1. **การพัฒนาอย่างต่อเนื่องเรื่อง** การเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคจิตเวช

2. **ชื่อเจ้าของผลงาน / หน่วยงาน** นางเยาวภา ไตรพฤกษชาติ และคณะ ตึกเฟื่องฟ้า

3. **ความเป็นมา / เหตุผลของการพัฒนา / สาเหตุของปัญหา**

ตึกเฟื่องฟ้าเดิมเป็นตึกรับดูแลผู้ป่วยชายที่มีอาการทางจิต แต่เมื่อมีการปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัญหาเฉพาะเมื่อตุลาคม 2554 โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่เมารับการรักษาที่ตึกเฟื่องฟ้ายังพบว่ามีทั้งผู้ป่วยโรคจิตเวช และผู้ป่วยโรคจิตเวชร่วมกับปัญหาการดื่มสุรา การดูแลผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องให้การดูแลตามปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละราย ปัญหาที่พบได้บ่อยอีกปัญหาหนึ่งนั่นก็ คือ การไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Non compliance) จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่อาการทางจิตสงบ พูดคุยรู้เรื่องที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือนในโรงพยาบาลและมีประวัติไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา เมื่อเดือน มีนาคม 2555 จำนวน 8 คน พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้มีอาการกำเริบคือ ผู้ป่วยขาดยา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยบอกว่า คิดว่าตนเองหายแล้วจึงหยุดกินยา เบื่อหน่ายการกินยาเนื่องจากกินยามานาน กินยาแล้วทำให้มีอาการข้างเคียงจากยา เช่น ตัวแข็งลิ้นแข็ง มีอาการง่วงซึมทำงานไม่ได้ ผู้ป่วยบางรายคิดว่าตนเองไม่ได้ป่วยไม่จำเป็นต้องกินยา จากการศึกษางานวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากปัจจัยทั้งภายในและภายนอกคือ ความคาดหวังเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา ทัศนคติจากการใช้ยา การขาดการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น การขาดการรับรู้เกี่ยวกับยา อาการข้างเคียงที่เกิดจากยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการ Extra pyramidal side effects (EPS) (Holmes, 2005; Kikkert et al., 2006)

จากปัญหาดังกล่าวทางตึกจึงมีการพัฒนาความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาซึ่งเป็นกระบวนการบำบัดทางจิตวิทยาที่เน้นในการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing: MI) เป็นแนวทางให้การปรึกษา โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการค้นหาและจัดการกับความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และใช้การประเมินแรงจูงใจตามขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change) ของ Prochaska และ DiClement

4. **วัตถุประสงค์ / เป้าหมายของการพัฒนา**

1. เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการกินยาอย่างต่อเนื่อง และมาพบแพทย์ตามนัด
2. เพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

3. ตึกเฟื่องฟ้ามีกระบวนการการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ

ภาคผนวก 9

5. กระบวนการ / เนื้อหาของการพัฒนา

ระยะเวลาในการดำเนินงาน ระหว่างเดือน เมษายน 2555 – เดือนมิถุนายน 25555

ขั้นตอนการพัฒนา

1. ค้นหาปัญหาของผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจากแฟ้มประวัติ และการซักประวัติการเจ็บป่วยและประวัติการรักษา
2. ศึกษาค้นคว้างานวิจัย บทความวิชาการ และตำราเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคจิต
3. จัดทำแผนการโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจในการร่วมมือในการรักษาด้วยยาซึ่งมีการบำบัดจำนวน 4 ครั้งทุกวันๆละ 1 ครั้งๆละ 45-60 นาที โดยครั้งที่ 1–3 ทำการบำบัดในผู้ป่วย ส่วนครั้งที่ 4 บำบัดผู้ป่วยร่วมกับญาติก่อนจำหน่าย โปรแกรมการบำบัดมีดังนี้

   ครั้งที่ 1 การค้นหาปัญหาอุปสรรค และความกังวลใจในการรับประทานยาต้านโรคจิต

   ครั้งที่ 2 การสรุปข้อดีและข้อเสีย และการเสนอทางเลือก (Menu)

   ครั้งที่ 3 การประเมินคุณค่าและเป้าหมาย

   ครั้งที่ 4 การบำบัดผู้ป่วยพร้อมญาติ
4. ประชุมชี้แจงแผนกิจกรรมการดำเนินการเสริมสร้างแรงจูงใจในการร่วมมือในการรักษาด้วยยา แก่บุคลากรในตึกรับทราบ

