

ผลของโปรแกรมติดตามอาการทางโทรศัพท์ต่อความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต

พิมพ์มาดา พชรพรรณศิลป์, พย.บ.^{1*} อารณีย์ ศรีชัย, พย.ม.² วัลลภา วิจิตร, พย.บ.¹ ดลลญา สิงห์แก้ว, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมติดตามอาการทางโทรศัพท์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา, ภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีปัญหาสุขภาพจิตรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะการปรับตัวผิดปกติ ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า จำนวน 54 คน ที่เข้ารับการรักษที่แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์จิตเวช ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมติดตามอาการทางโทรศัพท์ทั้งสิ้นเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา แบบวัดความวิตกกังวลและซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงบรรยาย และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมติดตามอาการทางโทรศัพท์ กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 จึงมีข้อเสนอแนะให้พยาบาลนำโปรแกรมนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการติดตามอาการของผู้ป่วยจิตเวชรายอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชรับประทานยาสม่ำเสมอ ลดภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล

คำสำคัญ: โปรแกรมติดตามอาการทางโทรศัพท์ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ผู้ป่วยจิตเวช

¹ พยาบาลวิชาชีพ แผนกศูนย์จิตเวช โรงพยาบาลเปาโลพหลโยธิน

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

* ผู้เขียนหลัก e-mail: pimmada@gmail.com

The Effects of a Telephone Intervention Program on Medical Adherence Among People with Mental Health Problems

Pimmada Pacharapakornsin, B.N.S.^{1*}, Aporn Srichai, M.N.S.², Wanlapa Wijit, B.N.S.¹,
Dollaya Singkaeo, B.N.S.¹

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of a telephone intervention program on medication adherence, anxiety, and depression among people with mental health problems. The sample was 54 patients diagnosed with adjustment disorder, anxiety disorder, and depression who were attending the “Let’s Talk” clinic. They received an early telephone intervention program. Data-collection instruments consisted of a demographic record form, The Morisky Medication Adherence Scale, and the Hospital Anxiety and Depression Scale. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results revealed that, after receiving the telephone intervention program, the post-test mean scores of medication adherence, anxiety, and depression in the experimental group were significantly higher ($p < .05$) than the pre-test mean scores. Therefore, it is recommended that nurses could use the telephone intervention program as a guideline for monitoring other psychiatric patients to promote medication adherence and to reduce depression and anxiety.

Key words: Telephone intervention program, medication adherence, anxiety, depression, mental health patient

¹ Registered nurse, Psychiatric department, Paolo Hospital

² Lecturer, Faculty of nursing, Pathum Thani university

* Corresponding author e-mail: pimmada@gmail.com

ความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัสที่ยืดเยื้อ ทำให้บุคคลมีความเสี่ยงสูงเกิดปัญหาสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการสำรวจทางออนไลน์ เพื่อคัดกรองตรวจเช็คความวิตกกังวลของประชาชนในช่วงสถานการณ์โควิดระหว่างเดือนมีนาคม - เดือนกันยายน พ.ศ. 2563 รวม 26 สัปดาห์ พบว่าโดยรวมประชาชนไทยมีความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลระดับมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรุงเทพมหานคร จากจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 1,500 คน พบว่า ร้อยละ 54.13 มีความเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 20 มีความเครียดในระดับสูงถึงสูงมาก ซึ่งสอดคล้องกับสถิติในปีงบประมาณ 2562 - 2563 ของกรมสุขภาพจิตพบผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่เข้ามาใช้บริการในหน่วยงานผู้ป่วยนอกสังกัดกรมสุขภาพจิตทั้งสิ้น 165,788 ราย และข้อมูลล่าสุดตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 - มีนาคม 2564 มีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นอีก 41,780 ราย ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตหากได้รับการดูแลติดตามอาการต่อเนื่องที่บ้าน เช่น เฝ้าระวังการรับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ปรับหรือหยุดยาเอง แก้อาการเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาอย่างทันเวลา ทำให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตมีระยะเวลาในการรักษาตัวสั้น และไม่เรื้อรัง ในทางตรงกันข้ามหากไม่ได้รับการดูแลเฝ้าติดตามอาการที่มีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดอาการกำเริบ ป่วยซ้ำ ๆ กลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด ต้องพึ่งยาตลอดชีวิตเช่นเดียวกับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังทั่วไป

