้ถึงระยะของสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น

(ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2539: นริสา วงศ์พนารักษ์, 2557)

ระยะเริ่มต้น	ระยะแก้ปัญหา		ระยะสรุปผล
	ระบุปัญหา	ดำเนินการแก้ปัญหา	
<p>ผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต้องการความช่วยเหลือ - ต้องการข้อมูลที่ถูกต้อง - ซักถามข้อสงสัย - - - 	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความร่วมมือในการค้นหาปัญหา - คำนึงถึงเวลาที่ใช้ตอบสนองความช่วยเหลือ - - 	<ul style="list-style-type: none"> - เห็นคุณค่าและประโยชน์ของสัมพันธภาพ - ตั้งเป้าหมายใหม่ในการแก้ปัญหา - - 	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องการความช่วยเหลือน้อยลง - - มองตนเองในแง่ดีมากขึ้น - ยอมรับความเจ็บป่วย - สามารถพึ่งตนเองได้
<p>พยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - แจ้งวัตถุประสงค์ที่มาพบผู้ป่วย และแนะนำตัว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ - อธิบายบทบาทของทั้ง 2 ฝ่าย - - ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาปัญหา 	<ul style="list-style-type: none"> - รักษาเอกลักษณ์ของบทบาทวิชาชีพ - ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยพูดถึงปัญหาใดปัญหาหนึ่งเป็นเรื่อยๆไป - - - 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง - ตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหาของผู้ป่วย - - - 	<ul style="list-style-type: none"> - รักษาสัมพันธภาพตามความจำเป็นแก่สถานะของผู้ป่วย - ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ - - - ดำเนินการยุติสัมพันธภาพ

การแปลผล ในการแปลผลสามารถดูได้จากตารางประเมินระยะสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยใช้การพูดคุยกับผู้ป่วย มาเปรียบเทียบกับข้อมูลในตาราง ข้อบ่งชี้ถึงระยะของสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น

คู่มือโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการ ดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์




 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 CHULALONGKORN UNIVERSITY

โดย

นางสาว รฐานุช โพธิ์งาม

นิสิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์

อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีความจำเป็นในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท (Peplau, 1952) หากสัมพันธภาพในระยะเริ่มต้นดำเนินไปด้วยดี ก็จะทำให้ทั้งสองฝ่ายพร้อมที่จะดำเนินไปในขั้นตอนต่อไปได้อย่างดีเช่นกัน (Forchuk, 1994) จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาวพบว่า มีการนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง การศึกษาของวิลัยพร สุวรรณบุรณ์และคณะ (2558) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการศึกษาของ สัมพันธ์ มณีรัตน์ (2546) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศ การศึกษาของ Pender (1993) พบว่า สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดช่วยให้เกิดผลดีต่อกระบวนการฟื้นฟูในกลุ่มหญิงที่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาวยังสามารถประยุกต์ใช้ผลดีในการทำกลุ่มจิตบำบัดอีกด้วย (Lego, 1998) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจนำทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว (1952) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ก่อนให้การดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ รวมทั้งผู้ป่วยยังเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยและประยุกต์ร่วมกับ TIPS: Telephone Intervention-Problem Solving for persons with Schizophrenia ของ Beebe and Tian (2004) หลักการของ TIPS คือ การให้ความรู้และกลวิธีเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งพยาบาลยังมีการชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหา การเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาและมีการติดตามอย่างมีประสิทธิภาพทางโทรศัพท์ ดำเนินกิจกรรมทั้งหมดตามระยะของสัมพันธภาพบำบัด 4 ระยะของเพปพลาว (1952) กิจกรรมประกอบด้วยการพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) 4 กิจกรรมและการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 6 กิจกรรม รวมทั้งหมด 10 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ ดังนี้

**แผนการดำเนินโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรม
การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท**

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (Face to face) การพบผู้ป่วยแบบตัวต่อตัวครั้งที่ 1

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับต่ำถึงปานกลาง
สถานที่ หอผู้ป่วยในจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและคลายความวิตกกังวล
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว เล่าปัญหาของตนเองและค้นหาปัญหาของผู้ป่วย
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหาวิธีแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและตรงตามเป้าหมาย
4. เพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินไปสู่เป้าหมายในการแก้ไขปัญหาได้
5. ผู้ป่วยเข้าใจในกิจกรรมและทราบวัตถุประสงค์ของกิจกรรม ได้แก่ ข้อตกลงในการให้การพบกันและการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ แนวทางการดูแล ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ และปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 1