ขั้นปฏิบัติตามแผน

1. คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตจากแพทย์ตามเกณฑ์ ICD (International Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth edition) ที่เข้ารับการรักษาที่ตึกเฟื่องฟ้า ในระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 30 มิถุนายน 2555 ดังนี้

   1. มีประวัติไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ คือ 1) ใช้ยาไม่ต่อเนื่อง 2) หยุดยาเองหรือใช้เฉพาะรู้สึกว่าตนเองมีอาการ 3) ใช้ยาไม่ถูกต้อง

ตามวัตถุประสงค์ของยา 4) ใช้ยาผิดเวลาเวลา 5) ใช้ยามากหรือน้อยกว่าแผนการรักษา และ 6) การไม่มาตรวจตามแผนการรักษาของแพทย์

2. อาการทางจิตสงบหรือมีอาการทางจิตไม่รุนแรง โดยมีคะแนนของแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) น้อยกว่า 37 คะแนน

3. มีระดับเชาว์ปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวการณ์การรับรู้บกพร่องรุนแรง โดยมีคะแนนของการประเมินสภาวะจิตชนิดสั้น (Mini Mental Status Examination: MMSE) ตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป

2. ทำการบำบัดโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจในการร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเวชแบบรายบุคคล ผู้ป่วยได้รับการบำบัด 4 ครั้ง ติดต่อทุกวันๆละ 1 ครั้งๆละ 45-60 นาที โดยครั้งที่ 1–3 ทำการบำบัดในผู้ป่วย ส่วนครั้งที่ 4 บำบัดผู้ป่วยร่วมกับญาติก่อนจำหน่าย โปรแกรมการบำบัดมีดังนี้

ครั้งที่ 1 การค้นหาปัญหาอุปสรรค และความกังวลใจในการรับประทานยาด้านโรคจิต

ครั้งที่ 2 การสรุปข้อดีและข้อเสีย และการเสนอทางเลือก (Menu)

ครั้งที่ 3 การประเมินคุณค่าและเป้าหมาย

ครั้งที่ 4 การบำบัดผู้ป่วยพร้อมญาติ

ผลการบำบัด

ได้ทำการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 4 คน ผลการบำบัดพบว่า

1. ด้านผู้ป่วย พบว่า

1.1 ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการรักษาเพิ่มขึ้นจากขั้นจากขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre- Contemplation) เข้าสู่ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ซึ่งประเมินจากพฤติกรรม โดยการสังเกตจากผู้ป่วยแสดงออกถึงความร่วมมือในการรับประทานยา ขณะอยู่ในโรงพยาบาลขณะรอญาติรับกลับ โดยผู้ป่วยได้แสดงออกถึง ความสนใจในการรับประทานยา ซักถามเกี่ยวกับยาที่ได้รับและข้างเคียงของยาและวิธีปฏิบัติตัว ผู้ป่วยบอกความถึงต้องการและปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยา

1.2 มีผู้ป่วย 1 คน หลังจากจำหน่ายกลับบ้านได้ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่องแต่ ดื่มสุราและสูบบุหรี่ร่วม ทำให้มีอาการกำหงุดหงิด นอนไม่หลับ บางครั้งได้ยินเสียงแว่ว ผู้บำบัดได้ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำแบบสั้นเกี่ยวผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา บุหรี่ และแนะนำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนนัด

2. ด้านญาติ พบว่ามีความพึงพอใจต่ออาการผู้ป่วย และมีความพึงพอใจต่อการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคจิตเวช

ปัญหาอุปสรรค

1. ระยะเวลาที่ทำการบำบัดไม่ได้ติดต่อกันทุกวันตามกำหนด เนื่องจากผู้ให้การบำบัดขึ้นปฏิบัติงานตามตารางเวร ซึ่งมีทั้งเวร ดึก บ่าย และติดเวรหยุด
2. หลังจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยกินยาต่อเนื่องแต่กลับดื่มสุรา และสูบบุหรี่

