

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้าง
แรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอ
ในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้าง
แรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัคซีนและความต่อเนื่องสม่ำเสมอ
ในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคปอด

.....
นางสาวนุชบา ประสมผล

ผู้วิจัย

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันทนา มณีศรีวงศ์กุล,

D.N.Sc. (Primary care)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์แสงทอง ชีระทองคำ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอื้อมพร มัชฌิมวงศ์

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี,

พ.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้าง
แรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอ
ในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
วันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2553

.....
นางสาวบุษบา ประสมผล
ผู้วิจัย

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญพักตร์ อุทิศ
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์จันทิมา ขนบดี,
D.S.N. (Maternal and Child Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์แสงทอง ชีระทองคำ,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันทนา มณีศรีวงศ์กุล,
D.N.Sc. (Primary care)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอื้อมพร มัชฌิมวงศ์
Ph.D.
รักษาการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน, พ.บ.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงทอง ชีระทองคำ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทิมา ขนบดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ความกรุณา อุทิศเวลา ให้คำแนะนำ ตรวจสอบ ปรับปรุงและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่

ขอกราบขอบพระคุณ แพทย์หญิงคณิดา หิรัญเทพ อาจารย์แพทย์จิตเวช โรงพยาบาลรามาริบดี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์พยาบาลจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของโปรแกรม ที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่าน ที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทความรู้ และชี้แนะแนวทางการเรียนรู้ ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอกราบขอบขอบคุณ สมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คลินิกโรค โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ และโรงพยาบาลขลุง จังหวัดจันทบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และที่สำคัญขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วยโรคปอดทุกท่านที่เสียสละเวลา และให้ความร่วมมือในการให้การศึกษาและเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ ทุกคน โดยเฉพาะคุณศักดิ์รินทร์ หลิมเจริญ ที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจ และเป็นผู้ที่ทำให้ผู้วิจัยมีความอดทน และขอขอบคุณน้องๆหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต รัช 51 ทุกคนที่ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจ

ขอกราบระลึกถึงพระคุณบุพการีผู้ให้กำเนิดและอบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัยเป็นคนมีความเพียรพยายาม ขอขอบพระคุณสมาชิกทุกคนในครอบครัว ที่คอยห่วงใยและให้กำลังใจ อันเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นในการศึกษาตลอดมา จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จ

บุษบา ประสมผล

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด

THE EFFECT OF A COUNSELING PROGRAM USING BRIEF MOTIVATIONAL INTERVIEWING ON KNOWLEDGE ABOUT TUBERCULOSIS AND MEDICATION ADHERENCE AMONG PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

บุษบา ประสมผล 5136680 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วันทนา ภูมิศรีวงศ์กุล, D.N.Sc. (Primary Care),
แสงทอง ชีระทองคำ, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลใน จังหวัดจันทบุรี จำนวน 60 คน ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และใช้วิธีการสุ่มโรงพยาบาลเข้าเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ และโรงพยาบาลขลุง ได้รับบริการตามปกติ และกลุ่มทดลองที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า ได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น และการติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง เก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือ ก่อนทดลอง และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ทันที เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เรื่องวัณโรคและการรักษา และแบบประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Visual Analog Scale : VAS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการรักษาและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่าก่อนการทดลอง ($p < .001$) และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยวัณโรคทุกรายในกลุ่มทดลองมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาร้อยละ 100 ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น และการติดตามทางโทรศัพท์สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรค จึงควรนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดให้มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาจนครบตามแผนการรักษา เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ และสามารถนำไปประยุกต์ ใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

คำสำคัญ: การให้การปรึกษา / การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น / วัณโรคปอด /

ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

THE EFFECT OF A COUNSELING PROGRAM USING BRIEF MOTIVATIONAL INTERVIEWING ON KNOWLEDGE ABOUT TUBERCULOSIS AND MEDICATION ADHERENCE AMONG PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

BUSABA PRASOMPHOL 5136680 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WANTANA MANEESRIWONGKUL, D.N.Sc. (PRIMARY CARE), SANGTHONG TERATHONGKUM, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

This quasi-experimental research was conducted to assess the effect of a counseling program using brief motivational interviewing on knowledge and medication adherence among patients with pulmonary tuberculosis. The subjects were 60 pulmonary tuberculosis patients who attended the tuberculosis clinics at Prapokloa Hospital, Kitchakood Hospital and Klung Hospital in Chantaburi province. The subjects were recruited using purposive sampling, and by hospital setting were randomly assigned into a control group and an experimental group with thirty patients in each group. The control groups at Kitchakood Hospital and Klung Hospital received routine nursing care from nursing staff in the tuberculosis clinic. The experimental group at Prapokloa Hospital received the counseling program using brief motivational interviewing and telephone follow up every week for three times. Data collection was conducted twice, before and immediately after the intervention over a four week period. The collection instruments were questionnaires about demographic data, knowledge about tuberculosis, and medication adherence using a Visual Analog Scale (VAS). The data were analyzed by using statistics regarding frequencies, percentages, means, standard deviations, independent t-tests and paired t-tests.

The results showed that after receiving the counseling the experimental group had significantly higher average post-test scores concerning knowledge about tuberculosis and medication adherence than average pre-test scores ($p < .001$). Furthermore, the average post-test scores of the experimental group were significantly higher than the scores of the control group ($p < .01$). Moreover, all subjects in the experimental group had 100 % medication adherence after participation in this program. As a result, the counseling program using brief motivational interviewing and telephone follow up was successful at enhancing patients' medication adherence. Therefore, this program should be used to promote medication adherence among patients with tuberculosis to enhance the successful cure rate. It might also be applied to promote medication adherence among patients with other chronic illnesses.

KEY WORDS: COUNSELING / BRIEF MOTIVATIONAL INTERVIEWING /
PULMONARY TUBERCULOSIS / MEDICATION ADHERENCE

149 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
ปัญหาในการวิจัย	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
สมมุติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
นิยามตัวแปรและคำศัพท์ที่เกี่ยวข้อง	8
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	10
วัณโรค	11
แนวคิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ	18
การให้การศึกษา	23
ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	33

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	38
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	39
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	39
สถานที่เก็บข้อมูล	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล	44
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	49
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย	49
บทที่ 4 ผลการวิจัย	50
บทที่ 5 การอภิปรายผล	60
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	68
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	71
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	91
รายการอ้างอิง	102
ภาคผนวก	114
ประวัติผู้วิจัย	149

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงชื่อยา ขนาดยาที่ใช้ การออกฤทธิ์ และอาการข้างเคียง	14
2	แสดงการเปรียบเทียบผลดีและผลเสียระหว่างความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา กับความไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา	28
3	เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30)	52
4	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวัน โรคในภาพรวม และรายด้าน และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวันโรคก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 30) และกลุ่มควบคุม (n = 30) โดยใช้สถิติ Independent t-test	57
5	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวัน โรค ทั้งในภาพรวม และรายด้าน และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวันโรค ภายในกลุ่มทดลอง (n = 30) และภายในกลุ่มควบคุม (n = 30) โดยใช้สถิติ Paired t – test	58
6	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวัน โรคในภาพรวมและรายด้าน และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวันโรกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test	59

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ

- 1 กรอบแนวคิดการวิจัย
- 2 วิธีดำเนินการวิจัย

หน้า

6
48



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันวัณโรคเป็นปัญหาสำคัญในวงการสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยพบผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 14.4 ล้านคน (219 ต่อประชากรแสนคน) ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มที่กำลังแพร่เชื้อ ในแต่ละปีมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ประมาณ 9.15 ล้านคน โดยมีอุบัติการณ์ (incidence rate) 139 ต่อประชากรแสนคน และเสียชีวิตปีละประมาณ 1.65 ล้านคน (25 ต่อประชากรแสนคน) (World Health Organization, 2009) องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2545-2563 จะมีผู้ติดเชื้อวัณโรครายใหม่ประมาณ 1,000 ล้านคน ในจำนวนนี้จะมีผู้ที่สามารถแพร่เชื้อวัณโรคสู่ผู้อื่นประมาณ 150 ล้านคน และเสียชีวิตประมาณ 35 ล้านคน (กรมควบคุมโรค สำนักกระบาดวิทยา, 2547) โดยประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 35 ของจำนวนผู้ป่วยทั่วโลก (WHO, 2009)

จากสรุปรายงานเฝ้าระวังวัณโรคในปี พ.ศ. 2548 - 2550 มีอัตราป่วยของวัณโรค เท่ากับ 51.93, 53.37 และ 53.79 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และมีอัตราตายเท่ากับ 0.29, 0.34 และ 0.31 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมา ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ มีอัตราป่วย 60.69, 54.59, 50.85 และ 46.3 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค สำนักกระบาดวิทยา, 2550) ส่วนอัตราอุบัติการณ์ของวัณโรคคือ ยาทั้งรายใหม่และที่กลับเป็นซ้ำ เท่ากับ 36.7 ต่อประชากรแสนคน (WHO, 2009) จากอัตราป่วยที่เพิ่มขึ้น และความยากลำบากในการควบคุมวัณโรค จึงทำให้ประเทศไทยไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของกรมควบคุมโรค ที่กำหนดให้อัตราการรักษาหายขาดของผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับร้อยละ 85 ของผู้ที่ขึ้นทะเบียนรักษาและมีผลเสมหะเป็นบวก (ปราชญ์ บุญขวงส์วิโรจน์, 2551)

วัณโรคปอดส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม โดยผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการเจ็บป่วยเรื้อรัง เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด สภาพร่างกายทรุดโทรม ทำให้ทำงานไม่ได้ (รจนา โฉน สิงหเศรษฐ์, 2550; สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2551) ในรายที่โรคลุกลามไปมาก มีอาเจียนเป็นเลือด และอาจทำให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต (มนูญ ธิเชวงวงศ์, 2542) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ การแยกตัวออกจากสมาชิกในครอบครัวและ

บุคคลอื่น (รุ่งทิพย์ สุจริตธรรม, 2550) ความมีคุณค่าในตนเองลดลง อาจเนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือประกอบอาชีพได้ จึงเป็นภาระของครอบครัว ทำให้สูญเสียบทบาททั้งในครอบครัวและสังคม (จินตนา ทิพทัส, 2543) ส่งผลให้เกิดปัญหามั่นทอนทางด้านจิตใจ และขาดกำลังใจในการรักษา (ชัยเวช นุชประยูร, 2546) ส่วนผลกระทบทางด้านสังคม พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาไม่หาย 1 คน สามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ 10-15 คนต่อปี (มนูญ ลีเชวงวงศ์, 2542) ผู้ป่วยวัณโรคจึงเป็นบุคคลที่ผู้อื่นหลีกเลี่ยงในการเข้าใกล้ (รจนา โฉน สิงหเรศร์, 2550; รุ่งทิพย์ สุจริตธรรม, 2550) ส่งผลให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยวัณโรค ครอบครัว และสมาชิกในชุมชนลดน้อยลง สำหรับผลกระทบด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน อายุ 35-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.82 (กรมควบคุมโรค, 2550) ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของครอบครัวและประเทศชาติ (จินตนา ทิพทัส, 2543) เมื่อเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวขาดรายได้และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยกลุ่มประเทศกำลังพัฒนามีค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงมาก หากครอบครัวใดมีผู้ป่วยวัณโรค 1 คน ต้องสูญเสียรายได้นาน 40-60 วัน และสมาชิกในครอบครัว 1-2 คน ต้องเสียเวลาดูแลผู้ป่วยวัณโรค เมื่อคิดเป็นการสูญเสียรายได้ทางอ้อม ประมาณปีละ 16,800 บาท และประเทศเกิดความสูญเสียมากกว่าปีละ 1,500 ล้านบาท (กรมควบคุมโรค, 2550)

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นร่วมกับการขาดแผนงานวัณโรค และการจัดบริการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงต้องหาวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (รพีพรรณ เกิดหนู, 2548) รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา โดยคำนึงถึงการให้ยาถูกต้องตามชนิด ขนาด และจำนวน ในระยะเวลาที่เพียงพอและมีความต่อเนื่องของการรักษา (พันธัช รัตนสุวรรณ, 2544) โดยใช้ระบบยาระยะสั้นที่มีระยะเวลาแตกต่างกันตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 8 เดือน ซึ่งมีหลายสูตร ได้แก่ 2HRZE(S)/4HR, HRZE/1HRZE/5HRE, และ 2HRZ/4HR (กรมควบคุมโรค, 2549) โดยอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยวัณโรคที่ต้องมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา (drug adherence) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา ที่ให้ได้ผลดี มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล (Altice & Friedland, 1998; Hecht, 1998; Williams, 1999)

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การควบคุมวัณโรคไม่ประสบความสำเร็จ เกิดจากความไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา (จินตนา ทิพทัส, 2543; สยามคม ปรารวันโรดแห่งประเทศไทย, 2540; Division of Tuberculosis Elimination, 1994; Werf, Dade, & Mark, 1990) ซึ่งทำให้เพิ่มระยะเวลาในการรักษา ทำให้เชื้อดื้อยา และเกิดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยามากขึ้น เพิ่มภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การกลับเป็นวัณโรคซ้ำ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น

และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคลดลง ตลอดจนมีอัตราตายสูงขึ้น (วิวรรธ อัครวิเชียร, 2545; Division of Tuberculosis Elimination, 1994; Sevim et al., 2002)

ดังนั้นการส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการ ทั้งนี้บุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องทราบเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยารักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งมี 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านการดูแลรักษา (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ, 2547; Ickovic & Meade, 2002) โดยปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย ลักษณะส่วนบุคคล และลักษณะอาการเจ็บป่วย ลักษณะส่วนบุคคล ที่สำคัญคือ ความรู้เรื่องโรคและการรักษา ซึ่งทำให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา จะมีความสม่ำเสมอในการรักษามากกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีความรู้ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ชนะ นฤมาน, 2540; มยุรี นกยูงทอง, 2542) เช่นเดียวกับการศึกษาของ เกื้อกุล ถนอมกิจ (2543) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือและความสม่ำเสมอในการรักษาวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่หยุดรับประทานยา เนื่องจากรู้สึกว่าการรับประทานยาแล้ว มีความรู้สึกว่าอาการไม่ดีขึ้น แต่ในทางกลับกันผู้ป่วยบางกลุ่มหยุดรับประทานยา เมื่อรู้สึกว่าการดีขึ้นหรือไม่มีอาการของโรค เพราะเข้าใจว่าหายป่วย และไม่ทราบว่าต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (สุรพันธ์ สกุลไทย, 2545: 160; WHO, 2005)

นอกจากความรู้เกี่ยวกับวัณโรคแล้ว ความเชื่อ ทศนคติ แรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จากการศึกษาของ เกื้อกุล ถนอมกิจ (2543) พบว่า ความเชื่อทางด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิลาวรรณ สมทรง (Somsong, 2002) พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่รับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ร้อยละ 93.3 และมีทัศนคติที่ดีต่อขนาดของเม็ดยา ร้อยละ 89.6 และพบว่าผู้ที่รับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมีแรงจูงใจภายในตนมากกว่าผู้ที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Zorrilla et al., 2004) นอกจากนี้ ปรีวรรธ แสงพิทักษ์ (2541) พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคซึ่งครอบครัวยังไม่ให้การสนับสนุนหรือให้การสนับสนุนน้อยมีโอกาสขาดการรักษามากกว่าผู้ที่ครอบครัวยังให้การสนับสนุนตั้งแต่ปานกลางถึงมาก และ บุญเชิด กลัดพ่วง และคณะ (2538) พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ดื่มสุราเป็นประจำมักไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ ลิซล วงศ์อยู่ (Wongyou, 2005) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย

วันโรคปอด เช่นเดียวกับลักษณะอาการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการไม่รุนแรง มักจะรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงถึงชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ไคน์แกส (Kynge, 2000) พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดง มักไม่รู้สึกว่าตนเองต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ระยะเวลาในการรักษาที่นาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้เบื่อหน่าย (Frick et al., 1998; Kastrissios et al., 1998)

สำหรับปัจจัยด้านการดูแลรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ประกอบด้วย ด้านผู้ให้การดูแลรักษา ด้านยา และด้านลักษณะสถานบริการ (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ, 2547; Ickovic & Meade, 2002) โดยผู้ให้การดูแลรักษา ควรมีเวลาเพียงพอ มีทักษะทางคลินิกในด้านต่างๆ ทั้งในด้านการประเมินการรักษา การสื่อสาร และสัมพันธภาพที่ดี จะทำให้ผู้ป่วยวันโรค เกิดความเชื่อถือและไว้วางใจ ก่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา ส่วนด้านการรักษา/ ยา ทั้งในเรื่องระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษา จำนวนเม็ดยา และเม็ดยาที่ต้องรับประทานในแต่ละวัน ประสิทธิภาพของยา อาการข้างเคียง ผลกระทบของการรับประทานยาต่อการดำเนินชีวิต ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษา อาจทำให้ความร่วมมือในการรักษาลดลง และทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ส่วนปัจจัยด้านลักษณะสถานบริการ เช่น ระยะทาง ความสะดวกในการเดินทาง ความสะดวกในการใช้บริการ คลินิกเฉพาะโรค การบริการให้คำปรึกษาในรูปแบบต่างๆ และการแนะนำการใช้ยาจะมีผลต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวันโรค (เกื้อกุล ถนอมกิจ, 2543; รจนานิลน สิงห์เรศร์, 2550; รพีพรรณ เกิดหนู, 2548; Somsong, 2002; Wongyou, 2005)

สำหรับการรักษาผู้ป่วยวันโรคในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขมียุทธศาสตร์สำคัญ ที่ใช้ในการควบคุมวันโรคคือ ระบบการรักษาผู้ป่วยวันโรคภายใต้การสังเกตโดยตรง (Directly Observed Treatment: DOTS) ซึ่งเริ่มนำมาใช้ในแผนงานควบคุมวันโรค เมื่อ พ.ศ. 2539 (กรมควบคุมโรค, 2547) โดยจัดให้มีผู้ดูแลเป็นผู้สังเกต และกำกับการรับประทานยาโดยตรง พบว่าการดำเนินการ DOTS ในผู้ป่วยวันโรครายใหม่ ร้อยละ 85 มีสมาชิกในครอบครัวเป็นพี่เลี้ยงในการดูแลกำกับการรับประทานยา แทนบุคลากรทางการแพทย์ (ประไพ เทียนศาสตร์, 2542) มีอัตราการหายจากโรค ร้อยละ 65.31 (โอกาส การย์กวินพงศ์, 2545) ส่วนการดำเนินการ DOTS โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้นพบว่าประสบความสำเร็จมากกว่า (นรา กิ่งแก้ว, บุรฉัตร สังข์ทอง, วรญา อำนวยผล, เจษฎา จงไพบูลย์พัฒนา และอมรรัตน์ อนุวัฒน์นันทเขตต์, 2550; สมบัติ ชนานุภาพไพศาล, 2551) อย่างไรก็ตามในการดำเนินการ DOTS พบปัญหาการขาดแคลนบุคลากร เนื่องจากเจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบงานวันโรคมีภาระงานรับผิดชอบหลายอย่าง และส่วนใหญ่รับผิดชอบงานเพียงผู้เดียว ทำให้การดำเนินงานตามแนวทาง DOTS ไม่ได้ผลตามเกณฑ์ที่กำหนด (รัฐประกรณ์ พวงเงินมาก,

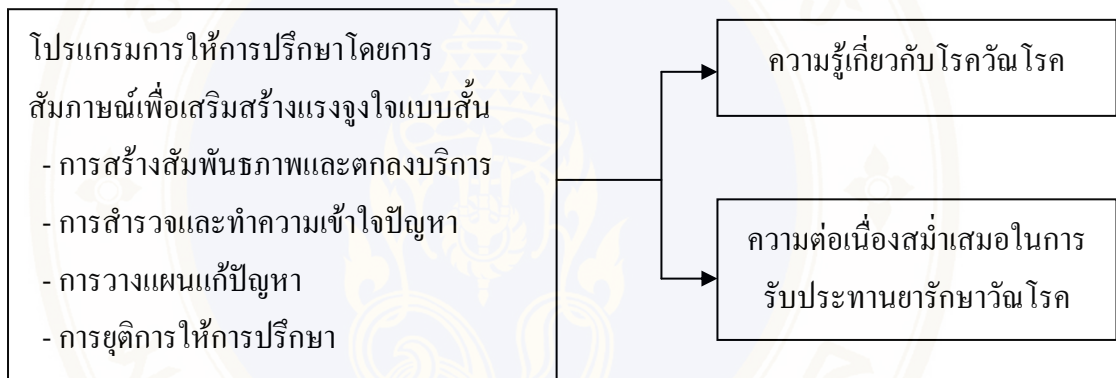
2544; สุวรรณิ ศรีหงส์ทอง, 2543; เอกจิตรา สุขกุล, 2551) นอกจากนี้ผู้ป่วยมีที่อยู่อาศัยห่างไกล มีปัญหาการเดินทาง หรือการจราจรติดขัด (ยุทธิชัย เกษตรเจริญ, 2550) ทำให้ไม่สะดวกในการติดตามเยี่ยมบ้าน และมีค่าใช้จ่ายสูงในการดำเนินงานให้ครอบคลุม ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องศึกษากลยุทธ์ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยวัยโรคปอดตระหนักในการรับประทานยาต่อเนื่อง สม่่าเสมอด้วยตนเอง อาทิ การให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น (Brief intervention) โดยให้การศึกษาตามระยะของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory) ของ โปรชาสกาและไดคลีเมนเต้ (Prochaska & DiClemente, 1984) และติดตามการปฏิบัติโดยการให้การศึกษาผ่านทางโทรศัพท์

จังหวัดจันทบุรีพบ ผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อในปี 2548-2550 มีแนวโน้มลดลง โดยมี อัตราป่วย เท่ากับ 58.07, 56.12 และ 55.42 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ แต่อัตราตายของผู้ป่วย วัณโรคในช่วงปีเดียวกันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราตาย เท่ากับ 5.72, 4.01 และ 7.14 ต่อประชากร แสนคน สำหรับโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในปีงบประมาณ 2548 - 2550 พบว่า อัตราป่วยวัณโรคปอด เท่ากับ 68.66, 52.22 และ 65.11 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และมีผู้ป่วย วัณโรคเสียชีวิต 17, 12 และ 20 ราย ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, 2550) โดย ในช่วงปีดังกล่าว โรงพยาบาลในจังหวัดจันทบุรี ประสบปัญหาผู้ป่วยขาดยานานกว่า 2 เดือน ติดต่อกัน จำนวนทั้งสิ้น 86 คน (34, 20, และ 32 คน ตามลำดับ) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จันทบุรี, 2548-2550) และแม้ว่าโรงพยาบาลจะจัดเจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมบ้าน เพื่อกระตุ้นการ รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่่าเสมอ แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ครอบคลุม เนื่องจากประสบปัญหา ขาดแคลนบุคลากร ในทำนองเดียวกันเมื่อมีการส่งต่อการติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคไปยังเจ้าหน้าที่ สถานีอนามัย แต่ยังไม่สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาคได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, 2550)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ตระหนักถึงความสำคัญ และปัญหาของผู้ป่วย วัณโรคที่ขาดความต่อเนื่องสม่่าเสมอในการรับประทานยา ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดดื้อยา การ แพร่กระจายเชื้อโรคไปยังผู้อื่น และผลกระทบด้านอื่นๆ ทั้งสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ จึงเห็น ความสำคัญของโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ซึ่ง ยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรม การให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและ ความต่อเนื่องสม่่าเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด เพื่อเป็นแนวทางในการ จัดบริการเพื่อส่งเสริมความตระหนักให้ผู้ป่วยวัณโรคปอด เกิดความต่อเนื่องสม่่าเสมอในการ รับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วนตามแผนการรักษา เพื่อรักษาวัณโรคให้หายขาด และ ลดการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคไปสู่ชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้มีอยู่บนพื้นฐานการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น (Brief intervention) ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์แนวทางการให้การปรึกษา (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2546) ผสานกับแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) (Miller & Rollnick, 1991) และการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยวัยโรคเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of Change) ตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory) ของ โปรชาสกาและไดคลีเมนเต้ (Prochaska & DiClemente, 1984) ส่งผลให้ผู้ป่วยวัยโรคมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา (แผนภูมิ 1)



แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวันโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวันโรคปอด

โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่ ระยะเพิกเฉย (Precontemplation) ระยะลังเลใจ (Contemplation) ระยะตัดสินใจ (Determination) ระยะลงมือปฏิบัติ (Action) และระยะคงสภาพ (Maintenance) ซึ่งในแต่ละระยะบุคคลจะมีความคิดและพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาจึงต้องเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย ในแต่ละระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นตามระยะของพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวันโรค

โปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวันโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวันโรคปอด ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ การสำรวจและทำความเข้าใจ

เข้าใจปัญหา การวางแผนแก้ปัญหา และการยุติการให้การปรึกษา โดยในการให้การปรึกษามีการสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาทราบวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษา และเกิดความไว้วางใจ และกล่าวประเด็นปัญหาแก่ผู้ให้การปรึกษา ซึ่งผู้ให้การปรึกษาจะประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงของผู้รับการปรึกษา และให้การปรึกษาที่เหมาะสมกับระยะของการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย รวมทั้งร่วมกันค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาลักษณะการรับประทานยาและวางแผนแก้ไข ปัญหา เพื่อที่นำไปสู่การปฏิบัติที่บ้าน ซึ่งผู้รับการปรึกษาจะได้รับการติดตามให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ และประเมินระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทุกครั้งที่ติดตามผู้รับการปรึกษาทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งเสริมแรงให้ผู้ป่วยมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในการรับประทานยา จนครบตามแผนการรักษา และนัดหมายผู้รับการปรึกษาให้การปรึกษาช่วงสุดท้ายเพื่อยุติโปรแกรมการให้การปรึกษา

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้การปรึกษาถึงในระยะลงมือปฏิบัติเท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุม การให้การปรึกษาในระยะคงสภาพ เนื่องจากผู้วิจัยมีเวลาจำกัดในการศึกษา และการที่ผู้ป่วยจะมีการคงไว้ซึ่งความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวันโรค ต้องใช้ระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป ดังนั้นในขั้นตอนการยุติโปรแกรมการให้การปรึกษา ผู้วิจัยจึงเสริมแรงจิตใจแก่ผู้รับการปรึกษา เพื่อให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาจนครบตามแผนการรักษาของแพทย์

ปัญหาในการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ผู้ป่วยวันโรคมีความรู้เกี่ยวกับวันโรค และมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่
2. ผู้ป่วยวันโรคที่ได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น มีความรู้เกี่ยวกับวันโรค และมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ดีกว่าผู้ป่วยวันโรคที่ให้บริการตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับวันโรค และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวันโรค ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับวันโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ระหว่างผู้ป่วยวันโรคที่ได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น และผู้ป่วยวันโรคที่ได้รับการบริการตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวันโรค และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวันโรค หลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวันโรค และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวันโรคหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น สูงกว่าผู้ป่วยวันโรคที่ได้รับการบริการตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองในผู้ป่วยวันโรคปอด ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวันโรค โรงพยาบาลพระปกเกล้า และโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ และโรงพยาบาลจุฬ จัหวัดจันทบุรี ระหว่างเดือนเมษายน 2553 ถึง กรกฎาคม 2553

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

โปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น จะเป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานติดตามผู้ป่วยวันโรคปอดสำหรับบุคลากรสาธารณสุข เพื่อดูแลป้องกัน ส่งเสริม และสนับสนุนผู้ป่วยวันโรคปอด ให้ผู้ป่วยมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ลดการแพร่กระจายเชื้อวันโรค ลดภาวะแทรกซ้อน และเชื้อคือยารักษาวันโรค

นิยามตัวแปรและคำศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

1. โปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น หมายถึง กิจกรรมการให้การศึกษาที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบ ดัดแปลงมาจากโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ของ องค์กร ประจันเขตต์ (2551) ซึ่งอยู่บนพื้นฐานทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory) ของ โปรชาสกา และ ไดคลีเมนเต้ (Prochaska DiClemente, 1984) และแนวทางการให้การศึกษาของสำนักพัฒนา

สุขภาพจิต (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2546) รวมกับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ มิลเลอร์ และโรลนิก (Miller & Rollnick, 1991) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้การให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น และการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ 2) การสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา 3) การวางแผนแก้ปัญหา 4) การยุติการให้การปรึกษา เพื่อให้การปรึกษา และกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคปอดมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ตามระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) เริ่มจากการให้การปรึกษาครั้งแรกที่พบผู้ป่วยที่คลินิกวันโรค และมีการติดตามให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ จำนวน 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2, และ 3 และในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด จะให้การปรึกษาในขั้นตอนการยุติการให้การปรึกษา ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือให้ผู้ผู้ป่วยมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ร้อยละ 100 หรือมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา หมายถึง การรับประทานยารักษาวันโรคอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา ทั้งชนิดของยา จำนวนครั้ง และจำนวนเม็ดที่ได้รับประทานอย่างต่อเนื่อง โดยสอบถามถึงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ทั้งความถูกต้องของยาที่รับประทานในแต่ละวัน ชนิดของยา และความครบถ้วน ทั้งจำนวนมือและจำนวนเม็ดที่รับประทาน วัดโดยใช้แบบประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2546) ซึ่งเป็นแบบ Visual Analog Scale โดยถามผู้ที่เป็นวันโรค ว่า “ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านกินยาสม่ำเสมอเพียงใด” และให้ผู้ผู้ป่วยขีดบนเส้นตรง ที่มีคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยเริ่มจาก 0 คะแนน (จากจุดเริ่มต้นของเส้นด้านซ้ายสุด) จนถึง 100 คะแนน (ปลายเส้นด้านขวาสุด) คะแนนสูง หมายถึง มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

3. ความรู้เกี่ยวกับวันโรค หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับวันโรคปอด สาเหตุ อาการ การแพร่กระจายโรค การใช้ยารักษาวันโรค ผลข้างเคียงของยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงยา วัดโดยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรควันโรคและการรักษา ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจาก ลิซล วงศ์อยู่ (Wongyou, 2005) จำนวน 19 ข้อ 19 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับวันโรคมก

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้การศึกษา โดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค
 - 1.1 เชื้อวัณโรค และสาเหตุ
 - 1.2 การติดต่อ และการแพร่กระจายของวัณโรค
 - 1.3 พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง
 - 1.4 การวินิจฉัยโรค
 - 1.5 การรักษา และแนวทางการดำเนินการด้วยวิธี DOTS
2. แนวคิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
 - 2.1 ความหมายของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา
 - 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา
 - 2.3 การประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา
3. การให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น
 - 3.1 ความหมาย หลักการ และประเภทการศึกษาโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจ
 - 3.2 องค์ประกอบของการให้การศึกษาแบบสั้น
 - 3.3 หลักการและขั้นตอนของการให้การศึกษาแบบสั้น
 - 3.4 การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
 - 3.5 กลยุทธ์ที่ช่วยให้ผู้รับการศึกษากล่าวประโยคที่แสดงว่ามีแรงจูงใจ
 - 3.6 วิธีการให้การศึกษาทางโทรศัพท์
4. ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
 - 4.1 กระบวนการเปลี่ยนแปลง 10 ประการ
 - 4.2 ความสมดุลของการตัดสินใจ

4.3 ความคาดหวังในความสามารถตนเอง

4.4 ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

1. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

1.1 เชื้อวัณโรค และสาเหตุ

วัณโรค (Tuberculosis: TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium* ที่พบบ่อยที่สุด และเป็นปัญหาในประเทศไทยคือ *Mycobacterium tuberculosis* แบ่งตัวทวีจำนวนได้ดีที่อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ใกล้เคียงกับอุณหภูมิในร่างกายมนุษย์ โดยความร้อนสามารถฆ่าเชื้อวัณโรค แต่ความเย็นในช่องแช่แข็งและความแห้งไม่สามารถฆ่าเชื้อนี้ได้ (ชัยเวช นุชประยูร, 2542: 162) ทั้งนี้การเจริญเติบโตของเชื้อวัณโรคต้องอาศัยออกซิเจน จึงพบวัณโรคปอดมากที่สุด เพราะปอดมีออกซิเจนสูง (ประมวญ สุนากร, 2548) อย่างไรก็ตามเชื้อวัณโรคสามารถทำให้เกิดพยาธิสภาพต่างๆ ได้ทุกระบบของร่างกาย (กระทรวงสาธารณสุข, 2541; ประมวญ สุนากร, 2548)

1.2 การติดต่อ และการแพร่กระจายของวัณโรค

เชื้อวัณโรคอาศัยอยู่ในสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วยวัณโรค เมื่อผู้ป่วยไอ จาม ทำให้เชื้อแพร่กระจายในอากาศ เมื่อบุคคลหายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าไป เชื้อจะเข้าไปสู่ปอดโดยตรง (ชัยเวช นุชประยูร, 2542; ประมวญ สุนากร, 2548) ทำให้เกิดการติดเชื้อ (Mandell, Bennett & Dolin, 1995) โดยพบว่า ร้อยละ 10 ของผู้ที่ติดเชื้อจะป่วยเป็นวัณโรคปอด (สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย, 2540)

1.3 พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง

เมื่อบุคคลหายใจรับเชื้อวัณโรคเข้าสู่ปอด เชื้อจะค่อยๆ เจริญเติบโต โดยการเพิ่มจำนวนและทำลายเนื้อปอด ผู้ป่วยจะมีอาการไอเรื้อรังมากกว่า 2 สัปดาห์ หรือไอเป็นเลือด ร่วมกับอาการอื่นๆ ได้แก่ มีไข้ต่ำๆ ตอนบ่าย มากกว่า 2 สัปดาห์ เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดโดยไม่ทราบสาเหตุ เหนื่อย อ่อนเพลีย และมีเหงื่อออกตอนกลางคืน ในบางรายอาจมีหายใจหอบ เนื่องจากเนื้อปอดส่วนที่ดีเหลือน้อย ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นจะรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ขึ้นกับการติดเชื้อวัณโรคที่รุนแรง ปริมาณเชื้อที่ได้รับ ระยะเวลา และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ถ้าเนื้อปอดอักเสบมาก จะไอมากขึ้น และมีเสมหะสีเหลือง ขาวขุ่น เเขียว มีเลือดหรือหนองปนบางครั้ง มีภาวะเยื่อหุ้มปอดอักเสบ ทำให้มีอาการเจ็บหน้าอกตื้อๆ ขณะหายใจเข้า หรือในบางรายอาจไอออกมาเป็นเลือดสดจำนวนมาก ส่งผลให้ช็อกและตายได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2541; ประมวญ สุนากร, 2548; สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย, 2540; สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2551)

1.4 การวินิจฉัยโรค

การตรวจพบผู้ป่วยวัณโรคปอด อาจพบได้ใน 2 กรณี ได้แก่ กลุ่มที่เป็นวัณโรคในแบบที่ไม่มีอาการ อาจพบในการตรวจร่างกายประจำปี จากการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเข้าเรียนต่อหรือเข้าทำงาน และอีกกลุ่มหนึ่งมีอาการนำมาก่อน (กระทรวงสาธารณสุข, 2541; ประมวลูญ สุนากร, 2548; พิพัฒน์ ลักขมิจรกุล, 2543; สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2551; WHO, 2009) ประกอบด้วย

1.4.1 การซักประวัติ เกี่ยวกับการสัมผัสกับวัณโรคในครอบครัว และอาการไอมีเสมหะเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ มีไข้ น้ำหนักลด ชูบผอมโดยไม่ทราบสาเหตุ ไอมีเลือดปน เหนื่อย อ่อนเพลีย และมีเหงื่อออกตอนกลางคืน

1.4.2 การตรวจร่างกาย พบมีไข้ต่ำๆ ปอดมีเสียงกร๊อบแกรบ (crepitation)

