

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด



นางพิมพ์ผกา กิตติวงศ์อิน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556


ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

FACTORS PREDICTING MEDICATION ADHERENCE BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC
PATIENTS WITH SUBSTANCE ABUSE

The logo of Chulalongkorn University, featuring a central emblem with a sunburst and a tiered structure, surrounded by a circular border of rays.

Mrs. Pimpaka Kitiwongin

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

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

Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ
	ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด
โดย	นางพิมพ์ผกา กิตติวงศ์อิน
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.รัชนีกร เกิดโชค

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ดร.รัชนีกร เกิดโชค)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลสิทธิ์)

พิมพ์ผกา กิตติวงศ์อื่น : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด. (FACTORS PREDICTING MEDICATION ADHERENCE BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH SUBSTANCE ABUSE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร.รัชนิกร เกิดโชค, 117 หน้า.

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด และศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านผลข้างเคียงที่เกิดจากความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา และปัจจัยด้านอาการทางจิต กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติใช้สารเสพติดที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 128 คน ที่เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยเครื่องมือ 10 ส่วน เครื่องมือทุกส่วนได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านโดยมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือทุกชุด เท่ากับ .85, .87, .84, .89, .90, .86, .90, .84, .85 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

ผลการวิจัยที่สำคัญมีดังนี้

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด มีคะแนนอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 63.62

2. ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 4.0 ($R^2 = .040$) สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐานคือ

Z พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา = $+ .200Z$ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

5377814036 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: MEDICATION ADHERENCE / SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH SUBSTANCE ABUSE

PIMPAKA KITIWONGIN: FACTORS PREDICTING MEDICATION ADHERENCE BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH SUBSTANCE ABUSE. ADVISOR: ASSOC. PROF. ORAPHUN LUEBOONTAWATCHAI, Ph.D., CO-ADVISOR: RATCHANEKORN KERTCHOK, Ph.D., 117 pp.

The purposes of this descriptive research were to study of medication adherence behaviors of schizophrenic patients with substance abuse and to determine predictors of medication adherence behaviors of schizophrenic patients with substance abuse. The predicting variables were factors related to side effects of antipsychotic drug, treatment like which were route, self-efficacy medication adherence behaviors, self-efficacy patients use substance, patient and health care team relationship, caregiver, family expressed emotion, positive symptoms, and negative symptoms. Research sample were 128 of schizophrenic patients with substance abuse receiving mental health treatments in outpatient department from hospitals in Department of Mental Health. Research instruments divided into 10 parts which were tested for validity by 5 experts. The reliability of the scales with and Chronbach's alpha were .85, .87, .84, .89, .90, .86, .90, .84, .85 and .83 respectively. Data were analyzed using mean, SD, and stepwise multiple regression. Major findings were as follow :

1. The level of medication adherence behaviors of schizophrenic patient with substance abuse was at the good level. ($X = 63.62$)

2. Factor significantly predicted medication adherence behaviors of schizophrenic patients with substance abuse with significantly at .05 levels was self-efficacy medication adherence behaviors which the predictors was accounted for 4.0 percent ($R^2 = .040$). The study equation was as follow:

Z medication adherence behaviors = $+ .200Z$ self-efficacy medication adherence behaviors

Field of Study: Mental Health and Psychiatric
Nursing

Academic Year: 2013

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร. อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัยและอาจารย์ ดร.รัชนิกร เกิดโชค ที่เป็นผู้คอยแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ และให้กำลังใจ รวมทั้งชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ ให้ผู้วิจัยมุ่งมั่นที่จะวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง ในความกรุณาของอาจารย์ตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่เมตตาให้คำแนะนำ และชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้มีความเหมาะสมกับงานวิจัย พร้อมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อต้องการข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่การให้ต้อนรับเป็นอย่างดีและอบอุ่นตลอดการเก็บข้อมูล และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททุกท่านที่ให้ความร่วมมือกับผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ที่ให้การสนับสนุนให้ศึกษาเล่าเรียน และขอขอบคุณคุณทัตชญา สมประดิษฐ์ ที่คอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือ สนับสนุนและให้คำปรึกษา และคุณสาคร กิตติวงศ์อื่น ที่คอย ส่งเสริมสนับสนุนทุกด้าน และให้กำลังใจที่ดีตลอดมา รวมทั้งเพื่อนผู้วิจัยทุกท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจ ช่วยเหลือ จนผู้วิจัยจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอให้เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท	13
2. โรคจิตเภทกับการใช้สารเสพติด	23
3. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด.....	36
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	52
5. กรอบแนวคิดการวิจัย	58
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	59
ประชากรวิจัย.....	59
กลุ่มตัวอย่าง.....	59
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	59
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	60
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	63
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	70
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	71

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	72
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	81
สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้.....	83
อภิปรายผลการวิจัย	84
รายการอ้างอิง	89
ภาคผนวก.....	96
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	97
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	99
ภาคผนวก ค ใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ข้อมูลสำหรับ ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน	110
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	117