1. ผู้วิจัยและผู้ป่วยเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้ป่วยแสดงความไว้วางใจต่อผู้วิจัย โดยมีการพูดคุยมากขึ้น
2. ผู้ป่วยเปิดเผยข้อมูลของตนเองต่อผู้วิจัยมากขึ้น ให้ข้อมูลส่วนบุคคล พูดยระบายความรู้สึกหรือมีการเล่าปัญหาของตนเอง เมื่อผู้วิจัยมีการสอบถาม
3. ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาโดยสามารถบอกกับผู้วิจัยได้
4. ผู้ป่วยแสดงถึงความตั้งใจในการดำเนินไปสู่เป้าหมายใหม่ของตนเอง
5. เมื่อให้ผู้ผู้ป่วยสรุปกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถบอกสิ่งที่ได้คุยกับผู้วิจัย และสามารถบอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรม บอกข้อตกลงในการให้การพบกันและการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ แนวทางการดูแลของผู้วิจัย และประโยชน์ของการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์
6. ผู้ป่วยและผู้วิจัยคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี แสดงท่าทีเต็มใจในโดยแสดงท่าทีเต็มใจในการพบกับผู้วิจัยในครั้งถัดไป

สาระสำคัญ

ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ (Orientation phase) เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความต้องการ และแสวงหาความช่วยเหลือจากพยาบาล ระยะนี้พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง และมีการทำความเข้าใจให้ชัดเจนว่าผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล พยาบาลจึงต้องมีความเข้าใจในความต้องการของผู้ป่วย และปฏิบัติต่อผู้ป่วยในลักษณะของการต้อนรับอย่างเต็มที่ สร้างความอบอุ่น ความน่าเชื่อถือ ความไว้วางใจ ในระยะนี้ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยต่างเป็นคนแปลกหน้าซึ่งกันและกัน (stranger) หากการสร้างสัมพันธภาพในขั้นต้นดำเนินไปด้วยดี ก็จะทำให้ทั้งสองฝ่ายดำเนินไปในขั้นต่อไปได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพโดยพบปะกันแบบตัวต่อตัว (Face to face)

กระบวนการพยาบาล	แนวทางการปฏิบัติ / ตัวอย่างการปฏิบัติ		เครื่องมือ/สื่อ
1.สร้างสัมพันธภาพ (5 นาที)			-แนวทางการสร้างสัมพันธภาพหน้า... (คู่มือโปรแกรม)
2. ค้นหาปัญหาทั่วไปของผู้ป่วย (5 นาที)			-แนวทางการค้นหาปัญหา
3. ดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยผู้ป่วยบอกวิธีแก้ไขปัญหาของตนเอง (5 นาที)			- แนวทางดำเนินการแก้ไขปัญหาหน้า.....
4. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรม (5 นาที)			- ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์.....

การประเมินผล

1. ในระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล โดยยิ้มแย้มมากขึ้น ตั้งใจฟังผู้วิจัยพูดโดยมีการพยักหน้าขณะพูดคุยกับผู้วิจัย ให้ร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เช่น การประกอบอาชีพ รายได้ของผู้ป่วย ตัวอย่างของคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“ผมเปิดร้านขายน้ำในมหาลัยกับภรรยาครับ รายได้ก็พอใช้ มีเหลือเก็บบ้าง แต่ก็มีหนี้ครับ”

“ช่วยแม่ทำงานบ้านครับ” “อยู่บ้านเฉยๆค่ะ”

“ทำงานห้างแมคโครครับ”

“ช่วยพี่สะใภ้ดูแลบ้าน ให้ข้าวหมา อาบน้ำหมาค่ะ”

2. ในระยะระบุปัญหา ผู้ป่วยเล่าปัญหาของตนเองถึงสาเหตุที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตัวอย่างของคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“มาโรงพยาบาลเพราะขาดยาครับ/ค่ะ” “กลับไปเสพยา/กินเบียร์ ครับ”

“ไว้วาย แม่เลยพามาครับ” “มีหุแว่วครับ”

3. ในระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยบอกวิธีแก้ไขปัญหาของตนเองเพื่อไม่ให้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ดังนี้

“ต้องกินยาต่อเนื่อง หยุดยาเองไม่ได้ถ้าหมอไม่สั่ง”

“ออกไปครั้งนี้ผมจะไม่กินเบียร์แล้วครับ ถ้ากินก็ต้องกลับมาใหม่”