การเกิดอาการกำเริบ ป่วยซ้ำ ๆ สามารถเกิดขึ้นได้ในผู้มีปัญหาสุขภาพจิตทุกราย โดยมีสาเหตุมาจากการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ ปรับยาหยุดยาเอง เพราะกลัวหรือรับประทานยาแล้วมีผลข้างเคียงมาก กลัวจะติดยา และคิดว่าตัวเองหายแล้วไม่จำเป็นต้องรับประทานยาต่อ (Lortrakul & Sukanich, 2009) การรับประทานที่ไม่สม่ำเสมอ เป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นได้ในผู้มีปัญหาสุขภาพจิต (Novick et al., 2010) การศึกษาของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีปัญหาเรื่องการรับประทานที่ไม่สม่ำเสมอ การขาดยา และไม่มาตรวจติดตามอาการตามนัด ถึงร้อยละ 56 (Phongam, Aungaroach, & Sukrakul, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bressington, Mui, & Gray (2013)

พบว่าในผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการจากพยาบาลจิตเวชชุมชนในประเทศฮ่องกง ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยา และสอดคล้องกับสถิติจากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์จิตเวชโรงพยาบาลเปาโลพลโยธิน ในปี 2562 พบว่าอัตราผู้ป่วยขาดยา ปรับยาเอง ร้อยละ 22 ได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยา ร้อยละ 20 อัตราการมาตรวจตามนัดเฉลี่ยต่อเดือน ร้อยละ 70 (Paolo hospital, 2020) สถิติเหล่านี้บ่งชี้ถึงปัญหาสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวหากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลต่อการรักษาที่ยาวนาน ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจะมีภาวะพึ่งพิงสูง ความสามารถในการดูแลตนเอง การเป็นภาระของครอบครัว และประเทศชาติในที่สุด

จากสภาพปัญหาดังกล่าวที่ท้าทายพยาบาลจิตเวชในการช่วยเหลือกำกับติดตามผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ที่ผ่านมามีการนัดพบผู้ป่วยและญาติเมื่อมารับบริการตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังไม่มีการติดตามอาการต่อเนื่องที่บ้าน อีกทั้งในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส การออกไปเยี่ยมติดตามอาการที่บ้าน และการนัดติดตามอาการที่โรงพยาบาลอาจไม่เป็นผลดีเพราะผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับเชื้อเมื่อมารับบริการในโรงพยาบาลอีกด้วย ดังนั้นจึงควรพัฒนาทางการติดตามอาการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตโดยคำนึงความครอบคลุมความต้องการของผู้รับบริการ ถูกต้องตามมาตรฐานเหมาะสมกับโรคและสถานการณ์ในปัจจุบัน การติดตามอาการทางโทรศัพท์เป็นรูปแบบหนึ่งในการติดตามอาการการรับประทานยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา อีกทั้งยังสามารถให้คำแนะนำสนับสนุนให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตมีการดูแลตนเอง ส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดีอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินสุขภาพจิตของผู้ป่วย ทบทวนแผนการรักษา การนัดหมายครั้งต่อไป และให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตอีกด้วย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการติดตามทางโทรศัพท์ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น (Purivatanakul, Tipmongkol, & Wongleang, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Prasartkaew, Terahongkum, & Maneesriwongkul (2012) พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงขึ้น และการศึกษาของ Exbrayat et al. (2017) พบว่า การติดตามอาการทางโทรศัพท์อย่างทันท่วงทีภายใน 7 วันหลังจากการรักษาแบบผู้ป่วยนอกช่วยลดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมติดตามอาการทางโทรศัพท์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่จะเป็นแนวทางในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของแผนกศูนย์จิตเวช let's talk โรงพยาบาลเปาโลพหลโยธินต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมติดตามอาการทางโทรศัพท์
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมติดตามอาการทางโทรศัพท์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาจากการนำรูปแบบการกำกับตนเอง (Kanfer & Gaelick, 1991; Duangjai, 2013) โดยแนวคิดการจัดการด้วยตนเองเป็นแนวคิดที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลในทุกกระบวนการ โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ ต้องเกิดจากกระบวนการตัดสินใจ ประเมินผลผลเสียของการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ด้วยตนเอง มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง เพราะเมื่อประเมินและตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้น ๆ มีคุณค่างก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดำรงชีวิตอย่างต่อเนื่อง การนำรูปแบบกระบวนการกำกับตนเองมาใช้กับผู้ป่วยปัญหาสุขภาพจิตจะทำให้เขาตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานสม่ำเสมอ ลดความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนของการรับประทานยา ลดการกลับเป็นซ้ำหรืออาการกำเริบ อันจะส่งผลดีต่อระดับภาวะซึมเศร้า ระดับภาวะวิตกกังวล ทำให้ระยะเวลาในการรักษาสั้นลง จิตใจกลับมาสู่สภาวะสมดุลและใช้ชีวิตได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ดีขึ้นทั้งยังเป็นการลดภาระของครอบครัวอีกด้วย โปรแกรมติดตาม