การแก้ไข

1. ผู้บำบัดทำการบำบัดตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ก่อนให้การบำบัดต้องมีการทบทวนขั้นตอนเดิมเป็นแบบสรุปก่อนนำเข้าสู่ขั้นตอนใหม่ตามโปรแกรม
2. ควรมีการสอนงานและถ่ายทอดความรู้ให้กับบุคลากรตึกเฟื่องฟ้าสามารถเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาโดยปฏิบัติตามโปรแกรมได้ และพัฒนาจากการให้บำบัดแบบรายบุคคล(Individual) มาเป็นแบบกลุ่มบำบัด (Group therapy)
3. ในการบำบัดพบว่าปัญหาของผู้ป่วยนอกจากขาดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาแล้วพบว่า ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบอาจทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล นอกจากกินยาไม่สม่ำเสมอแล้วพบว่า การดื่มสุราและการสูบบุหรี่ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ดังนั้นในกระบวนการบำบัดจึงจำเป็นต้องให้ข้อมูล (Information) ที่ครอบคลุมปัญหาผู้ป่วยในแต่ระราย เช่น ผลกระทบที่เกิดจากสุรา บุหรี่ เครื่องดื่มชูกำลัง และอื่นๆ ตามปัญหาที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย

6. มีการนำหลักฐานทางวิชาการมาประกอบการพัฒนา

- พิชัย แสงชาญชัย. (2549). **ตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติดการ.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แจนเซ่นซีแลกจำกัด.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). **โรคจิตเภท.** ชุดโครงการตำราและเอกสาร ทางวิชาการภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สรินทร เชี่ยวโสธร. (2545). **ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Baker, A. & Hambride, J. (2002). Motivation interviewing: Enhancing engagement in treatment for Mental Health Problems. **Behavior change,** (3), 138-145.
- DiClemente, C., Nidecker,.M., & Bellack. (2008). Motivation and the stages of change among Individuals with severe mentai illness and substance abuse disorders. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 25-35.
- Kikkert, M. J., Schene, A. H., Koeter, M. W. J., Robson, D., Born, A., and Helm, H. et al. (2006). **Medication Adherence in Schizophrenia: Exploring Patients', Carers' and Professionals' Views.** Schizophrenia Bulletin, (32), 786–794.
- Koop, E. (2005).Drug therapy: Adherence to medication. **Engl J Med.** 353, 487-97.
- Miller, W.R. (1995). **Motivational enhancement therapy with drug abusers.** Department of psychology and center on alcoholism, substance abuse, and addiction (CASAA): The University of New Mexico.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). **Motivational interviewing: Preparing people to change** (2nd ed.): New York: Guiford Press.

ตัวชี้วัดที่ กำหนดไว้ คือ อะไร

7. ตัวชี้วัด

จากการเก็บข้อมูล เดือน เมษายน – เดือนพฤษภาคม 2555

1. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยประเมินจากขั้นของแรงจูงใจ โดยประเมินจาก

   1.1 สื่อออกมาทางคำพูด โดยผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเอง (Self - Motivational Statements - SMS)

   1.2 ประเมินจากพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกถึงความร่วมมือในการรับประทานยาขณะอยู่ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องในแต่ละเวรอย่างต่อเนื่องก่อนจำหน่าย

   หลังการบำบัดพบว่าผู้ป่วยทั้ง 4 คน ก่อนบำบัดผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการรับประทานอยู่ใจขั้นได้ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation) 2 คน และอยู่ขั้นลังเลใจ (Contemplation) 2 คน หลังการบำบัดพบว่าผู้ป่วยมี

แรงจูงใจเพิ่มขึ้นเข้าสู่ขั้น ตัดสินใจในการให้ความร่วมมือในการรักษา (Determination) และเข้าสู่ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) โดยประเมินคำพูดจูงใจของผู้ป่วย (Self - Motivational Statements - SMS) ในขณะบำบัดและหลังสิ้นสุดการบำบัด เช่น "ผมคิดว่าสิตั้งใจกินยาแล้วที่ผ่านมาคิดกินแน่บ่กินแน่"

หลังสิ้นสุดการบำบัดผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกถึงความร่วมมือในการรับประทานยาขณะอยู่ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องในแต่ละเวรอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความสนใจมารับประทานยาโดยไม่ได้กระตุ้น ซักถามเกี่ยวกับยาที่ได้รับและอาการข้างเคียงของยาและวิธีปฏิบัติตัว ผู้ป่วยบอกความถึงต้องการและปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยา

2. ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน

หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านยังไม่พบผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาซ้ำ

8. แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- พัฒนาจากการให้บำบัดแบบรายบุคคล(Individual) มาเป็นแบบกลุ่มบำบัด (Group therapy)

9. ตัวแทนหน่วยงานประจำบอร์ด / ผู้ประสานงาน

นางเยาวภา ไตรพฤกษชาติ

นางศุภรัตน์ เวชสุวรรณ