“ถ้าไม่กินยาก็คจะมีหุแว่ว นอนไม่หลับ ประสาทหลอน ผมต้องกินยาต่อเนื่องครับ”

4. ในระยะสรุปผล ผู้ป่วยแสดงความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหาของตนเองโดย ดังนี้

“ผมออกไปจะไม่ขาดยา เพราะไม่อยากกลับเข้ามาอีก”

“ผมเข็ดแล้วครับ กินเบียร์ที่ไร เข้าโรงพยาบาลทุกที”

ผู้ป่วยพูดสรุปสิ่งที่ได้คุยกับผู้วิจัยถึงปัญหา วิธีแก้ปัญหามา รวมถึงแสดงความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหาของตนเองเมื่อมีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และผู้ป่วยสามารถบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยบอกข้อตกลงในการพบกันและดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ได้แก่ วัน เวลา ระยะเวลา แนวทางการดูแลของผู้วิจัยว่ามีกิจกรรมอะไรบ้าง และประโยชน์ของการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ได้อย่างครบถ้วน และให้ความร่วมมือโดยมีท่าทีเต็มใจการพบในครั้งต่อไป

คู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย



โดย

นางสาว รฐานุช โพธิ์งาม

นิสิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์

อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ ภาษาและพฤติกรรม มีความบกพร่องในการตัดสินใจ การทำหน้าที่การทำงานและการเข้าสังคม แนวคิดในปัจจุบันเชื่อว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านพัฒนาการทางระบบประสาท (neurodevelopmental disorder) และพบความผิดปกติในการทำงานของสมองหลายบริเวณ การรักษาด้วยยาเป็นหัวใจสำคัญเพื่อลดความรุนแรงและควบคุมอาการ ทั้งนี้ยังใช้ได้ผลดีในการรักษาระยะยาว สามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้

คู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่ายเล่มนี้ ใช้ประกอบโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ภายในคู่มือมีเนื้อหาเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา และการรับประทานยาโดยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งสามารถสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน เช่น การมาตรวจตามนัด การหลีกเลี่ยงการกลับไปใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด การผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่างๆ รวมถึงหน่วยงานที่ช่วยเหลือด้านจิตใจและเบอร์โทรศัพท์ ซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้เป็นปกติ



ด้วยความปรารถนาดี
นางสาวรฐานุช โพธิ์งาม
รศ. ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์
อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ใบงานที่ 1.1 โรคจิตเภท คืออะไร?	1
ใบงานที่ 1.2 การปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย	2
ใบความรู้ที่ 1.3 มารู้จักโรคจิตเภท กันเถอะ	3
ใบความรู้ที่ 1.4 การปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค	8
ใบงานที่ 2.1 สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	10
ใบความรู้ที่ 2.2 การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	13
ใบงานที่ 3.1 การสังเกตอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต	16
ใบงานที่ 3.2 อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตและวิธีจัดการ	18
ใบงานที่ 4.1 ปฏิทินเตือนใจ	20
ใบความรู้ที่ 4.2 การมาตรวจตามนัดนั้นสำคัญไฉน	21
ใบงานที่ 5.1 การจัดการกับปัจจัยกระตุ้น	23
ใบความรู้ที่ 5.2 สถานการณ์เสี่ยงหรือสิ่งกระตุ้นและแนวทางแก้ไข	24
ใบงานที่ 6.1 สาเหตุของความเครียดและวิธีผ่อนคลาย	27
ใบงานที่ 6.2 ความเครียด	28
หน่วยงานที่ช่วยเหลือด้านจิตใจ	34
บรรณานุกรม	35

ใบงานที่ 1.1

โรคจิตเภท คืออะไร ?

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามลงในช่องว่างที่กำหนดให้

โรคจิตเภท (Schizophrenia)

ความหมาย

สาเหตุ

อาการ

การรักษา



ใบงานที่ 1.2

ปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค
คำชี้แจง ให้ผู้ป่วยเติมคำตอบลงในช่องว่างที่กำหนดให้

การปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย

1. การมารับยาอย่างต่อเนื่อง รับประทานยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มยาด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาทีมบุคลากรทางการแพทย์ การสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยาร่วมกับสังเกตตนเองเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง

2.....

3. หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดทุกชนิด รวมถึงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ

4.....

5.....

6.....

7.....

8.....