อาการทางโทรศัพท์มี 3 ขั้นตอนดังนี้ 1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) เป็นการสังเกต ติดตามและบันทึกพฤติกรรมตนเองอย่างเป็นระบบ ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจะมีการบันทึกพฤติกรรมการรับประทานยาของตน การนับเม็ดยา และลงบันทึกการสำรวจอารมณ์ในทุกวัน 2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เป็นการประเมินตนเองเพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมของตนเองนั้นตรงกับเกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้โดยนำข้อมูลจากการบันทึกติดตามมาเปรียบเทียบเพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจ ปรับเปลี่ยน หรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นไว้ 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) เป็นการเสริมแรงให้กับตนเอง เมื่อตนเองสามารถปฏิบัติได้สำเร็จเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่วางไว้ เช่น สามารถรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือไม่ขาดยาเลย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบ One group pretest-posttest design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่ที่มีปัญหาสุขภาพจิต มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกศูนย์จิตเวช (Let's talk) โรงพยาบาลเปาโล พหลโยธิน กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนตุลาคม - มีนาคม 2564 มีประชากรทั้งสิ้น 85 คน

กลุ่มตัวอย่างได้มาจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ คือ เป็นผู้รับบริการรายใหม่ที่ไม่เคยเข้ารับการรักษอาการทางจิตที่ใดมาก่อน ระดับคะแนนอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล ระหว่าง 11-21 คะแนนจากการประเมินด้วย Thai HADS (Nilchaikovit, Lortrakul & Phisansuthideth, 1996) มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกศูนย์จิตเวชโรงพยาบาลเปาโล พหลโยธิน ระหว่างเดือนตุลาคม - มีนาคม 2564 ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงการกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสมกับการวิจัยเชิงทดลองแบบ One Group Pretest-Posttest Design การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ประชากรหลักร้อยละ 25 (Ekakul, 2006) และเพื่อป้องกัน

การสูญหายระหว่างการติดตามทางโทรศัพท์ ร้อยละ 20 จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 54 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค

2. แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Morisky Medication Adherence Scale: MMAS 8-item) (Morisky, Ang, Krousel-Wood, & Ward, 2008) มีข้อคำถาม 8 ข้อ คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ระหว่าง 0 ถึง 8 คะแนน โดยข้อที่ 1 ถึง 4 และ 6 ถึง 7 หากตอบข้อคำถามว่าใช่ ให้ 0 คะแนน หากตอบว่าไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน ข้อที่ 5 หากตอบข้อคำถามว่าใช่ให้ 1 คะแนน หากตอบว่าไม่ใช่ให้ 0 คะแนน และในข้อคำถามที่ 8 ให้คะแนนข้อคำตอบที่มีจำนวน 5 ข้อตั้งแต่ 0 ถึง 1 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมสูงกว่า หมายถึง มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่า และแบ่งระดับดังนี้ คะแนน > 6 = ระดับต่ำ คะแนน ตั้งแต่ 6 - 8 = ระดับกลาง และคะแนนเท่ากับ 8 = ระดับสูง การศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำแบบสอบถามวัดความร่วมมือในการรับประทานยา 8 ข้อ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .75 (Puengdokmai, Charoenkitkan, Pinyopasakul, Sriprasong, & Dumavibhal, 2016) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78

3. แบบสอบถามอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล (Thai HADS) (Nilchaikovit, 1996) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ โดยคำถามจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ข้อที่เป็นคำถามถึงอาการวิตกกังวลมี 7 ข้อ (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) รวมกัน และข้อคู่เป็นคำถามถึงอาการซึมเศร้า มี 7 ข้อ (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) รวมกัน ผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมของกลุ่มอาการใดเกินกว่า 11 คะแนน แสดงว่าอาจมีความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มอาการนั้นโดยการแปลผลคะแนนดังนี้ คะแนน 0-7 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติทางจิต คะแนน 8-10 หมายถึง ก้ำกึ่ง คะแนน 11-21 หมายถึง มีความผิดปกติทางจิต ค่าความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค สำหรับอาการวิตกกังวลเท่ากับ .85 และ