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตในแต่ละภาค (ปีงบประมาณ 2556).....	60
ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล การมีผู้ดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด และอาชีพ.....	61
ตารางที่ 3 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	71
ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด.....	75
ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายข้อ... ..	76
ตารางที่ 6 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรต้นกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา.....	77
ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด.....	78
ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจการทำนาย (R^2) และการทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าอำนาจการทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 change)ในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด เมื่อใช้วิธีการถดถอยแบบเป็นขั้นตอน.....	79
ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และค่าคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b ในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด.....	79

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท(Schizophrenia) เป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้อารมณ์ การรู้จักตนเอง พฤติกรรม และการตัดสินใจร่วมกับความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม (WHO, 2006) เป็นโรคทางจิตที่พบมากที่สุด ในบรรดาโรคจิตเวชทั้งหมด (พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) ทั้งยังมีอัตราความชุกประมาณร้อยละ 1 - 1.5 ของประชากรทั่วโลกและมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5 : 1,000 คนต่อปี (Kaplan & Sandock, 2007) ในประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 69.20 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2556) และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนสูงขึ้นทุกปี จากสถิติของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตในช่วงปีงบประมาณ 2555 - 2556 โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมาก เป็นอันดับ 1 (กรมสุขภาพจิต, 2556)

จากการศึกษาของ Mallakh (1988) พบว่าร้อยละ 51 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทมีการติดสุราหรือสารเสพติด จากการศึกษาของ Jenner et al. (1998) พบว่าความชุกของความผิดปกติของการใช้สารเสพติด ในผู้ป่วยโรคจิตมีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 17-51 จากการสำรวจในจากรายงานของ The Epidemiologic Catchment Area (ECA) (1980) พบว่าผู้ที่มีความชุกชั่วชีวิตเป็นโรคจิตเวชจำนวนร้อยละ 14.7 มีความชุกชั่วชีวิตของการเสพสารเสพติดหรือการติดสารเสพติด (Substance abuse/dependence) นอกจากนี้ร้อยละ 36.6 ของผู้เสพแอลกอฮอล์หรือติด แอลกอฮอล์ มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย และในผู้ที่เสพสารเสพติด หรือติดสารเสพติด มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วยถึงร้อยละ 53.1 (รัชชัย ลีพหานาจ และคณะ, 2549) นอกจากนี้ยังพบว่าความชุกของความผิดปกติของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภทเท่ากับร้อยละ 47 โดยมีความชุกชั่วชีวิตของความผิดปกติของการใช้แอลกอฮอล์ เท่ากับร้อยละ 33.7 และมีความชุกชั่วชีวิตของความผิดปกติของการใช้สารเสพติดอื่นๆ นอกเหนือจากแอลกอฮอล์เท่ากับร้อยละ 27.5 ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD 10 ร่วมกับมีประวัติติดสารเสพติดร่วมด้วย(substance use disorder) จากสถิติผู้ป่วยที่เป็นจิตเภทที่ใช้สารเสพติด ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาในปี พ.ศ.2553,2554,2555 มีจำนวน 542 ราย , 765 ราย และ 1,710 รายตามลำดับ ซึ่งเป็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นทุกปี

ปัจจุบันการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นการรักษาที่มีความสำคัญมากในการรักษาโรคทางจิตเวช (เกษม ต้นติผลลาชีวะ, 2536) เนื่องจากยาสามารถควบคุมอาการทางจิตได้(เพชรี คันธสายบัว, 2544) และยาต้านโรคจิตมีประสิทธิภาพสูง ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเป็นอันดับแรกในการรักษา ซึ่งยาต้านโรคจิตจะช่วยลดความรุนแรงของโรค ควบคุมอาการ และส่งผลกระทบต่อระยะเวลาในการรักษา ป้องกันการเกิดเป็นซ้ำหรือเกิดอาการใหม่(Kaplan & Sadock, 1995) ส่วนการรักษาโดยการให้ยาร่วมกับจิตบำบัดเป็นการรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดร่วมด้วย ซึ่งยานอกจากจะใช้รักษาอาการของโรคแล้วยังอาจช่วยลดอาการอยากยาได้อีกด้วย(รัชชัย ลีพหา

นาจ และคณะ, 2549) การรักษาด้วยยามีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด เพราะมีส่วนช่วยผู้ป่วยได้ทั้งสองโรค (Tiet & Mausbach, 2007) เนื่องจากยารักษาโรคจิต มีผลทำให้อาการทางจิตกำเริบน้อยกว่า และทำให้อาการ cognitive deficits ดีขึ้น และยังทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วยใช้สารเสพติดลดลง (Green, 2007)

จากการศึกษาปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก คือ การไม่ร่วมมือในการรักษา (Sullivan et al., 1995) พฤติกรรมการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Noncompliance, non-adherence) คือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น ใช้ยามืดเวลา มีการหยุดใช้ยา หรือใช้เฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณมีความผิดปกติ ใช้ยาลดหรือ เพิ่มมากกว่าแผนการรักษา (Farragher, 1999) อัตราการไม่ร่วมมือและไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกพบร้อยละ 10-55 (Krullee et al., 1998) ในผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมมารับประทานยาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษาร้อยละ 30 จะต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 ปี และเพิ่มเป็น 2 เท่าภายใน 2 ปี (Marland & Cash, 2001) มีผู้ป่วยจิตเภทเพียงร้อยละ 50-60 เท่านั้นที่รับประทานยาต่อเนื่องในปีแรกและมีแนวโน้มลดลงเหลือร้อยละ 15-25 ในปีต่อไป (Perkins, 1999) จากการศึกษาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ร่วมมือในการรักษามีหลายสาเหตุ เช่น ขาดความรู้ ความเข้าใจถึงความจำเป็นในการรับประทานยารักษาอาการทางจิต คิดว่าตนหายดีแล้ว ไม่อยากรับประทานยา (ราตรี อินทรีย์, 2541) ปัญหาทางเศรษฐกิจที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ร่วมมือในการรักษา คือ ยามีราคาแพง หรือมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยใช้ไม่สม่ำเสมอ (อำไพชนิษฐ สมานวงศ์ ไทย, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์ (2542) ที่พบว่าอุปสรรคของการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย คือ เรื่องค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการรักษา รวมถึงค่าใช้จ่าย และเวลาที่ต้องสูญเสียไปในการเดินทางมาพบแพทย์ เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ซึ่งยารักษาอาการทางจิต อาจมีอาการข้างเคียงจากยาเกิดขึ้น เช่น อาการคอแข็ง อาจพบคอปิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ขากรรไกรแข็ง ลิ้นคับปาก ง่วงนอน ปากแห้ง คอแห้ง น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น อาการเหล่านี้ไม่เป็นอันตราย แต่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และให้หยุดใช้ยา (Agarwal et al., 1998) รวมถึงทัศนคติของสังคม ต่อการรักษาอาการทางจิต ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบโดยรู้สึกว่าคุณเองถูกรังเกียจ ถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นผู้ป่วยทางจิต ผู้ป่วยจึงพยายามหลีกเลี่ยงการ การแสดงว่าคุณเป็นผู้ป่วยทางจิต เช่น การมารับการรักษาที่โรงพยาบาล การรับประทานยารักษาอาการทางจิต (Oehl et al., 2000) ส่งผลกระทบบังคับให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา

จากการศึกษาพบว่าอีกสาเหตุหนึ่งที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ร่วมมือในการรักษา คือ การใช้สารเสพติด (Fenton et al., 1997) ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดจำนวนมากมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์มีแนวโน้มที่จะไม่มาพบแพทย์ตามนัดมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทเพียงอย่างเดียว (Tiet & Mausbach, 2007) อีกทั้งกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและต้องกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา คือ การใช้แอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด (Fenton et al., 1997; Lacro et al., 2002; Sleath et al., 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ Dixon et al. (1991) พบว่าผู้ป่วยจิตเภท 48% ใช้สารเสพติดร่วมด้วย โดย 23% ใช้

สารเสพติดชนิดเดียว ส่วน 25 % ใช้สารเสพติดมากกว่าหนึ่งอย่าง ซึ่งสารเสพติดและแอลกอฮอล์เป็นสารกระตุ้นการเกิดอาการผิดปกติทางจิตเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตให้คงที่ เพิ่มพฤติกรรมการรบกวนผู้อื่น การฆ่าตัวตาย ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาที่ไม่ดี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และการศึกษาของ Koffoed et al. (1986) ที่ศึกษาพบว่าการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดจะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา มีพฤติกรรมไม่เป็นมิตร มีความผิดปกติของการทำหน้าที่ และเข้ารับการรักษาซ้ำๆ มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ จากการศึกษาของ Tiet & Mausbach (2007) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วยมีแนวโน้มจะหยุดยาที่แพทย์สั่งให้ เมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดอีก และการหยุดยารักษาอาการโรคจิตอาจทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะอันตรายได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Glenn, Hunt et al. (2001) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดและมีพฤติกรรมไม่ทำตามแผนการรักษา 99% มีการกลับเป็นซ้ำของโรค