ใบความรู้ที่ 1.3 มารู้จักโรคจิตเภท

ความหมายของโรคจิตเภท

หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 6 เดือน โดยไม่มีอาการของโรคทางกายและพยาธิสภาพของโรคทางสมองส่วนมากมักเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

ปัจจุบันยังไม่สามารถบอกสาเหตุที่แน่ชัดได้ แต่เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นมาจากหลายๆ สาเหตุ

- 1. พันธุกรรม** พบว่าญาติสนิทของผู้ป่วยโรคจิตเภท (บิดามารดา พี่น้องและบุตร) มีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรโดยทั่วไป
- 2. ปัจจัยด้านระบบสารเคมีในสมอง** เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันกับสารสื่อประสาทในสมอง โดยเชื่อว่า การหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตได้
- 3. ปัจจัยด้านกายวิภาคของสมอง** พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น การที่มีปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ และมีโพรง (ventricle) ที่โตกว่าปกติ
- 4. ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม** ลักษณะของมารดาบางประการหรือการเลี้ยงดูบางรูปแบบที่ทำให้เด็กป่วยเป็นโรคจิตเภทเมื่อโตขึ้น สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์, มีท่าทีไม่เป็นมิตรหรือจู้จี้กับผู้ป่วยมากเกินไป และพบมากในผู้ป่วยที่มีสังคมเศรษฐกิจฐานะต่ำ

อาการและอาการแสดง

1. **อาการด้านบวก** หมายถึง อาการผิดปกติที่เพิ่มมากกว่าคนทั่วไป ได้แก่

1.1 **อาการหลงผิด** เช่น ผู้ป่วยที่หลงผิดคิดไปเองว่ามีคนมาคอยบงการตัวเอง และผู้ป่วยที่มีความคิดว่ามีคนมาพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง

1.2 **อาการประสาทหลอน** เช่น หูแว่ว เสียงแว่วอาจเป็นเสียงหรือคำพูด บางครั้งอาจเป็นเสียงคนๆเดียวหรือหลายๆคน

1.3 **ความผิดปกติของคำพูด** โดยผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงของการพูด ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ได้ บางครั้งพูดเรื่องราวไม่ต่อเนื่องหรือพูดฟังไม่รู้

1.4 **ความผิดปกติของพฤติกรรม** ผู้ป่วยมักจะมีพฤติกรรมวุ่นวาย ไม่สนใจการดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรก ผู้ป่วยอาจส่งเสียงร้องตะโกนโวยวายหรือด่าว่าหยาบคาย

2. **กลุ่มอาการด้านลบ** หมายถึง อาการผิดปกติที่ขาดหรือบกพร่องไปจากบุคคลทั่วไปโดยมีอาการดังต่อไปนี้

2.1 **อารมณ์เฉยเมย** ผู้ป่วยจะมีสีหน้าเรียบเฉย ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่สบตา

2.2 **พูดน้อยหรือไม่พูด** ผู้ป่วยจะตอบคำถามสั้นๆ ใช้คำพูดน้อยและไม่สนใจในการตอบคำถาม

2.3 **ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด** ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทุกชนิด ไม่สนใจจะเข้าร่วมการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม

3. **การเปลี่ยนแปลงด้านความคิดการรับรู้** มีสมาธิแย่งลง มีปัญหาความจำ ตีความไม่ได้ คิดเป็นเหตุเป็นเหตุผลไม่ได้หรือความสามารถในการบริหารจัดการ เสียการตัดสินใจเสีย และเรียนรู้สิ่งใหม่ไม่ได้ มักพบช่วงก่อนอาการกำเริบ

4. **การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์** ผู้ป่วยอาจรู้สึกทุกข์ทรมาน ไม่สบายใจ มีภาวะซึมเศร้าหมดกำลังใจจากอาการของโรคที่เกิดขึ้น

5. **การฆ่าตัวตาย** พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 50 พยายามฆ่าตัวตายและพบว่าร้อยละ 10-15 ฆ่าตัวตายสำเร็จโดยปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้แก่ เพศชายอายุน้อยกว่า 30 ปีป่วยเรื้อรัง มีภาวะซึมเศร้า และเพิ่งออกจากโรงพยาบาล

ภาคผนวก ค
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และแบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวรฐานุช โพธิ์งาม ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา แขวงคลองสาน เขตคลองสาน จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10600

(ที่บ้าน) เลขที่ 97/65 ซ.พิมพาราม 1 ถ.พิมพาราม อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา 30130

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-4422500 ต่อ 59451-3

โทรศัพท์มือถือ 099-5451514

E-mail : pucca_pc@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในดำเนินงานวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยมีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพราะเหตุใดและเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