นอกจากนี้การทดสอบทูเบอร์คูลิน (Tuberculin skin test) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่มีประโยชน์ในการวินิจฉัยวัณโรคปอดภูมิ แต่ต้องเป็นผู้ที่ไม่เคยฉีดวัคซีน บี ซี จี และใช้ทดสอบในผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาการไม่ชัดเจน โดยฉีดน้ำยา Tuberculin เข้าใต้ผิวหนัง 0.1 ลูกบาศก์เซนติเมตร แล้วดูปฏิกิริยาของผิวหนังหลังจากฉีดยา 48-72 ชั่วโมง หากผิวหนังมีการนูนแดงขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 10 มิลลิเมตรขึ้นไป ถือว่าการทดสอบให้ผลบวก กล่าวคือ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคสูง อย่างไรก็ตามการทดสอบที่ให้ผลบวก อาจเป็นผลบวกลวง กล่าวคือ ผู้ป่วยเคยได้รับเชื้อวัณโรค แต่ขณะนี้ไม่ติดเชื้อวัณโรค นอกจากนี้อาจได้ผลลบลวง เช่น ภาวะทุพโภชนาการ กล่าวคือ ผู้ที่กำลังเป็นวัณโรค ผลบอกว่าไม่เป็นวัณโรค

1.4.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย

1) การถ่ายภาพรังสีทรวงอก เป็นการตรวจที่มีความเฉพาะเจาะจงต่ำ คือ วินิจฉัยว่าป่วยเป็นวัณโรคจริง แต่มีประสิทธิภาพต่ำ โดยอาจเห็นเงาบนฟิล์มเป็นเนื้องอก มะเร็ง หรือเกิดจากโรคติดเชื้ออื่นๆ การวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดจึงต้องทำร่วมกับการตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคเสมอ

2) การตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรค

2.1) ย้อมสีทึนกรด (AFB stain) และตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ Ziehl Neelsen เป็นวิธีที่ง่าย ได้ผลเร็ว ตรวจติดต่อกัน 3 วัน โดยเก็บเสมหะตอนเช้าหลังตื่นนอนใหม่ และส่งห้องปฏิบัติการภายใน 24 ชั่วโมง หรือเก็บไว้ในตู้เย็น 4 องศาเซลเซียส ไม่เกิน 1 สัปดาห์ แต่เพื่อความสะดวกของผู้ป่วยวัณโรค อาจเก็บเสมหะในวันที่ 2 เป็น 2 ครั้ง คือ ในตอนเช้า และขณะมาตรวจ ถ้าพบเชื้อวัณโรคมากกว่า 10 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จะวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค

2.2) การเพาะเชื้อวัณโรค จากเสมหะหรือสารคัดหลั่งจากอวัยวะส่วนอื่น ใช้เวลา 4 – 8 สัปดาห์ ใช้ในรายที่ตรวจเสมหะโดยการย้อมสีทึนกรด และไม่พบเชื้อเมื่อตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์

แต่ยังสงสัยว่าเป็นวัณโรค จึงตรวจซ้ำ เพื่อยืนยันการวินิจฉัย หรือทำในกรณีสงสัยว่ามีเชื้อวัณโรคคือยา ในผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติการรักษาไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยวัณโรครักษาหายแล้วแต่กลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยวัณโรคที่มีการรักษาล้มเหลว ผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคคือยา หรือมีประวัติวัณโรคคือยาในครอบครัว และผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี

3) การตรวจทางพยาธิ เพื่อตรวจชิ้นเนื้อของอวัยวะต่างๆ เช่น ต่อมไทรอยด์ ไขกระดูก และเยื่อหุ้มปอด

การวินิจฉัยวัณโรคปอดดังกล่าว สามารถแบ่งผู้ป่วยวัณโรคปอดออกเป็น 2 ประเภท (กลุ่มวัณโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2546) ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวก และผู้ป่วยวัณโรคเสมหะลบ โดยผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวก หมายถึง ผู้ที่มีผลการตรวจอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ มีผลตรวจเสมหะโดยวิธีย้อมสีทึบกรด และตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือมีผลตรวจเสมหะโดยวิธีย้อมสีทึบกรด และตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อย 1 ครั้ง และภาพรังสีพบว่าเป็นวัณโรคปอด หรือมีผลตรวจเสมหะโดยวิธีย้อมสีทึบกรด และตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อย 1 ครั้ง และมีผลเพาะเชื้อเป็นบวก 1 ครั้ง ส่วนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะลบ หมายถึง ผู้ที่มีผลตรวจอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ มีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ตรวจเสมหะ 3 ครั้งเป็นลบ ไม่ตอบสนองต่อการให้ยาปฏิชีวนะ และการตัดสินใจของแพทย์ที่ให้การรักษาแบบวัณโรค หรือมีผลตรวจเสมหะโดยวิธีย้อมสีทึบกรด และตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เป็นลบอย่างน้อย 3 ครั้ง แต่มีผลเพาะเชื้อเป็นบวก

1.5 การรักษา และแนวทางการดำเนินการด้วยวิธี DOTS

ปัจจุบันยารักษาวัณโรคมีประสิทธิภาพสูงมาก สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายได้เกือบทั้งหมด หากผู้ป่วยรับประทานยาครบกำหนด ความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จะสามารถป้องกันการล้มเหลว และการเกิดเชื้อวัณโรคคือยา และผู้ป่วยไม่ต้องทุกข์ทรมานจากโรค การรักษาวัณโรคให้หายขาดต้องให้ยาถูกต้องทั้งชนิด จำนวน ขนาด ระยะเวลาที่ให้ยา และความต่อเนื่องของการรักษา ถ้าขนาดต่ำเกินไปเชื้อวัณโรคจะไม่ตาย และก่อให้เกิดเชื้อคือยา ในขณะเดียวกันถ้าขนาดสูงก็อาจเป็นอันตราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2541; สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2551) โดยยารักษาวัณโรคที่ใช้ในปัจจุบันมี 5 ชนิด แต่ละชนิดก่อให้เกิดผลข้างเคียงแก่ผู้ป่วย ตามตาราง 1 (กระทรวงสาธารณสุข, 2541; สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2551; Thompson, McFarland, Hirsch, & Tucker, 1997; WHO, 2009)

ตาราง 1 แสดงชื่อยา ขนาดยาที่ใช้ การออกฤทธิ์ และอาการข้างเคียง

ชื่อยา	ขนาดยาที่ใช้	การออกฤทธิ์	อาการข้างเคียงที่รุนแรง	อาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรง
1. Isoniazid (H)	- 300 mg/day	- ฆ่าเชื้อวัณโรค	- ตับอักเสบ พบได้ร้อยละ 0.5 อาการจะดีขึ้นเมื่อหยุดยา - อาจพบอาการปากแห้ง ปัสสาวะ - กังจากการขาด Pyridoxine - อาจทำให้ชักในผู้ป่วยบางราย (ควรหยุดยาและพบแพทย์)	- ชา - ปวดกล้ามเนื้อ - ปวดหลัง - ผื่นแดงตามตัว
2. Ethambutol (E)	- 15 mg/kg/day	- ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อวัณโรค	- เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็นได้ เช่น ลด Visual Acuity ตามัว มีอาการตาบอดสี อาการเหล่านี้ขึ้นอยู่กับขนาดของยา และพบได้ไม่บ่อย ถ้าใช้ขนาดไม่เกิน 25 mg/day - อาการทางระบบประสาทส่วนกลาง เช่น เห็นภาพหลอน	- อาจพบอาการผื่นแดง - ตัวเหลือง - ชาตามปลายประสาท
3. Pyrazinamide (Z)	- ผู้ที่มีน้ำหนักมากกว่า 50 kg. ให้ 2,000 mg/day - น้ำหนักน้อยกว่า 50 kg. ให้ 1,500 mg/day	- ฆ่าเชื้อวัณโรค	- ตับอักเสบ	- ระดับของกรดยูริกสูง - มีอาการปวดข้อ - อาจพบภาวะภูมิไวเกิน (hypersensitivity) - ไข้ ผื่น - เบื่ออาหาร - คลื่นไส้ อาเจียน - ปัสสาวะขัด
4. Rifampicin (R)	- ผู้ที่มีน้ำหนักมากกว่า 50 kg. ให้ 600 mg/day - น้ำหนักน้อยกว่า 50 kg. ให้ 450 mg/day	- ฆ่าเชื้อวัณโรค	- ตับอักเสบ - อาจทำให้ไตวาย - นอกจากนี้ยังอาจพบอาการหัวใจหอบ - บางครั้งมีอาการช็อค - มีเลือดออกตามผิวหนัง (ต้องหยุดการให้ยาทันที และรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล)	- ผื่นคัน บริเวณใบหน้า หนังศีรษะ - มีอาการคล้ายไข้หวัด เช่น ไข้ ล้น - ปวดเมื่อย และปวดกระดูก - ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย - อาการทางระบบประสาท - ปัสสาวะ อุจจาระ น้ำลาย เสมหะ น้ำตาและเหงื่ออาจมีสีแดงหรือส้มได้

ตาราง 1 แสดงชื่อยา ขนาดยาที่ใช้ การออกฤทธิ์ และอาการข้างเคียง (ต่อ)

ชื่อยา	ขนาดยาที่ใช้	การออกฤทธิ์	อาการข้างเคียงที่รุนแรง	อาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรง
5. Streptomycin (S)	- 15 mg/kg/day	- ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ถึงแม้จะมีน้ำหนักมากกว่า 50 kg. ไม่ควรให้ยาเกิน 0.75 gm/day	- ประสาทหูที่ 8 ถูกทำลาย ซึ่งพบบ่อยในผู้สูงอายุที่ใช้ในขนาดสูง ทำให้มีอาการเสียงดังในหู วิงเวียน และเดินเซ - มีอาการคลื่นไส้ หรือเป็นลมทันที ในผู้ป่วยกลุ่ม Aminoglycoside - มีพิษต่อไต	- ผื่นแดง รอบริมฝีปาก ชา หลังฉีดยา

การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นที่ใช้ในปัจจุบัน มีระยะเวลาแตกต่างกันตั้งแต่ 6 เดือน และ 8 เดือน พบว่า มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด โดยมีวัตถุประสงค์ คือ ป้องกันการตาย หรือความพิการจากวัณโรค ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดการแพร่เชื้อสู่บุคคลอื่น และป้องกันการเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา (กระทรวงสาธารณสุข, 2541; สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2551) ดังนั้น การรักษาวัณโรคจึงประกอบด้วยยาหลายชนิด และระยะเวลาที่เหมาะสม โดยการให้ยาในระยะ 2 เดือนแรกหรือระยะเข้มข้น เป็นการให้ยาที่เน้นการฆ่าเชื้อวัณโรคเกือบทั้งหมด และอีก 4 เดือน ให้ยาที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อวัณโรคที่เหลืออยู่ องค์การอนามัยโรคได้แบ่งระบบยารักษาวัณโรคออกเป็น 4 ระบบ (กระทรวงสาธารณสุข, 2541; กลุ่มงานวัณโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2546; สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2551) ดังนี้

ระบบที่ 1: 2HRZE/4HR ใช้สำหรับรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่มีผลเสมหะเป็นบวก และผู้ป่วยหนักหรือวัณโรคนอกปอด ใน 2 เดือนแรก จะให้ยา 4 ชนิด H, R, Z, E (หรือใช้ S แทน E) ทุกวัน เรียกว่า ระยะเข้มข้น แล้วตรวจสอบผลเมื่อรักษาจนครบเดือนที่ 2 ถ้าผลเสมหะเป็นบวก ให้หยุดยา 2 – 3 วัน และเก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อ และทดสอบความไวของยา และเพิ่มการรักษาออกไปอีก 1 เดือน แล้วเก็บเสมหะส่งตรวจเมื่อรักษาครบ 3 เดือน และผลเสมหะจะเป็นบวกหรือลบก็ตาม ให้ยาระยะต่อเนื่อง 2 ตัว คือ H และ R อีก 4 เดือน และตรวจสอบผลเมื่อครบเดือนที่ 5 และเมื่อครบการรักษา ถ้าผลเสมหะครั้งใดครั้งหนึ่งเป็นบวก แสดงว่า ล้มเหลวต่อการรักษา

ระบบที่ 2: 2HRZES/1HRZE/5HRE ใช้สำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่กลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยที่ขาดการรักษาอย่างน้อย 2 เดือนติดต่อกัน และกลับมารักษาคือ ผู้ป่วยที่รักษาล้มเหลว การให้ยาในระยะ 2 เดือนแรกจะให้ยา 5 ชนิด H, R, Z, E, และ S ทุกวัน เดือนที่ 3 ให้ยา H, R, Z, E อีก 1 เดือน หลังจากนั้นตรวจสอบผลเมื่อครบเดือนที่ 3 ถ้าผลเสมหะเป็นบวกให้หยุดยา 2 – 3 วัน และเก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อและทดสอบความไวของยา และเพิ่มการรักษาออกไปอีก 1 เดือน และตรวจสอบผลเมื่อ

ครบเดือนที่ 4 ถ้าผลเสมหะเป็นบวกอีก ให้เก็บเสมหะส่งทดสอบความไวของยา ให้ยา H, R, E จนครบระยะต่อเนื่อง เมื่อสิ้นสุดการรักษาผลเสมหะเป็นลบ แสดงว่าผู้ป่วยรักษาหายขาด แต่ถ้าผลเสมหะยังเป็นบวกแสดงว่า ผลการรักษาล้มเหลว ต้องขึ้นทะเบียนใหม่เป็นผู้ป่วยประเภทอื่นๆ ที่ต้องรักษาด้วยยาแบบที่ 4

ระบบที่ 3: 2HRZ/4HR ใช้สำหรับรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เสมหะ 3 ครั้งเป็นลบ ภาพรังสีทรวงอกพบเป็นวัณโรค ไม่ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ การตัดสินใจของแพทย์ที่จะรักษาแบบวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดที่ไม่รุนแรง เช่น วัณโรคต่อมน้ำเหลือง ในระยะ 2 เดือนแรกจะให้ยา H, R, และ Z เมื่อรักษาครบ 2 เดือน ตรวจเสมหะ ถ้าผลเป็นลบให้ยาต่อเนื่อง คือ H และ R ต่ออีก 4 เดือน แต่ถ้าผลเสมหะเป็นบวกแสดงว่า ผลการรักษาล้มเหลว ต้องขึ้นทะเบียนรักษาใหม่ด้วยยาแบบที่ 2

ระบบที่ 4: INH หรือ second line drug ใช้สำหรับรักษาผู้ป่วยวัณโรคเรื้อรังที่การรักษาล้มเหลว โดยเฉพาะการล้มเหลวจากระบบที่ 2 ต้องใช้ยาต่อเนื่องกันอย่างน้อย 12 เดือนภายหลังที่ตรวจเสมหะได้ผลลบ (กระทรวงสาธารณสุข, 2541; ศูนย์เอกสารองค์การอนามัยโลก, 2542)

ระบบยาดังกล่าวเป็นระบบยาที่มีประสิทธิภาพที่สุด ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดให้หายได้เกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ โดยผู้ป่วยวัณโรคปอดควรได้รับการรักษาอย่างครบถ้วน และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นผู้ป่วยวัณโรคควรได้รับการรักษาจากสถานบริการแห่งใดแห่งหนึ่งเป็นประจำ ไม่ควรย้ายที่รักษา เพราะอาจได้รับยาไม่ต่อเนื่อง และการเปลี่ยนยาที่ใช้ในการรักษาเป็นสาเหตุที่ทำให้เชื้อวัณโรคคือยาที่ใช้รักษา อย่างไรก็ตามจะมีผู้ป่วยบางรายรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จึงจำเป็นต้องมีแนวทางดำเนินการในการควบคุมกำกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ คือ แนวทางการดำเนินการด้วยระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคภายใต้การสังเกตโดยตรง (directly observed treatment: DOTS)

ประเทศไทยได้นำเทคนิคการรักษาโดยการควบคุมกำกับมาใช้กับผู้ป่วยวัณโรคเป็นครั้งแรก เมื่อ พ.ศ. 2513-2517 ซึ่งเรียกว่า การรักษาวัณโรคโดยการควบคุมการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคอย่างเต็มที่ (fully supervised therapy) ต่อมาใช้คำว่า “DOT” (กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2544; อติภา กมลวัฒน์ นาดยา พันธุ์รอด และเสวต ชำนาญกรม, 2551) หรืออาจเรียกว่าการบริหารยาแบบมีที่เลี้ยง เพื่อดำเนินการควบคุมวัณโรคให้ได้ตามเป้าหมาย ซึ่งองค์การอนามัยโลกสหพันธ์ปราบวัณโรคนานาชาติ และธนาคารโลก ให้คำแนะนำว่าดีที่สุด มีประสิทธิภาพสูงสุด และคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ที่สุด DOTS ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ (จินตนา งามวิทย์พวงศ-ยาโน และคณะ, 2544; นรา กิ่งแก้ว และคณะ, 2551; สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2551; เอกจิตตรา สุขกุล, 2551) ดังนี้

1.5.1 พันธสัญญาจากผู้บริหาร เพื่อสนับสนุนอย่างจริงจัง ทั้งด้านงบประมาณ และนโยบาย เพื่อให้เกิดองค์ประกอบการควบคุมโรคอย่างครบถ้วน

1.5.2 การวินิจฉัยและการประเมินการรักษาวัณโรค โดยการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์

1.5.3 ยารักษาวัณโรค และระบบการสนับสนุนยาที่ดี เพื่อไม่ให้ขาดแคลนยา และไม่ใช่ยาหมดอายุ หรือยาที่ไม่มีคุณภาพ

1.5.4 ระบบการบันทึก เพื่อสามารถติดตามประเมินผลการรักษา

บุคคลที่จะทำหน้าที่เป็นผู้สังเกต หรือพี่เลี้ยงควบคุมการรับประทานยา (DOT observer) ควรเป็นผู้ที่มีความน่าเชื่อถือ (accountability) ซึ่งมีความสำคัญอันดับแรก รองลงมา คือความสะดวกในการเข้าถึงบริการ (accessibility) และการยอมรับของผู้ป่วยวัณโรค (acceptance) โดยพี่เลี้ยงควบคุมการรับประทานยา อาจเป็นเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาล หรือสถานีนอามัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร หรือสมาชิกในครอบครัวซึ่งได้ผ่านการอบรม ที่อยู่ใกล้บ้านผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุด จากการศึกษาการเปรียบเทียบการรับประทานยาเอง (self administered treatment: SAT) กับกลุ่มที่มีพี่เลี้ยงคอยกำกับการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ผลการศึกษาพบว่า อัตราผลสำเร็จในการรักษาในกลุ่มรับประทานยาเองต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้ DOT (ยุทธชัย เกษตรเจริญ, 2551: 75 - 82) อย่างไรก็ตามการให้สมาชิกหรือญาติในครอบครัวผู้ป่วยวัณโรค ทำหน้าที่พี่เลี้ยงควบคุมการรับประทานยาเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง เนื่องจากอาจควบคุมได้ไม่เต็มที่ (กรมควบคุมโรค, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ โอภาส การย์กวินพงศ์ (2545) พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีญาติเป็นพี่เลี้ยงควบคุมการรับประทานยา มีอัตราการรักษาหาย (ร้อยละ 65.31) ต่ำกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงคอยกำกับ (ร้อยละ 74) เช่นเดียวกับจังหวัดจันทบุรี ส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยวัณโรคจะเป็นผู้ที่คอยกำกับการรับประทานยา ผ่านเอกสารซึ่งผู้พยานำไปให้ผู้ที่กำลังรับประทานยาลงชื่อ ว่าได้รับประทานยาพร้อมระยะเวลาที่รับประทานยา อย่างไรก็ตามพบว่า เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด จะมีการลงชื่อกำกับการรับประทานยาเอง เพื่อที่จะนำมาให้เจ้าหน้าที่ และไม่ทราบว่าผู้ป่วยได้รับประทานยาจริงหรือไม่ ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรต้องหาวิธีที่จะทำให้ผู้ป่วยวัณโรคตระหนักในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

วัณโรคปอดเป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อชีวิตและภาวะสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ บั่นทอนทั้งสุขภาพกายและจิตใจ แม้ว่าปัจจุบันการรักษาวัณโรคสามารถรักษาผู้ป่วยให้หายขาดได้ แต่ผู้ป่วยวัณโรคต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ดังนั้นพยาบาลจึงมีหน้าที่ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยวัณโรค และลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่ชุมชน

2. แนวคิดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรค มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการรักษา ทำให้ผลการรักษาดี และมีประสิทธิภาพ บุคลากรสาธารณสุขจึงต้องทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา และวิธีการประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

2.1 ความหมายของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า “ความต่อเนื่องสม่ำเสมอ” (Adherence) ไว้ ดังนี้

Webster’s New Collegiate Dictionary (1997) ให้ความหมาย ความต่อเนื่องสม่ำเสมอ ว่าเป็นพฤติกรรม การกระทำ หรือคุณลักษณะของความสม่ำเสมอ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ให้ความหมาย ความต่อเนื่องสม่ำเสมอ ว่าเป็นพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยที่มีอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการใช้ยาตามคำสั่ง การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรดำเนินชีวิต พฤติกรรมดังกล่าวต้องเกิดจากความตกลงยินยอมร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับแฮน (Haynes, 1997) และ แรนด์ (Rand, 1993) กล่าวว่า เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา การบริโภคอาหาร และ/หรือการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ให้สอดคล้องกับคำแนะนำจากบุคลากรในทีมสุขภาพ

เทลเลอร์ (Taylor, 2003) ให้ความหมาย การรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เป็นการปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สุขภาพ สอดคล้องกับ แมคทินเจอร์ และแบงส์เบิร์ก (Machtinger & Bangsberg, 2005) ให้ความหมาย ความต่อเนื่องสม่ำเสมอ หมายถึง การรับประทานยาหรือการปฏิบัติตามแผนการรักษา

ดังนั้นความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคปอด หมายถึง การรับประทานยารักษาวัณโรคอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา ทั้งชนิดของยา จำนวนครั้ง และจำนวนเม็ดที่ได้รับประทานอย่างต่อเนื่อง

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

ปัจจัยที่เกี่ยวกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านการรักษา (Ickovics & Meade, 2002) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.2.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่

1) ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น โดยจากการศึกษาพบความแตกต่างของความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคคลกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ดังนี้ เพศมี

ความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการรักษาในผู้ป่วยวัณโรค โดยเพศหญิงมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการรักษามากกว่าเพศชาย (เกื้อกุล ถนอมกิจ, 2543; ชนะ นฤมาน, 2540; บุญรัตน์ ปันตา, 2547; สมใจ บำรุงตระกูล, ทิพย์ กลัปศรี และ ยุพิน ทอนทอง, 2539) อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ในหลายการศึกษา (เจนจิรา บุราคร, 2547; รจนาไฉน สิงหเรศร์, 2550; Wongyou, 2005)

อายุ พบว่า ผู้ที่มีอายุมาก และอายุน้อย ให้ความร่วมมือในการรักษา หรือการรับประทานยาต่ำ (Becker, 1990) แต่จากการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า อายุของผู้ป่วยวัณโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการรักษาและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา (เจนจิรา บุราคร, 2547; รจนาไฉน สิงหเรศร์, 2550; Kaona, Tuba, Siziya & Sikaona, 2004; Wongyou, 2005) มีเพียงสองการศึกษาที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา (เกื้อกุล ถนอมกิจ, 2543; บุญรัตน์ ปันตา, 2548)

ระดับการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์กับการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอด (ชนะ นฤมาน, 2540; บุญรัตน์ ปันตา, 2548; Gordillo et al., 1999) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ในความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค (เกื้อกุล ถนอมกิจ, 2543; รจนาไฉน สิงหเรศร์, 2550; Wongyou, 2005) ส่วนอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค (เกื้อกุล ถนอมกิจ, 2543; รจนาไฉน สิงหเรศร์, 2550; Wongyou, 2005) แต่บางการศึกษามีความสัมพันธ์ (สุภาภรณ์ วัฒนาร, 2543; Tulatong, 2004) เช่นเดียวกับ ฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่พบความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา (เจนจิรา บุราคร, 2547; ชนะ นฤมาน, 2540; รจนาไฉน สิงหเรศร์, 2550) แต่มีบางการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีรายได้ต่ำมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต่ำ เนื่องจากที่อยู่ไม่แน่นอน ไม่มีบ้าน รายได้น้อย ขาดหลักประกัน (เกื้อกุล ถนอมกิจ, 2543; Mehta et al., 1997)

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา เป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา เนื่องจากผู้ป่วยอาจหยุดรับประทานยา เมื่อรับประทานยาแล้วรู้สึกไม่ดีขึ้น หรือเมื่อรู้สึกว่าตัวเองดีขึ้น (อรรณพ หิรัญดิษฐ์, 2539) จากการศึกษา พบว่า ความรู้ในด้านการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือและความสม่ำเสมอในการรักษาในผู้ป่วยวัณโรค (เกื้อกุล ถนอมกิจ, 2543; ชนะ นฤมาน, 2540; Chattanapanich, 2005)

นอกจากความรู้แล้ว ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค มีผลต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา โดย เกื้อกุล ถนอมกิจ (2543) และ ชนะ นฤมาน (2540) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ แมคโดเนล และคณะ (McDonnell, et al., 2001) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 62 คน ที่มลรัฐจอร์เจีย ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การคาดหวังในการรักษาของบุคคลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ($r = 0.65, p < 0.001$) การสนับสนุน/ อุปสรรค ($r = 0.44, p < 0.001$) ความตั้งใจ ($r = 0.69, p < 0.001$) และการดูแลตนเอง ($r = -0.42, p < 0.01$) อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม บางการศึกษา พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา และความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยวัณโรค (สมัยพร อาชาล, 2543)

สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความสม่ำเสมอในการรักษา และการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค (เกื้อกุล ถนอมกิจ, 2543; ปิรวรรษ์ แสงพิทักษ์, 2541; หงส์ทอง อัสวชนานนท์, 2537) รวมทั้งความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค (เขาวเรศ คีตง, 2544; รจนาโณ สิงหเศรษฐ์, 2550) อย่างไรก็ตาม บางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์กับความร่วมมือและความสม่ำเสมอในการรักษาวัณโรค และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา (ชนะ นฤมาน, 2540; Wongyou, 2005)

2) ลักษณะอาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรักษา ระยะนาน และมีอาการไม่รุนแรง ส่วนใหญ่ไม่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา เช่นเดียวกับวัณโรคซึ่งต้องใช้เวลานานในการรักษานาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และหมดกำลังใจ ในทางกลับกันรายที่ไม่มีอาการแสดง ผู้ป่วยมักไม่รับประทานยา (Kyngass, 2000) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงอย่างเฉียบพลัน มักมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Frick, et al., 1998; Kastrissios, et al., 1998)

2.2.2 ปัจจัยด้านการดูแลรักษา ประกอบด้วย

1) ปัจจัยด้านผู้ให้การดูแลรักษา โดยสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพกับผู้ป่วยเป็นปัจจัย ที่ช่วยให้เกิดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ความเชื่อใจ ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ มีอิทธิพลต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Wald & Temoshok, 2004)

2) ปัจจัยด้านการรักษา ครอบคลุมตั้งแต่ระยะเวลาในการรักษา วิธีการที่เข้าสู่วางกาย จำนวนยา และมียาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานในแต่ละวัน ประสิทธิภาพของยาในการรักษาและผลข้างเคียง จะมีผลต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา โดยระยะเวลาของการรักษาที่นาน จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสดูการรักษาก่อนครบกำหนด (ดวงจันทร์ รัตนมาลัย, 2540; Cameron, 1996; Taylor & Littlewood, 1998) จากการศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคของ สุนทร โลศิริ (2539) พบว่า การรักษาภายใน 2 เดือนแรก ผู้ป่วยขาดยา คิดเป็นร้อยละ 5.88 ในระยะ 4 เดือนต่อมา พบอัตราการขาดยาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 11.51 เช่นเดียวกับ ไคร์เวอร์ และคณะ (Driver, et al.,

2005) พบว่า ระยะเวลาการรักษาที่นานมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรักษาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรคในนิวยอร์ก

ความยุ่งยากในการรับประทานยา และการที่รับยารักษาวัณโรคหลายชนิด อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสับสน หรือลืมวิธีการรับประทานยา หากผู้ป่วยต้องรับประทานยาจำนวนมาก และหลายครั้งต่อวัน อาจไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (Brammon & Feist, 1997) และพบว่า จำนวนครั้งของการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Menzies et al., 2005) จากการศึกษา พบว่า การรับรู้อาการข้างเคียงของยา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา และความยุ่งยากในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรค (รจนาไฉน สิงห์เรศร์, 2550; Wongyou, 2005)

อาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาวัณโรค ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อาจทำให้ผู้ป่วยวัณโรคต้องหยุดใช้ยา (กระทรวงสาธารณสุข 2541) จากการศึกษาของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และประนอม ศรีสมบูรณ์ (2536) พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา เนื่องจากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

3) ปัจจัยด้านสถานบริการ ที่ตั้งของสถานบริการ ระยะทาง ความสะดวกในการเดินทาง ความสะดวกในการใช้บริการ สิ่งแวดล้อม การให้การปรึกษาในรูปแบบต่างๆ การบริการแนะนำการใช้ยารักษาวัณโรค หรือคลินิกเฉพาะโรค มีอิทธิพลต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา โดยการพัฒนากระบวนการให้เป็นแบบ one stop service และเพิ่มความสะดวกในระบบบริการ จะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษา และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Haynes, 2003) จากการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคต่อระบบบริการในด้านความสะดวกสบายของสถานที่ และระยะเวลาที่รอรับบริการมีความสัมพันธ์กับการขาดยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับ ความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคปอดต่อระบบบริการ ด้านการให้ข้อมูล และด้านการประสานงานมีความสัมพันธ์กับการขาดยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (เจนจิรา บุราคร, 2547)

นอกจากนี้การเดินทางมารับบริการ พบว่า ผู้ป่วยที่มีความสะดวกในการเดินทางจะมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความสะดวกในการเดินทาง (ชนะ นฤมาน, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของ เจนจิรา บุราคร (2547) ที่พบว่าระยะทางและระยะเวลาในการเดินทางสัมพันธ์กับการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด

2.3 การประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

การประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา เป็นสิ่งสำคัญในการรักษาโรค ซึ่งการประเมินต้องใช้หลายวิธี ไม่มีวิธีใดที่มีประสิทธิภาพที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมการประเมินการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ได้แก่

2.3.1 การให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า (Directly Observed Therapy: DOT) เป็นวิธีที่ประเมินว่าผู้ป่วยมีการรับประทานยาจริง วิธีนี้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีเจ้าหน้าที่ดูแลการรับประทานยาได้ทุกมือ เช่น ผู้ป่วยที่ถูกคุมขัง หรืออยู่ในสถานพยาบาล หรือในผู้ป่วยที่มีผู้ดูแล (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547) แต่วิธีนี้มีข้อเสีย คือ ทำให้เสียเวลา และสิ้นเปลือง เพราะถ้าผู้ป่วยต้องรับประทานยาวันละหลายๆ ครั้ง ต้องเดินทางมายังสถานที่รับประทานยา รวมทั้งยังสิ้นเปลืองบุคลากรที่ต้องทำหน้าที่ให้ยา และสังเกตการรับประทานยาของผู้ป่วย หรือออกไปเยี่ยมบ้านในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มารับประทานยา (Gray et al., 2003)

2.3.2 การบอกเล่าจากผู้ป่วย (Self - report) สามารถกระทำได้หลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การถามถึงจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยรับประทาน หรือถามถึงจำนวนยาที่ผู้ป่วยรับประทานขาดไป ข้อดีของวิธีนี้คือ เสียค่าใช้จ่ายน้อย แต่ต้องอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในทีมสุขภาพ ข้อเสียคือ ผลการประเมินที่ได้จากผู้ป่วยนั้นสูงเกินจริง (Sigh et al., 1999)

2.3.3 การใช้ขวดยาลेлектронิกส์ (Electronic devices) Medication Event Monitoring System (MEMS) เพื่อประเมินการรับประทานยาสม่ำเสมอ มีลักษณะเป็นขวดมีฝาปิด และฝังแผ่นคอมพิวเตอร์ (computer chip) ไว้ที่ฝาปิดของขวด เพื่อบันทึก วัน เวลา ของการเปิดและการปิดในแต่ละครั้ง และสามารถบันทึกข้อมูลปริมาณยานำเข้า เวลาในการเปิด การเว้นระยะของการเปิด เป็นต้น ขวดยาลेлектронิกส์จะขาดความถูกต้องแม่นยำที่เกิดจากการวัดการกินยาได้ไม่ต่อเนื่อง ถ้าเปิดฝาชวดมากกว่า 1 ครั้ง ลืมปิดฝาชวด หรือเก็บยามากกว่า 1 ชนิดในขวดเดียวกัน ข้อดีคือ สามารถแสดงรายละเอียดของรูปแบบการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ข้อเสียคือ ราคาแพง หากเก็บยาไว้หลายชนิดในขวดเดียวกัน จะไม่ได้ผล หรือหยิบยาหลายครั้งในเวลาเดียวกัน และไม่สะดวกในการพกพา (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547)

2.3.4 การนับเม็ดยาหรือวัดปริมาณยาที่เหลือ (pill count) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้บ่อย วัดโดยการนับจำนวนเม็ดยาโดยไม่แจ้งให้ทราบล่วงหน้า ซึ่งความสม่ำเสมอในการรับประทานยา วัดจากจำนวนเม็ดยาที่ให้ และจำนวนเม็ดยาที่เหลือ หากจำนวนเม็ดยาเหลือมากกว่าจำนวนที่ควรเป็น แสดงว่ารับประทานยาไม่สม่ำเสมอ โดยการนับเม็ดยามีข้อดี คือ ปฏิบัติงานง่าย ไม่เสียค่าใช้จ่าย และสามารถบอกถึงจำนวนยาที่ใช้จริงทั้งหมด มีความคลาดเคลื่อนน้อย ส่วนข้อจำกัด คือ

อาจได้ข้อมูลไม่ตรงความจริง ถ้ายาหาย ทิ้งยา หรือให้คนอื่นใช้ยา (Brannon & Feist, 1997) และการนับเม็ดยาไม่สามารถทำได้ เมื่อผู้ป่วยลืมเอายามาในวันนัด

2.3.5 การตรวจทางชีววิทยา ปฏิบัติโดยการตรวจปัสสาวะหรือ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2551) อย่างไรก็ตามแม้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การตรวจเสมหะอาจให้ผลบวกได้ ในกรณีที่การรักษาไม่ได้ผล ข้อดีของการตรวจวิธีนี้ คือ เป็นการตรวจโดยตรงจากผู้ป่วย เพื่อช่วยประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และความล้มเหลวในการรักษา ข้อเสีย ราคาแพง และไม่สามารถบอกปริมาณยาที่รับประทานได้ว่าครบตามแผนการรักษา

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การประเมินโดยวิธีการบอกเล่าจากผู้ป่วยผ่านแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Visual Analog Scale: VAS) ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาของ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2546) เนื่องจากเป็นวิธีการประเมินที่สะดวก และประหยัด

การส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยวัณโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยหายจากโรควัณโรค อย่างไรก็ตามการส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จำเป็นต้องมีกลยุทธ์ คือ การให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคเกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

3. การให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น

การให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เป็นการทำให้บุคคลได้มองเห็นปัญหาของตนเองชัดเจนขึ้นทั้งนี้เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาของตนเอง ดังนั้นจึงได้นำวิธีการนี้มาประยุกต์ใช้กับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยามากขึ้น โดยมีหลักการต่าง ๆ ดังนี้

3.1 ความหมาย หลักการ และประเภทการปรึกษาโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจ

การให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) พัฒนาโดย มิลเลอร์ และ โรลนิก (Miller & Rollnick, 1991) เป็นกระบวนการบำบัดทางจิตวิทยา ที่เน้นการสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล บนพื้นฐานของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory: Stage of change) ของโปรชาสกา และไดคลีเมนต์ (Prochaska & DiClemente, 1984) โดยมีแนวคิดที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ล้วนต้องการแรงจูงใจทั้งสิ้น บางอย่างเป็นพฤติกรรมที่ดี แต่ไม่สามารถปฏิบัติ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ซึ่งในบางครั้ง

ไม่ใช่เป็นเพราะขาดความรู้ แต่เป็นเพราะแรงจูงใจมีไม่มากพอ การให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจจะเน้นในการสร้างความตระหนักถึงปัญหา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยให้การปรึกษาแบบมีทิศทาง ซึ่งเน้นผู้รับบริการเป็นหลัก (Client – centered counseling)

หลักการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

การให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีหลักสำคัญอยู่ 5 ประการ เรียกว่า DARES (เท็ดคักดี เดชคง, 2553; ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่, 2549; Miller & Rollnick, 1991) ได้แก่

3.1.1 ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเห็นความขัดแย้งของตนเอง เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Developing discrepancy) กล่าวคือ การช่วยให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักถึงผลที่ตามมา (พฤติกรรมปัญหา) อุปสรรคที่เกิดจากพฤติกรรม และเป้าหมายสำคัญในชีวิต ที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ รวมทั้งทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมปัจจุบันกับเป้าหมายชีวิตที่ต้องการ เช่น พฤติกรรมการรับประทานยาไม่ตรงเวลากับเป้าหมายที่ต้องการมีสุขภาพดี และมีชีวิตยืนยาว สิ่งเหล่านี้จะช่วยเพิ่มแรงจูงใจให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผู้รับการปรึกษาควรเป็นผู้พูดถึงความจำเป็น และความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลง (Self motivational statement: SMS)

3.1.2 หลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้รับการปรึกษา (Avoiding argumentation) เพื่อต้องการเอาชนะผู้รับการปรึกษา ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่มีประโยชน์ ทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความสับสน และถ้าผู้รับการปรึกษายืนยันความคิดของตนเองมากเท่าไร จะเป็นสัญญาณว่า ผู้ให้การปรึกษาควรเปลี่ยนวิธีการให้การปรึกษา

3.1.3 โอนอ่อนตามแรงต้านทาน (Rolling with resistance) โดยใช้การแสดงออกของผู้รับการปรึกษา เพื่อเปลี่ยนมุมมองหรือการรับรู้ของผู้รับการปรึกษา ผลที่สุดผู้รับการปรึกษาจะเกิดความคิดเห็นแตกต่างจากแนวคิดเดิม อาจปฏิบัติโดยวิเคราะห์คำพูดของผู้รับการปรึกษาในแง่มุมใหม่ แต่ไม่บังคับหรือโน้มน้าวให้ผู้รับการปรึกษาเห็นคล้อยตาม และพยายามให้ผู้รับการปรึกษามีส่วนร่วมเสนอแนวคิดในการมองปัญหาใหม่ และแนวทางการแก้ไขปัญหาลเฉพาะที่ต้องการ ทำให้ผู้รับการปรึกษามีอิสระในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาล

3.1.4 แสดงความเข้าใจเห็นอกเห็นใจผู้รับการปรึกษา (Expressing empathy) โดยการฟังอย่างตั้งใจและเข้าใจความรู้สึก รวมทั้งยอมรับผู้รับการปรึกษา ไม่ตัดสินใจ ไม่วิจารณ์ หรือไม่ตำหนิ ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงความวิตกกังวลของผู้รับการปรึกษา ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการที่จะเปลี่ยนแปลง

3.1.5 การส่งเสริมศักยภาพให้ผู้รับการปรึกษา เกิดความเชื่อมั่นใน ความสามารถที่มีอยู่ในตน (Supporting self efficacy) โดยบุคคลที่ถูกบอกถึงปัญหา ตามปกติจะไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง จนกว่าจะรู้ว่าสามารถทำได้สำเร็จ แสดงให้เห็นว่า ความรู้สึกว่าคุณมีศักยภาพ

เป็นสิ่งสำคัญ ที่ทำให้เกิดการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นผู้ให้การศึกษาควรช่วยให้ผู้รับการศึกษามีโอกาสแสดงศักยภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และให้เกียรติผู้รับการศึกษาส่งผลให้ผู้รับการศึกษาค้นพบจากระยะลึกลงไป ซึ่งเป็นระยะหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ประเภทการศึกษาโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจ

การศึกษาโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจ แบ่งออกเป็น 3 แบบ ได้แก่ การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) การให้ความช่วยเหลือแบบสั้น (Brief Intervention) และการบำบัดและปรึกษาระยะสั้น (Brief Counselling Therapy) ส่วนการให้การศึกษาแบบสั้น เป็นการช่วยเหลือแบบการสื่อสารสองทาง เพื่อให้การช่วยเหลือในประเด็นเฉพาะเจาะจง โดยมีเป้าหมายในการสร้างแรงจูงใจ เพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ เหมาะสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยง แต่มีความตระหนักในปัญหา และมีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (เทคศักดิ์ เดชคง, 2553) ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้วิธีการให้การศึกษาแบบสั้น เนื่องจากการให้การศึกษาแบบสั้นใช้เวลาในการให้การศึกษาน้อย 20-30 นาที โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยโรครับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

3.2 องค์ประกอบของการให้การศึกษาแบบสั้น

การให้การศึกษาแบบสั้นมีองค์ประกอบ เรียกว่า FRAMES ซึ่งผสมผสานกันระหว่างการให้ความช่วยเหลือ (Intervention) และการสร้างแรงจูงใจ (Motivational) ประกอบด้วย (เทคศักดิ์ เดชคง, 2553)

3.2.1 Feedback of personal risk เมื่อจะเริ่มดำเนินการให้การศึกษา ผู้ให้การศึกษาควรบอกให้ผู้รับการปรึกษา ทราบถึงความเสี่ยงของปัญหาจากการที่ขาดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาโรค บนพื้นฐานข้อเท็จจริงของลักษณะการรับประทานยาในปัจจุบัน ผลการตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลการตรวจเสมหะที่เป็นผลบวก อาจเกิดจากขาดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาโรค หรือความไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดเชื้อวัณโรคคอตีบ

3.2.2 Responsibility of the patient เน้นถึงความรับผิดชอบของผู้รับการปรึกษาในการเลือกวิธี ทั้งนี้สำคัญหลักว่าการควบคุมตนเองเป็นแรงจูงใจที่สำคัญ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ผู้ให้การศึกษาอาจบอกผู้ป่วยว่า “คงไม่มีใครสามารถเปลี่ยนแปลงคุณได้ หรือทำให้คุณตัดสินใจเปลี่ยนแปลงได้ การที่คุณจะมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ต้องเป็นการตัดสินใจของคุณเอง”

3.2.3 Advice to change โดยผู้ให้การปรึกษาคือต้องแนะนำอย่างชัดเจนถึงวิธีปฏิบัติตนให้มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา หรือในขณะทีพุดแสดงความห่วงใยถึงความไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย

3.2.4 Menu of the ways ผู้ให้การปรึกษาเสนอทางเลือกต่างๆ เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาให้ผู้ป่วย เช่น การเรียนรู้ที่ในการจัดการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ แจกคู่มือแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน พร้อมสมุดบันทึกประจำวันสำหรับบันทึกการรับประทานยา เป็นต้น

3.2.5 Empathetic counseling style ปฏิบัติโดยท่าทีที่อบอุ่น เข้าใจและใช้การสะท้อนคิด (reflection) ซึ่งได้ผลดีกว่าการใช้ท่าทีที่แข็งกร้าว หรือต้อนให้จนมุม

3.2.6 Self – efficacy or optimism of the patient ผู้ให้การปรึกษาควรจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสามารถของตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้มองตนเองในเชิงบวกว่าตนเอง มีความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

นอกจาก FRAMES แล้ว ผู้ให้การปรึกษาควรกำหนดเป้าหมาย (goal setting) การติดตามการรักษา (follow up) และการให้การรักษาในเวลาที่เหมาะสม (timing) ก็เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การให้การปรึกษาแบบสั้นได้ผลดี โดยในการกำหนดเป้าหมาย ผู้ให้การปรึกษาอาจให้ผู้รับการปรึกษาเขียนเป้าหมายของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา และใช้เป็นสัญญาระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา โดยมากผู้รับการปรึกษาจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่วนการติดตามการรักษา ผู้ให้การปรึกษาควรติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้รับการปรึกษาโดยอาจนัดหมายผู้ป่วยมาพบเป็นระยะๆ หรือโทรศัพท์ประเมินพฤติกรรม ซึ่งในการศึกษานี้ได้ผานการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ร่วมด้วย สำหรับการให้การรักษาในเวลาที่เหมาะสม จะให้ผลดีในผู้รับการปรึกษาที่มีความพร้อม และมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ทั้งนี้ผู้รับการปรึกษาอาจไม่พร้อมที่จะปฏิบัติเมื่อเริ่มให้การปรึกษา แต่อาจมีการปรับเปลี่ยนในภายหลัง หากผู้ให้การปรึกษาประเมินความพร้อมและเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับผู้รับการปรึกษา

3.3 หลักการและขั้นตอนของการให้การปรึกษาแบบสั้น

การให้การปรึกษาแบบสั้นสามารถปฏิบัติระหว่างการตรวจรักษาตามปกติ เพื่อช่วยค้นหาและให้คำแนะนำผู้ที่มีปัญหาจากความไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาดังแต่ในระยะแรกโดยใช้เวลา 5-60 นาที/ครั้ง ประมาณ 1-4 ครั้ง ประกอบด้วย การถาม (Ask) และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสม (Advice) การถามควรถามเกี่ยวกับความไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ในการรับประทานยา ได้แก่ จำนวน และความถี่ในความไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา รวมทั้งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว เช่น ความรู้สึกของครอบครัว อาการไม่สบายต่างๆ หลังจากมีความไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา นอกจากนี้ควรถามการรับรู้และความรู้สึกของการไม่รับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อประเมินปัญหาและความคิดของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้รับการปรึกษา

ส่วนการให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสม ควรปฏิบัติด้วยท่าทีที่อบอุ่น เป็นมิตร และเข้าใจผู้ป่วย เริ่มต้นจากการบอกผู้รับการปรึกษาว่า ผู้ให้การปรึกษาเป็นห่วงเรื่องการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อร่างกาย พร้อมวางแผนการปฏิบัติตนร่วมกับผู้รับการปรึกษา โดยให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติ เน้นเรื่องการดูแลสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของผู้รับการปรึกษา รวมทั้งเสนอแนะแนวทางในการควบคุมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหา

สำหรับขั้นตอนการให้การปรึกษาแบบสั้น (เทคส์คัล เดซก, 2553) ประกอบด้วย

3.3.1 การสร้างสัมพันธภาพ ได้แก่ ทักทาย เชื้อเชิญให้นั่ง แนะนำตัว พูดในเรื่องต่างๆ ไป

3.3.2 ประเมินปัญหาและระดับแรงจูงใจ โดยอาจถามความเห็นเกี่ยวกับปัญหาหรือความเสี่ยง พร้อมทั้งความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง เช่น “คุณคิดอย่างไรกับการรับประทานยาของคุณในขณะนี้”

3.3.3 การใช้คำถามเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับผลกระทบของพฤติกรรมเดิม ผลดีของพฤติกรรมใหม่ และเป้าหมายในชีวิต/อนาคต

3.3.4 การใช้คำถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์หรือคนที่รัก เพื่อช่วยสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เช่น “ถ้าคุณรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ภรรยาของคุณจะรู้สึกอย่างไร”

ทั้งนี้การให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ที่สำคัญคือการเปรียบเทียบผลดีและผลเสียระหว่างความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยากับการปฏิบัติแบบไม่สม่ำเสมอ ตาราง 2 โดยผู้ให้การปรึกษาควรชี้ให้เห็นผลดีในระยะยาว และร่วมในการช่วยแก้ปัญหา (problem solving) ของผู้รับการปรึกษา รวมทั้งแก้ไขความเชื่อที่คลาดเคลื่อนไปจากความจริง อาทิ ผู้ป่วยวัณโรคปอดอาจคิดว่าช่วงที่อาการดีขึ้น ไม่มีอาการไอ ไม่ต้องรับประทานยา เพราะไม่มีอาการ เป็นประเด็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุด และเป็นสิ่งที่ต้องแก้ไข เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นปัญหา หรือผู้รับการปรึกษาอาจกล่าวว่า “ใครๆ เขาก็ลืมกินยาทั้งนั้น พอลืมแล้วไม่เห็นเป็นไร” ต้องแก้ไขโดยการบอกข้อมูลว่าผู้รับการปรึกษาที่ไม่ลืมรับประทานยา มักไม่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

ตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบผลดีและผลเสียระหว่างความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา กับความไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

การรับประทานยา	ข้อดี	ข้อเสีย
ต่อเนื่องสม่ำเสมอ	1. ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล 2. ทำงานได้ ไม่เหนื่อย	1. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง 2. เสียเวลามาพบแพทย์
ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ	1. ลดค่าใช้จ่ายเรื่องยา และการเดินทาง 2. ไม่เสียเวลามาพบแพทย์	1. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เชื้อวัณโรคคือยา ทำให้รักษายาก 2. เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และการเดินทางเพิ่มขึ้น 3. สูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ หากป่วยหนัก

3.4 การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Self Motivational Statement: SMS)

การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นสิ่งสำคัญในการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับการปรึกษาคิด พุดปัญหา และความต้องการเปลี่ยนแปลง โดยใช้เทคนิค OARS ได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิด (Open – ended Questioning) การยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนคิด (Reflective listening) และการสรุปความ (Summarization) โดยการใช้คำถามปลายเปิด เป็นการตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเล่าข้อความที่เป็นแรงจูงใจ จากนั้นผู้ให้การปรึกษาจะให้การยืนยันรับรอง ในข้อความที่ดี รวมทั้งการฟังอย่างตั้งใจ และสะท้อนคิด ให้ผู้รับการปรึกษารับทราบในสิ่งที่ตนพูดหรือกำลังคิดอยู่ และเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน จึงสรุปความ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ยืนยันสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึก ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (เทิดศักดิ์ เดชคง, 2553; พิชัย แสงชาญชัย, 2549; ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่, 2549; สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2546; Craig et al., 2005)

ทั้งนี้ ประโยค/ คำพูดที่ผู้รับการปรึกษาจะสื่อสาร/ ปรึกษา แบ่งเป็น 4 ประเภท (เทิดศักดิ์ เดชคง, 2553; พิชัย แสงชาญชัย, 2549; ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่, 2549; สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2546) ดังนี้

3.4.1 ความตระหนักถึงปัญหา (Problem recognition) เป็นการสื่อสารที่แสดงถึงการรับรู้ถึงปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ เช่น “ผมเพิ่งจะรู้ว่าผมมีปัญหา มากกว่าที่คิดไว้” หรือ “ผมเพิ่งจะรู้ว่าการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสำคัญมากจริงๆ”

3.4.2 ความกังวลใจต่อปัญหาที่ตระหนัก (Expression of concern about perceived problem) มักแสดงออกทางท่าทาง เช่น สีหน้า การถอนหายใจ การร้องไห้ กิริยา ท่าทาง หรือคำพูดที่แสดงถึงความวิตกกังวลถึงปัญหาการรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ เช่น “ผมกังวลว่า การรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะทำให้เกิดเชื้อดื้อยา” “ผมกังวลกับมันจริงๆ” หรือ “ผม (ดิฉัน) รู้สึกหมดหวังกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ในตอนนี้”

3.4.3 การแสดงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง (Intention to change) เป็นการสื่อสารที่แสดงถึงความตั้งใจ ที่จะมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา อาจจะแสดงออกในการกระทำในช่วงต้น พูดตรงๆ หรือพูดเป็นนัยถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง เช่น “การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทำให้ผมแข็งแรงขึ้น” “ผมต้องทำอะไรสักอย่าง” หรือ “คนอื่นเขาจัดการกับเรื่องนี้อย่างไร”

3.4.4 การมองโลกในแง่ดีสำหรับการเปลี่ยนแปลง (Optimism for change) เป็นการสื่อสารที่แสดงถึงความสามารถในการที่จะเปลี่ยนแปลงความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา เช่น “ผมมั่นใจว่าผมจะรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ” “ผมตัดสินใจแล้ว และผมมั่นใจว่าผมทำได้” หรือ “ผมจะต้องรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอให้ได้”

ทั้งนี้ในแต่ละประโยคของการเสริมสร้างแรงจูงใจ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นทีละน้อย จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

3.5 กลยุทธ์ที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษากล่าวประโยคที่แสดงว่ามีแรงจูงใจ

ผู้ให้การปรึกษาสามารถใช้กลยุทธ์ต่างๆ กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษากล่าวประโยคที่แสดงถึงการมีแรงจูงใจ (เท็ดสคัลด์ เดชคง, 2553; พิชัย แสงชาญชัย, 2549; ศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชียงใหม่, 2549; สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2546) ดังนี้

3.5.1 การถามเพื่อกระตุ้นเร้า (Evocative question) ให้ผู้รับการปรึกษากล่าวประโยคที่จูงใจตนเอง โดยผู้ให้การปรึกษาใช้คำถามที่กระตุ้นความคิดของผู้รับการปรึกษาตามระยะพฤติกรรม อาทิ

- คำถามที่กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษากล่าวข้อความ ที่แสดงถึงความตระหนักในปัญหา เช่น “อะไรที่คุณคิดว่าการรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นปัญหา” “การรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอมีผลกระทบต่อคุณ และคนรอบข้างอย่างไรบ้าง” “การรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายในชีวิตของคุณอย่างไรบ้าง” หรือ “คนอื่นพูดถึงเรื่องนี้อย่างไรบ้าง”

- คำถามที่กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษากล่าวข้อความ ที่แสดงถึงความกังวลกับปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ เช่น “คุณกังวลในเรื่องการรับประทานยาของตนเองอย่างไรบ้าง” “อะไรที่ทำให้ครอบครัวของคุณเป็นห่วง” หรือ “คุณคิดว่ามันจะเป็นอย่างไร หากคุณยังรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป”

- คำถามที่กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษากล่าวข้อความ ที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ เช่น “อะไรที่ทำให้คุณอยากรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ” “ถ้าคุณรับประทานยาได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ชีวิตคุณจะดีขึ้นเป็นอย่างไรบ้าง” หรือ “อะไรเป็นข้อดีของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ”

- คำถามที่กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษากล่าวข้อความ ที่แสดงถึงทัศนคติที่ดีต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา เช่น “อะไรที่ทำให้คุณคิดว่า คุณจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้สำเร็จ” “อะไรที่ทำให้คุณเชื่อมั่น” หรือ “อะไรที่เป็นตัวช่วย หากคุณคิดจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ”

3.5.2 การตรวจสอบเหตุผลทั้งสองด้าน (Exploring pros and cons) เป็นการเปิดโอกาสให้ตรวจสอบข้อดีของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา และข้อเสียของการไม่รับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทั้งนี้ทำที่ของผู้ให้การปรึกษาต้องไม่มีอคติ หรือชักจูง เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาไตร่ตรองและตัดสินใจด้วยตนเอง

3.5.3 การถามเพื่อให้ได้รายละเอียด (Elaboration) เมื่อผู้รับการปรึกษาพูดประโยคที่แสดงถึงการสนใจตนเองมากขึ้น ผู้ให้การปรึกษาทำหน้าที่ตั้งคำถาม สะท้อนคิด และสรุปทำให้ผู้รับการปรึกษาได้คิด และฟังประโยคของตนเองเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แรงใจจะเพิ่มขึ้น

3.5.4 การจินตนาการสมมติ (Imaging) โดยผู้ให้การปรึกษากลามถึงสิ่งที่คาดว่าเป็นผลกระทบที่จะเกิดขึ้น หากไม่รับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยให้สมมติว่าตนเองอยู่ในสถานะนั้นจะเป็นอย่างไร ส่งผลให้เกิดความกังวลใจ ทำให้เกิดแรงจูงใจ ที่อยากจะเปลี่ยนแปลงแก้ไข

3.5.5 การคาดการณ์ในอนาคต (Looking forward) โดยผู้ให้การปรึกษากลามถึงความคาดหวังในอนาคต อาจถามว่า “อะไรจะดีขึ้น หากรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ” หรือ “สุขภาพจะเปลี่ยนไปอย่างไร หากรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ”

3.5.6 การมองย้อนกลับไปสู่อดีต (Looking back) โดยเปรียบเทียบช่วงอดีตก่อนที่จะรับประทานยากับปัจจุบันที่รับประทานยาว่ามีอะไรแตกต่างกันบ้าง อาจถามว่า “ปัจจุบันสุขภาพของคุณเป็นอย่างไร เมื่อเทียบกับในอดีตก่อนรับประทานยา”

3.5.7 การสำรวจเป้าหมายในชีวิต (Exploring goals) ผู้ให้การปรึกษาอาจถามถึงจุดมุ่งหมายของชีวิต เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดแรงจูงใจ โดยอาจใช้คำถามว่า “อะไรคือสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิต” “อะไรคือเป้าหมายในชีวิต” “อะไรคือสิ่งที่มีค่าที่สุดในชีวิต” หรือ “ความเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคในการบรรลุเป้าหมายอย่างไร”

3.5.8 การขัดเพื่อให้อย่าง (Paradoxical challenge) โดยผู้ให้การปรึกษาใช้เหตุผลด้านจิตใจ ที่ไม่ยอมรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อกระตุ้นผู้รับการปรึกษาได้แย้งหรือกระตุ้นจิตใจด้านที่ยอมรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ เช่น “คุณแล้วยังมีอุปสรรคหลายด้าน คงจะรับประทานยาได้ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ” อย่างไรก็ตามกลยุทธ์การขัดเพื่อให้อย่าง ควรกระทำต่อเมื่อผู้ให้การปรึกษาเห็นว่า หมดหนทางที่จะให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษาแล้ว ไม่ควรนำมาใช้ หากไม่จำเป็น เพราะอาจทำให้ผู้รับการปรึกษาไม่ต้องการที่จะรับการปรึกษา หรือไม่กลับมารักษา ก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน

3.6 วิธีการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการสื่อสารมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว ทำให้การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล ได้รับความสะดวกสบาย ประหยัดเวลาในการเดินทางและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย โทรศัพท์จึงถือเป็นสื่อที่มีประโยชน์อย่างมาก และใช้กันอย่างแพร่หลาย แม้กระทั่งในชนบทห่างไกล โทรศัพท์จึงเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในชีวิตประจำวัน (สุนันทา คำพอ (2540) อ้างใน ชนิดา มณีวรรณ, 2540: หน้า 197) โดยขยายขอบเขตออกไปอย่างกว้างขวาง นอกเหนือจากการติดต่อด้านธุรกิจ (อรนุช คล่องเชิงศรี, 2528) โทรศัพท์ยังถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการบริการทางด้านสาธารณสุข (Elliott & Reimer, 1998; Garland, 1992; Hunter, 2000; McBride & Rimer, 1999; North, Meeusen & Hollinsworth, 1991; Rice, 2000) ส่งผลให้เพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ (พัชริ ลักษณะวงศ์ศรี, 2544; Osterberg, 2006)

ในทำนองเดียวกับการให้บริการทางสาธารณสุข การให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการเรียนรู้ เข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหา และรู้จักหน้าที่ความรับผิดชอบของตน มีความรู้และทักษะในการแก้ปัญหาตัดสินใจอย่างเหมาะสมด้วยตนเอง ช่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยการวางแผนและแก้ปัญหาพร้อมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ทั้งนี้การให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ใช้หลักการเดียวกับการให้บริการให้การปรึกษาแบบเผชิญหน้า แตกต่างกันที่การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ ผู้ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ไม่สามารถสังเกตเห็นท่าทางของผู้รับการปรึกษา สังเกตได้แต่น้ำเสียง และท่วงทีการ

พุดจา ผู้ให้การปรึกษาจึงควรเรียนรู้วิธีการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ดังนี้

3.6.1 ทักษะการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ได้แก่

1) ทักษะการฟัง เป็นขั้นตอนที่สำคัญของการเริ่มต้นให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ ผู้ให้การปรึกษาดึงใช้สมาธิในการฟังเรื่องหรือปัญหาอย่างตั้งใจ เพื่อให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้รับการปรึกษา พร้อมวิเคราะห์ความหมาย จากเนื้อหา น้ำเสียง จังหวะ และความเร็วในการพูดของผู้รับการปรึกษา ในระหว่างการฟังควรมีการตอบรับสั้นๆ ตามบ้าง ไม่ได้แย้ง และไม่แย้งพูด จนกว่าอีกฝ่ายจะขอความเห็น รวมทั้งไม่แสดงความไม่พอใจ หงุดหงิดต่อความคิด หรือคำพูดของผู้รับการปรึกษา ไม่เงียบเป็นเวลานาน เพื่อให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกว่าผู้ให้การปรึกษาสนใจในปัญหาหรือคำพูด

2) ทักษะการพูด เป็นการโต้ตอบระหว่างผู้รับการปรึกษา ในระหว่างสนทนา น้ำเสียงที่ใช้ควรเป็นธรรมชาติ ไม่ดัดเสียงหรือพูดเสียงดัง พูดห้วน ควรพูดแบบเป็นกันเอง ระมัดระวังการใช้คำพูด อย่าใช้คำที่มีความหมายคลุมเครือ ใช้ภาษาง่ายๆ พูดตรงๆ ไม่อ้อมค้อม การใช้ภาษาต้องคำนึงถึงพื้นฐานของผู้รับการปรึกษาด้วย หลีกเลี่ยงการพูดที่เป็นการข่มขู่ เสียดสี แทะใจ เพราะจะทำให้ผู้ฟังไม่ยอมรับฟัง และไม่ยอมเปิดเผยข้อมูล

3.6.2 ขั้นตอนในการติดตามให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ได้แก่

1) ขั้นตอนก่อนการให้บริการ เนื่องจากการให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ก่อนให้บริการจึงควรคำนึงถึงเรื่องมารยาท และศิลปะในการให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ และมีการเตรียมความพร้อมก่อนการให้บริการ

2) การเตรียมความพร้อมก่อนการให้บริการ ผู้ให้การปรึกษาควรมีการเตรียมสุขภาพจิต เพื่อให้สามารถให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ

3) ขั้นตอนระหว่างการให้บริการ ผู้ให้การปรึกษาควรปฏิบัติในขณะที่ให้การปรึกษาโดย ก่อนรับโทรศัพท์ควรสูดลมหายใจลึกๆ ยาวๆ เพื่อเตรียมพร้อมที่จะรับฟังปัญหาของผู้รับการปรึกษา ขณะรับโทรศัพท์ หากรู้สึกเครียด ให้รีบผ่อนคลายกล้ามเนื้อทันที ระหว่างฟังปัญหาควรจดบันทึกย่อด้วย เพื่อจะได้ได้ตอบถูกต้อง ในทางกลับกัน หากผู้ให้การปรึกษามีปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกาย หรือจิตใจ ซึ่งอาจส่งผลต่อการให้การปรึกษา ควรงดการให้บริการบริการ นอกจากนี้ถ้าผู้รับการปรึกษาระบายอารมณ์ ความรู้สึกที่ไม่ดี ผู้ให้การปรึกษาควรรับรู้แต่ไม่ให้อารมณ์ตอบโต้ ควรแสดงความรู้สึกเห็นใจเท่านั้น และในบางเรื่องที่คุณให้การปรึกษาไม่

สามารถตอบ หรือช่วยเหลือ ควรตอบตามตรงว่า “ไม่ทราบ” และห้ามวางสายโทรศัพท์ก่อนเด็ดขาด

4) ขั้นตอนหลังการให้บริการ หลังให้บริการให้การปรึกษาเรียบร้อยแล้ว ผู้ให้การปรึกษาดำเนินการบันทึกข้อมูลการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อประโยชน์ในกรณีที่มีการติดต่อจากผู้รับการปรึกษาทางโทรศัพท์ในโอกาสต่อไป และเพื่อเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.3 ประโยชน์และข้อจำกัดในการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์

การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์มีประโยชน์ต่อผู้รับการปรึกษา ได้แก่ การเชื่อมโยงความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ถึงความต้องการที่แท้จริงกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ ก่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง ยอมรับปัญหา เกิดความรู้ และสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยศักยภาพของตนเอง ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2553) อย่างไรก็ตามการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์มีข้อจำกัดได้แก่ ไม่ได้เห็นสีหน้า ท่าทาง หรือพฤติกรรม ทำให้สังเกตอารมณ์ ความรู้สึก และความ เป็นจริงได้ยาก ผู้ใช้บริการอาจฉวยโอกาสใช้บริการในทางที่ไม่เหมาะสม เช่น ใช้ถ้อยคำหยาบคาย ถู้อโอกาสบ่นความใคร่ เป็นต้น (อินทิรา ปัทมินทร, 2553)

การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยวัณโรค เป็นอีกกลยุทธ์หนึ่ง ที่ผู้ศึกษานำมาผสมผสานกับการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยวัณโรค ผู้ศึกษาเห็นความสำคัญของการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้รับการบริการการปรึกษาที่ต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่ได้คือความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค

การให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น เป็นวิธีการช่วยเหลือในประเด็นเฉพาะเจาะจง โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ และสามารถวางแผนที่จะทำให้เกิดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรค จะดำเนินตั้งแต่ระยะเพิกเฉย เข้าสู่ระยะลงมือปฏิบัติ ระวัง ระวังลงมือปฏิบัติ และสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างครบถ้วน

4. ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory หรือ Stage of change)

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกิดขึ้นจากการทำจิตบำบัด ในโครงการควบคุมบุหรี่และการควบคุมน้ำหนัก ของสาขาจิตวิทยาคลินิกเมื่อปี ค.ศ. 1970 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการ

ช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา อารมณ์ และการปฏิบัติ ต่อมา โปรชาสกา และ ไดคลีเมนเต้ (Prochaska & DiClemente, 1984) ได้ทบทวนแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล วิเคราะห์ และแยกปัจจัยที่เชื่อว่า เป็นส่วนประกอบที่เหมือนกันในวิธีการทำจิตบำบัด ผลการวิเคราะห์ได้ลักษณะร่วม ที่สามารถอธิบายระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่ใช้ตรวจสอบยืนยันในงานวิจัยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงเป็นพื้นฐานของการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่บูรณาการจากโครงสร้างหลักของหลายทฤษฎีและอธิบายว่า วิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีปัญหา หรือวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวก โดยแกนหลักของทฤษฎีนี้ คือ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้ยังมีตัวแปรอื่นที่นำมาใช้ได้แก่ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Process of change) ความสมดุลของการตัดสินใจ (Decisional balance) และความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Self-efficacy)

4.1 กระบวนการเปลี่ยนแปลง 10 ประการ (Process of change)

โปรชาสกา วิเคราะห์งานวิจัยทางจิตบำบัด จำนวน 29 ฉบับ เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การเลิกสูบบุหรี่หรือโคเคน การออกกำลังกาย และการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ พบกระบวนการเปลี่ยนแปลง 10 ประการ ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่ละขั้นตอน อ้างอิง ได้แก่

4.1.1 การปลุกจิตสำนึก (Consciousness raising) เป็นการพยายามแสวงหาข้อมูลใหม่ ทำความเข้าใจ และสะท้อนให้เห็นพฤติกรรมปัญหาของบุคคล ที่มีผลต่อตนเอง และผู้ใกล้ชิด มักใช้ในระยะเพิกเฉย

4.1.2 การระบายความรู้สึก (Dramatic relief) คือ การแสดงออกในรูปของอารมณ์ ความรู้สึกจากประสบการณ์ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการแก้ไขปัญหที่สำคัญของบุคคล

4.1.3 การประเมินตนเอง (Self re-evaluation) เป็นการทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมาในเรื่องความรู้ ความเข้าใจ และผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมต่อตนเองของบุคคล

4.1.4 การประเมินสิ่งแวดล้อม (Environmental re-evaluation) คือ การพิจารณาและประเมินพฤติกรรมปัญหา ที่มีผลทางด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมรอบตัวของบุคคล

4.1.5 การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง (Self liberation) คือ ความเชื่อของบุคคลต่อความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปัญหา และความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง

4.1.6 ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ (Helping relationship) คือ ความไว้วางใจของบุคคลต่อการรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่มีความจริงใจ ระหว่างที่ตนเองกำลังพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4.1.7 การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม (Counter conditioning) คือ การเลือกพฤติกรรมทางสุขภาพที่เป็นประโยชน์ของบุคคล มาปฏิบัติแทนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

4.1.8 การเสริมแรงในการจัดการ (Reinforcement management) คือ การได้รับการเสริมแรงทางบวก เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่พึงปรารถนา และการลงโทษในบุคคลที่มีพฤติกรรมในทางลบ

4.1.9 การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control) คือ ความสามารถของบุคคลในการควบคุมสถานการณ์แวดล้อม และสาเหตุอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

4.1.10 การประกาศอิสรภาพต่อสังคม (Social liberation) คือ การได้รับโอกาสหรือแรงสนับสนุนจากสังคมของบุคคล ทำให้เกิดความตระหนักถึงประโยชน์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

กระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้ง 10 ประการนี้ เป็นแนวทางแก่ผู้ให้การปรึกษาในการสร้างวิธีการ เพื่อให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งในแต่ละระยะของการเปลี่ยนแปลง บุคคลจะมีความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ การให้คุณค่า การรับรู้และพฤติกรรมที่แตกต่างกัน

4.2 ความสมดุลของการตัดสินใจ (Decisional balance) มีพื้นฐานมาจากการที่บุคคลมีการเปรียบเทียบระหว่างข้อดี ที่ได้รับจากการเปลี่ยนแปลง (pros) และข้อจำกัดของการเปลี่ยนแปลง (cons) อาจเป็นความคิดที่เป็นอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในระยะแรกของการเปลี่ยนแปลงบุคคลจะคิดว่าการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี ในระยะต่อมาจึงเห็นผลดีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และมากกว่าผลเสียในระยะตัดสินใจจนถึงระยะการลงมือปฏิบัติ และเมื่อบุคคลนั้นรับรู้ถึงผลดีของการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง จะสามารถคงพฤติกรรมใหม่อย่างถาวร (Prochaska et al., 1994)

4.3 ความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Self - efficacy) ในทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความสามารถตนเองถูกนำมาใช้ในการปฏิบัติ 2 ทาง คือ สร้างความมั่นใจในสถานการณ์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปัญหา และสถานการณ์ที่จะทำให้กลับไปมีพฤติกรรมปัญหา เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการพัฒนาไปสู่ระยะการลงมือปฏิบัติและระยะคงสภาพ (Prochaska & DiClemente, 1992; Prochaska et al., 1994: 473-479) ในความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

4.4 ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน (Harold et al., 2001; Prochaska & DiClemente, 1984) ดังนี้

4.4.1 ระยะเวลาเพิกเฉย (Precontemplation) บุคคลไม่มีความตระหนักคิด ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน 6 เดือนข้างหน้า อาจเกิดเนื่องจากไม่ได้รับข้อมูล ไม่เข้าใจข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรม หรือเคยมีความพยายาม แต่ไม่ประสบความสำเร็จ ในระยะนี้ผู้ให้การศึกษาจึงจำเป็นต้องให้ข้อมูลสะท้อนกลับโดยตรงไปตรงมา เป็นเหตุเป็นผล ไม่ชี้นำ หรือข่มขู่ให้กลัว

4.4.2 ระยะลังเลใจ (Contemplation) ระยะนี้บุคคลเริ่มคิดที่จะมีการเปลี่ยนแปลงในอนาคต หรือใน 6 เดือนข้างหน้า แต่ยังลังเลถึงผลเสียหรืออุปสรรค ผู้ให้คำปรึกษาควรช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนแปลง การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (MI) จะมีประโยชน์ในระยะนี้ เพื่อนำผู้รับการปรึกษาเข้าสู่ขั้นตอนปฏิบัติ

4.4.3 ระยะตัดสินใจ (Determination) บุคคลตั้งใจและตัดสินใจว่าจะเปลี่ยนแปลง รวมทั้งยอมรับความช่วยเหลือภายใน 30 วันข้างหน้า ในขั้นนี้ผู้รับการปรึกษาจะรู้สึกผูกพัน และเริ่มวางแผนการรักษาสำหรับอนาคต ผู้ให้คำปรึกษาควรกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาลงมือกระทำ และช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเลือกวิธีการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และปฏิบัติได้จริง โดยเปิดโอกาสให้เลือกได้อย่างอิสระ และเน้นความรับผิดชอบในตนเอง