อีกทั้งการติดสารเสพติดยังส่งผลร้ายทั้งทางตรงและทางอ้อมแก่ตัวผู้ป่วยและบุคคลแวดล้อม ทำให้ส่งผลด้านจิตใจและอารมณ์ ขาดความสมดุล รวมถึงบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ขาดความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัว มีพฤติกรรมไม่อยู่ในกรอบของสังคมและเป็นภาระของสังคม (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2552) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดอาการกำเริบทางจิตบ่อยครั้ง จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ และการรับรู้อย่างถาวร (สันชัย วสุนธราภรณ์, 2547) เกิดปัญหาในการเรียนหรือการปฏิบัติหน้าที่การทำงาน การดูแลตนเองลดลง การแต่งกายสกปรก สูญเสียทักษะทางสังคม (Moller & Murphy, 2001) ซึ่งปัญหาดังกล่าวไม่ได้ส่งผลเฉพาะภาระในการดูแลของบุคคลในครอบครัว แต่ยังส่งผลกระทบต่อประเทศชาติเนื่องจากรัฐต้องขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ สูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วย ต้องสูญเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษากระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทำให้ประเทศต้องสูญเสียทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยทางเศรษฐศาสตร์นับเป็นการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม (สมชาย จักรพันธ์, 2543) องค์การอนามัยโลกเปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเทียบเท่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต สร้างความสูญเสียมากถึงร้อยละ 11 ของการเจ็บป่วยทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549) จึงนับได้ว่าการไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ดังนั้นพยาบาลจิตเวชจึงต้องมีการคำนึงถึงบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย โดยต้องบริหารจัดการและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ลดภาระในการดูแลของบุคคลในครอบครัว และประเทศชาติ

จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบได้ว่าพฤติกรรมที่ไม่ทำตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญและซับซ้อน เนื่องจากมีผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ทำให้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา มีแนวโน้มที่จะไม่มาพบแพทย์ตามนัดมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทเพียงอย่างเดียว (Tiet & Mausbach, 2007) อีกทั้งพฤติกรรมกลับไปเสพย์สารเสพติดอีก เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและต้องกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล โดยพบอีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดจะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา มีพฤติกรรมไม่เป็นมิตร มีความผิดปกติของการทำ

หน้าที่ และเข้ารับการรักษาช้าๆมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องค้นหาสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด เนื่องจากพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์มีส่วนสำคัญที่จะสามารถทำนายการป่วยซ้ำได้ Oehl, Hummer, & Fleischhacker (2000) พยาบาลจิตเวชในฐานะมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจะต้องมีข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ทั้งในและต่างประเทศ พบว่าที่ผ่านมาได้มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นส่วนใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาของ Oehl, Hummer, & Fleischhacker (2000) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ แต่สามารถแบ่งปัจจัยหลักๆ ได้เป็น 4 ด้าน คือ ด้านผู้ป่วย ด้านการรักษา ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านทรมาน ซึ่งอุมาพร กางจรัส (2545) ได้นำแนวคิดของ Oehl, Hummer, & Fleischhacker (2000) มาศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทย พบว่าตัวแปรที่จะสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทรมาน พบว่าผู้ป่วยและผู้ให้บริการที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวสูง จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ไม่ดี ทำให้พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาลดลง อาการทางลบทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่ดี และมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การใช้แอลกอฮอล์ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดจะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำทำให้พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเพิ่มมากขึ้น ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา โดยฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยามีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Becker & Maiman (1975) ซึ่งพบว่า 1) การรับรู้ความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภท 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ 3) การรับรู้ประโยชน์การดูแลสุขภาพ 4) การรับรู้อุปสรรคการดูแลตนเองต่ำ จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษาสูงขึ้น และจากการศึกษาของ Owen et al. (1996) ศึกษาผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา และการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา และการใช้สารเสพติดต่ออาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดจะไม่มารับการตรวจตามนัด และมีความเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท ส่วน Razali & Yahya (1995) ได้ศึกษาว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ 20-200 ปัจจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย แม้ว่าการศึกษาปัจจัยที่จะร่วม

ทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดนั้นมีความสำคัญ เนื่องจากพฤติกรรมที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีส่วนสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ และการใช้สารเสพติดร่วมด้วย (Julius et al., 2009)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีพฤติกรรมการใช้ยาเป็นเช่นไร และปัจจัยใดที่จะสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดได้อย่างครอบคลุม โดยทบทวนตามการศึกษาของ Magura et al. (2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในการคัดเลือกตัวแปร เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย ได้แก่ ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา อาการทางบวก, อาการทางลบ ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด ในการอธิบายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด และทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด โดยทบทวนตามการศึกษาของ Magura et al. (2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในการคัดเลือกตัวแปร โดยแบ่งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วยตัวแปร จำนวน 9 ตัวแปร ดังนี้ ปัจจัยด้านแรกคือ ปัจจัยเสี่ยงด้านยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ปัจจัยด้านที่สองคือ ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตใจ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านที่สาม คือ ปัจจัยเสี่ยงด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา และปัจจัยเสี่ยงด้านสุดท้ายคือ ปัจจัยเสี่ยงด้านอาการทางจิต ได้แก่ อาการทางบวก อาการทางลบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ผู้ป่วยบางรายขณะเข้ารับการรักษาโดยใช้ยารักษาอาการทางจิต อาจมีอาการข้างเคียงจากยาเกิดขึ้น เช่น อาการคอแข็ง อาจพบคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ขากรรไกรแข็ง ลิ้นคับปาก ง่วงนอน ปากแห้ง คอแห้ง น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (Agarwal et al.,