3.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ

1) มีอาการทางจิตสงบโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) คะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน

2) มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเฉลี่ยอยู่ในระดับ 1.50-3.49 คือ ระดับต่ำถึงปานกลาง

- 3) สามารถพูดสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาของการพูดหรือการได้ยิน
- 4) สามารถอ่านหนังสือออก เขียนได้
- 5) มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้
- 6) สนใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนทางกายและอาการทางจิตกำเริบขณะดำเนินการวิจัย
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวมจำนวน 40 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในซึ่งเป็นผู้ป่วยระยะบำบัดระยะยาว (Maintenance phase) และเตรียมวางแผนจำหน่าย และมีกรเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ จำนวน 40 คน หากพบว่ามีคุณสมบัติตามที่กำหนด ผู้วิจัยจะเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจและอธิบายเรื่องการรักษาสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้เซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างเพื่อให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดเพื่อควบคุมตัวแปรเกินที่อาจมีผลกระทบบต่อการทาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ เนื่องจากพบว่าเพศหญิงมีการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าเพศชาย (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536; Agarwal et al.,1988) จากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยพัฒนาจากทฤษฎีสัมพันธภาพบำบัดของเพปพลาว (1952) ประยุกต์ร่วมกับ TIPS: Telephone Intervention-Problem Solving for persons with Schizophrenia ของ Beebe and Tian (2004), คู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย และแบบประเมินสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยของ Forchuk and Brown (1989)

แปลโดย ดวงกมล สระบุรีและเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2559) ที่ผู้วิจัยปรับปรุงขึ้น 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสิรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และงานวิจัยของ เพชรี คันสายบัว (2544) ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้องข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ โดยผู้วิจัยเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์ ความยุติธรรม ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธแบบสอบถามในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการให้บริการแต่อย่างใด ระหว่างดำเนินการทดลองหากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกยกเลิกได้โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลใดๆ รวมทั้งการชี้แจงข้อมูลว่าข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัยนี้ คือ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่จะช่วยลดอัตราการกำเริบและการกลับมารักษาซ้ำ และเพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

7. การขออนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เพื่อขอข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

8. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลาที่เบอร์ 099-5451514

9. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

10. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย ค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-228-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อ

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวธัญญาช โพธิ์งาม

ที่อยู่ติดต่อ (ที่ทำงาน) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา

คลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-4422-500 ต่อ 59451-3 โทรศัพท์มือถือ 099-5451514

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ **ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดี แล้วข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) โดยมีการดำเนินการทั้งหมดกิจกรรม 10 กิจกรรม ดำเนินการครั้งละ 30-45 นาที ใช้ระยะเวลาดำเนินการทั้งหมด 5 สัปดาห์ ประกอบด้วยการพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) 4 กิจกรรม และการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) ขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล 2) การสร้างสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) พบกันครั้งที่ 2 และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษาและการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล 3) การสร้างสัมพันธภาพทางโทรศัพท์หลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล 4) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Medical adherence) 5) การสังเกตอาการข้างเคียงและวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต 6) การมาตรวจตามนัด (Appointment adherence) 7) การทบทวนการปฏิบัติโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) พบกันครั้งที่ 3 8) วิธีการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (แอลกอฮอล์และสารเสพติด) 9) วิธีการจัดการกับความเครียด (Stress management) 10) การประเมินผลและสิ้นสุดสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) พบกันครั้งที่ 4

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น (ระบุเป็นต้นว่า ได้รับการรักษาพยาบาลเช่นเดิม) ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวันกรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-228-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147

E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาว รุฐานุช โพธิ์งาม)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน





เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

- โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
- ผู้ดำเนินการวิจัยโดย : นางสาวรชานุช โพธิ์งาม
- สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
- ระยะเวลาดำเนินการ : ธันวาคม ๒๕๕๙ - ธันวาคม ๒๕๖๐
- เอกสารที่อนุมัติ
๑. โครงการวิจัย
 ๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 ๓. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาอนุมัติในแจ้งจริยธรรมการวิจัยแล้วนั้น จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

(นายนพดล วาณิชกุศล)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ วิชาการราชการแทน
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



คณะแพทยศาสตร์ศรีราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ขอมอบประกาศเกียรติคุณนี้ไว้เพื่อแสดงว่า