4.4.4 ระยะลงมือปฏิบัติ (Action) บุคคลแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในชีวิตประจำวันในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา เป็นระยะที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นาน 30 วันขึ้นไป แต่พฤติกรรมยังไม่มั่นคงเพียงพอ และอาจมีการปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ ผู้ให้คำปรึกษาจึงควรส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจ และกระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกอย่างมีประสิทธิภาพ

4.4.5 ระยะคงสภาพ (Maintenance) บุคคลสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่มากกว่า 6 เดือนนับจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการแสดงพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ ระยะนี้เป็นความต่อเนื่องจากระยะปฏิบัติ และเป็นระยะที่ป้องกันการกลับสู่ระยะต้นๆ

โปรชาสกา และ ไดคลีเมนเต้ กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมตั้งแต่ขั้นเพิกเฉย จนถึงขั้นที่ลงมือเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง ผู้ให้การศึกษาควรวิเคราะห์ว่า ระยะของพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษา และมีการตอบสนองที่เหมาะสมในระยะนั้น ส่งผลให้ผู้รับการปรึกษามีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปสู่ขั้นถัดไป จนไปสู่การมีพฤติกรรมที่ต้องการได้อย่างถาวร ในทางกลับกัน ผู้รับการปรึกษาอาจเปลี่ยนพฤติกรรมกลับไปมาในแต่ละขั้น หากแรงจูงใจยังไม่หนักแน่น ขั้นที่วิกฤติสำหรับผู้ให้การศึกษา คือ ระยะเพิกเฉย และ ระยะลังเลใจ ซึ่งผู้ให้การศึกษาควรให้ความสำคัญเป็นอย่างมากในการแก้ไข สำหรับระยะเวลาและการเปลี่ยนแปลง

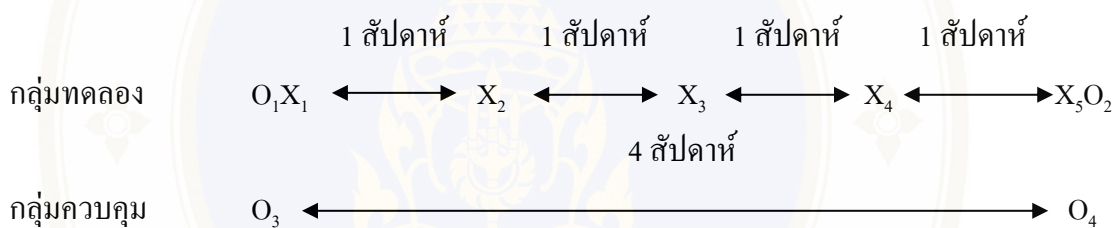
พฤติกรรมไม่ได้มีข้อกำหนดที่ชัดเจนว่า ต้องใช้ระยะเวลาที่เดือน บางคนอาจเปลี่ยนแปลงได้เร็ว บางคนเปลี่ยนแปลงได้ช้า ขึ้นกับลักษณะของพฤติกรรมนั้น เทียบกับมาตรฐานที่ยอมรับได้ (Prochaska & DiClemente, 1984)

ทั้งนี้การศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรค บนพื้นฐานของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ยังไม่พบในประเทศไทย มีแต่การศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรัง หรือการเลิกบุหรี่ (จิราภรณ์ เนียมบุญชร, 2548; จิราภรณ์ โสกันต์ 2548; อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, 2550; Chouinard & Robichaud-Ekstrand, 2005) เนื่องจากวัณโรคเป็นปัญหาสำคัญในวงการสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยพบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากวัณโรคเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในการรักษาวัณโรคต้องรักษาติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน ถ้าไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาจะทำให้เกิดวัณโรคดื้อยา ดังจะเห็นได้จากปัญหาการควบคุมวัณโรคไม่ประสบความสำเร็จ เกิดจากความไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงได้หาวิธีการต่าง ๆ มาช่วยให้เกิดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรค อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามีผู้นำวิธีการให้การปรึกษาแบบสั้นมาใช้ในผู้ป่วยวัณโรค ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของการโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ทั้งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคได้มองเห็นและเข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน จนสามารถคิดหาทางแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเองได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) ใช้รูปแบบการทดลองสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest – posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้



O₁, O₃ หมายถึง การประเมินความรู้เกี่ยวกับวัน โรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการ
รับประทานยา ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

X₁ หมายถึง เริ่มโปรแกรมการให้ปรึกษาในกลุ่มทดลอง

X, หมายถึง ให้การติดตามทางโทรศัพท์ในกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 1

X₃ หมายถึง ให้การติดตามทางโทรศัพท์ในกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 2

X₄ หมายถึง ให้การติดตามทางโทรศัพท์ในกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 3

X₅ หมายถึง ยุติโปรแกรมการให้การศึกษาในกลุ่มทดลอง
(ให้การศึกษาในขั้นตอนยุติการให้การศึกษา)

O₂, O₄ หมายถึง การประเมินความรู้เกี่ยวกับวัน โรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการ
รับประทานยา หลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ และโรงพยาบาลขลุง จังหวัดจันทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ และโรงพยาบาลขลุง จังหวัดจันทบุรี ตั้งแต่ เดือนเมษายน ถึง กรกฎาคม 2553

กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 1 เดือน
3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถอ่าน พูด เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี ในผู้ที่อายุ 60 ปี ขึ้นไป ประเมินโดยแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Exam: TMSE) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2536) (ภาคผนวก ก) หากคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ไม่นำเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง
4. มีโทรศัพท์ และหมายเลขโทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้สะดวก
5. มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรค ระดับต่ำกว่าร้อยละ 100 โดยวัดจากแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2546) (ภาคผนวก ก)
6. อาศัยอยู่ในจังหวัดจันทบุรี
7. สวมครใจเข้าร่วมในการวิจัยโดยการลงนาม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างทำวิจัย
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิเสธหรือขอถอนตัว

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเปิดตารางการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยใช้ค่าความเชื่อมั่น .05 (One tailed) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบทางสถิติ (Power analysis) เท่ากับ .80 และ

คำนวณค่า Effect size จากงานวิจัยของ แอนนา สุมะโน (2550) ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคปอด อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี จากสูตร

$$d = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{SD_C}$$

d คือ ขนาดอิทธิพล (effect size)

$\bar{X}_E$ คือ ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของกลุ่มทดลอง

$\bar{X}_C$ คือ ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของกลุ่มควบคุม

SD_C คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

แทนค่าในสูตร

$$d = \frac{1.60 - 1.37}{0.32}$$

$$d = .719$$

เมื่อเปิดตาราง โดยใช้ขนาดอิทธิพล (effect size) .70 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 คน (Cohen, 1988:30) เพื่อป้องกันการสูญหายของขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 60 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากเกณฑ์คัดเข้า และเพื่อป้องกันการเกิดการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง (Contamination) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างจากต่างโรงพยาบาลมาเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้วิธีการจับสลากกลุ่มโรงพยาบาลที่จะดำเนินการวิจัย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มหนึ่งเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลศูนย์ คือ โรงพยาบาลพระปกเกล้า และอีกกลุ่มหนึ่งเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ กับโรงพยาบาลขลุง เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่งในจังหวัดจันทบุรี มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดไม่เพียงพอ ผลการสุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลพระปกเกล้า และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ และโรงพยาบาลขลุง จังหวัดจันทบุรี

สถานที่เก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลที่คลินิกวันโรคโรงพยาบาลของรัฐ 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลพระปกเกล้า เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ตั้งอยู่ที่อำเภอเมือง ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยวันโรค ทุกวัน เวลาราชการ มีผู้ป่วยวันละ 20-30 ราย ส่วนโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ตำบลพลวง ห่างจากโรงพยาบาลพระปกเกล้า 26 กิโลเมตร ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยวันโรค ทุกวัน อังคาร เวลา 8.00-16.00น. มีผู้ป่วยวันละประมาณ 6-8 ราย สำหรับโรงพยาบาลขลุง เป็นโรงพยาบาลชุมชน ตำบลขลุง ห่างจากโรงพยาบาลพระปกเกล้า 24 กิโลเมตร ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยวันโรค ทุกวันพุธ เวลา 8.00-16.00น. มีผู้ป่วยวันละ 10-15 ราย โดยคลินิกวันโรคของทั้งสามโรงพยาบาล แยกจากแผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป มีการให้บริการตามแนวทางการรักษาไม่แตกต่างกัน ทั้งการตรวจรักษา การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ ยาที่รับประทาน ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การมาตรวจตามนัด การป้องกันการแพร่กระจายโรค และการดูแลสุขภาพทั่วไป หากพบผู้ป่วยที่ไม่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา จะให้บริการตามปกติ แต่เน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานยาทุกวัน ลักษณะประชากรทั้งสามพื้นที่มีความคล้ายคลึงกัน ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รายได้เฉลี่ย 51,027 บาท ต่อคนต่อปี เมื่อเจ็บป่วยซื้อยารับประทานเอง และใช้สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน แหล่งสนับสนุนทางสุขภาพ เป็นสถานีนามัยและสถานพยาบาลเอกชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ที่เป็นวันโรค สิทธิในการรักษา โรคประจำตัวอื่น ระยะเวลาที่เป็นวันโรค บทบาทในครอบครัว จำนวนชนิด/ เม็ดยา และอาการข้างเคียง (ภาคผนวก ก)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Visual Analog Scale: VAS) ของ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2546) เพื่อประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาในระยะ 1 เดือน ที่ผ่านมา และถามผู้ที่เป็นวันโรค ว่า “ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรับประทานยาสม่ำเสมอเพียงใด” และให้ผู้ป่วยขีดบนเส้นตรง ที่มีคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยเริ่มจาก 0 คะแนน (จากจุดเริ่มต้นของเส้นด้านซ้ายสุด) จนถึง 100 คะแนน (ปลายเส้นด้านขวาสุด) (ภาคผนวก ก) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

100	คะแนน	หมายถึง	การรับประทานยาได้สม่ำเสมอที่สุด (ไม่เคยขาดยาเลยแม้แต่เม็ดเดียว)
75 - 99	คะแนน	หมายถึง	การรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอเป็นส่วนใหญ่ (เคยขาดยาบ้าง แต่ยังรับประทานยาได้มากกว่า 3 ใน 4 ของจำนวนที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษาของแพทย์)
51 - 74	คะแนน	หมายถึง	การรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอมากกว่าครึ่งหนึ่ง แต่น้อยกว่า 3 ใน 4 ของจำนวนที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษาของแพทย์
50	คะแนน	หมายถึง	การรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ ประมาณครึ่งหนึ่งของจำนวนที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษาของแพทย์
25 - 49	คะแนน	หมายถึง	การรับประทานยาได้อย่างสม่ำน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษาของแพทย์ (เคยขาดยามากกว่าครึ่งหนึ่ง แต่ยังรับประทานยาได้มากกว่า 1 ใน 4 ของจำนวนที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษาของแพทย์)
1 - 24	คะแนน	หมายถึง	การรับประทานยาได้อย่างสม่ำน้อยกว่า 1 ใน 4 ของจำนวนที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษาของแพทย์
0	คะแนน	หมายถึง	การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอมากที่สุด (ไม่เคยรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์แม้แต่เม็ดเดียว) การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมาก

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เรื่องวัณโรคและการรักษา ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความรู้เรื่องวัณโรคและการรักษาของ สิชล วงศ์อยู่ (Wongyou, 2005) จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค จำนวน 6 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการรักษาจำนวน 9 ข้อ และความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรค และการจัดการกับอาการข้างเคียง จำนวน 4 ข้อ (ภาคผนวก ก) เป็นแบบให้เลือกตอบ ตอบ “ถูก” ให้ 1 คะแนน ตอบ “ผิด” ให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 19 คะแนน

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแบบสอบถามตามรายด้านและภาพรวม คือ ความรู้เกี่ยวกับโรควันโรค เท่ากับ .43 ความรู้เกี่ยวกับการรักษา เท่ากับ .43 และความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาวันโรคและการจัดการกับอาการข้างเคียง เท่ากับ .57 และความรู้เรื่องวันโรคและการรักษา เท่ากับ .70 (Wongyou, 2005) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวันโรคปอด ณ คลินิกวันโรค โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จำนวน 10 ราย โดยใช้การถามซ้ำในระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ (test-retest method) ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง ได้ค่าความคงที่ของการวัด เท่ากับ .94 ส่วนการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson Method: KR-20) เก็บในผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรควันโรค เท่ากับ .45 ด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษา เท่ากับ .88 ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาวันโรคและการจัดการกับอาการข้างเคียง เท่ากับ .57 และค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .68

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด

2.1 โปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้าง

แรงจูงใจแบบสั้น (ภาคผนวก ก) ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของ องค์การประจันเขตต์ (2551) และนำมาใช้กับผู้ป่วยวันโรคปอด เพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวันโรค โดยผู้วิจัยให้คำปรึกษาแบบเผชิญหน้า รายบุคคล ตามหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ มิลเลอร์ และโรลนิก (Miller & Rollnick, 1991) ร่วมกับขั้นตอนการให้การปรึกษาของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) จำนวน 1 ครั้ง และการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ ทุก 1 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวันโรค ตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษา ในทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ โปรชาสกา และไดคลีเมนต์ (Prochaska & Diclemente, 1984)

2.2 คู่มือให้ความรู้เกี่ยวกับวันโรคปอดและการรักษา (ภาคผนวก ก)

สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และแนวคำถามความรู้เรื่องวันโรคและการรักษาของ สิชล วงศ์อยู่ (Wongyou, 2005) เพื่อเป็นสื่อการสอนให้ความรู้ จัดทำเป็นรูปเล่มเพื่อมอบให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องวันโรค สาเหตุ การติดต่อและการแพร่กระจายเชื้อ อาการและอาการแสดง การรักษา ภาวะแทรกซ้อน คำแนะนำในการปฏิบัติตัว และความสำคัญของการมาตรวจตามนัดและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2.3 แบบบันทึกการรับประทานยา สร้างโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยให้กลุ่มทดลองนำกลับไปบันทึกการรับประทานยารักษาโรคที่บ้านเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ (ภาคผนวก ก)

การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

1. การตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจแบบสั้น ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์แล้ว นำมาแก้ไขตามคำแนะนำ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์แพทย์ทางจิตเวช และอาจารย์พยาบาลทางจิตเวช พิจารณาตรวจสอบอีกครั้ง เพื่อให้มีเนื้อหาครอบคลุม และจัดลำดับขั้นตอนการให้คำปรึกษาได้เหมาะสม จากนั้นได้ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงใจแบบสั้น-ตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

2. การทดสอบความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจแบบสั้น นำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดสอบกับผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดในการศึกษา จำนวน 3 ราย ที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การจัดลำดับขั้นตอนในการให้การปรึกษา และระยะเวลาที่ใช้ในการให้คำปรึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้แบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมผู้วิจัย ขั้นเตรียมการวิจัย และขั้นดำเนินการวิจัย โดยมีขั้นตอนและการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นเตรียมผู้วิจัย

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง ในการเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องที่จะทำการวิจัย และการเป็นผู้ให้การปรึกษา โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการอบรมและศึกษาจากวิทยุทัศน์เกี่ยวกับการให้การปรึกษา

- อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การใช้คำปรึกษาขั้นต้น (Basic counseling) ณ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดจันทบุรี เมื่อ 7 - 11 มีนาคม พ.ศ. 2547
- อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การใช้คำปรึกษาขั้นสูง (Advance counseling) ณ โรงแรมสตาร์ จังหวัดระยอง เมื่อ 16 - 20 สิงหาคม พ.ศ. 2547

- อบรมเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Counseling) จัดโดย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ณ โรงแรมอมารี แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร เมื่อ 28 - 30 เมษายน พ.ศ. 2553
- อบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยแอลกอฮอล์ โดย พ.อ.พิชัย แสงชัยชาญ กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เมื่อ 28 - 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2553
- ศึกษาวิทัศน์การให้การศึกษาเรื่อง Transtheoretical Model : Stage of Change และเรื่อง Transtheoretical Model: Application to Medication Adherence ของ University at Buffalo State University of New York (UB School of Nursing) (Deborah, 2003)
- ศึกษาวิทัศน์การให้การศึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2549)
- ศึกษาวิทัศน์เรื่อง Brief Advice, Brief Intervention ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- ศึกษาวิทัศน์เรื่อง Motivational Counseling สำหรับ Alcohol ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2. ขั้นตอนการวิจัย

2.1 หลังจากได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ และโรงพยาบาลขลุง จังหวัดจันทบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด และขั้นตอนของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นดำเนินการขอจริยธรรมในคนจากโรงพยาบาลพระปกเกล้า เพื่อขอเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2553 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2553

2.2 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ และโรงพยาบาลขลุง จังหวัดจันทบุรี ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2.3 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาล ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยวัณโรค และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การจัดเตรียมสถานที่ วัน เวลา และขั้นตอนในการให้การศึกษา

3. ขั้นตอนการวิจัย

การดำเนินการวิจัยมีขั้นตอน (แผนภูมิ 2) ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกวันโรค เพื่อดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยวันโรค

3.2 พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกวันโรค ตรวจสอบรายชื่อในทะเบียนผู้ป่วยวันโรค และเลือกผู้ป่วยซึ่งมีคุณลักษณะตามเกณฑ์คัดเข้า

3.3 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยวันโรคปอดเป็นรายบุคคล สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือยินยอม

3.4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

1) กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ห่างกัน 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้เกี่ยวกับวันโรคและการรักษา และให้พบเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกวันโรค โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ หรือ โรงพยาบาลดง จังหวัดจันทบุรี เพื่อรับบริการตามปกติ โดยการให้ความรู้ และแนะนำมอบคู่มือเกี่ยวกับวันโรคปอดและการรักษา พร้อมนัดพบแพทย์ 4 สัปดาห์ และผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่คลินิกวันโรคเช่นเดียวกับก่อนทดลอง

2) กลุ่มทดลอง เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

2.1) กิจกรรมครั้งที่ 1 (60 นาที)

- ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยการสัมภาษณ์เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

- เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกวันโรค โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ให้การบริการตามปกติ

- ผู้วิจัยดำเนินการให้การปรึกษา ครั้งที่ 1 ตามโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น โดยสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการสำรวจปัญหาและทำความเข้าใจปัญหา และวางแผนแก้ปัญหา

- นัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เพื่อติดตามให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง ห่างกันทุก 1 สัปดาห์

- บันทึกการให้การปรึกษารายบุคคลในแบบบันทึกการให้การปรึกษา

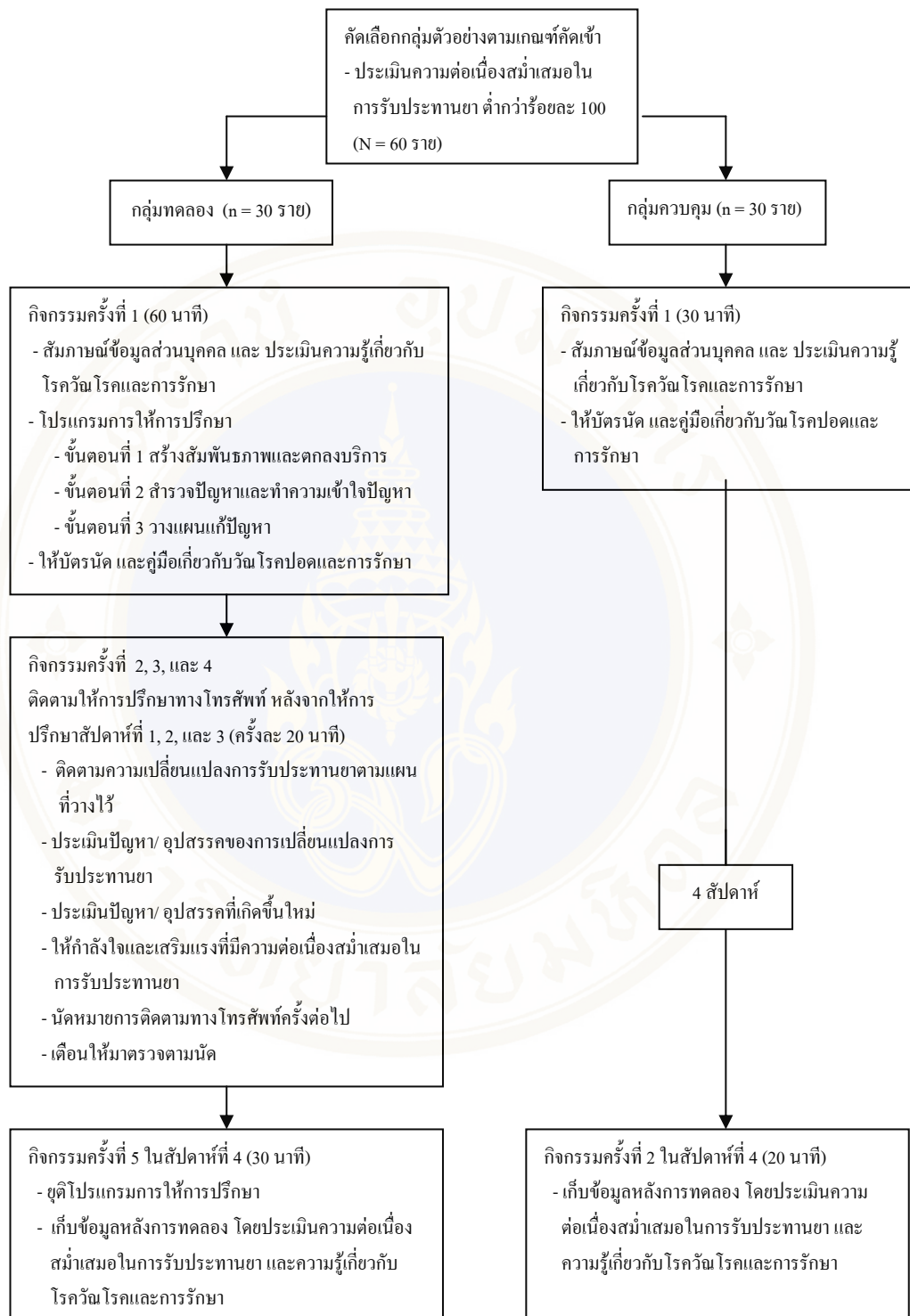
- เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกวันโรค นัดกลุ่มทดลองพบแพทย์ 4 สัปดาห์ พร้อมทั้งมอบบัตรนัด และคู่มือเกี่ยวกับวันโรคปอดและการรักษา

2.2) กิจกรรมการติดตามพร้อมทั้งให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 2, 3, และ 4 ครั้งละ 20 นาที โดยติดตามการเปลี่ยนแปลงการรับประทานยาตามแผนที่วางไว้ ประเมินปัญหา/อุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงการรับประทานยา ประเมินปัญหา/ อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นใหม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามปัญหาที่พบ ให้กำลังใจ และเสริมสร้างแรงจูงใจ พร้อมแสดงความชื่นชมเมื่อมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

- นัดหมายการติดตามให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ในครั้งต่อไป
- บันทึกการให้การติดตามให้การปรึกษารายบุคคลทางโทรศัพท์ ลงใน

แบบบันทึกการให้การปรึกษา

2.3) กิจกรรมครั้งที่ 5 การให้การปรึกษาในขั้นตอนยุติการให้การปรึกษา และประเมินผล 30 นาที ในสัปดาห์ที่ 4 โดยผู้วิจัยทบทวนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากแบบบันทึกการให้การปรึกษา ให้การปรึกษาในขั้นตอนยุติการให้การปรึกษา และเก็บรวบรวมข้อมูลเช่นเดียวกับก่อนทดลอง



แผนภูมิ 2 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการวิจัย การตัดสินใจเข้าหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลต่อการรับบริการ ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ ไม่เปิดเผย ชื่อ – นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และไม่มีผลต่อการรักษา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงให้ลงชื่อในหนังสือยินยอม แล้วจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสัมภาษณ์ จากนั้นจัดทำคู่มือลงรหัสของแบบสอบถาม จึงนำข้อมูลไปบันทึกและวิเคราะห์สถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิในการรักษา รายได้ โรคประจำตัว จำนวนบทบาทในครอบครัว ระยะเวลาที่รักษา จำนวนชนิดยา จำนวนเม็ดยา จำนวนครั้งในการรับประทานยา ผลข้างเคียงจากยาอุปสรรคในการรับประทานยา โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวันโรค ความรู้เกี่ยวกับโรค วันโรคและการรักษา ทั้งรายด้านและภาพรวม ก่อนทดลองกับหลังทดลอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้สถิติค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การทดสอบการกระจายของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวันโรคและการรักษา และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวันโรค โดยสถิติ Komogorov-Smirnov test แล้ว พบว่ามีการกระจายข้อมูลปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

- 3.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวันโรคและการรักษา และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวันโรคก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t – test

- 3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวันโรคและการรักษา และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวันโรค ระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t – Test

- 3.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวันโรค และการรักษา และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวันโรค ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t – test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest – posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ทำการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 60 คน ที่มารับ บริการที่คลินิกวัณโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ และ โรงพยาบาลชลง จังหวัดจันทบุรี ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2553 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2553 ผลการวิจัย นำเสนอ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยวัณโรคปอด 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วน ใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 76.7 และ 66.7 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.50 ปี (S.D. = 13.70) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.20 ปี (S.D. = 14.30) กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.3 และ 53.3 ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 70.0 และ 46.7 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,000 บาท (S.D. = 4,916.55) และ 5,983.33 บาท (S.D. = 5,618.39) ตามลำดับส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มไม่มีเงิน เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 46.7 และ 60.0 ตามลำดับ และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็น ร้อยละ 73.3 และ 80.0 ตามลำดับ

กลุ่มทดลองมีระยะเวลารักษาวัณโรคเฉลี่ย 3.25 เดือน (S.D. = 1.68) ส่วนกลุ่มควบคุมมี ระยะเวลารักษาวัณโรคเฉลี่ย 3.20 เดือน (S.D. = 1.63) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สูตรยา 2 ชนิด ในการรักษา คือ HR (INH + Rifampicin) คิดเป็นร้อยละ 66.7 และ 60.0 ตามลำดับ โดยรับประทาน ยาวันละ 1 ครั้ง เฉลี่ยวันละ 6.40 เม็ด (S.D. = 2.20) และ 6.53 เม็ด (S.D. = 2.60) ตามลำดับ

กลุ่มทดลอง (ร้อยละ 43.3) มีโรคประจำตัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 53.3) ส่วนใหญ่คิดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 36.7 และ 20.0 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมรับประทานยารักษาโรคประจำตัวส่วนใหญ่วันละ 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 92.3 และ 43.7 ตามลำดับ

กลุ่มทดลองพบอาการข้างเคียงจากการรับประทานยารักษาวันโรค (ร้อยละ 46.7) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 53.3) อาทิ ผื่นคัน ปวดข้อ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น กลุ่มทดลองมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวันโรคเฉลี่ย 50.21 (S.D. = 43.68) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (M = 67.27, S.D. = 40.43) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวันโรคน้อยสุดคือไม่ได้รับประทานยาเลย และสูงสุดร้อยละ 97 ทั้งนี้ทั้งสองกลุ่ม ไม่มีอุปสรรคในการรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 56.7 และ 66.7 ตามลำดับ อาทิ การลืม และเดินทางไปต่างจังหวัดบ่อย การไม่ชอบรับประทานยา เป็นต้น

เมื่อพิจารณาความแตกต่างลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานะการเงิน สิทธิในการรักษา ระยะเวลาที่รักษาวันโรค ยารักษาวันโรคที่ใช้ จำนวนครั้งในการรับประทานยารักษาวันโรค จำนวนเม็ดยารักษาวันโรคที่รับประทานต่อวัน โรคประจำตัว จำนวนครั้งในการรับประทานยารักษาโรคประจำตัว จำนวนเม็ดยารักษาโรคประจำตัวที่รับประทานต่อวัน จำนวนครั้งในการรับประทานยาทั้งหมด จำนวนเม็ดยาทั้งหมดที่รับประทานต่อวัน ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา อุปสรรคในการรับประทานยา ผลการศึกษาพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อย่างไรก็ตาม อาชีพของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		ค่าสถิติ	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					$\chi^2 = .739$	.390
ชาย	23	76.7	20	66.7		
หญิง	7	23.3	10	33.3		
อายุ (ปี)					t = 1.294	.201
กลุ่มทดลอง; M = 40.50, S.D. = 13.70, Range = 18-70						
กลุ่มควบคุม; M = 45.20, S.D. = 14.30, Range = 18-76						
ระดับการศึกษาสูงสุด					$\chi^2 = .300$	.584
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	6.7	3	10.0		
- ประถมศึกษา	19	63.3	16	53.3		
- มัธยมศึกษาตอนต้น	5	16.7	2	6.7		
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	10.0	4	13.3		
- ปวศ.	0	0	2	6.7		
- อนุปริญญา	0	0	2	6.7		
- ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	1	3.3	1	3.3		
อาชีพ					$\chi^2 = .320$	.038
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	3.3	5	16.7		
- รับจ้าง	21	70.0	14	46.7		
- เกษตรกรรม	2	6.7	5	16.7		
- ค้าขาย	5	16.7	2	6.7		
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0	1	3.3		
- งานบ้าน (พ่อบ้าน/แม่บ้าน)	0	0	1	3.3		
- สวมณะ	1	3.3	1	3.3		
- ข้าราชการบำนาญ	0	0	1	3.3		
รายได้ต่อเดือน (บาท)					t = 1.480	.144
กลุ่มทดลอง; M = 8,000, S.D. = 4,916.55, Range 500-20,000,						
กลุ่มควบคุม; M = 5,983.33, S.D. = 5,618.39, Range 500-20,000						

ตาราง 3 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		ค่าสถิติ	p
	(n = 30)		(n = 30)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานะการเงิน					$\chi^2 = .739$	.390
- มีเหลือเก็บ	10	33.3	7	23.3		
- ไม่มีเหลือเก็บ	14	46.7	18	60.0		
- มีหนี้สิน	6	20.0	5	16.7		
สิทธิในการรักษา					$\chi^2 = .373$	.542
- ข้าราชการ	0	0	3	10.0		
- ประกันสังคม	7	23.3	1	3.3		
- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	22	73.4	24	80.0		
- สงคมสงเคราะห์	1	3.3	2	6.7		
ระยะเวลาที่รักษาโรค (เดือน)					t = .117	.907
กลุ่มทดลอง; M = 3.25, S.D. = 1.68, Range = 1-6						
กลุ่มควบคุม; M = 3.20, S.D. = 1.63, Range = 1-6						
ยารักษาโรคที่ใช้						
- 2 ชนิด (HR)	20	66.7	18	60	$\chi^2 = .287$	.592
- 4 ชนิด (HRZE)	10	33.3	12	40		
จำนวนเม็ดยารักษาโรคที่รับประทาน/ วัน (เม็ด)					t = .211	.834
กลุ่มทดลอง; M = 6.40, S.D. = 2.20, Range = 4-12						
กลุ่มควบคุม; M = 6.53, S.D. = 2.60, Range = 4-12						
โรคประจำตัว					$\chi^2 = .601$	.438
- ไม่มี	17	56.7	14	46.7		
- มี	13	43.3	16	53.3		
- ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์	11	36.7	6	20.0		
- ปวดข้อ	0	0	1	3.3		
- ถูกลมโป่งพอง	2	6.6	1	3.3		
- เบาหวาน	0	0	3	10.0		
- ความดันโลหิตสูง	0	0	5	16.7		

ตาราง 3 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		ค่าสถิติ	p
	(n = 30)		(n = 30)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนครั้งในการรับประทานยาโรคประจำตัว/ วัน (ครั้ง)					t = .731	.468
- 1 ครั้ง	1	7.7	5	31.3		
- 2 ครั้ง	12	92.3	7	43.7		
- 3 ครั้ง	0	0	4	25.0		
กลุ่มทดลอง; M = .83, S.D. = .97, Range = 0-2						
กลุ่มควบคุม; M = 1.03, S.D. = 1.13, Range = 0-3						
จำนวนเม็ดยาโรคประจำตัวที่รับประทาน/ วัน (เม็ด)					t = 1.066	.291
กลุ่มทดลอง; M = 3.40, S.D. = 4.20, Range = 0-11						
กลุ่มควบคุม; M = 2.37, S.D. = 3.25, Range = 0-10						
จำนวนครั้งในการรับประทานยาทั้งหมด/ วัน					t = .731	.468
- 1 ครั้ง	17	56.7	14	46.7		
- 2 ครั้ง	2	6.7	4	13.3		
- 3 ครั้ง	11	36.6	8	26.7		
- 4 ครั้ง	0	0	4	13.3		
กลุ่มทดลอง; M = 1.83, S.D. = .99, Range = 1-3						
กลุ่มควบคุม; M = 2.03, S.D. = 1.13, Range = 1-4						
จำนวนเม็ดยาที่รับประทานทั้งหมด/ วัน (เม็ด)					t = .819	.417
กลุ่มทดลอง; M = 9.80, S.D. = 4.91, Range = 4-20						
กลุ่มควบคุม; M = 8.90, S.D. = 3.49, Range = 4-16						
ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา					$\chi^2 = .267$	.606
- ไม่มี	16	53.3	14	46.7		
- มีอย่างน้อย 1 อาการ	14	46.7	16	53.3		

ตาราง 3 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		ค่าสถิติ	p
	(n = 30)		(n = 30)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ลักษณะของอาการข้างเคียง (มีได้ > 1 อาการ)						
• เหนื่อย อ่อนเพลีย	2	6.7	8	26.7		
• คลื่นไส้ อาเจียน	4	13.3	4	13.3		
• ตัวเหลือง ตาเหลือง	0	0	2	6.7		
• ผื่นคัน	9	30.0	7	23.3		
• เวียนหัว	2	6.7	4	13.3		
• ชาปลายมือปลายเท้า	4	13.3	0	0		
• ปวดข้อ	7	23.3	1	3.3		
• แน่นหน้าอก	1	3.3	0	0		
• ตามัว	1	3.3	1	3.3		
ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา (ร้อยละ)					t = 1.755	0.85
กลุ่มทดลอง; M = 50.21, S.D. = 43.68, Range 0-97						
กลุ่มควบคุม; M = 67.27, S.D. = 30.43, Range 0-97						
อุปสรรคในการรับประทานยา					$\chi^2 = .635$	.426
- ไม่มี	17	56.7	20	66.7		
- มี	13	43.3	10	33.3		

ตาราง 3 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		ค่าสถิติ	p
	(n = 30)		(n = 30)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ลักษณะของอุปสรรค (ตอบได้มากกว่า 1 อย่าง)						
• การลืม	6	20.0	4	13.3		
• ไม่ชอบรับประทานยา	0	0	4	13.3		
• เดินทางไปต่างจังหวัดบ่อย	2	6.7	2	6.7		
• กลืนยาก	0	0	2	6.7		
• คั่นมาก	1	3.3	0	0		
• อาเจียนมาก	1	3.3	0	0		
• นอนดึก	1	3.3	0	0		
• ไม่สบาย	1	3.3	0	0		
• ง่วง	1	3.3	0	0		
• ไม่สะดวก	1	3.3	0	0		
• ทำงานกลางคืน	1	3.3	0	0		
• ดื่มสุรา	0	0	1	3.3		

* เนื่องจากการทดสอบไคสแควร์ของตัวแปรบางตัว มีค่า expected count ของบาง cell ต่ำกว่า 5 จึงต้องยุบรวมข้อมูลดังนี้: ระดับการศึกษา (ประถมศึกษาและต่ำกว่า vs ตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป); อาชีพ (ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ งานบ้าน/ สมณะ/ ข้าราชการบำนาญ vs ประกอบอาชีพ); สถานะการเงิน (ไม่มีเหลือเก็บ/ มีหนี้สิน vs มีเหลือเก็บ); สัทธิในการรักษา (ประกันสุขภาพถ้วนหน้า vs อื่นๆ)

ส่วนที่ 2 การทดสอบสมมติฐาน

ก่อนการทดสอบสมมติฐาน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินการแจกแจงแบบปกติ ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงแบบปกติ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในภาพรวม และรายด้าน และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 30) และกลุ่มควบคุม (n = 30) โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	M	S.D.	M	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ในภาพรวม	12.60	2.99	13.77	2.29	1.702	.094
ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค	4.00	1.11	4.17	1.02	.604	.548
ความรู้เกี่ยวกับการรักษา	6.10	1.97	6.73	1.62	1.360	.179
ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรค และการจัดการกับอาการข้างเคียง	2.50	.97	2.87	.78	1.613	.112
ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรค	50.21	43.68	67.27	30.43	1.755	.850