1998) อาการเหล่านี้ไม่เกิดอันตราย แต่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ส่งผลให้หยุดใช้ยา Agarwal et al. (1998) พบว่าปัจจัยที่สามารถแยกผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาออกจากผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ปัจจัยหนึ่งคือ การที่ผู้ป่วยได้รับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา

ดังนั้นผลข้างเคียงที่เกิดจากยา น่าจะเป็นตัวแปรที่สามารถทำนาย พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้

ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ปัจจัยทางด้านการรักษาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย หมายถึง ช่องทางการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งช่องทางการได้รับยามี 7 วิธี ได้แก่ การกิน การฉีด การอมยาใต้ลิ้น การเหน็บยาทางช่องคลอด การเหน็บยาทางทวารหนัก ทางผิวหนัง การสูดดม จากการศึกษาพบว่า เมื่ออาการทางจิตทุเลาลงแล้วผู้ป่วยมักไม่ยอมรับประทานยาต่อ Kurmar & Sedgwick (2001) กล่าวว่า การฉีดยาทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องรับประทานยาทุกวัน ทำให้ความผิดพลาดในการปฏิบัติน้อยกว่าการกินยา ทำให้ผู้ป่วยสามารถได้รับยาติดต่อกัน ดังนั้นวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกายโดยใช้วิธีการฉีด สามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าวิธีการรับประทาน

ดังนั้นความพึงพอใจในวิธีการที่ได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย น่าจะเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดได้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในผลลัพธ์ และมีผลต่อการตัดสินใจในรูปแบบที่แตกต่างกันในการที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล กล่าวคือ บุคคลที่มีระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงจะส่งผลให้บุคคลนั้นกระทำพฤติกรรม มีความมุ่งมั่นที่จะกระทำ ถึงแม้ว่าผลที่คาดหวังจะไม่เป็นไปตามที่ต้องการบุคคลนั้น ก็ยังมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่อไปในทางตรงข้ามถ้าหากบุคคลมีระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่ำ ไม่ว่าจะคาดหวังผลลัพธ์นั้นมากหรือน้อยเพียงไร บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้นอย่างแน่นอนและมีโอกาสที่จะหลีกเลี่ยงที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นอีกต่อไป ดังเช่นจากการศึกษาของ Magura et al. (2011) ที่ศึกษาพบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด Gecas(1989) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูงจะประเมินสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhao, D.(2000) ได้ศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา น่าจะเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด Marlatt & Gordon (1985) กล่าวว่าบุคคลจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ(self-efficacy) จากการที่รู้ว่าตนเองสามารถบังคับใจตนเองได้ ควบคุมสิ่งกระตุ้นต่างๆที่เกิดขึ้น อาจจะเป็นการกระตุ้นโดยสถานการณ์เสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อความสามารถในการควบคุมตนเอง เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถแห่งตน(self-efficacy) ในระดับสูงก็จะสามารถจัดการกับสถานการณ์และหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การใช้สารเสพติดต่างๆได้ จากการศึกษาของ

Magura et al. (2011) ที่ศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดได้

ดังนั้นตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดน่าจะเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว การแสดงลักษณะอารมณ์ของบุคคลของบุคคลในครอบครัวมากเกินไป โดยในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีลักษณะที่มีการวิพากษ์วิจารณ์สูง มีการแสดงถึงความไม่เป็นมิตร และมีความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป (Backer, 1995) หากมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง เช่น ดุด่า หรือมีการควบคุมผู้ป่วยมากเกินไป มีผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดสูง ขาดแรงกระตุ้นในการรับการ จากการศึกษาพบว่าในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะมีผลต่อการสนับสนุนผู้ป่วย ให้ได้รับการรักษาที่ไม่ดี (Oehl et al., 2000)

ดังนั้นผู้วิจัยคาดว่า การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว น่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ สัมพันธภาพที่ดีที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ รับรู้ และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (Brannon & Feist, 1997 อ้างถึงใน สมัยพร อาชาล, 2543) ผู้ให้บริการและผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะทำให้เกิดผลทางบวกต่อการรักษา คือผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มมากขึ้น (Di Matteo & Di Nicola, 1982 อ้างถึงใน สารุพร พุ่มขาว, 2541) จากผลการศึกษาของ Frank & Gunderson (1990) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รักษาภายใน 6 เดือนแรกที่เริ่มมีอาการผิดปกติทางจิต จะปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพไม่ดีกับบุคลากรทีมสุขภาพ และจากการศึกษาของ Favrod (1993) ที่พบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาอาการทางจิต สามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ น่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนให้ได้รับประทานยา ซึ่งบุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลัก จากการศึกษาของ Razali & Yahya (1995) พบว่าความช่วยเหลือของครอบครัวมีความสำคัญ ที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา โดยการนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด หรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ช่วยเหลือจ่ายค่ายา รวมทั้งตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าครอบครัวที่ไม่มีผู้ดูแลในเรื่องเหล่านี้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา น่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