อาการซึมเศร้าเท่ากับ .82 การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82, .75 ตามลำดับ

4. โปรแกรมติดตามอาการทางโทรศัพท์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตพัฒนามาจากรูปแบบกระบวนการกำกับตนเอง (Kanfer & Gaelick, 1991; Duangjai, 2013) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1) ระยะการประเมินและเตรียมความพร้อม โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาของแพทย์ และแนวทางการติดตามอาการทางโทรศัพท์

ระยะที่ 2) ระยะการจัดการด้วยตนเอง ประกอบด้วยการโทรติดตามอาการ 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 (ภายใน 1-3 วันหลังพบแพทย์) การค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเครียด พยาบาลโทรศัพท์สอบถามอาการทางจิต/ความวิตกกังวลสาเหตุต่าง ๆ การรับประทานยาสม่ำเสมอ ความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการได้รับยา และช่วยผู้ป่วยค้นหาแนวทางแก้ไข โดยเปิดโอกาสให้พูดระบายความรู้สึก ประเมินปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดความเครียด/การจัดการความเครียด ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ประเมินปัญหาอุปสรรคในการรับประทานยา และให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา

ครั้งที่ 2 (ภายใน 7-14 วัน หลังพบแพทย์) การค้นหาปัจจัยปกป้อง พยาบาลโทรศัพท์สอบถามอาการทั่วไป/ความวิตกกังวล ค้นหาสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อสถานการณ์ที่สร้างความเครียดนั้นได้ ทบทวนวิธีการใช้ยา/นยาที่เหลือ สอบถามภาวะแทรกซ้อนจากใช้ยาที่ยังคงอยู่และช่วยค้นหาแนวแก้ไขเพิ่มเติม (รายงานแพทย์กรณีที่ต้องปรับเปลี่ยนยา) โดยเปิดโอกาสให้พูดระบายความรู้สึก ทบทวน/ปรับแนวทางการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อความเครียด และติดตามผลข้างเคียงจากการใช้ยา

ครั้งที่ 3 (1 วันก่อนนัด) การเตือนนัดหมาย พยาบาลโทรสอบถามอาการทางทั่วไป/ความวิตกกังวล ปัญหาอุปสรรคในการรับประทานยา ทบทวนวันนัดหมายพบแพทย์ แจ้งสิ้นสุดการโทรติดตามอาการ

ระยะที่ 3) ระยะติดตามผลประเมินผลโปรแกรม
ทั้งนี้ในการเข้าร่วมโปรแกรมติดตามอาการทางโทรศัพท์จะ
ใช้ระยะเวลาภายใน 4 สัปดาห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการเห็นชอบของคณะ
กรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เครือโรงพยาบาล
พญาไท-เปาโล ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล
พร้อมกับแบบสอบถาม และใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยเสนอต่อ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเปาโลพหลโยธิน เพื่อชี้แจง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย
เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมี
ขั้นตอนดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
ตามเกณฑ์ที่กำหนดและทำการเลือกแบบสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้
ได้กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวม
ข้อมูลผู้มีปัญหาลำไส้สุขภาพจิตตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป
แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และ
แบบสอบถามภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า หลังจากนั้น
ผู้วิจัยชี้แจงการเข้าร่วมโปรแกรมติดตามอาการทางโทรศัพท์
ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้มีปัญหาลำไส้
สุขภาพจิตและนัดหมายวันเวลาเพื่อการโทรติดตามอาการ
ตามแผนการวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง แบ่งออกเป็น 3 ครั้ง
คือ ครั้งที่ 1 - 3 วันภายหลังได้รับยาได้ด้านเศร้า ครั้งที่ 2
ภายใน 1 สัปดาห์หลังครั้งที่แรก ครั้งที่ 3 ภายใน 2 สัปดาห์
ภายหลังครั้งที่ 2

3. ระยะหลังการทดลอง ผู้วิจัยพบผู้มีปัญหาลำไส้
สุขภาพจิตที่โรงพยาบาลในวันที่ผู้ป่วยมารับการตรวจ
ตามนัด ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการให้ผู้ป่วย
ทำแบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
และแบบสอบถามภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า หลังจากนั้น
ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้มีปัญหาลำไส้สุขภาพจิตที่เข้าร่วม
การวิจัยครั้งนี้และแจ้งสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการโทร

ติดตามอาการ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย ได้แก่
วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลา
การวิจัย สิทธิประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ กลุ่ม
ตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้ก่อนที่การดำเนินการ
วิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและการกระทำดังกล่าว
ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งตลอดระยะเวลา
ดำเนินการวิจัยไม่มีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการวิจัย
ข้อมูลต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ ผลการวิจัย
จะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล
ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ
พรรณนา ได้แก่ วิธีการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความ
สม่ำเสมอในการรับประทานยา ระดับคะแนนภาวะวิตก
กังวล และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง
และหลังการทดลองที่ได้รับโปรแกรมติดตามอาการทาง
โทรศัพท์โดยใช้สถิติ t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

1. ผู้มีปัญหาลำไส้สุขภาพจิตกลุ่มทดลอง จำนวน 54 คน
เพศชาย 19 ราย (ร้อยละ 35.20) เพศหญิง 35 ราย
(ร้อยละ 64.80) อายุระหว่าง 12-21 ปี 4 ราย (ร้อยละ
7.40) อายุ 22-40 ปี 45 ราย (ร้อยละ 83.30) อายุ
41-59 ปี 5 ราย (ร้อยละ 9.30) และผู้มีปัญหาลำไส้สุขภาพจิต
ได้รับการวินิจฉัยโรค Adjustment Disorder 25 ราย
(ร้อยละ 46.30) Depressive Episode 13 ราย (ร้อยละ
24.07) Anxiety Disorder 9 ราย (ร้อยละ 16.70) Dysthymia
4 ราย (ร้อยละ 7.40) และ Panic 3 ราย (ร้อยละ 5.50)
ตามลำดับดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่ในกลุ่มทดลอง (n = 54)

ข้อมูลส่วนบุคคล		กลุ่มทดลอง (n = 54)	
		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	19	35.20
	หญิง	35	64.80
อายุ	12-21 ปี	4	7.40
	22-40 ปี	45	83.30
	40-59 ปี	5	9.30
	60 ปีขึ้นไป	0	0
การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)	Adjustment Disorder	25	46.30
	Depressive Episode	13	16.70
	Anxiety Disorder	9	24.10
	Dysthymia	4	7.40
	Panic	3	5.50

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาภาพรวม ระยะก่อนการทดลองเป็น ($\bar{X} = 3.56$, $SD = 2.00$) และระยะหลังการทดลองเป็น ($\bar{X} = 5.65$, $SD = 2.02$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้มีปัญหาลักษณะจิตพบวาระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้มีปัญหาลักษณะจิตในกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง

	Min	Max	Mean	SD	t	df	P-value
ก่อนเข้าโปรแกรม	0.0	8	3.56	2.00	7.79	53	.00
หลังเข้าโปรแกรม	1	8	5.65	2.02			

3. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลในภาพรวม ระยะก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 12.94$, $SD = 2.90$) และระยะหลังการทดลองเป็น ($\bar{X} = 7.98$, $SD = 3.03$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลในภาพรวมของผู้มีปัญหาลักษณะจิตพบวาระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลในภาพรวมลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนภาวะวิตกกังวล ของผู้มีปัญหาลักษณะจิตในกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง

	Min	Max	Mean	SD	t	df	P-value
ก่อนเข้าโปรแกรม	8	19	12.94	2.90	8.70	106	.00
หลังเข้าโปรแกรม	3	18	7.98	3.03			

4. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในภาพรวม ระยะก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 10.54, SD = 4.76$) และระยะหลังการทดลองเป็น ($\bar{X} = 6.94, SD = 4.32$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในภาพรวม

ของผู้มีปัญหาลำไส้พบวาระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในภาพรวมลดลง ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ของผู้มีปัญหาลำไส้ในกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง

	Min	Max	Mean	SD	t	df	P-value
ก่อนเข้าโปรแกรม	2.0	21	10.54	4.76	4.11	105	.00
หลังเข้าโปรแกรม	1	18	6.94	4.32			