รชานุช โพธิ์งาม

ได้เข้าร่วมการอบรม

“ความรู้ความเข้าใจด้านจรรยาบรรณการวิจัยในคนหลักสูตรพื้นฐาน (Basic course)”
คณะแพทยศาสตร์ศรีราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. ๒๕๕๙

ในวันพุธที่ ๒๗ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙
ณ ห้องประชุมสัตยาภิวัตน์ ตึกสยามินทร์ ชั้น ๗ คณะแพทยศาสตร์ศรีราชพยาบาล

ขอให้มีความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับนำไปใช้เป็นหลักในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด
ให้ไว้ ณ วันพุธที่ ๒๗ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระวัฒน์ นาคกุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศรีราชพยาบาล

ภาคผนวก จ
จดหมายขอขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

From: Rathanooch Phongam

Sent: October 26, 2015

To: Lora Humphey Beebe Ph.D.

Subject: My name is Rathanooch Phongam. I am interested in your program: Telenursing Intervention Increases Psychiatric Medication Adherence in Schizophrenia Outpatients

Dear PhD. Lora Humphey Beebe

My name is Miss Rathanooch Phongam. I am a master degree student at Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand. I am now developing my proposal for master thesis entitled "The effect of telenursing intervention on medical adherence in persons with schizophrenia." I wish to complete this proposal and submit to the faculty board committee as soon as possible.

Currently, the trend of schizophrenia patients in Thailand is rapidly increasing. In addition, the relapse rate after treatment is very high. As a psychiatry nurse, I am interested in medical adherence these patients. I have reviewed the literature in order to search for the interventions that can be used to overcome this problem and found that your publication in Journal of the American Psychiatric Nurses Association 2008/vol.14 entitled "Telenursing Intervention Increases Psychiatric Medication Adherence in Schizophrenia Outpatients." will be very helpful for my study. The program and intervention from your research are very impressive and I am interested in applying your intervention to use with my clients in Thailand. I believe that Telenursing Intervention Increases Psychiatric Medication Adherence in Schizophrenia Outpatients will be very helpful and could properly be used to relapse prevention schizophrenia patients in Thailand as well.

In order to achieve an academic purpose as well as to achieve the most benefit for this population, I would like to kindly ask for a full version of your program and intervention protocol Development and Implementation of a Structured Intervention and the instruments that have been used in your research. Simultaneously, I would like to kindly ask for your permission to translate these instruments to Thai Language and use them in my thesis.

Your kindly support and suggestions will be very beneficial for improving to care schizophrenia patients and relapse prevention among in Thailand.

I am looking forward to hear from you. You may e-mail me at this address or directly contact my advisor: Dr. Sunisa Suktrakul, Ph.D, APN, RN., and Email: auyyoo@yahoo.com, or would please contact me at my Email address: Pucca_pc@hotmail.com.

Sincerely yours,

Rathanooch Phongam.

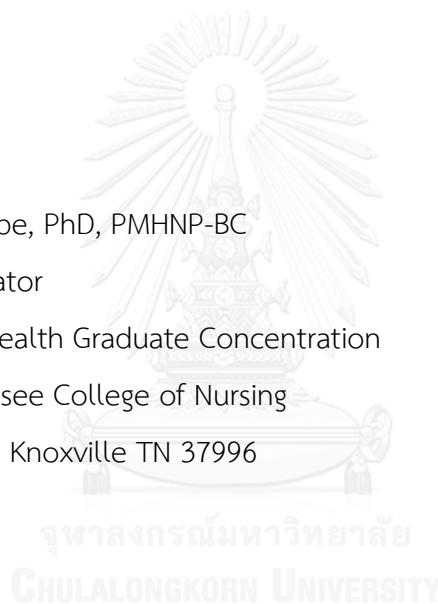
Dear Rathanooch Phongam

I'm delighted to hear of your interest in my work! Attached you will find the TIPS intervention manual, fidelity form and pill count form, which you have my permission to translate into Thai language and use in your thesis.

Please let me know how I can assist in any consultation in your important work, and good luck!

Dr. BB

Lora Humphrey Beebe, PhD, PMHNP-BC
Professor & Coordinator
Psychiatric Mental Health Graduate Concentration
University of Tennessee College of Nursing
1200 Volunteer Blvd Knoxville TN 37996
(o) 865 974 3978
(c) 865 809 5062



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวรฐานุช โพธิ์งาม เกิดวันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2532 ที่อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) จากวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ ปีการศึกษา 2554 และเข้ารับการศึกษต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันปฏิบัติงานอยู่ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