อาการทางบวก ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิดทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิดร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ อาการแสดงที่ชัดเจนคือหลงผิด(Delusion) ประสาทหลอน(Hallucination) พูดจาสับสน(Disorganize speech) และมีพฤติกรรมแปลกไปจากเดิม(Bizarre behavior) ไม่เหมาะสมหรือไม่เคยปฏิบัติมาก่อน เช่น คิดว่าตนเองใหญ่โต หมายถึงการรับรู้ความเชื่อของผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองเป็นคนสำคัญ หรือมีอำนาจพิเศษซึ่งเป็นความเชื่อซึ่งไม่จริง โดย

ผู้ป่วยจะเชื่อในความคิดนั้นโดยไม่สามารถเปลี่ยนความเชื่อถือได้ด้วยการอธิบาย โดยใช้เหตุผลตามธรรมชาติได้(สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) จากการศึกษาของ Kurmar & Sedgwick (2001) พบว่าผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิดจะปฏิเสธการรักษา

ดังนั้นจากการศึกษาดังกล่าวคาดว่าอาการทางบวกน่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

อาการทางลบ เป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดคุณสมบัติบางประการที่บุคคลปกติควรจะมีเช่น การตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ แยกตัวจากสังคม ขาดความสามารถในการคิด การแสดงอารมณ์ การการทำหน้าที่ทางสังคม(Kay, Fiszbein & Opler, 1987) โดยแบ่งกลุ่มอาการทางลบออกเป็น 7 ลักษณะ คือ การตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง การแยกตัวออกจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดเชิงนามธรรม การสนทนาไม่เกิดขึ้นเองอย่างเป็นธรรมชาติ และไม่สนใจอย่างต่อเนื่อง และการคิดอย่างตายตัว อาการทางลบทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการรักษา ส่งผลให้มีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การพยากรณ์โรคไม่ดี(Oehl et al.,2000)

ดังนั้นจากการศึกษาดังกล่าวคาดว่าอาการทางลบน่าจะสามารถทำนาย พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา ปัจจัยด้านอาการทางจิต ได้แก่ อาการทางลบ, อาการทางบวก สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดได้

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย(Descriptive research) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดที่มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดที่ดำรงชีวิตในชุมชน ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรค ICD 10 ร่วมกับมีประวัติการใช้สารเสพติด ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอายุระหว่าง 20-59 ปี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรทำนายมี 9 ตัวแปรได้แก่

ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา

ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด

การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ

การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา

อาการทางลบ

อาการทางบวก

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษา และคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต ซึ่งวัดได้จากแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของของอุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับการศึกษาของ เพชรี คันธสายบัว (2544) แบ่งเป็น 2 ด้านคือ

การใช้ยาตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้องซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การรับประทานยาต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทถึงความรู้สึกผิดปกติ ความทุกข์ทรมาน หรือไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น จากการได้รับยารักษาอาการทางจิต เช่น อาการง่วง ปากแห้ง คอแห้ง มีนงง สับสน หน้ามืด เชื่องช้า ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบประเมินผลข้างเคียงของยาที่สร้างขึ้นโดย อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) โดยเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วน ประเมินค่า 5 ระดับ

ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย หมายถึง การได้รับยารักษาอาการทางจิตสู่ร่างกายผู้ป่วย ในงานวิจัยนี้มี 3 ลักษณะ คือ วิธีการรับประทาน วิธีการฉีด วิธีการรับประทานและวิธีการฉีด โดยงานวิจัยนี้ใช้แบบประเมินความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบ 3 ลักษณะ คือ วิธีการได้รับยาโดยการรับประทาน การฉีด และการได้รับทั้งการรับประทานและการฉีด โดยเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วน ประเมินค่า 5 ระดับ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำการสิ่งต่างๆให้ประสบความสำเร็จได้ตามที่ต้องการ เนื่องจากบุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมก็ต่อเมื่อเขาเชื่อว่าตนเองสามารถกระทำการนั้นให้สำเร็จ

ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเอง นั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล(Bandura,1986:1997) โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่สร้างขึ้นโดย ยุภาพร มีหนองหว้า (2552) ที่สร้างจากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1986) และแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pander et al., 2006)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด ประเมินว่าตนเองมีความมั่นใจและมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง ที่จะสามารถหลีกเลี่ยงและสามารถจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงอันเนื่องมาจากการใช้สารเสพติดได้สำเร็จ และไม่กลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ โดยในงานวิจัยนี้ใช้แบบวัดการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติดของ กุสุมา แสงเดือนฉาย(2544) โดยดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด โดยได้ประเมินความมั่นใจที่จะไม่เสพยาเสพติด เมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ทั้งหมด 27 สถานการณ์

การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดของผู้ป่วยต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่สมาชิกแสดงออกในรูปของ น้ำเสียง ท่าทาง อารมณ์ของสมาชิกซึ่งมีผลต่อผู้ป่วย โดยในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีลักษณะ ที่มีการการดำเนินวิพากษ์วิจารณ์สูง มีการแสดงถึงความไม่เป็นมิตร และมีความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป(Backer, 1995) ในงานวิจัยนี้ใช้แบบประเมินการรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัว ของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ที่พัฒนาขึ้นจากแบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ Sunpaveerawong (2002) ตามแนวคิดของ Brown et al. (1972)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการระหว่างบุคคล ได้แก่ การที่บุคคลสองคนหรือมากกว่าสองคน ทำความรู้จัก สร้างความคุ้นเคย และติดต่อเกี่ยวข้องกันในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เป็นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพ และผู้มาติดต่อขอรับบริการด้านวิชาชีพ(สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นปัจจัยที่เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้รับความรู้หรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งทีมสุขภาพ ประกอบด้วย พยาบาล แพทย์ เภสัช และนักสังคมสงเคราะห์ ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยา ในงานวิจัยนี้ใช้ประเมินโดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพที่สร้างขึ้นโดย อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ตามแนวคิดของ Risser (1975) โดยเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วน ประเมินค่า 5 ระดับ

การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีบุคคลคอยช่วยเหลือให้ได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ดูแลด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่ คือ บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดเองอาจเป็นบุคคลที่ผูกพันทางสายโลหิต คู่สมรส หรือผู้รับผิดชอบช่วยเหลือให้ได้รับยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง ดูแลในเรื่องการรับประทานยา หรือฉีดยาตามเวลา การมารับยาให้จากโรงพยาบาลหรือการช่วยเหลือจ่ายค่ายา ในงานวิจัยนี้ใช้แบบประเมินการมีผู้ดูแลด้านการใช้ยาของอุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Razali & Yahya (1995)

อาการทางบวก หมายถึง กลุ่มอาการที่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิดทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิดร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ อาการแสดงที่ชัดเจนคือหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน(Hallucination) พูดจาสับสน(Disorganize speech) และมีพฤติกรรมแปลกไปจากเดิม(Bizarre behavior) ไม่เหมาะสมหรือไม่เคยปฏิบัติมาก่อน วัดโดยแบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย(PASS-T) ที่แปลมาใช้เป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัย โกวิทย์ (2550) ใช้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยในด้านอาการทางบวก(positive symptoms) 7 อาการโดยใช้วัดอาการทางจิตของผู้ป่วยในด้านอาการทางบวก(positive symptom) โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิต

อาการทางลบ หมายถึง กลุ่มอาการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดคุณสมบัติบางประการที่บุคคลปกติควรจะมีเช่น การตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ แยกตัวจากสังคม ขาดความสามารถในการคิด การแสดงอารมณ์ การการทำหน้าที่ทางสังคม(Kay, Fiszbein & Opler, 1987) วัดโดยใช้แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย(NASS-T) ที่แปลมาใช้เป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัย โกวิทย์ (2550) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินอาการทางจิตที่มีคุณภาพสูงและได้มาตรฐาน ใช้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยในด้านอาการทางลบ(Negative symptoms) 7 อาการได้แก่ 1) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ 2) แยกตัวทางอารมณ์ 3) มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง 4) แยกตัวจากสังคม 5) มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม 6) การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และไม่สั้นไหลอย่าง ต่อเนื่อง 7) การคิดอย่างตายตัว โดยใช้วัดอาการทางจิตของผู้ป่วยในด้านอาการทางลบโดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิต

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้นานมากขึ้น โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เพื่อควบคุมอาการ ป้องกันการป่วยซ้ำ และเพิ่มคุณภาพของการปฏิบัติงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเกี่ยวกับการแก้ไข และป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาประกอบด้วยหัวข้อต่างๆดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 การดำเนินโรค
 - 1.3 อาการและอาการแสดง
 - 1.4 การรักษา
 - 1.5 ปัจจัยเหตุของโรคจิตเภท
 - 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. โรคจิตเภทกับการใช้สารเสพติด
 - 2.1 ความหมายของสารเสพติด
 - 2.2 การวินิจฉัยที่เกี่ยวกับสารเสพติด
 - 2.3 ระบาดวิทยา
 - 2.4 ทฤษฎีที่ใช้อธิบายความสัมพันธ์ของโรคจิตเภทและการใช้สารเสพติด
 - 2.5 การรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด
 - 2.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด
3. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด
 - 3.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 - 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทใน ICD-10 หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ ความคิดและการรับรู้ ที่มีลักษณะจำเพาะอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือสติสัมปชัญญะที่อ่อน แต่ความสามารถด้านเชาวน์ปัญญาดี แม้จะมีการสูญเสียการรับรู้บ้างเมื่อป่วยมานาน และต้องมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอย่างน้อย 1 เดือน (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