การอภิปรายผล

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่า โปรแกรมการติดตามอาการทางโทรศัพท์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้มีปัญหาลำไส้เป็นการใช้รูปแบบการกำกับตนเองในการรับประทานยา โดยมีพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญในการสื่อสารกับผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก คงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ให้สุขภาพจิตดีขึ้น เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการรักษา ยอมรับการเจ็บป่วยของตน และตระหนักถึงประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ สอดคล้องกับการวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช 140 ราย พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการติดตามอาการทางโทรศัพท์รายสัปดาห์ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ และอาการทางจิตของผู้ป่วยลดลงอีกด้วย (Beebe, Smith & Phillips, 2016) การโทรติดตามอาการอย่างทันทั่วทั้งเป็นการเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิตเวช อันเป็นสาเหตุหนึ่งของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือหยุดใช้ยาเอง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบของโรคได้ เมื่อพยาบาลค้นหาภาวะแทรกซ้อนนั้นได้ก่อนย่อมส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และการฟื้นฟูของอาการทางจิตอีกด้วย

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในภาพรวมลดลงกว่าก่อนการทดลอง อาจอธิบายผลการวิจัยได้ดังนี้ การที่พยาบาลโทรศัพท์สอบถาม

อาการทางจิต/ความวิตกกังวลสาเหตุต่าง ๆ เป็นการช่วยผู้ป่วยค้นหาแนวทางแก้ไขเป็นการค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยขาดยา ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึก ความวิตกกังวล ความกลัวการติดยา ความกลัวผลข้างเคียงจากการรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยรู้เท่าทันสาเหตุของปัญหานั้น สามารถสังเกตและบอกผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ซึ่งปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลต่อภาวะเครียดแตกต่างกันไปตามผลการประเมินสิ่งเร้าที่มีความหมายหรือความสำคัญต่อตนเองมากน้อยเพียงใดโดยบุคคลจะสามารถสังเกต และบอกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสม รับประทานยาสม่ำเสมอไม่ขาดยา อีกผู้ป่วยยังสามารถพูดคุยปรึกษาปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลกับพยาบาล จึงความสามารถจัดการกับปัญหาอุปสรรคในชีวิตขณะนั้นได้ และกลับคืนสู่ภาวะสมดุลอีกครั้งทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Stuart & Sundeen, 2009) นอกจากนี้พยาบาลโทรทบทวนวิธีการใช้ยา/นบยาที่เหลือ สอบถามภาวะแทรกซ้อนจากใช้ยาที่ยังคงอยู่และช่วยค้นหาแนวทางแก้ไขเพิ่มเติม ทำให้ผู้ป่วยนั้นได้ทบทวนตนเองตลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการรับประทาน และได้รับการช่วยเหลือหากได้มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เกิดขึ้น จึงทำให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานดีขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังได้รับเข้าร่วมโปรแกรมดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ภายใน 4 สัปดาห์ พบว่ามีพฤติกรรมการใช้ยาสม่ำเสมอตามเกณฑ์การรักษา (Phongam et al., 2019) นอกจากนี้พยาบาลได้สอบถามอาการทั่วไป/ความวิตกกังวล ค้นหา

สิ่งสนับสนุนการหายป่วยของผู้ป่วยทั้งภายในตัวผู้ป่วย เช่น มีความหวังต่ออนาคต เชื่อในความสามารถตนเอง มีมุมมองที่มองตนเองอย่างมีคุณค่า กล้าแสดงความคิดเห็นและขอความช่วยเหลือ และภายนอกตัวผู้ป่วย เช่น การมีสัมพันธภาพทางบวก การมีสมดุลทั้งเรื่องงาน กิจกรรม รื่นเริงใจ ความสัมพันธ์ และการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวลลดลงได้ (McAllister & McKinnon, 2009) นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคม การมองโลกในแง่ดี ทศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วย ความสามารถของผู้ป่วย และผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต (Buranakunkitkan, Chaisena Dallas, Hengudomsab, & Pratoomsri, 2018) การที่ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีเกิดมุมมองด้านบวกต่อตนเอง เห็นใจ เข้าใจ ยอมรับการเจ็บป่วย และมีขวัญกำลังใจที่จะดูแลตนเองต่อไป ผู้ป่วยเกิดความคาดหวัง เชื่อว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในอนาคต คาดหวัง เชื่อมมั่น มุ่งมั่น ไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ เชื่อมมั่นในความสามารถในการควบคุมตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Scheirer, Weintraub, & Carver, 1986)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย ผลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้ผู้บริหารสามารถใช้กำหนดเป็นแนวทางในการติดตามอาการทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลเปาโลพหุวิทยาเขตต่อไป
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมุ่งเน้นการติดตามอาการทางโทรศัพท์ เพื่อเป็นการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในการรับประทานยา เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา อันจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้
3. ด้านการวิจัย การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการจำแนกผู้ป่วยจิตเวชรายโรคให้ชัดเจน และมีการกำหนดกลุ่มควบคุมเพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่มีความเที่ยงตรงมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ Center of Private Research and Innovation Accelerator: CPRIA ที่สนับสนุนทุนวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์จิตเวช (Let's talk) โรงพยาบาลเปาโลพหุวิทยาเขต ที่ให้ความร่วมมือในเข้าร่วมกิจกรรม และการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