2.1 การทดสอบสมมติฐานข้อ 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค หลังได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในภาพรวม ($t = 7.52, p < .001$) ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ($t = 4.59, p < .001$) ความรู้เกี่ยวกับการรักษา ($t = 5.66, p < .001$) และความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรคและการจัดการกับอาการข้างเคียง ($t = 4.94, p < .001$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ คะแนนเฉลี่ยความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.24, p < .001$)

อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวันโรคในภาพรวม ($t = 1.88, p = .070$) ความรู้เกี่ยวกับวันโรค ($t = 1.04, p = .305$) ความรู้เกี่ยวกับการรักษา ($t = .92, p = .365$) และความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาวันโรคและการจัดการกับอาการข้างเคียง ($t = 1.44, p = .161$) สูงกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนเฉลี่ยความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวันโรคหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.63, p = .014$) ดังตาราง 5

ตาราง 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวันโรค ทั้งในภาพรวม และรายด้าน และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวันโรคภายในกลุ่มทดลอง ($n = 30$) และภายในกลุ่มควบคุม ($n = 30$) โดยใช้สถิติ Paired t – test

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Diff (Mean ± SE)	t	p
	M	S.D.	M	S.D.			
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ในภาพรวม							
กลุ่มทดลอง	12.60	2.99	16.70	1.90	4.10 ± 2.99	7.52	< .001
กลุ่มควบคุม	13.77	2.29	14.57	2.30	.80 ± 2.33	1.88	.070
ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค							
กลุ่มทดลอง	4.00	1.11	5.17	.75	1.17 ± 1.39	4.59	< .001
กลุ่มควบคุม	4.17	1.02	4.33	.76	.17 ± .87	1.04	.305
ความรู้เกี่ยวกับการรักษา							
กลุ่มทดลอง	6.10	1.97	8.23	.94	2.13 ± 2.06	5.66	< .001
กลุ่มควบคุม	6.73	1.62	7.03	1.63	.30 ± 1.78	.92	.365
ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรค และการจัดการกับอาการข้างเคียง							
กลุ่มทดลอง	2.50	.97	3.30	.92	.80 ± .89	4.94	< .001
กลุ่มควบคุม	2.87	.78	3.13	.90	.27 ± 1.02	1.44	.161
ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรค							
กลุ่มทดลอง	50.21	43.68	100.00	.00	49.79 ± 43.68	6.24	< .001
กลุ่มควบคุม	67.27	30.43	85.07	29.42	17.80 ± 37.08	2.63	.014

2.2 การทดสอบสมมติฐานข้อ 2 คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการตามปกติ

ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น กลุ่มทดลองมีความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในภาพรวม ($t = 4.775$, $p < .001$) ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ($t = 3.333$, $p < .01$) ความรู้เกี่ยวกับการรักษา ($t = 3.681$, $p < .001$) ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรคและการจัดการกับอาการข้างเคียง ($t = 2.168$, $p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรค ($t = 3.058$, $p < .01$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 6

ตาราง 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในภาพรวมและรายด้าน และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	d	S.D.	d	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ในภาพรวม	4.10	2.99	.80	2.33	4.775	<.001
ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค	1.17	1.39	.17	.87	3.333	.002
ความรู้เกี่ยวกับการรักษา	2.13	2.06	.30	1.78	3.681	.001
ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรค และการจัดการกับอาการข้างเคียง	.80	.87	.27	1.01	2.168	.034
ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรค	49.79	43.68	17.80	37.09	3.058	.003

d = ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest – posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด การอภิปรายผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การทดสอบสมมติฐาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรคแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ และโรงพยาบาลฉลุง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานะการเงิน สิทธิในการรักษา ระยะเวลาที่รักษาวัณโรค ยารักษาวัณโรคที่ใช้ จำนวนครั้งในการรับประทานยารักษาวัณโรค จำนวนเม็ดยารักษาวัณโรคที่รับประทานต่อวัน โรคประจำตัว จำนวนครั้งในการรับประทานยารักษาโรคประจำตัว จำนวนเม็ดยารักษาโรคประจำตัวที่รับประทานต่อวัน จำนวนครั้งในการรับประทานยาทั้งหมด จำนวนเม็ดยาทั้งหมดที่รับประทานต่อวัน ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา อุปสรรคในการรับประทานยาไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าลักษณะส่วนบุคคลของสองกลุ่มคล้ายคลึงกัน จึงไม่พบอิทธิพลของตัวแปรแทรกแซง (Confounding variables) จากลักษณะส่วนบุคคลดังกล่าวที่จะมีผลต่อการศึกษาครั้งนี้ การควบคุมตัวแปรหรือสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่ทำให้การทดลองบรรลุเป้าหมายได้ง่ายขึ้น (Polit & Hungler, 1995) ทำให้เชื่อว่าผลลัพธ์ของการศึกษามาจากโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น

เพศ กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.7 และ 66.7 ตามลำดับ สอดคล้องกับรายงานปี 2549-2550 ของสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค ที่พบผู้ป่วยวัณโรคในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (1.9:1 เท่ากันทั้ง 2 ปี) (กรมควบคุมโรค สำนักกระบวนวิทยา, 2549-2550) และการศึกษาของเจนจิรา บุราคร (2547) ดุษฎี สินธวานนท์ (2549) รจนาไฉน สิงห์เรศร์ (2550) สมัยพร อาซาล (2543) และสิชล วงศ์อยู่ (Wongyoo, 2005) ที่พบว่าเพศชายเป็นวัณโรคมากกว่าเพศหญิง อาจเนื่องมาจากเพศหญิง มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศชาย เพศชายสูบบุหรี่มากกว่าทำให้เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบหายใจมากกว่าเพศหญิง และพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล, 2552; Ariyothai, 2002) นอกจากนี้เพศชายส่วนมากดื่มสุรามากกว่าเพศหญิง การดื่มสุราทำให้ร่างกายอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ทำให้มีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อได้ง่าย ส่งผลให้เพศชายมีโอกาสเกิดวัณโรคปอดในอัตราที่สูงกว่าเพศหญิง (รจนาไฉน สิงห์เรศร์, 2550)

อายุ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.50 ปี ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.20 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รจนาไฉน สิงห์เรศร์ (2550) ที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 48.18 ปี อาจเป็นเพราะผู้ป่วยในการศึกษารั้งนี้เกือบ 1 ใน 3 มีภาวะการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ป่วยเป็นวัณโรค

อาชีพ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 70.0 และ 46.7 ตามลำดับ รายได้ กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6991.68 บาท และไม่มีเงินเหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 53.3 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรคปี 2550 ที่พบผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.56 (กรมควบคุมโรค สำนักกระบวนวิทยา, 2550) และสอดคล้องกับจากการศึกษาของ รจนาไฉน สิงห์เรศร์ (2550) แอนนา สุมะโน (2550) และรุ่งทิพย์ สุจริตธรรม (2550) ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 49.7, 55.0 และ 58.04 ตามลำดับ ส่วนใหญ่จึงมีรายได้ต่ำและไม่มีเงินเหลือเก็บนอกจากนี้พื้นที่ในจังหวัดจันทบุรี ส่วนใหญ่เป็นสวนผลไม้ทำให้มีผู้ใช้แรงงานจำนวนมากประกอบอาชีพรับจ้าง จากการศึกษาที่มีข้อค้นพบที่บ่งบอกถึงความสำคัญของอาชีพต่อการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคดังกล่าวที่ว่า “เพราะผมต้องเดินทางไปขายพลอยที่กรุงเทพฯ บ่อยๆ ทำให้ผมไม่มารับยาตามนัดและก็ขาดยาเดือนหนึ่งก็ 4-5 วันครับ” หลังได้รับการให้การศึกษาผู้ป่วยบอกว่า “ผมจะมารับยาก่อนนัดก่อนไปขายพลอยที่กรุงเทพฯ” นอกจากนี้พบประสบการณ์ของยามที่ต้องปรับวิธีการรับประทานยาเพื่อให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตดังนี้คือ “ผมจะกินยาหลังจากเปลี่ยนผลัดตอนเช้าแทนการกินยากลางคืนกินแล้วนอนคงไม่มีอาการข้างเคียงมากนัก”

ด้านการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.3 และ 53.3 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรจนาไฉน สิงห์ศรี (2550) และรุ่งทิพย์ สุจริตธรรม (2550) ที่พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยวัณโรคมีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 72.9 และ 73.21 ตามลำดับ อธิบายได้ว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีแรงจูงใจทางด้านสุขภาพและการดูแลตนเองต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีแรงจูงใจในด้านสุขภาพและการดูแลตนเองต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับที่สูงกว่า นอกจากนี้พบว่าผู้ที่มีการศึกษามีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง และเอื้ออำนวยให้กับบุคคลให้สามารถดูแลตนเองได้ดี

ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่เบิกค่ารักษาได้คิดเป็นร้อยละ 95 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แอนนา สุมะโน (2550) ที่พบว่า ใช้สิทธิบัตรทองหรือบัตร 30 บาท ในการรักษาพยาบาลมากที่สุดร้อยละ 90.0 และสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิพย์ สุจริตธรรม (2550) ที่พบว่า สิทธิการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 96.43 ทั้งนี้เนื่องจากการมีสิทธิบัตรในการรักษาพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคสามารถเข้าถึงการรักษาและได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอส่งเสริมให้อัตราการหายจากวัณโรคได้มากขึ้น ในทางกลับกันสำหรับผู้ทำงานรับจ้างมีรายได้ที่ต้องรอรับเงินเป็นรายสัปดาห์อาจเกิดปัญหาไม่มีเงินมารับยาตามนัดได้ ดังคำกล่าวที่ว่า “ทำงานบางครั้งเงินไม่ออกไม่มีเงินมาเอายา” และบางคนกล่าวว่า “ไม่มีเงินค่ารถมาโรงพยาบาล” ซึ่งจากการให้การปรึกษาผู้ป่วยได้รับโอกาสให้ได้รับเงินจากกองทุนของหมอบุญเลิศที่ให้ไว้ในโรงพยาบาลพระปกเกล้าสำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีเงินมารับการรักษา

ส่วนอุปสรรคในการรับประทานยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอุปสรรคในการรับประทานยาร้อยละ 38.3 โดยพบว่าลักษณะของอุปสรรคที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การลืม ไม่ชอบรับประทานยา และเดินทางไปต่างจังหวัดบ่อย คิดเป็นร้อยละ 35.7 14.3 และ 14.3 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่า การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยเฉพาะหากการปฏิบัตินั้นรบกวนต่อชีวิตประจำวัน หรือบุคคลที่ประสบกับความยากลำบาก ความไม่สะดวก หรือไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นไปในแนวทางเดียวกับผลการศึกษารัชนีที่พบว่า ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยน้อยกว่า ร้อยละ 80 พบได้ถึงร้อยละ 56.7 ทั้งนี้เพราะบางคนลืมรับประทานยาหรือต้องไปต่างจังหวัด ดังคำกล่าวที่ว่า “ส่วนใหญ่เมื่อผมกินข้าวเย็นเสร็จผมจะนอนดูโทรทัศน์ แล้วก็กลับไปเลยรู้สึกตัวอีกทีก็เช้า ผมเลยขาดยาอย่างบ่อยเลยครับ” ซึ่งหากไม่ได้รับการส่งเสริมให้รับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอจะทำให้การรักษาผู้ป่วย

วันโรคประสบความสำเร็จในระดับต่ำ หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาผู้ป่วยได้ใช้เวลาฝึกปลูกเวลา 20.00 น. ทุกวัน เป็นตัวช่วยให้ได้รับประทานยาครบทุกวัน

ในส่วนของการรับประทานยารักษาวัณโรค พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการรักษาวัณโรค 3-4 เดือน คิดเป็นร้อยละ 40.0 กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการรักษา 1-2 เดือน คิดเป็นร้อยละ 40.0 โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลารักษาวัณโรคเฉลี่ย 3.25 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลารักษาวัณโรคเฉลี่ย 3.20 เดือน โดยใช้สูตรยา 2 ชนิด ในการรักษา คือ HR (INH + Rifampicin) คิดเป็น ร้อยละ 66.7 และ 60.0 ตามลำดับ กลุ่มทดลองรับประทานยาวัณโรคเฉลี่ยวันละ 6.40 เม็ด ส่วนกลุ่มควบคุมรับประทานยาวัณโรคเฉลี่ยวันละ 6.53 เม็ด ทั้งสองกลุ่มรับประทานยารักษาวัณโรคจำนวนเม็ดยาน้อยที่สุด 4 เม็ด และมากที่สุด 12 เม็ด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wongyou (2005) ที่พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาวันละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 81.1 รับประทานยารักษาวัณโรควันละ 2 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 46.8 รับประทานยาวัณโรควันละ 4-5 เม็ด คิดเป็นร้อยละ 53.3 จำนวนยาเฉลี่ยที่ต้องรับประทาน 6.3 เม็ดต่อวัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุกรินทร์ หาญวงศ์ (2548) ที่ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานยาวันละ 1-5 เม็ด คิดเป็นร้อยละ 50.5 ในกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่รับประทานยารักษาโรคประจำตัว 7-11 เม็ด คิดเป็นร้อยละ 55.2 ซึ่งการที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาจำนวนมาก ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย หรือลืมรับประทาน และอาจเกิดการดื้อยา ดังคำกล่าวที่ว่า “กินยาเยอะทุกวันวันละ 12 เม็ด เบื่อจึงไม่อยากกิน” ซึ่งหลังจากได้รับคำปรึกษากลับรู้สึกได้ว่า “เมื่อกินครบหกเดือนแปดเดือนก็หาย ก็คงจะทนได้”

ด้านอาการข้างเคียงจากยารักษาวัณโรคพบว่า กลุ่มทดลองรับประทานยารักษาวัณโรค และไม่มีอาการข้างเคียงของยาคิดเป็นร้อยละ 53.3 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีอาการข้างเคียงของยาคิดเป็นร้อยละ 53.3 โดยกลุ่มทดลองมีอาการข้างเคียงของยา 3 ลำดับแรกที่พบ คือ ผื่นคัน ปวดข้อ คลื่นไส้ อาเจียน และชาปลายมือปลายเท้าคิดเป็นร้อยละ 30.0, 23.3, 13.3 และ 13.3 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีอาการข้างเคียงของยา 3 ลำดับแรกที่พบ คือ ผื่นคัน เหนื่อย/อ่อนเพลีย ผื่นคัน คลื่นไส้ อาเจียน และเวียนศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 26.7, 23.3, 13.3 และ 13.3 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ รจนาไฉน สิงหเรศร์ (2550) ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มีอาการแพ้ยา และมีผลข้างเคียงจากยาวัณโรค ตั้งแต่สัปดาห์แรกของการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ แอนนา สุมะโน (2550) ที่พบว่าอาการข้างเคียงของยาพบได้ในทุกระยะของโรค ส่วนผลข้างเคียงของยาที่พบมากที่สุดจากการศึกษาครั้งนี้ คือ ผื่นคัน คิดเป็นร้อยละ 28.1 ซึ่งอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรค ถ้ามีความรุนแรงหรือเกิดขึ้นมากจนรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน จะทำให้ผู้ป่วยรับยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยผู้ป่วยบางรายกล่าวว่า “กินแล้วหนาวปวดข้อทุกครั้งจึงไม่มารับยาไปกินต่อ” หรืออีกในบางกรณีได้แก่ “กินยาแล้วมีตัวบวม มีผื่นขึ้นจึงเลือกกินยาบางตัว หยุดกินบางตัว” หรือเกิดความทุกข์

ทรมานดังคำกล่าวที่ว่า “กินยาแล้วทรมานใจสั้น” ซึ่งผู้ป่วยที่รับประทานยาวันโรคแล้วเกิดผลข้างเคียงของยาได้รับการปรึกษาแล้ว ต่างเล่าอาการที่เกิดผลข้างเคียงของยาให้แพทย์ฟังและได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงต่างๆ เหล่านั้น

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่รักษาวันโรค จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน และจำนวนพบพบ สถานะการเงิน สิทธิในการรักษา โรคประจำตัว จำนวนชนิดยาที่รักษาใน 1 วัน ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา และอุปสรรคในการรับประทานยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนอาชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อาชีพที่แตกต่างกันอาจส่งผลให้ผู้ป่วยวันโรครับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามการได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจระยะสั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ เห็นปัญหาของตนเองอย่างชัดเจน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเอง

สำหรับคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวันโรคและการรักษาในภาพรวม ความรู้รายด้านเกี่ยวกับโรควันโรค ด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษา และความรู้รายด้านเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาวันโรคและการจัดการกับอาการข้างเคียง คะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวันโรคก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ส่วนที่ 2 การทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวันโรค และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ของผู้ป่วยวันโรคหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย คือ ผู้ป่วยวันโรคปอดหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น มีความรู้เกี่ยวกับวันโรค สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.52, p < .001$) อาจเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้พร้อมเอกสารเกี่ยวกับวันโรคจากพยาบาลวิชาชีพ และยังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ซึ่งช่วยเน้นและกระตุ้นกลุ่มทดลองเกี่ยวกับความรู้เรื่องวันโรค และการรักษาจากผู้ให้คำปรึกษา ทำให้กลุ่มทดลองเข้าใจ ตระหนักปัญหา และได้รับการตอบคำถามต่างๆ จากผู้ให้คำปรึกษาอย่างชัดเจน ตามขั้นตอนการให้การศึกษาแบบสั้น (เทิดศักดิ์ เดชคง, 2553) ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับวันโรคเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก การให้

การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีหลักสำคัญ ได้แก่ การช่วยให้ผู้ที่รับการปรึกษาระหนักถึงผลที่ตามมา อุปสรรคที่เกิดจากพฤติกรรม และเป้าหมายสำคัญในชีวิต ที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ รวมทั้งทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมปัจจุบันกับเป้าหมายชีวิตที่ต้องการ เช่น พฤติกรรมการรับประทานยาไม่ตรงเวลากับเป้าหมายที่ต้องการที่จะมีสุขภาพดี และมีชีวิตยืนยาว สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้วิธีการต่างๆ ด้วยตนเอง และได้รับการยืนยันความรู้ที่ถูกต้องจากผู้ให้คำปรึกษาซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรควัน โรค ความรู้เกี่ยวกับการรักษา ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาวัน โรค และการจัดการกับอาการข้างเคียงเพิ่มพูนขึ้นด้วยความกระฉ่งชัด จากประสบการณ์ตรงของตนเองจนรู้สึกว่าจะมีความหวังว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับการรักษาวัน โรคได้สำเร็จ ความรู้สึกว่าคุณมีศักยภาพเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะทำให้เกิดการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสู่การมีสุขภาพดีและชีวิตยืนยาวในที่สุด

ในทำนองเดียวกัน ผู้ป่วยวัน โรคปอดกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.24, p < .001$) เนื่องจากการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น เป็นกระบวนการบำบัดทางจิตวิทยา ที่เน้นการสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดยการสร้างความตระหนักถึงปัญหา เปรียบเทียบผลดีและผลเสียระหว่างความต่อเนื่องสม่่าเสมอในการรับประทานยากับการปฏิบัติแบบไม่สม่่าเสมอ เสนอทางเลือกต่างๆ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสามารถของตนเอง รวมทั้งมีการให้คำปรึกษาต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ซึ่งช่วยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2553; เทิดศักดิ์ เดชคง, 2553; พิชัย แสงชัยชาญ, 2549; Miller & Rollnick, 1991; Prochaska & DiClemente, 1984) ทั้งนี้เนื่องจากการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นกระบวนการบำบัดทางจิตวิทยา ที่เน้นการสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ที่พัฒนาโดย มิลเลอร์ และโรลนิก (Miller & Rollnick, 1991) โดยมีแนวคิดที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต้องการแรงจูงใจ ซึ่งการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจจะเน้นในการสร้างความตระหนักถึงปัญหา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยให้การปรึกษาแบบมีทิศทาง ซึ่งเน้นผู้รับบริการเป็นหลัก (Client – Centered counselling) และเนื่องจากความต่อเนื่องสม่่าเสมอเป็นพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยที่มีอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการใช้ยาตามคำสั่ง การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวันที่เกิดจากความตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย (WHO, 2002) ดังนั้นการให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้ขอรับคำปรึกษาเข้าใจในปัญหาของตัวเอง สามารถปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสม

กับการรับประทานยารักษาวันโรค และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ นอกจากนี้ยังเน้นการสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วย ให้มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทั้งนี้ในการให้การศึกษาพบว่าผู้ป่วยวันโรคกลุ่มทดลองรายหนึ่ง ขาดการรับประทานยาบ่อยครั้ง ดังคำกล่าวที่ว่า “ส่วนใหญ่เมื่อผมกินข้าวเย็นเสร็จ ผมจะนอนดูโทรทัศน์ แล้วก็หลับไปเลย รู้สึกตัวอีกทีก็เช้า ผมเลยขาดยาอย่างบ่อยเลยครับ” ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจแบบสั้น ทำให้ผู้ป่วยวันโรคแก้ไขปัญหาดตนเอง โดยใช้นาฬิกาปลุกเวลา 20.00 น. ทุกวัน ทำให้รับประทานยาครบทุกวัน

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยวันโรคปอดกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.63, p < .05$) อาจเนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับความรู้พร้อมเอกสารเกี่ยวกับวันโรคจากพยาบาลวิชาชีพ และได้รับการทดสอบความรู้เกี่ยวกับวันโรค พร้อมกับได้รับการประเมินการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ อาจจะเป็นตัวกระตุ้นให้กลุ่มควบคุมสนใจตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยา จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามพฤติกรรมดังกล่าวอาจไม่คงทน หากกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ และการให้การศึกษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามต้องการ (เทิดศักดิ์ เสงขม, 2553; พิชัย แสงชัยชาญ, 2549)

สมมติฐานข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวันโรค และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวันโรคหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการตามปกติ

ผลการศึกษานับสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย คือ ผู้ป่วยวันโรคปอดกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น มีความรู้เกี่ยวกับวันโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.775, p < .001$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับและกระตุ้นให้เข้าใจ ตระหนักปัญหา และได้รับการตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องวันโรค และการรักษา จากผู้ให้คำปรึกษาอย่างชัดเจนตามขั้นตอนการให้การศึกษาแบบสั้น (เทิดศักดิ์ เสงขม, 2553) ทำให้กลุ่มทดลองผ่านกระบวนการเรียนรู้และเข้าใจอย่างถ่องแท้ และเกิดเป็นองค์ความรู้ (Gance-Cleveland, 2007) ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับวันโรคเพิ่มขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ป่วยรายหนึ่งที่ว่า “ที่ผมไม่มารับยาตามนัด เพราะตอนที่ผมมารับยาครั้งแรก ไม่มีใครบอกผมว่าต้องกินยาต่อเนื่อง บอกแต่มาให้มาหาหมอตามนัด อาการของผมดีขึ้นก็คิดว่าหายแล้วเลยไม่มารับยาต่อ” หลังจากได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

แบบสั้น แล้วผู้ป่วยรายนี้บอกว่า “ตอนนี้ผมรู้แล้วว่าต้องมารับยา และกินยาต่อเนื่อง ถ้าผมมารับยาตามนัดครั้งที่แล้วผมก็กินยาไปได้ 2 เดือนแล้ว ผมเลยต้องมาเริ่มต้นนับหนึ่งใหม่อีก”

นอกจากนี้ ผู้ป่วยวัณโรคปอดกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.058, p = .003$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการต่างๆ ในโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ได้ชักจูงให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในตนเอง สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ และเข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน จนเกิดแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ดังคำกล่าวของผู้ป่วยรายหนึ่งที่ว่า “ผมกินแล้วมีอาการหนาว และปวดข้อทุกครั้งจึงไม่มารับยาไปกินต่อ” หลังจากได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น แล้วผู้ป่วยรายนี้บอกว่า “ต่อไปนี้ผมต้องทนให้ได้ ถ้าทนไม่ไหวจริงๆ ผมก็จะกินยาแก้ปวดที่หมอให้ ผมจะได้กินยาต่อเนื่อง อีก 6 เดือนเอง ผมคิดว่าทำได้ครับ”

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest – posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้การปรึกษา โดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ และโรงพยาบาลสูง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า และใช้วิธีการสุ่มโรงพยาบาลเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ร่วมกับการได้รับบริการตามปกติ และการติดตามทางโทรศัพท์ที่สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง เป็นเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับบริการตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2553 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2553 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เรื่องวัณโรค และแบบประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Visual Analog Scale : VAS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 76.7 และ 66.7 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.50 ปี (S.D. = 13.7) และ 45.20 ปี (S.D. = 14.3) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.3 และ 53.3 ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 70.0 และ 46.7 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,000 บาท (S.D. = 4,916.55) และ 5,983.33 บาท (S.D. = 5,618.39) ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 73.3 และ 80.0 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีระยะเวลารักษาวัณโรคเฉลี่ย 3.25 เดือน (S.D. = 1.68) ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลารักษาวัณโรคเฉลี่ย 3.20 เดือน (S.D. = 1.63) โดยใช้สูตรยา 2 ชนิด ในการรักษา คือ HR (INH + Rifampicin) คิดเป็นร้อยละ 66.7 และ 60.0 ตามลำดับ รับประทานยาวันละ 1 ครั้ง เฉลี่ยวันละ 6.40 เม็ด (S.D. = 2.2) และ 6.53 เม็ด (S.D. = 2.6) ตามลำดับ กลุ่มทดลองพบอาการข้างเคียงจากการรับประทานยารักษาวัณโรค (ร้อยละ 46.7) น้อยกว่ากลุ่ม

ควบคุม (ร้อยละ 53.3) อาทิ ผื่นคัน ปวดข้อ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น แต่กลุ่มทดลองมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคเฉลี่ย 50.21 (S.D. = 43.68) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (M = 67.27, S.D. = 40.43) เมื่อพิจารณาความแตกต่างลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในภาพรวมและรายด้าน และคะแนนเฉลี่ยความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) และก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้มีการติดตามผู้ป่วยวัณโรคปอดเป็นเวลา 1 เดือน ทำให้ไม่สามารถติดตามความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยในระยะคงสภาพ ตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจากผู้ศึกษามีเวลาจำกัดในการทำวิจัย
2. ผู้ให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ต้องผ่านการอบรมและฝึกการให้การศึกษา

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางให้พยาบาลชุมชนในโรงพยาบาลชุมชน และสถานบริการสาธารณสุขทั่วไป ที่ผ่านการอบรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น สามารถนำโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรคปอด และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

2. ด้านบริหารการพยาบาล

2.1 เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลเผยแพร่หรือออกนโยบาย ในการประยุกต์ใช้โปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ในคลินิกผู้ป่วยวัณโรคปอด และโรคเรื้อรังอื่นๆ

2.2 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น เพื่อให้เกิดความรู้และทักษะในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยวัณโรคมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ส่งผลให้แผนการรักษาบรรลุตามวัตถุประสงค์

3. ด้านการศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ควรจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น เพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ

4. ด้านการวิจัย

4.1 ควรมีการศึกษาดิตตามประสิทธิผลระยะยาวของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จนครบตามแผนการรักษา

4.2 ควรมีการศึกษากการประยุกต์โปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นในการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น
ต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด
THE EFFECT OF A COUNSELING PROGRAM USING BRIEF MOTIVATIONAL
INTERVIEWING ON KNOWLEDGE ABOUT TUBERCULOSIS AND MEDICATION
ADHERENCE AMONG PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

บุษบา ประสมผล 5136680 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, D.N.Sc. (Primary Care),

แสงทอง ชีระทองคำ, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคเป็นปัญหาสำคัญในวงการสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทั่วโลก ในประเทศไทย จากสรุปรายงานเฝ้าระวังโรคของสำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี 2548 ถึงปี 2550 มีอัตราป่วยของวัณโรค เท่ากับ 51.93, 53.37 และ 53.79 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค สำนักกระบาดวิทยา, 2550) วัณโรคปอดมีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม เมื่อเจ็บป่วยด้วยวัณโรคปอดทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวขาดรายได้ และต้องเสียค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการรักษา (กรมควบคุมโรค สำนักกระบาดวิทยา, 2550) รวมทั้งต้องรับประทานยานาน 6-8 เดือน และยามีผลข้างเคียงมาก อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ และเบื่อในการรับประทานยา จึงจำเป็นต้องหาวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการมารับการรักษาต่อเนื่อง และมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา เพื่อรักษาให้หายขาด มีการศึกษาพบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมวัณโรคปอดได้สำเร็จนั้นเกิดจากความไม่ต่อเนื่อง และไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยา (จินตนา ทิพพัส, 2543; สยามคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย, 2540; Division of Tuberculosis Elimination, 1994; Werf, Dade, & Mark, 1990) ซึ่ง

ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้น เพิ่มโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อ และเพิ่มโอกาสเกิดเชื้อดื้อยาและการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาได้มากขึ้น เพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หรือกลับเป็นซ้ำ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง และมีอัตราการตายสูงขึ้น (วิวรรธ อัครวิเชียร, 2545; Division of Tuberculosis Elimination, 1994; Sevim, et al., 2002) ผู้ป่วยวัณโรคปอดจึงจำเป็นต้องร่วมมือในความร่วมมือสมำเสมอในการรับประทานยา จนครบตามแผนการรักษา (Altice & Friedland, 1998; Hecht, 1998; Williams, 1999)

ประเทศไทยได้นำระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคภายใต้การสังเกตโดยตรง มาใช้ในการควบคุมวัณโรค โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดได้รับการดูแลให้มีความต่อเนื่องสมำเสมอในการรับประทานยา (ประไพ เทียนศาสตร์, 2542; โอภาส การย์กวินพงศ์, 2545) แต่ในการดำเนินการนี้ พบปัญหาหลายประการ โดยเฉพาะการขาดบุคลากร และปัญหาในการเดินทาง เนื่องจากผู้ป่วยอาศัยอยู่ห่างไกล ทำให้ไม่สะดวก และมีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายสูงที่ต้องใช้ในการเดินทางติดตามเยี่ยมบ้าน (สุวรรณ ศรีหงส์ทอง, 2543; รัฐประกรณ์ พวงเงินมาก, 2544) เพื่อช่วยให้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง จึงควรจะมีการนำเทคโนโลยีการสื่อสารทางโทรศัพท์มาใช้ร่วมกับการให้การรักษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความต่อเนื่องสมำเสมอในการรับประทานยา เพราะจะเป็นประโยชน์ในการติดตามผู้ป่วยวัณโรคปอดให้ได้รับการรักษาจนครบตามแผนการรักษา ซึ่ง องค์การ ประจันเขตต์ (2551) ได้เคยนำเทคโนโลยีการสื่อสารทางโทรศัพท์มาใช้ร่วมกับการให้การรักษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV และพบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ความต่อเนื่องสมำเสมอในการรับประทานยาดีขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

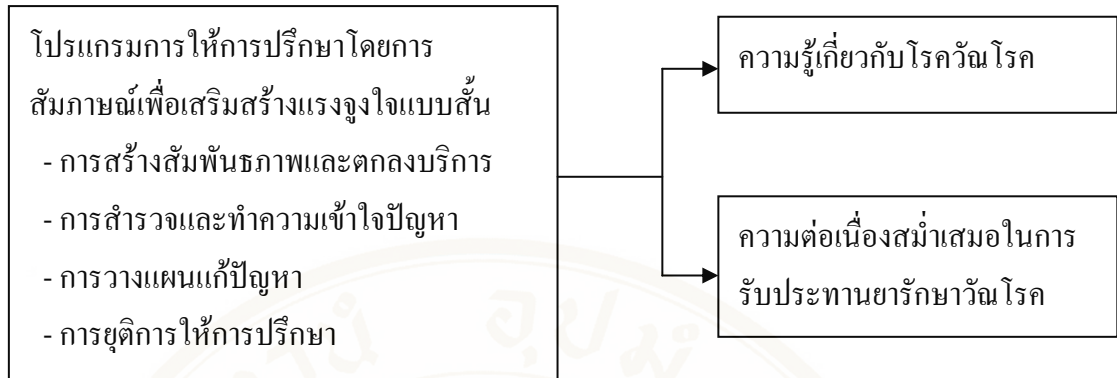
จังหวัดจันทบุรีพบ ผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อในปี 2548-2550 มีแนวโน้มลดลง โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 58.07, 56.12 และ 55.42 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ แต่อัตราตายของผู้ป่วยวัณโรคในช่วงปีเดียวกันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราตายเท่ากับ 5.72, 4.01 และ 7.14 ต่อประชากรแสนคน สำหรับโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในปีงบประมาณ 2548-2550 พบ อัตราป่วยวัณโรคปอดเท่ากับ 68.66, 52.22 และ 65.11 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และมีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 17, 12 และ 20 รายตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, 2550) โดยในช่วงปีดังกล่าวโรงพยาบาลในจังหวัดจันทบุรี ประสบปัญหาผู้ป่วยขาดยานานกว่า 2 เดือนติดต่อกัน จำนวนทั้งสิ้น 86 คน (34, 20, และ 32 คน ตามลำดับ) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, 2548-2550) และแม้ว่าโรงพยาบาลจัดเจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมบ้าน เพื่อกระตุ้นการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสมำเสมอ แต่ก็ไม่สามารถปฏิบัติได้ครอบคลุมทั้งหมด เนื่องจากประสบปัญหาขาด

แคลนบุคลากร แม้มีการส่งต่อการติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคไปยังเจ้าหน้าที่สถานีนามัย แต่ยังไม่สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาคได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, 2550)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ตระหนักถึงความสำคัญ และปัญหาของผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดดื้อยา การแพร่กระจายเชื้อโรคไปยังผู้อื่น และผลกระทบด้านอื่นๆ ทั้งสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ จึงเห็นความสำคัญของโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ซึ่งยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด เพื่อเป็นแนวทางในการจัดบริการเพื่อส่งเสริมความตระหนักให้ผู้ป่วยวัณโรคปอด เกิดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วนตามแผนการรักษา เพื่อรักษาวัณโรคให้หายขาด และลดการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคไปสู่ชุมชน

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษานี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น (Brief intervention) ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์แนวทางการให้การศึกษา (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2546) ผสานกับแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) (Miller & Rollnick, 1991) และการให้การศึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of Change) ตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory) ของ โปรชาสกาและ ไดคลีเมนเต้ (Prochaska & DiClemente, 1984) ส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา (แผนภูมิ 1)



แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมผัสเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด

โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่ ระยะเพิกเฉย (Precontemplation) ระยะลังเลใจ (Contemplation) ระยะตัดสินใจ (Determination) ระยะลงมือปฏิบัติ (Action) และระยะคงสภาพ (Maintenance) ซึ่งในแต่ละระยะบุคคลจะมีความคิดและพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาจึงต้องเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย ในแต่ละระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และให้การปรึกษาโดยการสัมผัสเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นตามระยะของพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรค

โปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมผัสเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างสัมพันธ์ภาพและตกลงบริการ การสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา การวางแผนแก้ปัญหา และการยุติการให้การปรึกษา โดยในการให้การปรึกษามีการสร้างสัมพันธ์ภาพและตกลงบริการ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาทราบวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษา และเกิดความไว้วางใจ และกล่าวประเด็นปัญหาแก่ผู้ให้การปรึกษา ซึ่งผู้ให้การปรึกษาจะประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงของผู้รับการปรึกษา และให้การปรึกษาที่เหมาะสมกับระยะของการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย รวมทั้งร่วมกันค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาลึกเกี่ยวกับการรับประทานยาและวางแผนแก้ไขปัญหานั้นเพื่อไปสู่การปฏิบัติที่บ้าน ซึ่งผู้รับการปรึกษาจะได้รับการติดตามให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ และประเมินระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทุกครั้งที่ได้ติดตามผู้รับการปรึกษาทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งเสริมแรงให้ผู้ป่วยมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา จนครบตามแผนการรักษา และนัดหมายผู้รับการปรึกษาให้การปรึกษาช่วงสุดท้ายเพื่อยุติโปรแกรมการให้การปรึกษา

ปัญหาในการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ผู้ป่วยวัณโรคมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่
2. ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ดีกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับบริการตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

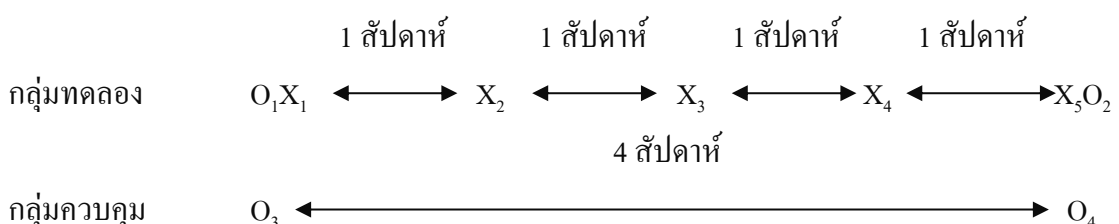
1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ระหว่างผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น และผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับบริการตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค หลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น สูงกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับบริการตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ใช้รูปแบบการทดลองสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest – posttest design) โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้



O ₁ , O ₃	หมายถึง	การประเมินความรู้เกี่ยวกับวันโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการ รับประทานยา ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
X ₁	หมายถึง	เริ่มโปรแกรมการให้ปรึกษาในกลุ่มทดลอง
X ₂	หมายถึง	ให้การติดตามทางโทรศัพท์ในกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 1
X ₃	หมายถึง	ให้การติดตามทางโทรศัพท์ในกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 2
X ₄	หมายถึง	ให้การติดตามทางโทรศัพท์ในกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 3
X ₅	หมายถึง	ยุติโปรแกรมการให้ปรึกษาในกลุ่มทดลอง (ให้การปรึกษาในขั้นตอนยุติการให้ปรึกษา)
O ₂ , O ₄	หมายถึง	การประเมินความรู้เกี่ยวกับวันโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการ รับประทานยา หลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวันโรคปอดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกวันโรค โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ และโรงพยาบาลชลูง จังหวัดจันทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยวันโรคปอดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกวันโรค โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ และโรงพยาบาลชลูง จังหวัดจันทบุรี ตั้งแต่ เดือนเมษายน ถึง กรกฎาคม 2553

กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการรักษาวันโรคด้วยระบบยาระยะสั้นมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 1 เดือน
3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถอ่าน พูด เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี ในผู้ที่อายุ 60 ปี ขึ้นไป ประเมินโดยแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Exam: TMSE) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2536) (ภาคผนวก ก) หากคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ไม่นำเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง
4. มีโทรศัพท์ และหมายเลขโทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้สะดวก
5. มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวันโรค ระดับต่ำกว่าร้อยละ 100 โดยวัดจากแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2546) (ภาคผนวก ก)

6. อาศัยอยู่ในจังหวัดจันทบุรี

7. สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยโดยการลงนาม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลระหว่างทำวิจัย
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิเสธหรือขอถอนตัว

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเปิดตารางการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยใช้ค่าความเชื่อมั่น .05 (One tailed) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบทางสถิติ (Power analysis) เท่ากับ .80 และคำนวณค่า Effect size จากงานวิจัยของ แอนนา สุมะโน (2550) ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวันโรคปอด อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ได้เท่ากับ .719

เมื่อเปิดตาราง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 คน (Cohen, 1988:30) เพื่อป้องกันการสูญหายของขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 60 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากต่างโรงพยาบาลมาเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้วิธีการจับสลากสุ่มโรงพยาบาลที่จะดำเนินการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลพระปกเกล้า และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ และโรงพยาบาลขลุง จังหวัดจันทบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ที่เป็นวันโรค สิทธิในการรักษา โรคประจำตัวอื่น ระยะเวลาที่เป็นวันโรค บทบาทในครอบครัว จำนวนชนิด/ เมื่อยา และอาการข้างเคียง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Visual Analog Scale: VAS) ของ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2546) เพื่อประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในระยะ 1 เดือน ที่ผ่านมา และถามผู้ที่เป็นวันโรค ว่า “ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านกินยาสม่ำเสมอเพียงใด” และให้ผู้ป่วยขีดบนเส้นตรง ที่มีคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยเริ่มจาก 0 คะแนน (จากจุดเริ่มต้นของเส้นด้านซ้ายสุด) จนถึง 100 คะแนน (ปลายเส้นด้านขวาสุด)

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เรื่องวัณโรคและการรักษา ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความรู้เรื่องวัณโรคและการรักษาของ ลิซล วงศ์อยู่ (Wongyou, 2005) จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค จำนวน 6 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการรักษาจำนวน 9 ข้อ และความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรค และการจัดการกับอาการข้างเคียง จำนวน 4 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบตอบ “ถูก” ให้ 1 คะแนน ตอบ “ผิด” ให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 19 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคมก การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวัณโรคปอด ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จำนวน 10 ราย โดยใช้การถามซ้ำในระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ (test-retest method) ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง ได้ค่าความคงที่ของการวัด เท่ากับ .94

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด

2.1 โปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น (ภาคผนวก ก) ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของ องค์การประจันเขตต์ (2551) และนำมาใช้กับผู้ป่วยวัณโรคปอด เพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรค โดยผู้วิจัยให้คำปรึกษาแบบเผชิญหน้า รายบุคคล ตามหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ มิลเลอร์ และ โรลนิก (Miller & Rollnick, 1991) ร่วมกับขั้นตอนการให้การปรึกษาของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) จำนวน 1 ครั้ง และการให้การศึกษาทางโทรศัพท์ ทุก 1 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรค ตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษา ในทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ โปรชาสกา และ ไดคิเมนเต (Prochaska & Diclemente, 1984)

2.2 คู่มือให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดและการรักษา (ภาคผนวก ก) สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และแนวคำถามความรู้เรื่องวัณโรคและการรักษาของ ลิซล วงศ์อยู่ (Wongyou, 2005) เพื่อเป็นสื่อการสอนให้ความรู้ จัดทำเป็นรูปเล่มเพื่อมอบให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องวัณโรค สาเหตุ การติดต่อและการแพร่กระจายเชื้อ อาการและอาการแสดง การรักษา ภาวะแทรกซ้อน คำแนะนำในการปฏิบัติตัว และความสำคัญของการมาตรวจตามนัดและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2.3 แบบบันทึกการรับประทานยา สร้างโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยให้กลุ่มทดลองนำกลับไปบันทึกการรับประทานยารักษาวัณโรคที่บ้านเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

1. การตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์แล้ว นำมาแก้ไขตามคำแนะนำ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์แพทย์ทางจิตเวชและอาจารย์พยาบาลทางจิตเวช ช่วยพิจารณาตรวจสอบอีกครั้ง เพื่อให้มีเนื้อหาครอบคลุม และจัดลำดับขั้นตอนการให้การศึกษาได้เหมาะสม จากนั้นได้ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรม ตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. ทดสอบความเหมาะสมของการใช้โปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น นำโปรแกรมที่ปรับแก้ไขแล้วไปทดสอบกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดในการศึกษา จำนวน 3 ราย ที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การจัดลำดับขั้นตอนในการให้การศึกษา และระยะเวลาที่ใช้ในการให้การศึกษา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีการดำเนินการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นเตรียมผู้วิจัย

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง ในการเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องที่จะทำการวิจัย และการเป็นผู้ให้การศึกษา โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการอบรมและศึกษาจากวิทยุทัศน์เกี่ยวกับการให้การศึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

2. ขั้นเตรียมการวิจัย

2.1 หลังจากได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ และโรงพยาบาลสูง จังหวัดจันทบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด และขั้นตอนของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นดำเนินการขอจริยธรรมในคนจากโรงพยาบาลพระปกเกล้า เพื่อขอเก็บข้อมูล

2.2 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ และโรงพยาบาลสูง จังหวัดจันทบุรี ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาล ชี้แจง

วัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยวันโรค และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การจัดเตรียมสถานที่ วันเวลาและขั้นตอนในการให้การปรึกษา

3. ขั้นตอนการวิจัย

การดำเนินการวิจัยมีขั้นตอน ดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

1) กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ห่างกัน 4 สัปดาห์ โดย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยการสัมภาษณ์แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้เกี่ยวกับวันโรคและการรักษา และให้พบเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกวันโรค โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ หรือ โรงพยาบาลขลุง จังหวัดจันทบุรี เพื่อรับบริการตามปกติ โดยการให้ความรู้ และแนะนำคู่มือเกี่ยวกับวันโรคปอดและการรักษา พร้อมนัดพบแพทย์ 4 สัปดาห์ และผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่คลินิกวันโรคเช่นเดียวกับก่อนทดลอง

2) กลุ่มทดลอง เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

2.1) กิจกรรมครั้งที่ 1 (60 นาที)

- ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยการสัมภาษณ์เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม
- เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกวันโรคโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ให้การบริการตามปกติ
- ผู้วิจัยดำเนินการให้การปรึกษา ครั้งที่ 1 ตามโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น โดยสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ สำรวจปัญหาและทำความเข้าใจปัญหา และวางแผนแก้ปัญหา

- นัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เพื่อติดตามให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง ห่างกันทุก 1 สัปดาห์

- บันทึกการให้การปรึกษารายบุคคลในแบบบันทึกการให้การปรึกษา
- เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกวันโรค นัดกลุ่มทดลองพบแพทย์ 4 สัปดาห์ พร้อมทั้งมอบบัตรนัด และคู่มือเกี่ยวกับวันโรคปอดและการรักษา

2.2) กิจกรรมการติดตามพร้อมทั้งให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 2, 3, และ 4 ครั้งละ 20 นาที โดยติดตามการเปลี่ยนแปลงการรับประทานยาตามแผนที่วางไว้ ประเมินปัญหา/อุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงการรับประทานยา ประเมินปัญหา/อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นใหม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามปัญหาที่พบ ให้กำลังใจ และเสริมสร้างแรงจูงใจ พร้อมแสดงความชื่นชมเมื่อมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

- นัดหมายการติดตามให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ในครั้งต่อไป
- บันทึกการให้การติดตามให้การปรึกษารายบุคคลทางโทรศัพท์ ลงในแบบบันทึกการให้การปรึกษา

2.3) กิจกรรมครั้งที่ 5 การให้การปรึกษาในขั้นตอนยุติการให้การปรึกษา และประเมินผล 30 นาที ในสัปดาห์ที่ 4 โดยผู้วิจัยทบทวนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากแบบบันทึกการให้การปรึกษา ให้การปรึกษาในขั้นตอนยุติการให้การปรึกษา และเก็บรวบรวมข้อมูลเช่นเดียวกับก่อนทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสัมภาษณ์ จากนั้นจัดทำคู่มือลงรหัสของแบบสอบถาม จึงนำข้อมูลไปบันทึกและวิเคราะห์สถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิในการรักษา รายได้ โรคประจำตัว จำนวนบทบาทในครอบครัว ระยะเวลาที่รักษา จำนวนชนิดยา จำนวนเม็ดยา จำนวนครั้งในการรับประทานยา ผลข้างเคียงจากยาอุปสรรคในการรับประทานยา โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความต่อเนื่องสมมติในการรับประทานยารักษาวันโรค ความรู้เกี่ยวกับโรค วันโรคและการรักษา ทั้งรายด้านและภาพรวม ก่อนทดลองกับหลังทดลอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้สถิติค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การทดสอบการกระจายของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวันโรคและการรักษา และความต่อเนื่องสมมติในการรับประทานยารักษาวันโรค โดยสถิติ Komogorov-Smirnov test แล้ว พบว่าการกระจายข้อมูลปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

3.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวันโรคและการรักษา และความต่อเนื่องสมมติในการรับประทานยารักษาวันโรคก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t – test

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวันโรคและการรักษา และความต่อเนื่องสมมติในการรับประทานยารักษาวันโรค ระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t – Test

3.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวันโรค และการรักษา และความต่อเนื่องสมมติในการรับประทานยารักษาวันโรค ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t – test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยวัณโรคปอด 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 76.7 และ 66.7 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.50 ปี (S.D. = 13.70) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.20 ปี (S.D. = 14.30) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.3 และ 53.3 ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 70.0 และ 46.7 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,000 บาท (S.D. = 4,916.55) และ 5,983.33 บาท (S.D. = 5,618.39) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มไม่มีเงินเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 46.7 และ 60.0 ตามลำดับ และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 73.3 และ 80.0 ตามลำดับ

กลุ่มทดลองมีระยะเวลารักษาวินโรคเฉลี่ย 3.25 เดือน (S.D. = 1.68) ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลารักษาวินโรคเฉลี่ย 3.20 เดือน (S.D. = 1.63) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สูตรยา 2 ชนิดในการรักษา คือ HR (INH + Rifampicin) คิดเป็นร้อยละ 66.7 และ 60.0 ตามลำดับ โดยรับประทานยาวันละ 1 ครั้ง เฉลี่ยวันละ 6.40 เม็ด (S.D. = 2.20) และ 6.53 เม็ด (S.D. = 2.60) ตามลำดับ

กลุ่มทดลอง (ร้อยละ 43.3) มีโรคประจำตัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 53.3) ส่วนใหญ่คิดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 36.7 และ 20.0 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมรับประทานยารักษาโรคประจำตัวส่วนใหญ่วันละ 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 92.3 และ 43.7 ตามลำดับ

กลุ่มทดลองพบอาการข้างเคียงจากการรับประทานยารักษาวัณโรค (ร้อยละ 46.7) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 53.3) อาทิ ผื่นคัน ปวดข้อ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น กลุ่มทดลองมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคเฉลี่ย 50.21 (S.D. = 43.68) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (M = 67.27, S.D. = 40.43) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคน้อยสุดคือไม่ได้รับประทานยาเลย และสูงสุดร้อยละ 97 ทั้งนี้ทั้งสองกลุ่ม ไม่มีอุปสรรคในการรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 56.7 และ 66.7 ตามลำดับ อาทิ การลืม และเดินทางไปต่างจังหวัดบ่อย การไม่ชอบรับประทานยา เป็นต้น

เมื่อพิจารณาความแตกต่างลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานะการเงิน สิทธิในการรักษา ระยะเวลาที่รักษาวินโรค ยารักษาวัณโรคที่ใช้ จำนวนครั้งในการรับประทานยารักษาวัณโรค จำนวนเม็ดยารักษาวัณโรคที่รับประทานต่อวัน โรคประจำตัว จำนวนครั้งในการรับประทานยารักษาโรคประจำตัว จำนวนเม็ดยารักษาโรค

ประจำตัวที่รับประทานต่อวัน จำนวนครั้งในการรับประทานยาทั้งหมด จำนวนเม็ดยาทั้งหมดที่รับประทานต่อวัน ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา อุปสรรคในการรับประทานยา ผลการศึกษาพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อย่างไรก็ตามอาชีพอันของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ส่วนที่ 2 การทดสอบสมมติฐาน

คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรค ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินการแจกแจงแบบปกติ ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในทุกด้าน ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในภาพรวม และรายด้าน และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n = 30$) โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	M	S.D.	M	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ในภาพรวม	12.60	2.99	13.77	2.29	1.702	.094
ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค	4.00	1.11	4.17	1.02	.604	.548
ความรู้เกี่ยวกับการรักษา	6.10	1.97	6.73	1.62	1.360	.179
ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรค และการจัดการกับอาการข้างเคียง	2.50	.97	2.87	.78	1.613	.112
ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรค	50.21	43.68	67.27	30.43	1.755	0.85

2.1 การทดสอบสมมติฐานข้อ 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค หลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในภาพรวม ($t = 7.52, p < .001$) ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ($t = 4.59, p < .001$) ความรู้เกี่ยวกับการรักษา ($t = 5.66, p < .001$) และความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรคและการจัดการกับอาการข้างเคียง ($t = 4.94, p < .001$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ คะแนนเฉลี่ยความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.24, p < .001$)

อย่างไรก็ตาม ภายหลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในภาพรวม ($t = 1.88, p = .070$) ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ($t = 1.04, p = .305$) ความรู้เกี่ยวกับการรักษา ($t = .92, p = .365$) และความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรคและการจัดการกับอาการข้างเคียง ($t = 1.44, p = .161$) สูงกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนเฉลี่ยความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.63, p = .014$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ทั้งในภาพรวม และรายด้าน และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคภายในกลุ่มทดลอง ($n = 30$) และภายในกลุ่มควบคุม ($n = 30$) โดยใช้สถิติ Paired $t - test$

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Diff (Mean ± SE)	t	p
	M	S.D.	M	S.D.			
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในภาพรวม							
กลุ่มทดลอง	12.60	2.99	16.70	1.90	4.10 ± 2.99	7.52	< .001
กลุ่มควบคุม	13.77	2.29	14.57	2.30	.80 ± 2.33	1.88	.070
ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค							
กลุ่มทดลอง	4.00	1.11	5.17	.75	1.17 ± 1.39	4.59	< .001
กลุ่มควบคุม	4.17	1.02	4.33	.76	.17 ± .87	1.04	.305
ความรู้เกี่ยวกับการรักษา							
กลุ่มทดลอง	6.10	1.97	8.23	.94	2.13 ± 2.06	5.66	< .001
กลุ่มควบคุม	6.73	1.62	7.03	1.63	.30 ± 1.78	.92	.365

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวันโรค ทั้งในภาพรวม และรายด้าน และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวินโรคภายในกลุ่มทดลอง ($n = 30$) และภายในกลุ่มควบคุม ($n = 30$) โดยใช้สถิติ Paired t – test (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Diff (Mean ± SE)	t	p
	M	S.D.	M	S.D.			
ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาวินโรค และการจัดการกับอาการข้างเคียง							
กลุ่มทดลอง	2.50	.97	3.30	.92	.80 ± .89	4.94	< .001
กลุ่มควบคุม	2.87	.78	3.13	.90	.27 ± 1.02	1.44	.161
ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวินโรค							
กลุ่มทดลอง	50.21	43.68	100.00	.00	49.79 ± 43.68	6.24	< .001
กลุ่มควบคุม	67.27	30.43	85.07	29.42	17.80 ± 37.08	2.63	.014

2.2 การทดสอบสมมติฐานข้อ 2 คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวันโรค และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวินโรคหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการตามปกติ

ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น กลุ่มทดลองมีความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวันโรคในภาพรวม ($t = 4.775$, $p < .001$) ความรู้เกี่ยวกับวันโรค ($t = 3.333$, $p < .01$) ความรู้เกี่ยวกับการรักษา ($t = 3.681$, $p = .001$) ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาวินโรคและการจัดการกับอาการข้างเคียง ($t = 2.168$, $p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวินโรค ($t = 3.058$, $p < .01$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในภาพรวมและรายด้าน และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	d	S.D.	d	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ในภาพรวม	4.10	2.99	.80	2.33	4.775	<.001
ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค	1.17	1.39	.17	.87	3.333	.002
ความรู้เกี่ยวกับการรักษา	2.13	2.06	.30	1.78	3.681	.001
ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรค และการจัดการกับอาการข้างเคียง	.80	.87	.27	1.01	2.168	.034
ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรค	49.79	43.68	17.80	37.09	3.058	.003

d = ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย

การอภิปรายผล

การทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการศึกษานับสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรค สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.52, p < .001$) อาจเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้พร้อมเอกสารเกี่ยวกับวัณโรคจากพยาบาลวิชาชีพ และยังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ซึ่งช่วยเน้นและกระตุ้นกลุ่มทดลองเกี่ยวกับความรู้เรื่องวัณโรค และการรักษาจากผู้ให้คำปรึกษา ทำให้กลุ่มทดลองเข้าใจ ตระหนักปัญหา และได้รับการตอบคำถามต่างๆ จากผู้ให้คำปรึกษาอย่างชัดเจน ตามขั้นตอนการให้การศึกษาแบบสั้น (เทิดศักดิ์ เดชคง, 2553) ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก การให้การศึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีหลักสำคัญ ได้แก่ การช่วยให้ผู้ที่รับการปรึกษาตระหนักถึงผลที่ตามมา อุปสรรคที่เกิดจากพฤติกรรม และเป้าหมายสำคัญในชีวิต ที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ รวมทั้งทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมปัจจุบันกับเป้าหมายชีวิตที่ต้องการ เช่น

พฤติกรรมมารับประทานยาไม่ตรงเวลากับเป้าหมายที่ต้องการที่จะมีสุขภาพดี และมีชีวิตยืนยาว สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้วิธีการต่าง ๆ ด้วยตนเอง และได้รับการยืนยันความรู้ที่ถูกต้องจากผู้ให้คำปรึกษาซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค วัณโรค ความรู้เกี่ยวกับการรักษา ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา วัณโรค และการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เพิ่มพูนขึ้นด้วยความกระฉับกระเฉง จากประสบการณ์ตรงของตนเองจนรู้สึกรับรู้ความหวังว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับการรักษาวัณโรคได้สำเร็จ ความรู้สึกที่ว่าตนเองมีศักยภาพเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะทำให้เกิดการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสู่การมีสุขภาพดีและชีวิตยืนยาวในที่สุด

ในทำนองเดียวกัน ผู้ป่วยวัณโรคปอดกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.24, p < .001$) เนื่องจากโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น เป็นกระบวนการบำบัดทางจิตวิทยา ที่เน้นการสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดยการสร้างความตระหนักถึงปัญหา เปรียบเทียบผลดีและผลเสียระหว่างความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยากับการปฏิบัติแบบไม่สม่ำเสมอ เสนอทางเลือกต่างๆ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสามารถของตนเอง รวมทั้งมีการให้คำปรึกษาต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ซึ่งช่วยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2553; เทิดศักดิ์ เดชคง, 2553; พิชัย แสงชัยชาญ, 2549; Miller & Rollnick, 1991; Prochaska & DiClemente, 1984) ทั้งนี้เนื่องจากการให้การศึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นกระบวนการบำบัดทางจิตวิทยา ที่เน้นการสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ที่พัฒนาโดย มิลเลอร์ และโรลนิก (Miller & Rollnick, 1991) โดยมีแนวคิดที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต้องการแรงจูงใจ ซึ่งการให้การศึกษาแบบสร้างแรงจูงใจจะเน้นในการสร้างความตระหนักถึงปัญหา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยให้การศึกษาแบบมีทิศทาง ซึ่งเน้นผู้รับบริการเป็นหลัก (Client – Centered counselling) และเนื่องจากความต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยที่มีอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการใช้ยาตามคำสั่ง การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต ที่เกิดจากความตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย (WHO, 2002) ดังนั้นการให้การศึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยรับคำปรึกษาเข้าใจในปัญหาของตนเอง สามารถปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับการรับประทานยา วัณโรค และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ นอกจากนี้ยังเน้นการสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วย ให้มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทั้งนี้ในการให้การศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มทดลองรายหนึ่ง ขาด

การรับประทานยาบ่อยครั้ง ดังคำกล่าวที่ว่า “ส่วนใหญ่เมื่อผมกินข้าวเย็นเสร็จ ผมจะนอนดูโทรทัศน์ แล้วก็หลับไปเลย รู้สึกตัวอีกทีก็เช้า ผมเลยขาดยาอย่างบ่อยเลยครับ” ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจแบบสั้น ทำให้ผู้ป่วยวันโรคแก้ไขปัญหาดตนเอง โดยใช้นาฬิกาปลุกเวลา 20.00 น. ทุกวัน ทำให้รับประทานยาครบทุกวัน

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยวันโรคปอดกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.63, p < .05$) อาจเนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับความรู้พร้อมเอกสารเกี่ยวกับวันโรคจากพยาบาลวิชาชีพ และได้รับการทดสอบความรู้เกี่ยวกับวันโรค พร้อมกับการประเมินการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่าเสมอ อาจจะเป็นตัวกระตุ้นให้กลุ่มควบคุมสนใจตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยา จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความต่อเนื่องสม่าเสมอในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามพฤติกรรมดังกล่าวอาจไม่คงทน หากกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ และการให้การศึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามต้องการ (เทิดศักดิ์ เดชคง, 2553; พิชัย แสงชัยชาญ, 2549)

สมมติฐานข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวันโรค และความต่อเนื่องสม่าเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวันโรคหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการตามปกติ

ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย คือ ผู้ป่วยวันโรคปอดกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น มีความรู้เกี่ยวกับวันโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.775, p < .001$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับและกระตุ้นให้เข้าใจ ตระหนักปัญหา และได้รับการตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องวันโรค และการรักษา จากผู้ให้คำปรึกษาอย่างชัดเจนตามขั้นตอนการให้การศึกษาแบบสั้น (เทิดศักดิ์ เดชคง, 2553) ทำให้กลุ่มทดลองผ่านกระบวนการเรียนรู้และเข้าใจอย่างถ่องแท้ และเกิดเป็นองค์ความรู้ (Gance-Cleveland, 2007) ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับวันโรคเพิ่มขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ป่วยรายหนึ่งที่ว่า “ที่ผมไม่มารับยาตามนัด เพราะตอนที่ผมมารับยาครั้งแรก ไม่มีใครบอกผมว่าต้องกินยาต่อเนื่อง บอกแต่มาให้มาหาหมอตามนัด อาการของผมดีขึ้นก็คิดว่าหายแล้วเลยไม่มารับยาต่อ” หลังจากได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น แล้วผู้ป่วยรายนี้บอกว่า “ตอนนี้ผมรู้แล้วว่าต้องมารับยา และกินยาต่อเนื่อง ถ้าผมมารับยาตามนัดครั้งที่แล้วผมก็กินยาไปได้ 2 เดือนแล้ว ผมเลยต้องมาเริ่มต้นนับหนึ่งใหม่อีก”

นอกจากนี้ ผู้ป่วยวัณโรคปอดกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจแบบสั้น มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.058$, $p = .003$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจแบบสั้น ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการต่างๆ ในโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจแบบสั้น ได้ชักจูงให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในตนเอง สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ และเข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน จนเกิดแรงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ดังคำกล่าวของผู้ป่วยรายหนึ่งที่ว่า “ผมกินแล้วมีอาการหนาว และปวดข้อทุกครั้งจึงไม่มารับยาไปกินต่อ” หลังจากได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจแบบสั้น แล้วผู้ป่วยรายนี้บอกว่า “ต่อไปนี้ผมต้องทนให้ได้ ถ้าทนไม่ไหวจริงๆ ผมก็จะกินยาแก้ปวดที่หมอให้ ผมจะได้กินยาต่อเนื่อง อีก 6 เดือนเอง ผมคิดว่าทำได้ครับ”

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้มีการติดตามผู้ป่วยวัณโรคปอดเป็นเวลา 1 เดือน ทำให้ไม่สามารถติดตามความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยในระยะคงสภาพ ตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจากผู้ศึกษามีเวลาจำกัดในการทำวิจัย
2. ผู้ให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจแบบสั้น ต้องผ่านการอบรมและฝึกการให้การปรึกษา
3. โปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจแบบสั้น เป็นโปรแกรมที่ดัดแปลงจากโปรแกรม ที่ให้การปรึกษาในผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด และแตกต่างจากวัณโรค ที่แม้ว่าจะใช้เวลารักษานาน 6-8 เดือน แต่ผู้ป่วยยังมีความหวังว่ารักษาหายขาด ดังนั้นกลุ่มผู้ป่วยจึงอาจมีแรงใจภายในตนแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางให้พยาบาลชุมชนในโรงพยาบาลชุมชน และสถานบริการสาธารณสุขทั่วไป ที่ผ่านการอบรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจแบบสั้น สามารถนำโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจแบบสั้น ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรคปอด และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ
2. ด้านบริหารการพยาบาล
 - 2.1 เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลเผยแพร่หรือออกนโยบาย ในการประยุกต์ใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจแบบสั้น ในคลินิกผู้ป่วยวัณโรคปอด และโรคเรื้อรังอื่นๆ

2.2 ผู้บริหารทางการแพทย์ควรส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น เพื่อให้เกิดความรู้และทักษะในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ส่งผลให้แผนการรักษาบรรลุตามวัตถุประสงค์

3. ด้านการศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ควรจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น เพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคและผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ

4. ด้านการวิจัย

4.1 ควรมีการศึกษาติดตามประสิทธิผลระยะยาวของโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับโรค และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคปอด จนครบตามแผนการรักษา

4.2 ควรมีการศึกษากการประยุกต์โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นในการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ

THE EFFECT OF A COUNSELING PROGRAM USING BRIEF MOTIVATIONAL INTERVIEWING ON KNOWLEDGE ABOUT TUBERCULOSIS AND MEDICATION ADHERENCE AMONG PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

BUSABA PRASOMPHOL 5136680 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WANTANA MANEESRIWONGKUL, D.N.Sc. (PRIMARY CARE), SANGTHONG TERATHONGKUM, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance

Tuberculosis has been one of the most important global health problems. According to a surveillance report by Bureau of Epidemiology, Ministry of Public Health, prevalence rates of Tuberculosis in Thailand were 51.93, 53.37 and 53.79 per 100,000 populations. Pulmonary tuberculosis has serious physical, psychological, and socio-economic impacts on patients. Patients with pulmonary tuberculosis and family often lose income and shared direct and indirect cost of treatment (Disease Control Department, Bureau of Epidemiology, 2550). They had to complete 6 to 8 months of treatment which may cause them some side effects. The long-term treatment and side effects may discourage them and lead to medication non adherence. Thus, the effective treatment system is needed to enhance their medication adherence and increase a success cure rate. It was found that medication non adherence was a significant cause of treat failure (Jintana Tiptus, 2543; Division of Tuberculosis Elimination, 1994; Werf , Dade, & Mark, 1990). Treatment failure increases treatment duration and a likelihood of tuberculosis transmission. It also increases a likelihood of resistance to

first line regimens, and its transmission which has more severe complications and recurrent rate. Patients with MDR resistance have higher cost of treatment, worse quality of life, and increased death rate (Wiwat Arukarawichien, 2003; Division of Tuberculosis Elimination, 1994; Sevim, et al., 2002). Therefore, patients with tuberculosis need to have good medication adherence until completion of treatment course (Altice & Friedland, 1998; Hecht, 1998; Williams, 1999).

Thailand has adopted Direct Observed Therapy strategy (DOTs) recommended by the World Health Organization to enhance medication adherence among patients with tuberculosis (Prapai Tieansart, 1999; Opas Karnkwinpong, 2002). However, there are several obstacles to adopt DOTs effectively due to inadequate number of health personnel, inconvenience in traveling, and cost of traveling to the patients' home (Suvanee Srihongthong, 2000; Ratraprakorn Phuangngernmak, 2001). To reduce time and cost in reaching the patients, information technology via telephone contact should be used in association with counseling using brief motivational interviewing to enhance medication adherence. It will be beneficial in monitoring patients to complete the treatment course. (Ong-on Prajanket, 2008) tested the effect of counseling using motivational interviewing on adherence to antiretroviral therapy and found that this intervention can significantly enhance adherence to antiretroviral therapy.

According to a report from Chantaburi province, the trend of tuberculosis transmission is reducing. From 2005 to 2007, the prevalence was 58.07, 56.12 and 55.42 per 100,000 populations, respectively. However, the death is increasing as of 5.72, 4.01 and 7.14 per 100,000 populations, respectively. During the same period, Prapokloa Hospital reported that the prevalence was 68.66, 52.22 and 65.11 per 100,000 populations, while a number of deaths was 17, 12 and 20, respectively. It was revealed that there were 86 patients discontinued treatment for more than 2 months: 34 cases in 2005, 20 cases in 2006 and 32 cases in 2007 (Chantaburi Province Health Office, 2007). In response to this, the hospital expanded home visit service to reach patients with tuberculosis; it was not possible to reach all cases because of inadequate number of health personnel. Although the hospital referred the patients to community health centers, there were not enough health personnel to deliver direct observe to all patients with tuberculosis (Chantaburi Province Health Office, 2007).

As a community health nurse practitioner, the researcher concerns about the significance of this problem which may lead to the spread of MDR tuberculosis, tuberculosis transmission. Thus, a research to test the effect of a counseling program using brief motivational interviewing on knowledge and medication adherence among patients with tuberculosis.

Research Framework

1. This research is based on brief motivational interviewing technique. The researcher modified counseling guidelines of motivational interviewing technique (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2003) in integration with Motivational Interviewing (MI) by Miller and Rollnick (1991) and telephone counseling aimed at changing medication-taking behavior of patients with tuberculosis based on the Transtheoretical Theory (Prochaska & DiClemente, 1984) so that they could better adhere to their medication. The conceptual framework of this study is as illustrated in Figure 1.

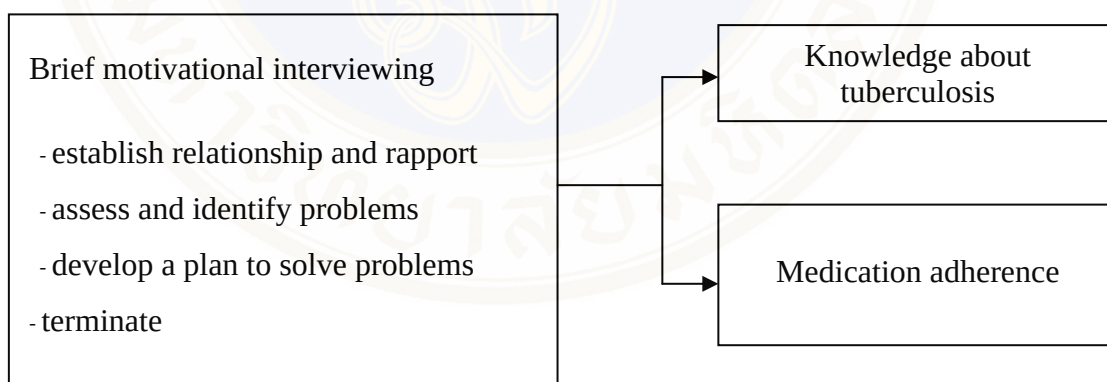


Figure 1 Research Framework

Behavior change process can be classified into 5 stages namely: precontemplation, contemplation, determination, action, and maintenance. People in each stage of change think and act differently. Therefore, counselors should understand behavior of patients with tuberculosis, and provide counseling that matches the patients' stage of change so that they can improve medication adherence.

In this study, a counseling program using brief motivational interviewing on knowledge and medication adherence among patients with tuberculosis consisted of 4 steps: establishing relationship and rapport, assessing and identifying problems, developing a plan to solve problems and terminating.

In establishing relationship and rapport, the patients were informed about objectives of the counseling program and talked about their information. The counselor then assessed and identified problems, and worked with the patients in developing a plan to solve problems.

The patients received one counseling session, and follow-up counseling via telephone every week for 3 times. After 4 weeks, the patients received terminating counseling session when they came back for follow-up visit at the tuberculosis clinic.

Objectives

1. To compare knowledge about tuberculosis and medication adherence before and after receiving a counseling program using brief motivational interviewing among patients with tuberculosis.
2. To compare knowledge about tuberculosis and medication adherence among patients with tuberculosis who received a counseling program using brief motivational interviewing, and the patients who received a routine care.

Hypothesis

1. Mean scores of knowledge about tuberculosis and medication adherence of patients with tuberculosis after receiving a counseling program using brief motivational interviewing were higher than the mean scores at baseline.
2. Mean scores of knowledge about tuberculosis and medication adherence of patients with tuberculosis who received a counseling program using brief motivational interviewing were higher than the mean scores of those who received a routine care.

Research Methodology

This study is quasi – experimental research using a two groups pretest – posttest design.

Population and Sample

Population of this study were patients diagnosed with pulmonary tuberculosis by the physicians at tuberculosis clinic in Chantaburi province. While Population of this study were patients diagnosed with pulmonary tuberculosis by the physicians at tuberculosis clinic at Prapokloa Hospital, Kitchakood Hospital, and Klung Hospital in Chantaburi province from April to July 2010.