References

- Beebe, L. H., Smith, K., & Phillips, C. (2016). Effect of a telephone intervention upon self-reported medication adherence and self-efficacy in outpatients With schizophrenia spectrum disorders (SSDs). *Issues in mental health nursing*, 37(10), 708-714.
- Bressington, D., Mui, J., & Gray, R. (2013). Factors associated with antipsychotic medication adherence in community-based patients with schizophrenia in Hong Kong: A cross sectional study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(1), 35-46.
- Buranakunkitkan, S., Chaisena-Dallas, J., Hengudomsab, P., & Pratoomsri, W. (2018). Relationships between protective factors and resilience among schizophrenia caregivers. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 28(1), 24-35. [In Thai]
- Duangjai P. (2013). *Effects of self-management promotion program on medication adherence among older adults with chronic kidney disease*. Master of Nursing Science Thesis, Faculty of Nursing, Burapha University. [In Thai]
- Ekakul, T. (2006). *Research methodology in behavioral sciences and social sciences*. Ubon Ratchathani, Wttaya offset printing [In Thai]

- Exbrayat, S., Coudrot, C., Gourdon, X., Gay, A., Sevos, J., Pellet, J., Trombert-Paviot, B., & Massoubre, C. (2017). Effect of telephone follow-up on repeated suicide attempt in patients discharged from an emergency psychiatry department: a controlled study. *BMC psychiatry*, 17(1), 1-6. DOI: 10.1186/s12888-017-1258-6
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-Management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein(Eds), *Self-management methods in helping people changes: A textbook of methods* (4th ed.). (pp 305-360). New York: Pergamon Press.
- Lortrakul M., & Sukanich, P., (2009). Ramathibodi Essential Psychiatry 3th edition. Bangkok: Faculty of medicine Ramathibodi hospital.
- Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure for hypertension control. *Journal of Clinical Hypertension*, 10, 348-354. Retrieved from <https://escholarship.org/uc/item/3m37z2jc>
- McAllister, M., & McKinnon, J. (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: A critical review of the literature. *Nurse education today*, 29(4), 371-379. DOI: 10.1016/j.nedt.2008.10.011
- Nilchaikovit, T. Lortrakul, M., Phisansuthideth, U., (1996). Development of Thai version of hospital anxiety and depression scale in cancer patients. *Journal Psychiatric Association of Thailand*, 41(1), 18-30. [In Thai]
- Novick, D., Haro, J. M., Suarez, D., Perez, V., Dittmann, R. W., & Haddad, P. M. (2010). Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry research*, 176(2-3), 109-113. DOI: 10.1016/j.psychres.2009.05.004
- Prasartkaew, N., Terahongkum, S., & Maneesriwongkul W. (2012). The effect of a home visit and telephone follow-up program on health beliefs and blood pressure in persons with uncontrolled hypertension. *J Public health*, 42(3), 19-31. [In Thai]
- Phongam, R., Aungaucho, Y., & Sukrakul, S. (2019). The effect of therapeutic relationship combined with telephone continuing care program on medical adherence in persons with schizophrenia. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 45(3), 493-508. [In Thai]
- Psychiatric Department monthly report (January). (2020). Bangkok: Paolo hospital.
- Puengdokmai, P., Charoenkitkan V., Pinyopasakul., Sriprasong S., & Dumavibhal C., (2016). Factors influencing medication adherence in hypertensive patients without complications. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 8(1), 16-26. [In Thai]
- Purivatanakul, N., Tipmongkol, V., & Wongleang, K. (2007). Effects of a telephone education program on self-care behavior for rehabilitative fractured femur patients. *Songklanagarind Medical Journal*, 25(1), 19-27. [In Thai]
- Scheier, M. F., Weintraub, J. K., & Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1257-1264.
- Stuart, G. W., & Sundeen, S. J. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing* (9th ed.). St. Louis: Elsevier.