Sixty subjects were purposively recruited based on the following inclusion criteria: 18 years and older, live in Chantaburi province, started short course tuberculosis treatment for at least 1 month, have good mental state (patients, who are 60 years and older, will be screened by the Thai Mental State Exam: TMSE), able to communicate in Thai, have telephone contact, and adhere to tuberculosis treatment less than 100% (assessed by the Medication Adherence Visual Analog Scale by Wantana Maneesriwongkul, et al. (2003), and willing to participate. They will be excluded if they were admitted to the hospital during the study period, or would like to withdraw from the study.

Sample Size

Sample size was calculated using power analysis table (Cohen, 1988). A study of home visit program on self care of patients with tuberculosis by Anna Sumano (2007) reported that a mean self care in the experimental group was 1.60, whereas a mean and standard deviation of the control group were 1.37 and .32. Using power of .80 and alpha of .05, an effect size was .719. According to power analysis table, this study needs 26 patients in each group. However to prevent reducing number of subjects due to drop out, the researcher increase to the initial sample size to 30 in each group.

Hospital settings were randomly assigned. Prapokloa Hospital was assigned as a setting for an experimental group, while Kitchakood Hospital, and Klung Hospital were assigned as settings for a control group.

Research instruments

There are 3 instruments used in this study:

1. Personal data sheet consisted of demographic information (i.e. age, sex, education, income, health insurance etc.), and treatment information (i.e. illness duration, medication, side effects etc.).
2. Medication Adherence Visual Analog Scale Wantana Maneesriwongkul, et al. (2003) was used measure medication adherence in the past month period in terms of visual analog. It was a line 100 millimeters long. The patients were asked to cross this line to report their medication adherence in the past month. The left end indicated “0” meaning that “none medication was taken” or “not at all adherence”. The right end indicated “100” meaning that “all medications were taken as prescribed” or “perfect medication adherence”. Patients also received a medication diary to record their medication taking.
3. Knowledge about tuberculosis instrument was modified from Wongyou (2005). There were 19 items representing knowledge about tuberculosis (6 items), knowledge about treatment (9 items), and knowledge about side effects of medication and management (4 items). It scored “1” for correct answer, and “0”. This instrument was tested among 10 patients at Kitchakood Hospital. Its overall reliability coefficient was .68 while subscales’ coefficients were .45, .88, and .57. The test-retest reliability in 2 week period was .94.

A counseling program using brief motivational interviewing

In this study, a counseling program using brief motivational interviewing was modified for the counseling program for HIV/AIDS patients (Ong-on Prajanket, 2008) to enhance medication adherence among patients with tuberculosis. Brief motivational interviewing was conducted based on Miller & Rollnick (1991) and a counseling guideline Mental Health Department, Ministry of Public Health (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2003). Patients received one session of brief motivational interviewing, and once a week telephone counseling for 3 times based on their stage of change (Prochaska & Diclemente, 1984) to help them

adhere to medication. The counseling program using brief motivational interviewing was validated for the contents by a psychiatrist and a nurse educator specializing in psychiatric nursing. It was also tried out with 3 patients at Kitchakood Hospital.

A booklet about tuberculosis and treatment

A booklet about tuberculosis and treatment was developed based on literature review (Wongyou, 2005). It was used as a teaching material for patients with tuberculosis in both control and experimental group. Its contents consisted of tuberculosis, treatment, self care particularly about adherence to treatment.

Procedure for data collection

1. Preparation of the counselor: Prior to this study, the researcher was prepared to be a counselor by attending training programs on counseling and motivational interviewing.
2. Prior to data collection, this study was approved by the Ethical Committee at Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. All patients participate in this study were given informed consents. Their data were kept confidentially.
3. Patients in a control group at Kitchakood Hospital and Klung Hospital received routine care, and a booklet about tuberculosis and treatment. They also received a pretest and a post-test between 4 weeks period.
4. Patients in an experimental group at Prapokoa Hospital received one session of brief motivational interviewing for 60 minutes, a booklet about tuberculosis and treatment, and once a week telephone counseling for 3 times (20 minute each) to monitor and reinforce their medication adherence. During a brief motivational interviewing and telephone counseling, counseling notes were taken. They also received a pretest and a post-test between 4 weeks period.

Data Analysis

Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics such means, standard deviations, frequency, percentages, independent t-test, and paired t-test.

Results

Subjects in both experimental group and control group had similar proportion of male (76.7 % vs 66.7%), elementary education (63.3% vs 53.3%), general employee (70.0% vs 46.7%), and use of universal care card (73.3% vs 80.0%). They had similar average age of 40.50 years (S.D. = 13.70) vs 45.20 ปี (S.D. = 14.30), monthly income of 8,000 bahts (S.D. = 4,916.55) vs 5,983.33 bahts (S.D. = 5,618.39). both group treatment period of 3.25 months (S.D. = 1.68) vs 3.20 months (S.D. = 1.63). Most of subjects in both experimental group and control group were prescribed INH and Rifampicin (66.7 vs 60.0). Their average number of medication were 6.40 (S.D. = 2.20) and 6.53 (S.D. = 2.60). Subjects in experimental group had average medication adherence score on VAS of 50.21% (S.D. = 43.68) whereas 67.27% (S.D. = 40.43) for the control group. About and experienced some side effects of tuberculosis medication such as skin rash, joint pain, nausea and vomiting etc. Simply forget, often traveling, getting bored were mostly reported reasons for not taking medication in both groups. These background characteristics of both groups were not statistically significant, except occupation ($p < .05$)

The data were tested for normal distribution. Prior to testing hypothesis, mean scores at baseline of knowledge about tuberculosis and medication adherence between subjects who received a counseling program using brief motivational interviewing, and mean scores of those who received a routine care were tested. They were not significantly different as shown in Table 1.

Table 1 Comparisons of mean pretest scores of knowledge about tuberculosis, and medication adherence between an experiment group (n=30) and a control groups (n=30) using independent t-test

Variables	Experiment		Control		t	p
	M	S.D.	M	S.D.		
Overall knowledge about tuberculosis	12.60	2.99	13.77	2.29	1.702	.094
Knowledge about tuberculosis	4.00	1.11	4.17	1.02	.604	.548
Knowledge about treatment	6.10	1.97	6.73	1.62	1.360	.179
Knowledge about side effects of medication and management	2.50	.97	2.87	.78	1.613	.112
Medication adherence	50.21	43.68	67.27	30.43	1.755	.850

After receiving a counseling program using brief motivational interviewing, the subjects in the experimental group had a mean score of overall knowledge about tuberculosis significantly higher than the score at baseline ($t = 7.52$, $p < .001$) as well as knowledge about tuberculosis ($t = 4.59$, $p < .001$), knowledge about treatment ($t = 5.66$, $p < .001$) and knowledge about side effects of medication and management ($t = 4.94$, $p < .001$). Their mean score on medication adherence was also higher than the score at baseline ($t = 6.24$, $p < .001$).

After receiving a routine care, the subjects in the control group also had a mean score of overall knowledge about tuberculosis higher than the score at baseline, but statistically significant ($t = 1.88$, $p = .070$) as well as knowledge about tuberculosis ($t = 1.04$, $p = .305$), knowledge about treatment ($t = .92$, $p = .365$) and knowledge about side effects of medication and management ($t = 1.44$, $p = .161$). However, their mean score on medication adherence was higher than the score at baseline ($t = 2.63$, $p = .014$) as displayed in Table 2.

Table 2 Comparisons of mean scores knowledge about tuberculosis, and medication adherence between an experiment group ($n=30$) and a control groups ($n=30$) using paired t-test

Variables	Before		After		Diff (Mean ± SE)	t	p
	M	S.D.	M	S.D.			
Overall knowledge							
Experimental gr.	12.60	2.99	16.70	1.90	4.10 ± 2.99	7.52	< .001
Control gr.	13.77	2.29	14.57	2.30	.80 ± 2.33	1.88	.070
Knowledge about TB							
Experimental gr.	4.00	1.11	5.17	.75	1.17 ± 1.39	4.59	< .001
Control gr.	4.17	1.02	4.33	.76	.17 ± .87	1.04	.305
Knowledge about treatment							
Experimental gr.	6.10	1.97	8.23	.94	2.13 ± 2.06	5.66	< .001
Control gr.	6.73	1.62	7.03	1.63	.30 ± 1.78	.92	.365
Knowledge about side effects of medication and management							
Experimental gr.	2.50	.97	3.30	.92	.80 ± .89	4.94	< .001
Control gr.	2.87	.78	3.13	.90	.27 ± 1.02	1.44	.161
Medication adherence							
Experimental gr.	50.21	43.68	100.00	.00	49.79 ± 43.68	6.24	< .001
Control gr.	67.27	30.43	85.07	29.42	17.80 ± 37.08	2.63	.014

Mean scores of knowledge about tuberculosis of the subjects who received a counseling program using brief motivational interviewing were significantly higher than the mean scores of those who received a routine care ($t = 4.775$, $p < .001$), as well as knowledge about tuberculosis ($t = 3.333$, $p < .01$), knowledge about treatment ($t = 3.681$, $p < .001$) and knowledge about side effects of medication and management ($t = 2.168$, $p < .05$). Their mean score on medication adherence was also higher than the score at baseline ($t = 3.058$, $p < .01$) as shown in Table 3.

Table 3 Comparisons of mean post-test scores of knowledge about tuberculosis, and medication adherence between an experiment group (n=30) and a control groups (n=30) using independent t-test

Variables	Experiment		Control		t	P
	d	S.D.	d	S.D.		
Overall knowledge about tuberculosis	4.10	2.99	.80	2.33	4.775	<.001
Knowledge about tuberculosis	1.17	1.39	.17	.87	3.333	.002
Knowledge about treatment	2.13	2.06	.30	1.78	3.681	.001
Knowledge about side effects of medication and management	.80	.87	.27	1.01	2.168	.034
Medication adherence	49.79	43.68	17.80	37.09	3.058	.003

d = mean difference

Discussions

After receiving a counseling program using brief motivational interviewing, the subjects in the experimental group had significantly higher mean score of overall knowledge about tuberculosis, and had higher mean score of medication adherence compared to the score at baseline. In addition, mean scores of knowledge about tuberculosis of the subjects who received a counseling program using brief motivational interviewing were significantly higher than the mean scores of those who received a routine care because they were assessed stage of behavior change and then provided with a counseling program in the way that fit with their stage of behavior change (client – centered counseling).

During the interview, they identified problems and barriers which led them to medication non adherence. They were also assessed knowledge about tuberculosis, treatment, side effects of medication and management. They were helped to identify and resolve discrepancies between current behavior and broader values and goals in their life (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2010; Terdsak Dejkong, 2010; Pichai Sangchanchai, 2006; Miller & Rollnick, 1991; Prochaska & DiClemente, 1984). The counseling program using a brief motivational interviewing could enhance patients' motivation to improve to their medication adherence. The counselor helped the clients understand their situation so that they could plan to change their behavior to better adhere to medication as one of the subjects said "I usually finished dinner. Then, watched TV and felt as sleep. I woke up in the morning, and found out that I missed my medication." After counseling, this subject used an alarm clock to wake him up at 8.00 pm to take medication as he said "I set an alarm clock at 8.00 pm so that I took my medication everyday.". Another subject said "I got bad joint pain because of the medication so I stopped taking it. After I talked to you last time, I took paracetamol to reduce pain, and continue my medication. Just for only 6 months, I will complete it".

Limitations

1. This study followed the subjects for only 4 weeks. It is not known whether they could sustain their behavior.
2. The counselor needs to be well trained. The counseling using motivation interviewing training is quite advanced beyond the basic counseling.

Recommendations

1. The counseling program using a brief motivational interviewing could enhance patients' motivation to improve to medication adherence among patients with tuberculosis. It could be used with patients with other chronic illnesses.
2. Professional nurses should have additional training on counseling using a brief motivational interviewing.
3. Knowledge about counseling using a brief motivational interviewing should be included in nursing curriculum at baccalaureate level.
4. This study should be replicated. The follow-up period should be in longer term until the completion of the treatment course.

รายการอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค สำนักโรคบาติวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2547*. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- _____. (2548). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2548*. กรุงเทพฯ : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- _____. (2549). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2549*. กรุงเทพฯ : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- _____. (2550). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2550*. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). เทคโนโลยีเพื่อการให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์. เข้าถึง เมื่อ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2552 จาก http://203.157.56.11/techno/techno_other/mental.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของคนไทย. *สารศิริราช*. 45, 359 – 374.
- กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ. (2544). *แนวทางระดับชาติ: ยุทธศาสตร์การผสมผสานการดำเนินงานวัณโรคและเอชไอวีเพื่อการควบคุมและป้องกันวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2541). *แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- กลุ่มงานวัณโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2546). *Management of tuberculosis* พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- เกื้อกูล ธนอมกิจ. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องวัณโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสม่ำเสมอในการรักษาวัณโรคปอดแบบไม่ควบคุม ณ โรงพยาบาลโรคทรวงอก. *วารสารโรงพยาบาลโรคทรวงอก*, 5(3), 27 – 39.
- จินตนา ทิพทัส. (2543). *บทบาทสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- จินตนา งามวิทยาพงศ์-ยาโน, สุณีย์ ตาพรัตน์, ทรามวัย หลวงจินา. (2544). *เยี่ยมบ้านอย่างไรให้ชนะใจผู้ป่วยวัณโรค* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- จิราภรณ์ เนียมกฤษร. (2548). *ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ โสภณพัฒน์. (2548). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดหลังส่วนล่าง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เจนจิรา บุรากร. (2547). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดในจังหวัดชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชนะ นฤมาน. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยอื่นต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์, สาขาโรคติดเชื้อ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชัยเวช นุชประยูร. (2542). ใน บัญญัติ ปริชญานนท์, ชัยเวช นุชประยูร และ สงคราม ทรัพย์เจริญ (บรรณาธิการ). *วัณโรค* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัยเวช นุชประยูร. (2546). *เชื้อวัณโรค. วัณโรค*. พิมพ์ครั้งที่ 5. สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ดวงจันทร์ รัตนมาลัย. (2540). การใช้ยาและการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้น, 4 จังหวัดในความรับผิดชอบของศูนย์วัณโรคเขต 5 นครราชสีมา. *วารสารโรคทรวงอก*. 18(2), 103 -120.
- คุษฎี สิ้นขวานนท์. (2549). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น*. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เทิดศักดิ์ เดชคง. (2553). *เทคนิคการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ. เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตรเทคนิคการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ*. รุ่นที่ 6. วันที่ 28-30 เมษายน 2553. ณ โรงแรมอมารี แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- นรา กิ่งแก้ว, บุรฉัตร สังข์ทอง, วรญา อำนวยผล, เจษฎา จงไพบูลย์พัฒนะ และ อมรรัตน์ อนุวัฒน์
นนทเขตต์. (2550). การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยาของ
โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต พ.ศ. 2548 – 2549. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2(2), 1127-
1134.
- บุญเชิด กลัดพ่วง, พดา ลิมปไสยชล, และฤทัยวรรณ บุญเป็นเดช. (2538). การวิเคราะห์การผิมนั้รับ
ยาหรือละเลยการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้น รพศ./ รพท./
รพช. *วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก*, 16(4), 275 – 281.
- บุญรัตน์ ปันตา. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย
วัณโรคปอด ณ สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิตวิทยาการระบาด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประไพ เทียนศาสตร์. (2542). ความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล
ชุมชนพื้นที่ DOTS. ในเขตสาธารณสุขที่ 4. *วารสารโรงพยาบาลโรคทรวงอก*. 4 (3).
- ประมวญ สุนากร. (2548). *วัณโรคในเด็ก* พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์. (2551). สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยและแนวทางแก้ไข. *วารสาร
วัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤติ*. 29(3) 169 – 172.
- ปรีวรรธน์ แสงพิทักษ์. (2541). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมมารับการรักษาของผู้ป่วย
วัณโรคปอด จังหวัดนครปฐม. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง*, 13(5) 8 - 15.
- พัชร ทัศนะวงศ์ศรี. (2544). คู่มือการให้คำปรึกษาเรื่องยาทางโทรศัพท์. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ. (2544). ทำไมต้องรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วย DOT?. *วารสารวัณโรคและโรค
ทรวงอก*, 22, 195-198.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2549). การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ใน พิชัย แสงชาญชัย
พงศธร เนตราคม และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล. (บรรณาธิการ). *คำราจิตเวชศาสตร์การ
คิดสารเสพติด*. กรุงเทพฯ: บางกอกบล๊อค.
- พิพัฒน์ ลักษมีจรัสกุล. (2543). *โรคติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน*. กรุงเทพฯ : เจริญดี.
- มนูญ ลิเชวงวงศ์. (2542). A reappraisal of tuberculosis management in Thailand. ใน *บทคัดย่อการ
ประชุมใหญ่วิชาการประจำปี ครั้งที่ 25 ร่วมเฉลิมพระเกียรติในโอกาสที่พระบาทสมเด็จพระ
เจ้าอยู่หัวจะทรงพระเจริญพรรษาครบ 6 รอบ เรื่อง Self sufficient and efficient
care in infection. สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: เมดิคอล มีเดีย.

- มยุรี นกยูงทอง. (2542). การยอมรับการรักษาครบถ้วนของผู้ป่วยวัณโรค : กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ระบบ DOTS (comply และ non comply). *วารสารประชากรศาสตร์*, 15(2), 57-73.
- ยุทธชัย เกษตรเจริญ.(2550). ยุทธศาสตร์หลักในการควบคุมวัณโรค. *วารสารวัณโรค โรคทรวงอก และเวชบำบัดวิกฤต*, 28(3-4), 155-158.
- _____. (2551).หลายๆมุมมองเกี่ยวกับ DOTS. *วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต*, 29(2), 75 – 82.
- เยาวเรศ ดีคง. (2544). ปัจจัยของผู้ดูแลที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รจนาไฉน สิงห์เรศร์. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรค. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รพีพรรณ เกิดหนู. (2548). ผลการให้โปรแกรมการดูแลสุขภาพต่ออัตราการรักษาหายขาดของผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- รุ่งทิพย์ สุจริตธรรม. (2550). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาวัณโรค ณ โรงพยาบาลคอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัฐประกรณ์ พวงเงินมาก. (2544). ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยงในผู้ป่วยวัณโรค อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- วิวรรธ อัครวิเชียร. (2545). การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยวัณโรคที่สามารถ DOTS ได้จริง และไม่สามารถ DOTS ได้จริง. *วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก*, 24(1), 56.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2547). การสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์. ใน พิระมณ นิงสานนท์ และคณะ (บรรณาธิการ). *สรุปบทเรียนการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์*. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และ วิลเลียมส์ แอน. (2547). การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ : การทดสอบความตรงของ *visual analog scale* กับปริมาณ *viral load*. ม.ป.ท.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, สมจิตร ตูลาทอง, เขียวเรศ ดีคง และแอน วิลเลียม. (2546). การพัฒนาและทดสอบเครื่องมือวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส ผู้ดูแล. ม.ป.ท.
- ศุภรินทร์ หาญวงศ์. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส และความเชื่อด้านสุขภาพกับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). คู่มือการให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติด โดยการสร้างแรงจูงใจ. เชียงใหม่: ศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชียงใหม่.
- ศูนย์เอกสารองค์การอนามัยโลก สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2542). การรักษาวัณโรค: แนวทางสำหรับแผนงานระดับชาติ พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สมใจ บำรุงตระกูล, ทิพย์ กลัปศรี และยุพิน ทอนทอง. (2539). ประสิทธิภาพของการใช้จดหมายติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดการรักษาของสถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ. *วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก*. 17(3), 217 - 224.
- สมบัติ ธนานุภาพไพศาล. (2551). สถานการณ์วัณโรคในโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2548-2550. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2(2), 1287-1294.
- สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2539). แนวทางในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย.
- _____. (2540). แนวทางในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคในประเทศไทย. *วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก*, 18(4), 25 - 30.
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. (2551). ตำราโรคระบบการหายใจ. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- สมัยพร อาชาล. (2543). ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ ประนอม หลิมสมบูรณ์. (2536) ประสิทธิภาพของการเยี่ยมบ้านต่อความสม่ำเสมอของการรักษาและอัตราการรักษาครบของวัณโรค. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 16(63), 22 - 34.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี. (2548). รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อบวก ประจำปี 2548. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดจันทบุรี.
- _____. (2549). รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อบวก ประจำปี 2549. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดจันทบุรี.
- _____. (2550). รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อบวก ประจำปี 2550. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดจันทบุรี.
- สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2546). คู่มือการให้การปรึกษาขั้นพื้นฐาน. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2548). คู่มือสำหรับผู้ให้การปรึกษา หลักสูตรการให้การปรึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์. ปียอดด์ พับลิจชิง.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2549). แนวปฏิบัติการผสมผสานวัณโรคและเอดส์. กรุงเทพฯ : สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2551). การแนะนำการตรวจและให้การปรึกษาการติดเชื้อเอช ไอ วี ในผู้ป่วยวัณโรค. อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.
- สุคนธ์ โลศิริ. (2539). การศึกษาอัตราการกลับเป็นโรคใหม่ อัตราการรักษาล้มเหลว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น ณ สถานตรวจโรคปอดยศเส. *วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก*, 16(4), 253.
- สุนันทา คำพอ ใน ชนิดา มณีวรรณ. (บรรณาธิการ). (2540). การติดต่อสื่อสารแก่ผู้ป่วยและครอบครัวทางโทรศัพท์ : คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน พิมพ์ครั้งที่ 1. โครงการตำรา ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : บรรณศิลป์พรินติ้ง.
- สุภาภรณ์ วัฒนาร. (2545). ปัจจัยที่มีผลต่อการขาดยาระหว่างรักษาวัณโรคในผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อรายใหม่ เขต 2 ปี 2543. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 11(6).
- สุรพันธ์ สกุลไทย. (2545). ปัจจัยการขาดนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตอำเภอบางช้าง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารวิชาการ รพศ./รพท. เขต 1*, 4(3), 159-163.

- สุวรรณี ศรีหงส์ทอง. (2543). ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีทีเอช จังหวัดกาฬสินธุ์. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หงส์ทอง อัสวชนานนท์. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดใน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- องค์อร ประจันเขตต์. (2551). ผลของการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรนุช คล่องเชิงสร. (2528). หน้าที่ของโทรศัพท์ต่อชีวิตครอบครัวที่อยู่ในเมือง. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาการประชาสัมพันธ์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรณพ หิรัญดิษฐ์. (2539). คู่มือการให้คำปรึกษาเรื่องยาเสพติดแบบสมบูรณ์. กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์.
- อดิภา กมลวัฒน์ นาดยา พันธุ์รอด และเสวต ชำนาญกรม. (2551). สถานการณ์วัณโรคดื้อยาในสถานบริการเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤติ, 29(3), 84.
- อินทรา ปัทมินทร. (2553). จิตวิทยาในการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์. เข้าถึงเมื่อ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2552 จาก <http://www.galyainstitute.com>.
- เอกจิตรา สุขกุล. (2551). ผลการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีตามนโยบายผสมผสานงานวัณโรคและเอดส์. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤติ, 29(3), 207 - 217.
- แอนนา สุมะโน. (2550). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคปอด อำเภอศรีราชา ชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อัครเดช กลิ่นพิบูลย์. (2550). การนำแนวคิดการสัมภาษณ์ และการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ในหอผู้ป่วยจิตเวช. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล. (2552). *ผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนในผู้ป่วยวัณโรค*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาเอกสูติศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โอภาส การย์กวินพงศ์. (2545). ประสิทธิภาพของยารักษาวัณโรคสูตร 2 HRZES/ 1HRZE/ 5 HRE. *วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก*. 23(3), 107 - 114.
- Altice, F. L., & Friedland, G. H. (1998). The Era of Adherence to HIV Therapy. *Annals of Internal Medicine*, 129(6), 503 - 505..
- Ariyothai, N. (2002). *Cigarette smoking related to pulmonary tuberculosis in adults*. Thesis in Infectious Disease. Bangkok : Faculty of Graduated Studies, Mahidol University.
- Becker, M. H., ed. (1974). The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324 - 473.
- Becker, M. H. (1990). Theoretical models of adherence and strategies for improving adherence. In S. A. Shumaker, E. B. Schron, & J. K. Ockene (Eds.), *The handbook of health behavior change*. New York : Springer Publishing.
- Brannon, L., & Feist, J. (1997). *Health psychology : An introduction to behavior and health*. Pacific Groce: An International Thomson.
- Cameron, C. (1996). Patient compliance : Recognition of factors involved and suggestion for promoting compliance with therapeutic regimens. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 244 - 250.
- Chattanapanich, A. (2005). Araya, C. (2005). *Factors related to caregivers' help with medication adherence of patients receiving tuberculosis treatment*. Thesis in Community Health Nursing. Bangkok: Faculty of Graduated Studies, Mahidol University
- Chouinard, .C., & Robichaud-Ekstrand. (2005). The effectiveness of a nursing inpatients smoking cessation program in individuals with cardiovascular disease. *Nursing Research*, 54(4), 243 - 254.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Division of Tuberculosis Elimination. (1994). *Improving patient adherence to tuberculosis treatment*. Retrieve August 12,2009 from www.cdc.gov/nchstptb/tubs/adherence/introduction.htm.
- Driver,c.r., Matus, S.P., Bayuga, S., Winters., A.I., & Munsiff,S.S. (2005). Factors associated with tuberculosis treatment interruption in New York city. *Journal Public Health Management and Practice*, 11(4), 361 - 368.
- Elliott, S., & Reimer, C. (1998). Postdischarge telephone follow – up program for breastfeeding preterm infants discharged form special care nursery. *Neonatal Network*, 17(6), 41 - 51.
- Frick, P.A., Gal, P., Line, T.W. & Swell, P.C. (1998). Antiretroviral medication compliance in patients with AIDS. *AIDS Patient Care & STDs*, 12, 463 - 470.
- Gance-Cleveland, B. (2007). Motivational interviewing: improving patient education. *Journal Pediatric Health Care*. 21(2), 81 - 8.
- Garland, M. (1992). Discharge follow - up by telephone. *Rehabilitation Nursing*, 17(16), 339 - 431.
- Gray, L., Edmondson, E., & Lemke, A.L. (2003). *HIV treatment adherence: a guide for program development*. Retrieve on May 18, 2009 from [http://www. Hapdeu.org/ adherence.html](http://www.Hapdeu.org/adherence.html).
- Gordillo, V., Amo, J.D., Sariano, V. & Gonzalez, L.J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13, 1763 - 1769.
- Harold, E.S., Psy, D., & Joan, K. (2001). The Art of Motivating Behavior Change: The Use of Motivational Interviewing to Promote Health. *Public Health Nursing*, 18(3), 178 - 185.
- Haynes, R.B. (2003). *Promoting adherence to HIV antiretroviral therapy*. AIDS institute New York state department of health.
- Hecht, F. M. (1998). Measuring HIV treatment adherence in clinical practice. *AIDS Clinic Care*, 10(8), 57 - 59.
- Hunter, E. F. (2000). Telephone support for persons with chronic mental illness. *Home Healthcare Nurse*, 18(3), 172 - 179.

- Ickovics, J. R., Meade, C. S. (2002). Adherence to antiretroviral therapy among patients with HIV : A clinical link between behavioral and biomedical sciences. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 31(3), S98 - S102.
- Kaona, F. AD., Tuba, M., Siziya, S., & Sikaona, L. (2004). *An assessment of factors contributing to reatment adherence and knowledge of TB transmission among patients on TB treatment*. Reteieve on Jan 8, 2009, from [http://www. BioMed Central. com /1471 - 2458/4/68/prepub](http://www.BioMed Central. com /1471 - 2458/4/68/prepub).
- Kastrissiors, H., Suarez, J., Katzenstien, D., Girad, P., Sheiner, L.B., & Fletcher, A.P. (1998). Charactering patterns of drug – taking behavior with a multiple drug regiment in and AIDS clinical trial. *AIDS*, 12(17), 2295 - 2303.
- Kyngass, H. (2000). Compliance of adolescents with chronic disease. *Journal of clinical nursing*, 9, 459 - 556.
- Machtinger, E.L., & Bangsberg, D.R. (2005). *Adherence to HIV antiretroviral therapy: HIV Insite is a project of the UCSF center for HIV information*. California: University of California.
- Mandell, G. L., Bennett, J. E., & Dolin, R. (1995). *Principle and practice of infectious disease*.(4th edition). London Churchil Livingstone.
- McBride, C. M., & Rimer, B. K. (1999). Using the telephone to improve health behavior and health service delivery. *Patient Education and Couselling*, 37, 3 - 18.
- Mcdonnell, M., Turner, J., & Weaver, M.T. (2001). Antecedents of adherence to antituberculosis therapy. *Public Health Nurse*, 18(6), 392 - 400.
- Mehta, S., Moore, R., & Graham, N. (1997). Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS*, 11(14), 1665 - 70.
- Menzies, D., Dion, M.J., Francis, D., Parisien, I., Rocher, I., Mannix, S., et al. (2005). In closely monitored patients, adherence in the first month predicts completion of therapy for latent tuberculosis infection. *International Journal Tuberculosis and Lung Disease*, 9(12), 1343 - 8.
- Miller, W., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.

- North, M., Meeusen, M., & Hollinsworth, P. (1991). Discharge planning : Increasing client and nurse satisfaction. *Rehabilitation Nursing*, 16(6), 327 - 329.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2006). *Adherence to Medication*. Retrieve on Jan 8, 2009, from <http://www.nejm.org>.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1995). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, Illinois: Dow Jones Irwin.
- Prochaska, J.O., et al. (1994). The transtheoretical model of change and HIV Prevention: A review. *Health Education Quarterly*. 21(4), 471 - 486.
- Rand, C.S. (1993). Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *Am J Cardiol*. 72(10), 68D - 74D.
- Rice, R. (2000). Telecaring in home care : Making a telephone visit. *Geriatric Nursing*, 2(1), 56 - 57.
- Sevim, T., Aksoy, E., Atac, G., Ozmen, I., Kapakli, N., Horzum, G., et al. (2002). Treatment adherence of 717 patients with tuberculosis in a social security system hospital in Istanbul, Turkey. *International Journal Tuberculosis and Lung Disease*, 6(1), 25 - 31.
- Sigh, N., Berman, S.M., Swindells Justis, J.C. Mohr, J.A., et al. (1999). Adherence of human immunodeficiency virus – infected patients to antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis*, 29, 824 - 30.
- Somsong, W. (2002). *Adherence to Tuberculosis treatment and conversion rate in HIV infected tuberculosis patients*. M.A. thesis in Science (Epidemiology), Faculty of Graduate, Studies Mahidol University.
- Taylor, S.E. (2003). *Health psychology*. New York: McGraw – Hill.
- Taylor, D., & Littlewood, S. (1998). Systems and disease : Respiratory system part 2 tuberculosis. *Nursing Time*, 94(11) 50 - 53.
- Thompson, J.M., McFarland, G.K., Hirsch, J.E., & Tucker, S.M. (1997). *Mosby's clinical nursing* (4th edition.). St. Louis : Mosby – Year Book.

- Tulatong, S. (2004). *Affective factors to medication adherence among patients receiving highly active antiretroviral therapy (HARRT)*. M.A. thesis in Nursing Science (Community Health Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Wald, R.L. & Temoshok, L.R. (2004). Subjective beliefs about health status and health care providers significantly predict adherence to anti – retroviral medications. *The 15th International AIDS Conference*, Bangkok.
- Webster's New Collegiate Dictionary*. (1977). Springfield, MA: Merriam.
- Werf, T.S., Dade, G.K., & Mark, T.W. (1990). Patient compliance with tuberculosis treatment in Ghana: factors influencing adherence to therapy in a rural service programme. *Tubercle*. 71(4), 247 - 52.
- Williams, A. (1999). Adherence to highly active antiretroviral therapy. *Nursing Clinics of North America*, 34(1), 113 - 129.
- Wongyou, S. (2005). *Factors related to medication adherence among tuberculosis patients*. [M.S. Thesis in Community Health Nursing]. Bangkok : Faculty of Graduated Studies, Mahidol University.
- World Health Organization. (2002). *Adherence to long – term therapies: evidence for action*.
- World Health Organization. (2005). *Global Tuberculosis Control WHO report 2005*. Retrieved on April, 18, 2010, from http://www.who.int/publications/global_rep/index.html.
- World Health Organization. (2009). Global Tuberculosis Control. *Country profile*, 149 - 152.
- World Health Organization. (2009). Global Tuberculosis Control a short update to 2009 report. WHO/HTM/TB//2009.426.
- World Health Organization. (2009). *Treatment of tuberculosis guidelines*. (4th edition). WHO/HTM/TB/2009.420.
- Zorrilla, C.D., Santiago, L.E., Acevedo, M., Martinez, J., Estronza, G., Rivera, E., et al. (2004). *Improved adherence to HAART among a cohort of non – pregnancy women and its associated factors*. The 15^h International AIDS Conference, Bangkok.



ภาคผนวก ก

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE)

(กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2536))

เลขที่แบบสัมภาษณ์

วันที่

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นการทดสอบวัดการรับรู้ วัน เวลา สถานที่และบุคคลของผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 6 ข้อ ถ้าผู้สูงอายุสามารถตอบได้ 5 ข้อขึ้นไป จึงดำเนินการเก็บข้อมูลในส่วนอื่นๆต่อไป

คะแนน	คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้
1	วันนี้ วันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัสบดี ฯลฯ)	.....	.....
1	.....	.....	.....
1	.....	.....	.....
1	.....	.....	.....
1	.....	.....	.....
1	คนที่เห็นในภาพนี้มีอาชีพอะไร	.....	.....
คะแนนรวม			.....





เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ชื่อผู้วิจัย ผศ.ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล

สถานที่วิจัย คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ และ โรงพยาบาลชลง จังหวัดจันทบุรี

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. ผศ.ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล โทร 086-3464989
2. นางสาวบุษบา ประสมผล โทร 089-9392930

ชื่อแพทย์ผู้ดูแล

1. นพ.ชุมพล สุวรรณ โทร 081- 9408672
2. นพ.สมยศ พนธรา โทร 081- 7237309

ผู้สนับสนุนการวิจัย สมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาของโครงการ

วัณโรคปอดเป็นปัญหาสำคัญในวงการสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทั่วโลก สำหรับในประเทศไทย จากสรุปรายงานเฝ้าระวังโรคของสำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2548 ถึงปี 2550 มีอัตราป่วยของวัณโรค เท่ากับ 51.93, 53.37 และ 53.79 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ

เนื่องจากวัณโรคปอดมีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม และต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค จึงจำเป็นต้องหาวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการมารับการรักษา และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด เพื่อให้รักษาได้หายขาด ทั้งนี้ผู้ป่วยวัณโรคปอดต้องร่วมมือในความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาจนครบตามแผนการรักษา ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการรักษาให้ได้ผลดี มีการศึกษาพบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมวัณโรคได้สำเร็จนั้นเกิดจากความไม่ต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยา ซึ่งทำให้ต้องใช้

ระยะเวลาในการรักษานานขึ้น เพิ่มโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อ และเพิ่มโอกาสเกิดเชื้อดื้อยาได้มากขึ้น และการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา เพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หรือกลับเป็นวัณโรคซ้ำ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง

ประเทศไทยได้นำระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคภายใต้การสังเกตโดยตรง มาใช้ในการควบคุมวัณโรค โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดได้รับการดูแลให้มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา แต่ในการดำเนินการนี้ พบว่ามีปัญหาหลายประการ โดยเฉพาะการขาดบุคลากร และปัญหาในการเดินทาง เนื่องจากผู้ป่วยอาศัยอยู่ห่างไกล ทำให้ไม่สะดวก และมีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายสูงที่ต้องใช้ในการเดินทางติดตามเยี่ยมบ้าน ดังนั้น เพื่อประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย จึงมีการนำเทคโนโลยีการสื่อสารทางโทรศัพท์มาใช้ในการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการติดตามผู้ป่วยวัณโรคปอดให้ได้รับการรักษาจนครบตามแผนการรักษา

ทั้งนี้จากรายงานของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2550 พบว่า มีผู้ป่วยขาดยานานกว่า 2 เดือนติดต่อกัน จำนวนทั้งสิ้น 29 คน แม้ว่าได้นำระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคภายใต้การสังเกตโดยตรงมาใช้ในการควบคุมวัณโรค เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลให้ผู้ป่วยมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา แต่ในการดำเนินการนี้ ยังประสบปัญหาในด้านการขาดบุคลากร และผู้ป่วยอาศัยอยู่ห่างไกล ทำให้ไม่สะดวกในการติดตามเยี่ยมบ้าน จึงไม่สามารถติดตามดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกราย

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ตระหนักถึงความสำคัญ และปัญหาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีความไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาจึงจะสนใจที่จะศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ร่วมกับการนำเทคโนโลยีการสื่อสารทางโทรศัพท์มาใช้ในการติดตามผู้ป่วย เพื่อช่วยประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดสามารถรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และช่วยเพิ่มความครอบคลุมของการติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วนตามแผนการรักษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ระหว่างผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น และผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการบริการตามปกติ

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มทดลอง

ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัย 5 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (60 นาที)

- แบบประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา
- แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล
- แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการรักษา
- โปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น

กิจกรรมครั้งที่ 2, 3, และ 4 (การติดตามทางโทรศัพท์ ครั้งละ 20 นาที 3 ครั้ง สัปดาห์ที่ 1, 2, และ 3)

ประเด็นการให้การติดตามทางโทรศัพท์ มีดังนี้

- ผลของการเปลี่ยนแปลงการรับประทานยาตามแผนที่วางไว้
- ปัญหา/อุปสรรคของการเปลี่ยนแปลง
- ปัญหา/อุปสรรคที่เกิดขึ้นใหม่
- ให้กำลังใจและเสริมแรงให้มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

กิจกรรมครั้งที่ 5 ยุติโปรแกรมการให้การศึกษา และตอบแบบสอบถาม (รวม 30 นาที) สัปดาห์ที่ 4

- แบบประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา
- แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการรักษา

กลุ่มควบคุม

ผู้ร่วมการวิจัยจะเข้าร่วมการวิจัย 2 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (30 นาที)

- แบบประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา
- แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

- แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัน โรคและการรักษา

กิจกรรมครั้งที่ 2 (20 นาที) สัปดาห์ที่ 4

- แบบประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา
- แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัน โรคและการรักษา

วันที่เข้าร่วมการวิจัยในแต่ละครั้ง จะเป็นวันที่ผู้ร่วมวิจัยมาพบแพทย์ตามนัด

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธโดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการแต่อย่างใด หากท่านยินดีจะให้ความร่วมมือในการวิจัยขอให้ท่านลงนามเพื่อแสดงถึงการให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยหรือยุติการรับบริการให้การปรึกษา/ให้ความรู้ เมื่อใดก็ได้ตามที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่พึงได้รับแต่อย่างใด

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับ มีดังนี้

กลุ่มทดลอง

- ได้รับบริการให้การปรึกษา ทำให้มีโอกาสในการพูดคุยแลกเปลี่ยนปัญหาเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานยา ซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- ได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องวัน โรคและการรักษา
- มีความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัย เพื่อการพัฒนองคค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัน โรคปอด ต่อไป

กลุ่มควบคุม

- ได้รับการประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัน โรค
- มีความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัย เพื่อการพัฒนองคค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัน โรคต่อไป

ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนจะได้เอกสารความรู้เกี่ยวกับวัน โรคและการรักษา และกล่องจดหมายเมื่อสิ้นสุดการวิจัยแล้วเป็นการตอบแทน

ผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ไม่ได้มีการจัดกระทำต่อร่างกายแต่อย่างใด จึงไม่เกิดผลข้างเคียงต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อจริงของท่าน และใช้นามสมมติหากมีการติดต่อทางโทรศัพท์ การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอแบบภาพรวมเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาข้อใจ หรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑-๑๕๔๔ ในเวลาราชการ



(หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ)

Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ชื่อผู้วิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. แสงทอง ธีระทองคำ
 นางสาวนุชบา ประสมผล

***ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย**.....อายุ.....

คำยินยอมผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจนไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่.....

คำอธิบายของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของโครงการวิจัยรวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(ผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

*ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เรื่องโรคฉ�น โรคและการรักษา

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

ส่วนที่ 4 โปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
แบบสั้น

ส่วนที่ 5 คู่มือให้ความรู้เกี่ยวกับฉ�น โรคปอดและการรักษา

ส่วนที่ 6 แบบบันทึกการให้การปรึกษา

ส่วนที่ 7 แบบบันทึกการรับประทานยา

โครงการวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อ
ความรู้เกี่ยวกับโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคปอด

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () และกรอกข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอด

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

() ไม่ได้เรียนหนังสือ	() ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษาตอนต้น	() มัธยมศึกษาตอนปลาย
() ปวช.	() ปวส.
() อนุปริญญา	() ระดับปริญญาตรี หรือ สูงกว่า
4. อาชีพ

() ไม่ได้ประกอบอาชีพ	() รับจ้าง
() เกษตรกรรม	() ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว
() ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	() นักเรียน / นักศึกษา
() งานบ้าน (พ่อบ้าน / แม่บ้าน)	() สมณะ
() พนักงานบริษัท	() อื่น ๆ ระบุ
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของท่าน.....บาท

() มีเหลือเก็บ	() ไม่มีเหลือเก็บ
() มีหนี้สิน	
6. สิทธิในการรักษา

() เบิกได้	() ข้าราชการ	() รัฐวิสาหกิจ
	() ประกันสังคม	() ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
() เบิกไม่ได้	() จ่ายเองทั้งหมด	() จ่ายเองบางส่วน
	() สงคมสงเคราะห์	() ได้รับความช่วยเหลือจาก....
7. โรคประจำตัวอื่น ๆ

() ไม่มี	() มี โปรดระบุ.....
-----------	----------------------

8. ท่านรักษาวັນโรคปอดเมื่อ.....รวมเวลา เดือน
9. จำนวนชนิดยารักษาวันโรคที่ได้รับใน 1 วัน เท่ากับ.....ชนิด
10. จำนวนเม็ดยารักษาวันโรคที่ต้องรับประทานใน 1 วัน เท่ากับ.....เม็ด
11. ใน 1 วัน ท่านต้องรับประทานยารักษาวันโรควันละ.....ครั้ง
12. ท่านได้รับผลข้างเคียงหลังรับประทานยารักษาวันโรคหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() ไม่มี

() มี (โปรดเลือกตอบด้านล่างได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () เหนื่อย อ่อนเพลีย
- () คลื่นไส้ อาเจียน
- () ตัวเหลือง ตาเหลือง
- () ตามัว
- () ผื่นคัน
- () วิงเวียนศีรษะ
- () ชาปลายมือปลายเท้า
- () อื่นๆ ระบุ.....

13. ท่านคิดว่าการรับประทานยารักษาวันโรคเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของท่าน

() ไม่มี

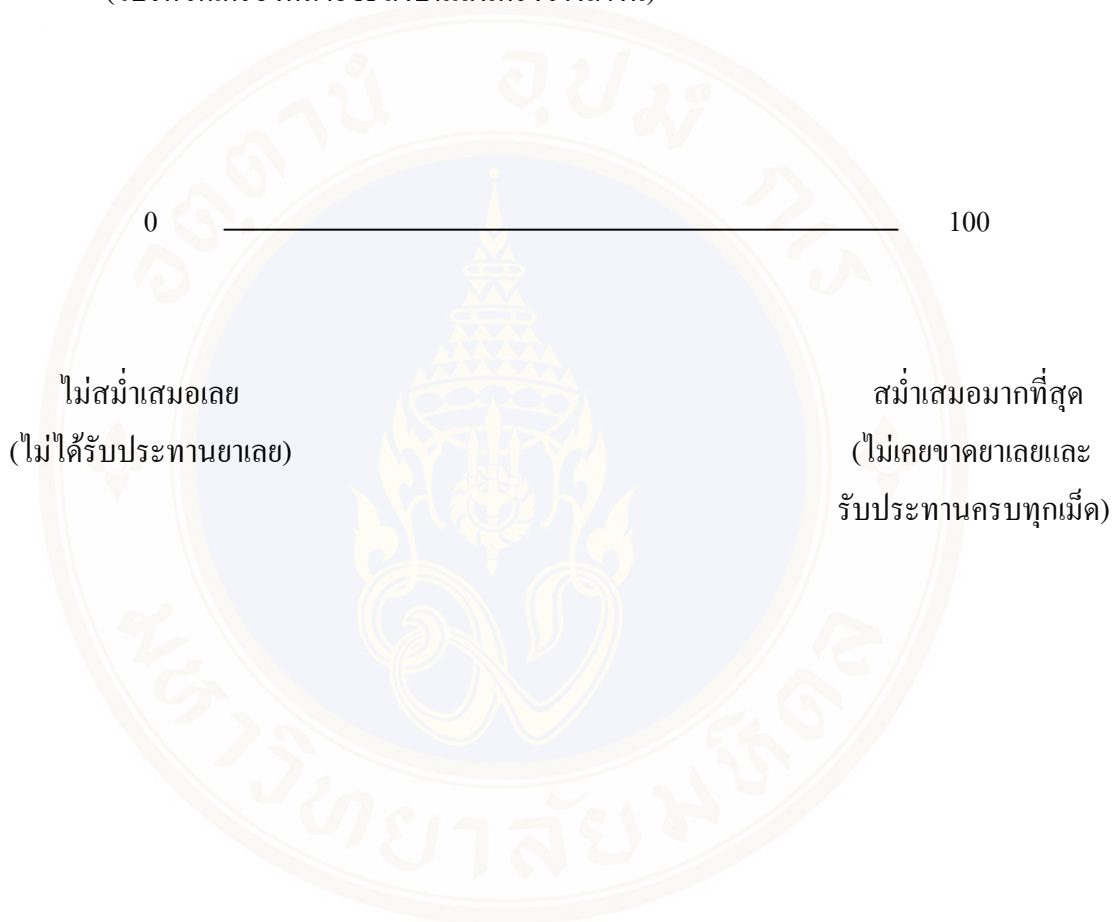
() มี (โปรดระบุเหตุผล ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ขี้ลืม
- () ต้องเดินทางตลอด
- () ไม่ชอบทานยา
- () กลืนยาก
- () กลัวผู้อื่นถาม/รู้
- () อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

คำถาม “ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรับประทานยาวันโรคได้ครบทุกเม็ด อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพียงใด”

(โปรดขีดเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงข้างล่างนี้)



ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เรื่องโรควันโรคและการรักษา

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ตรงช่องที่ตรงกับความคิดของท่านเพียงคำตอบเดียว

โดย ถ้าคิดว่าข้อความนั้นถูก ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “ใช่”

ถ้าคิดว่าข้อความผิด หรือ ไม่แน่ใจ ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “ไม่ใช่” หรือ “ไม่ทราบ

ตัวอย่างแบบสอบถาม

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
0.	โรควันโรคเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้	✓		

โปรดตอบคำถามเหล่านี้ทุกข้อ

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1.	วันโรคปอดเกิดจากการได้รับเชื้อวันโรคเข้าไปในทางเดินหายใจ			
...				
...				
...				
...				
...				
...				
...				
19.	หากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารหลังจากรับประทานยารักษาวันโรคสามารถปรับลดขนาดยาได้ด้วยตนเอง			

ส่วนที่ 4 โปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย วัณโรคปอด

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันมีผู้ป่วยวัณโรคปอดเป็นจำนวนมาก และมีผู้ป่วยบางรายขาดแรงจูงใจในความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบถ้วนตามแผนการรักษา ซึ่งส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ได้ผลไม่เป็นที่น่าพอใจ เชื้อวัณโรคคือยาที่รักษา เกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่าย มีความทุกข์ทรมาน เสียเวลาในการรักษานานขึ้น และยังทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคคือยา เป็นเหตุให้ประเทศไทยต้องสูญเสียเงินในการรักษาเป็นจำนวนมาก

โปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ซึ่งใช้หลักการผสมผสานกันระหว่างเทคนิคการให้การปรึกษาของกรมสุขภาพจิต ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับการปรึกษา สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองในการรับประทานยา ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา และมีผลการรักษาที่ดี คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และสิ่งที่ตามมาคือ การประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา

ความหมายของโปรแกรม

หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่ผู้วิจัยโปรแกรมนี้ปรับปรุงจาก โปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของ องค์การ ประจันเขตต์ (2551) ซึ่งใช้ในผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ปรับปรุงมาใช้ในผู้ป่วยวัณโรคปอด เพื่อให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยวัณโรค โดยการให้การปรึกษาและการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ใช้เวลาดำเนินการ 5 ครั้ง ภายในช่วงเวลา 4 สัปดาห์

.....
.....

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 4 สัปดาห์

คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

ผู้ป่วยวันโรคปอดจำนวน 30 คน ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

.....

ผู้ใช้โปรแกรม

เจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบงานคลินิกวันโรค

ผู้ให้การศึกษา

บุษบา ประสมผล

ผู้รับการปรึกษา

ผู้ป่วยวันโรคปอด

สถานที่

คลินิกวันโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ

การสร้างสัมพันธภาพ

วัตถุประสงค์ของการสร้างสัมพันธภาพ

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการให้การศึกษา
2.

เนื้อหา

1. ขั้นตอนนี้สามารถทำได้ตลอดเวลา ควรเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร แสดงความต้อนรับที่ผู้รับการปรึกษามารับการศึกษา

2.
3.
4.

การตกลงบริการ

วัตถุประสงค์ของการตกลงบริการ

เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจกระบวนการให้การศึกษา เกิดการเรียนรู้ที่จะเข้าใจ ปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหา รวมทั้งให้ความร่วมมือเพื่อให้การช่วยเหลือสัมฤทธิ์ผล

หัวข้อที่ตกลงบริการ

1.
2.
3.

การประเมินผล

1. ผู้รับการปรึกษาเข้าใจกระบวนการให้การปรึกษาที่ถูกต้อง
2.
3.

ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อประเมินการความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา และระดับความพร้อมที่จะมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคของผู้รับการปรึกษา

2.

เนื้อหา

1. ประเมินการรับประทานยารักษาวัณโรค โดยให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนขนาด และปริมาณยาที่รับประทานและระยะเวลาที่ได้รับยารักษาวัณโรค

2.

ตัวอย่างคำถาม

“ คุณรู้สึกอย่างไรกับการกินยารักษาวัณโรคของคุณ ”

-

5. หากผู้รับการปรึกษาคิดว่าการรับประทานยารักษาวัณโรคของตนเป็นปัญหาอย่างมากต้องการแก้ไขอย่างจริงจัง ให้เริ่มให้การปรึกษาในระยะตัดสินใจ (Determination)

หมายเหตุ ทั้งนี้ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ให้การปรึกษาจะประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคของผู้รับการปรึกษาก่อนเริ่มให้การปรึกษา และเลือกเฉพาะผู้ที่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคน้อยกว่าร้อยละ 100 ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่ามีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรค เข้ารับการปรึกษา ดังนั้นจึงไม่มีผู้รับการปรึกษาที่อยู่ในระยะลงมือปฏิบัติ (Action) และอยู่ในระยะคงสภาพ (Maintenance) ของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรค ผู้วิจัยจึงใช้รูปแบบของแนวทางการให้คำปรึกษา มาเป็นขั้นตอนเริ่มต้นของแนวทางการให้การปรึกษาตามลำดับดังนี้

1. ระยะเพิกเฉย (Precontemplation)
2. ระยะลังเลใจ (Contemplation)
3. ระยะตัดสินใจ (Determination)

4. ระยะลงมือปฏิบัติ (Action) ในระยะนี้ผู้รับการปรึกษาจะมีแรงจูงใจและตื่นตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเอง นำแผนการที่จะช่วยให้ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาโรคที่วางแผนไว้ไปปฏิบัติที่บ้าน แต่ในระยะนี้พฤติกรรมยังไม่ยั่งยืนเพียงพอ

การให้การศึกษาตามความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงของผู้รับการปรึกษา

ระยะเพิกเฉย (Precontemplation)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักว่าการรับประทานยารักษาโรคของตนเป็นปัญหา

เนื้อหา

1. ทบทวนแผนการรักษาปัจจุบันและข้อมูลสุขภาพจากแฟ้มประวัติ

2.....

ตัวอย่างคำถาม

“ คุณรู้สึกอย่างไรต่อการกินยารักษาโรคของคุณ ”

.....

10. ผู้ให้การปรึกษามั่นใจว่าการให้การศึกษาหลังเสร็จสิ้นการให้การศึกษา

การประเมินผล

1. ผู้รับการปรึกษาแสดงถึงการยอมรับปัญหาตระหนักเห็นความสำคัญของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษา โดยสังเกตจากสีหน้าและการกล่าวประโยคแสดงแรงจูงใจ เช่น “ ถ้าไม่กินยาให้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ อาจทำให้สุขภาพของผม/ดิฉันแย่ลงเรื่อย ๆ ”

ระยะลังเลใจ (Contemplation)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดความลังเลใจของผู้รับการปรึกษาที่จะมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาโรค

2.....

เนื้อหา

1. ประเมินความลังเลใจและความรู้สึกกังวลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาโดยการถามกระตุ้นเร้า (Evocative Question)

ตัวอย่างคำถาม “ มีเรื่องใดที่ยังคุณกังวลในการกินยาให้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ”

.....

.....

5. เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้พิจารณาถึงข้อดี ข้อเสียของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา และความไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพื่อให้มองเห็นแนวโน้มหรือทิศทางการตัดสินใจของตนเอง

ข้อดีของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา	ข้อเสียของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา
ข้อดีของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา	ข้อเสียของความไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

ตัวอย่างคำถาม “ คุณคิดว่าการกินยารักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมีประโยชน์ต่อตัวคุณและครอบครัวอย่างไร ”

8. ผู้ให้การปรึกษานันทนาการให้การปรึกษาหลังเสร็จสิ้นการให้การปรึกษา

การประเมินผล

1. ผู้รับการปรึกษามีความมั่นใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคมากยิ่งขึ้น โดยแสดงออกทั้งทางสีหน้า หรือคำพูดที่แสดงถึงการมีแรงจูงใจ ซึ่งประโยชน์ของการมีแรงจูงใจจะมีลักษณะที่แสดงถึง ความต้องการความสามารถ/ความมั่นใจที่จะทำได้ เหตุผลของการกระทำ และความจำเป็นที่ต้องทำ

ตัวอย่างคำถาม “ ผม/ฉันคิดว่าสุขภาพคงแย่ หากกินยารักษาวัณโรคไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ”

2.....

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนแก้ปัญหา

ระยะตัดสินใจ (Determination)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการศึกษามีแนวทางที่จะนำมาใช้ในการวางแผนแก้ปัญหาความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

2.

เนื้อหา

1. ทบทวนและสรุปข้อมูลที่ได้จากการสำรวจสาเหตุและรูปแบบความไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคของผู้รับการปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องร่วมกันอีกครั้ง

2.

23. ผู้ให้การปรึกษานันทนาการให้การติดตามทางโทรศัพท์หลังเสร็จสิ้นการให้การปรึกษา

การประเมินผล

1. ผู้รับการปรึกษามีแผนการที่จะปรับพฤติกรรมและหาสิ่งช่วยเตือนให้มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาและสอดคล้องกับชีวิตประจำวัน

3.

ระยะลงมือปฏิบัติ (Action) 4 สัปดาห์ : การให้การติดตามทางโทรศัพท์

ในขณะนี้ผู้รับการปรึกษาจะมีแรงจูงใจและตื่นตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเอง นำแผนการที่จะช่วยให้มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่วางแผนไว้ไปปฏิบัติที่บ้าน แต่ในระยะนี้พฤติกรรมยังไม่ยั่งยืนเพียงพอ ผู้ให้การปรึกษาจึงมีการโทรศัพท์ติดตามการปฏิบัติตามแผนของผู้รับการปรึกษาหลังจากที่ให้การปรึกษาในระยะตัดสินใจเสร็จสิ้นไปแล้ว 1 สัปดาห์ (ทุก 1 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง) โดยมีวัตถุประสงค์และเนื้อหา ดังนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตามการลงมือปฏิบัติตามแผนการที่ช่วยให้มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้รับการปรึกษา

2.

3.

เนื้อหา

1. การติดต่อทางโทรศัพท์ เริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย พูดคุยเกี่ยวกับสุขภาพและการรับประทานยา รวมทั้งแสดงความขอบคุณที่ผู้รับการปรึกษาให้ความร่วมมือในการติดตามทางโทรศัพท์

ตัวอย่างคำถาม “ขอบคุณมากนะคะ ที่ให้ความร่วมมือในการให้การติดตามทางโทรศัพท์ ”

.....

.....

.....

14. ผู้ให้การปรึกษานันทนาการให้การติดตามหลังเสร็จสิ้นการติดตามทางโทรศัพท์

การประเมินผล

1. ผู้รับการปรึกษาสามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

2.....

3.....

.....

ขั้นตอนที่ 4 การยุติการปรึกษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถคงสภาพความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้ต่อไป

2.....

เนื้อหา

1. กล่าวทักทายและชวนคุยรวมทั้งแสดงความชื่นชมยินดีที่ผู้รับการปรึกษามาตามนัดก่อนเปิดประเด็นสนทนา

ตัวอย่างคำถาม “ การเดินทางมาวันนี้เป็นอย่างไรบ้างคะ ”

2.....

.....

.....

15. ผู้ให้การศึกษามั่นใจว่าการให้การศึกษาหลังเสร็จสิ้นการให้การศึกษา

การประเมินผล

1. ผู้รับการศึกษามีความรู้เกี่ยวกับแผนที่ย่างไว้ และมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

2.

3.

4. ผู้รับการศึกษามีความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น

.....



รายการอ้างอิง

- พิชัย แสงชาญชัย. (2549). การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ. ใน พิชัย แสงชาญชัย พงศธร เนตราคม และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล. (บรรณาธิการ). *ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด*. กรุงเทพฯ: บางกอกบล็อก.
- สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2546). *คู่มือการให้การปรึกษาขั้นพื้นฐาน*. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2548). *คู่มือสำหรับผู้ให้การปรึกษา หลักสูตรการให้การปรึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์*. ปิยะอด์ พับลิชชิง.
- สำนักวันโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *การแนะนำการตรวจและให้การปรึกษาการติดเชื้อเอช ไอ วี ในผู้ป่วยวันโรค*. อักษรกราฟฟิคแอนคัลไซค์.
- องค์กร ประจันเขตต์. (2551). *ผลของการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Miller, W., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change Addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, Illinois: Dow Jones Irwin.



สรุปรูปแบบและแนวทางการให้การปรึกษาตามระยะของการเปลี่ยนแปลง

ตารางแสดงแนวทางในการให้การปรึกษาและแนวทางแก้ไข

(ดัดแปลงจากสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

ปัญหา	สาเหตุ	แนวทางให้การปรึกษา
1. ลืมกินยา	1. กังวล 2. ลืมเนื่องจากมีกิจกรรม/งานติดพัน 3. ลืมพกยาติดตัวเมื่อต้องเดินทาง 4. คิ้มแอลกอฮอล์	1. สำรวจการรับประทานยาอย่างละเอียด เช่น เก็บยาที่ไหน พกพายาอย่างไร บันทึกการกินยาอย่างไร อุปสรรคการกินยาคืออะไร เคยลืมน้อยแค่ไหน อะไรเป็นอุปสรรคให้ลืม ถ้าลืมแก้ไขอย่างไร 2. สำรวจแรงจูงใจในการกินยา เสริมแรงจูงใจให้ชัดเจน เช่น ถ้าขาดยาประสิทธิภาพของยาจะลดลง เกิดการดื้อยาตามมาได้ 3. สำรวจธรรมชาติการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อค้นหาปัจจัยสนับสนุนที่เอื้อต่อการกินยาได้สม่ำเสมอ สอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้รับการปรึกษา เช่น เวลากินอาหารหนัก อาหารว่าง นม น้ำ เวลาตื่น – หลับ 4. พุดคุยปรึกษากันเพื่อพิจารณาทางเลือกสำหรับทางออกในการกินยาที่เหมาะสมกับสภาพชีวิตปกติของผู้รับการปรึกษา เช่น - จัดยาไว้ในที่ที่เห็นง่าย เช่น บนทีวี ตู้เย็น และสอดคล้องกับชีวิตประจำวัน - จัดชุดยาให้สะดวกต่อการกินยาแต่ละมื้อ และเตรียมชุดสำรองสำหรับการเดินทางหรือเมื่อมีเหตุจำเป็น เช่น จัดยาในกล่องยา (pill box)

ปัญหา	สาเหตุ	แนวทางให้การปรึกษา
		- ตั้งเวลาการกินยาโดยใช้อุปกรณ์ช่วยตั้งเตือน เช่น นาฬิกาปลุก โทรศัพท์มือถือ - ให้มีคนช่วยเตือน - ทำแบบฟอร์มบันทึกการกินยา
2. กินยาไม่ตรงตามที่กำหนด	1. ยาที่ต้องกินมีหลายขนาน สับสนกินไม่ถูกต้อง 2. ขาดสติไม่ดี 3. วิธีกินยุ่งยาก 4. ขาดสติ 5. ลืมเวลา 6. แบ่งยาให้ผู้อื่นกิน	1. เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาพูดถึงปัญหาและสาเหตุของความยุ่งยากนั้นๆ 2. ให้ข้อมูลและเหตุผลของการรักษาที่ต้องใช้ยาหลายตัวร่วมกัน 3. กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาคิดหาวิธีแก้ปัญหาด้วยตัวเอง และให้ข้อมูลและคำแนะนำ เมื่อเขาถึงทางตันจริงๆ เช่น 1) การจัดชุดยาเพื่อความสะดวก 2) การหักเม็ดยาเพื่อให้กินง่าย 3) แนะนำวิธีลดรสฝืนของยา (โดยระมัดระวังปฏิกิริยาบางอย่างที่อาจมีผลต่อฤทธิ์ยา) 4) จัดมียาตามวิถีชีวิต 4. ให้คำแนะนำเมื่อลืมกินยาว่า - ถ้านึกได้ว่าลืมกินยาควรรีบกินยาทันทีที่นึกได้ 5. เน้นความสำคัญและแนะนำให้ไม่ให้แบ่งยาให้ผู้อื่นเด็ดขาด
3. หยุดยาเอง	1. เกิดผลข้างเคียงจากการกินยา 2. ได้รับข้อมูลจากผู้อื่นหรือจากสื่อเกิดความสับสน ฯลฯ 3. อาการเจ็บป่วยดีขึ้น 4. เบื่อหน่าย	1. ให้ผู้รับการปรึกษาทราบว่า การรักษา และการใช้ยาล้วนมีผล และอาการข้างเคียงซึ่งอาจจะมีมาก/น้อย/นาน/ช้า ในช่วงเวลาหนึ่ง (ประมาณ 2-6 สัปดาห์แรกของการกินยา) และจะบรรเทาได้ จึงไม่ควรหยุดยาเอง

ปัญหา	สาเหตุ	แนวทางให้การปรึกษา
		2. อธิบายสาเหตุ หรือปฏิกิริยาของยาต่อร่างกาย (อย่างง่าย) เพื่อให้เข้าใจธรรมชาติของยา และผลข้างเคียงของยา 3. แนะนำวิธีบรรเทาอาการข้างเคียงของยาแต่ละสูตร/ชนิด 4. แนะนำชนิดอาหารที่เหมาะสม และที่ควรหลีกเลี่ยงเมื่อกินยาแต่ละสูตร/ชนิด 5. หากมีอาการข้างเคียงอย่างมาก หรือมีปัญหาให้พบแพทย์เพื่อปรึกษาเกี่ยวกับยา 6. ให้กำลังใจในการกินยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ 7. กรณีได้รับข้อมูลจากผู้อื่น/สื่อจนเกิดความสับสน ผู้ให้การปรึกษาควรถามข้อมูลและแหล่งข้อมูลนั้น เพื่อพิจารณาความน่าเชื่อถือ จากนั้นให้ข้อมูลที่ถูกต้องด้วยเหตุผลที่เข้าใจได้ง่าย ทั้งนี้ไม่ควรตำหนิแหล่งข่าวซึ่งผู้รับการปรึกษาอาจเกรงกลัวทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งได้
4. ผู้รับยาไม่พูดความจริง	1. กินยานาน 2. ลำบาก กินยาต้องจำ ต้องทำซ้ำๆ 3. รู้สึกว่าป่วยตลอดเวลา ทำให้ความมีคุณค่าในตนเองลดลง 4. หมดหวัง	1. สำรวจสาเหตุของความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ต่อการกินยา เช่น รู้สึกต่อยาอย่างไร การกินยาทำให้ลำบากอย่างไร มองตนเองที่กินยานานๆ อย่างไร ผู้อื่นทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายร่วมด้วยหรือไม่ เพราะเหตุใด

ปัญหา	สาเหตุ	แนวทางให้การปรึกษา
		2. สํารวจเป้าหมาย และความสำเร็จในชีวิตของผู้รับการปรึกษา - เขาเคยประสบความสําเร็จในสิ่งที่ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ - เขาทําอย่างไรจึงประสบความสําเร็จนั้น - ให้ผู้รับการปรึกษาดังเป้าหมายของการรักษาด้วยยารักษาวันโรค 3. สํารวจแรงจูงใจในการกินยา และเสริมแรงจูงใจ 4. พุดคุยปรึกษากันเพื่อพิจารณาทางเลือกสําหรับทางออกในการกินยาที่เหมาะสมกับสภาพชีวิตของผู้รับการปรึกษา 5. เสริมแรงเมื่อผู้รับการปรึกษาเลือกทางเลือกที่เหมาะสม
5. ไม่มาตามนัด/ขาดนัดบ่อย	1. มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ไม่มีคํารด 2. สุขภาพไม่แข็งแรง 3. ไม่มีคนมารับส่ง 4. บ้านไกล การคมนาคมไม่สะดวก 5. ไม่อยากขาดงาน ลางานไม่ได้ 6. ไม่มีใครดูแลลูก	1. ควรพุดคุยเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ บทบาทหน้าที่การงาน รายได้ ผู้ที่คอยสนับสนุน สมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแล เพื่อเป็นข้อมูลในการปรึกษา 2. สํารวจปัญหาสาเหตุของการไม่มาตามนัด หรือขาดนัดบ่อย ด้วยการพุดคุยอย่างละมุนละม่อม ไม่ตำหนิผู้รับการปรึกษา 3. หากพบสภาพที่อาจเกิดปัญหา ควรให้การปรึกษาในประเด็นที่เกิดปัญหาเฉพาะหน้า ซึ่งอาจทำให้ขาดนัด วิธีการป้องกันปัญหาและแก้ไขปัญหา โดยกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาหาวิธีแก้ไขปัญหานี้ด้วยตนเองก่อน

ปัญหา	สาเหตุ	แนวทางให้การปรึกษา
6. ข้ายที่อยู่ ข้ายงาน	1. สภาพความเป็นอยู่ดีขึ้น 2. ได้งาน/ตำแหน่งดีขึ้น	4. ประสานหน่วยงาน/แผนกที่ให้การช่วยเหลือทางสังคม เศรษฐกิจ ทั้งภาครัฐ และเอกชน 1. สำรวจความคิด ความรู้สึก ความต้องการ ผลดีที่ได้รับ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่จะตามมาในมุมมองของผู้รับการปรึกษา 2. กระตุ้นให้คิดถึงข้อมูลบางด้านที่ขาดหายไป เช่น ปัญหาการรักษาต่อเนื่อง 3. ให้ผู้รับการปรึกษาได้พิจารณาทางเลือก เพื่อหาทางออกที่เหมาะสมตามศักยภาพ

ส่วนที่ 5 เอกสารให้ความรู้เกี่ยวกับวันโรคปอดและการรักษา

วันโรคปอด



จัดทำโดย

นางสาวนุชบา ประสมผล

นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

.....

.....

ถ้าหากท่านกินยารักษาวัณโรคไม่สม่ำเสมอเนื่อง

หรือไม่ครบตามกำหนด จะเกิดอะไรขึ้น

- มีระยะเวลาแพร่เชื้อไปคนอื่นได้นานขึ้น
- มีอาการรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น
- และอาจเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง
- นอกจากนี้ยังทำให้เสียเวลา และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา
- เชื้อวัณโรคจะกลายเป็นเชื้อชนิดดื้อยา ทำให้รักษายาก และควบคุมวัณโรคโดยระยะเวลาการรักษานานกว่าปกติ 1 ½ - 2 ปี
- บางรายการรักษาล้มเหลว เป็นวัณโรคดื้อยาตลอดชีวิต



วันนี้คุณกินยาแล้วหรือยังเพื่อตัวคุณเองและคนที่คุณรัก

ส่วนที่ 6 แบบบันทึกการให้การปรึกษา

ครั้งที่ /วัน เดือน ปี...../รหัส.....

ผลการตรวจ AFB ครั้งที่ 1.....วันที่ตรวจ.....

ครั้งที่ 2.....วันที่ตรวจ.....

ครั้งที่ 3.....วันที่ตรวจ.....

สูตรยารักษาวัณโรคปัจจุบัน.....

ปัญหาอุปสรรคการรับประทานยา

.....

.....

.....

ระยะของการเปลี่ยนแปลง

.....

ประเด็นการให้การปรึกษา

.....

.....

.....

แนวทางการแก้ไขปัญหา/อุปสรรคการรับประทานยาของผู้รับการปรึกษา

.....

.....

.....

ผลของการให้การปรึกษา/ความเห็นทั่วไป

.....

.....

.....

การนัดครั้งต่อไป วัน เดือน ปี.....

ผู้บันทึก.....

ส่วนที่ 7 แบบบันทึกการรับประทานยา

คำชี้แจง : โปรดลงเวลาและจำนวนเม็ดยาที่ท่านรับประทานในแต่ละครั้งของวันตามความเป็นจริง

หากท่านลืมหรือรับประทานยาไม่ตรงเวลา/ไม่ครบจำนวนเม็ดกรุณาให้เหตุผลตามช่องด้านล่าง

วันที่																		
ชื่อยา	เวลา	จำนวน	เวลา	จำนวน	เวลา	จำนวน	เวลา	จำนวน	เวลา	จำนวน	เวลา	จำนวน	เวลา	จำนวน	เวลา	จำนวน	เวลา	จำนวน
												</						

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมกับภาษา เนื้อหาในโปรแกรม
การให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
สม่ำเสมอของผู้ป่วยวันโรคปอด

1. แพทย์หญิงณัฏฐา หิรัญเทพ
อาจารย์แพทย์ทางจิตเวช โรงพยาบาลรามารับดี
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ
อาจารย์พยาบาลทางจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๓/๑๒๗

ชื่อโครงการ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมผัสเพื่อ
เสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
ของผู้ป่วยวัณโรคปอด

เลขที่โครงการ/รหัส ID ๐๓ - ๕๓ - ๒๓ ๖

ชื่อหัวหน้าโครงการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล

ที่ทำงาน ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ
เหล่านี้ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

ลงนาม
กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล)

วันที่รับรอง ๒๒ เมษายน ๒๕๕๓



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

**Documentary Proof of Ethical Clearance Committee on Human Rights
Related to Researches Involving Human Subjects
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University**

No. MURA2010/127

Title of Project	The Effect of Counseling Program Using Motivational Interviewing on Medication Adherence among Patients with Pulmonary Tuberculosis
Protocol Number	ID 03 – 53 – 23
Principal Investigator	Asst. Prof. Dr. Wantana Maneesriwongul
Official Address	Department of Nursing Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Secretary
Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects

Prof. Duangrudee Wattanasirichaigoon, M.D.

Signature of Chairman
Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects

Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.

Date of Approval

April 22, 2010

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นางสาวบุษบา ประสมผล
วัน เดือน ปีเกิด	12 กุมภาพันธ์ 2506
สถานที่เกิด	จังหวัดจันทบุรี
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลราชบุรี, 2526 ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและ ผดุงครรภ์ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลชลบุรี, 2532 ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและ ผดุงครรภ์ระดับสูง โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 2535 ประกาศนียบัตรวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลรามธิบดี, 2547 ประกาศนียบัตรการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
ทุนการศึกษา/ทุนวิจัย/รางวัลที่ได้	ทุนสนับสนุนการวิจัยบางส่วนจากสมาคมศิษย์เก่า บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี 22210 โทรศัพท์ 039-452-384 ต่อ 111
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 31 หมู่ 3 ตำบลจันทนิมิต อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี 22000 โทรศัพท์ 039-325-268 , 089-939-2930 E-mail : Moo_busaba@windowslive.com