โรคจิตเภท หรือ Schizophrenia เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554)

โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง หรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

โรคจิตเภท หมายถึง การเจ็บป่วยของบุคคลที่มีอาการผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและอารมณ์ ในขณะที่ความรู้สึกตัว และความสามารถทางสติปัญญายังคงปกติ อาการผิดปกติดังกล่าวมีอย่างน้อย 2 อาการและปรากฏอาการชัดเจนอยู่เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน มีการเสื่อมหน้าที่ทางสังคม การประกอบอาชีพ มีอาการต่อเนื่องกว่า 6 เดือน และไม่มีสาเหตุมาจากสารเสพติดหรือการเจ็บป่วยทางกาย (WHO, 1994)

1.2 การดำเนินโรค โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.2.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal Phase) จะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ สัมพันธภาพ การเรียนหรือทำงาน ญาติสังเกตว่าเกียจคร้าน เก็บตัว สนใจตนเองน้อยลง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกไป แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจนญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไป ไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาในช่วงนี้ไม่แน่นอนโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไหร่ โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นาน

1.2.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย ผู้ป่วยแต่ละคนต่างกัน ส่วนใหญ่อาการกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญความกดดันทางจิตใจ โดยอาการที่พบบ่อยในระยะนี้ คือ หลงผิด ประสาทหลอน มีความผิดปกติด้านความคิด พฤติกรรมและอารมณ์

1.2.3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิด อาจยังมีอยู่ พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว

นอกจากนี้การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทมี 5 แบบคือ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536 ; Sadock & Sadock, 2000) 1) หายขาดไม่กลับเป็นซ้ำ 2) หายโดยกลับเป็นซ้ำ 3) หายแต่ไม่สามารถ

เข้าสังคมได้ มีความบกพร่องในบุคลิกภาพ 4) เป็นเรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง ป่วยนาน 2 ปี 5) มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปเรื้อรัง จนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน ความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลง นอกจากนี้เมื่อเป็นโรคนี้แล้ว มักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม จะมีอาการกำเริบ เกิดการป่วยซ้ำ(อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) นอกจากนี้การรักษาในปัจจุบันพบว่า ร้อยละ 25 รักษาได้ผลดี ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ มาก และร้อยละ 50 จะมีอาการเป็นๆ หายๆ (ยาใจ สิทธิมงคล, 2539)

1.3 อาการและอาการแสดง (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2548)

ลักษณะอาการทางคลินิก อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก คือ psychotic dimension , disorganized dimension และ negative dimension บางคนจัดรวม Psychotic Dimension และ disorganized dimension อยู่ในกลุ่มอาการด้านบวก (positive dimension)

1.3.1 Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน อาการหลงผิดชนิดที่พบได้บ่อยได้แก่ หลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้ายกลับแกล้ง(persecutory delution) หลงผิดว่าพฤติกรรมของคนอื่น หรือเรื่องต่างๆ ที่เกิดในโทรทัศน์วิทยุเป็นไปเพื่อสื่อความหมายถึงตนเอง(delution of reference) หลงผิดว่าตนเองมีอำนาจ มีความสามารถพิเศษ (grandiose delution) รู้สึกว่าความคิดของตนเองกระจายออกนอกตัวทำให้คนรอบข้างรู้หมดว่าตนเองคิดอะไร(Thought broadcastion) เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ Bizarre delution ซึ่งเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลกเป็นไปไม่ได้เลย

อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยในโรคจิตเภทจะเป็นหูแว่ว โดยเสียงที่ได้ยินจะเป็นเรื่องราวชัดเจน อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ ได้ยินเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย(Voice discussing) เสียงวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย(Voice commenting) อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้าง ส่วนอาการประสาทหลอนเป็นเพียงเสียงเรียกชื่อ เสียงสัตว์ เสียงเปิดปิดประตู หรืออาการประสาทหลอนที่เกิดขณะเคลิ้มหลับหรือตื่นนั้นไม่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย

1.3.2 Disorganized dimension ได้แก่ disorganized behavior และ disorganized speech

1.3.3 Negative dimension เป็นภาวะขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่นในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆอาการเหล่านี้จัดเป็นอาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่ Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยช้าลง ทำอะไรได้ไม่ค่อยนานก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล

ในระยะอาการกำเริบอาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

ระยะหลังพบว่าผู้ป่วยยังมีอาการอีกกลุ่มหนึ่งได้แก่ cognitive dysfunction หลายคนมีความเห็นว่าอาจเป็นอาการสำคัญพื้นฐานของโรคนี้มักพบได้ก่อนเกิดอาการของโรคชัดเจน อาการเหล่านี้ได้แก่ สมาธิแย่ง การตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองบกพร่องไป มีความบกพร่องในด้านการจดจำชั่วคราวเพื่อใช้งาน (working memory) โดยเฉพาะ visuospatial working memory การตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองบกพร่องไป และไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล เป็นต้น

Kaplan & Sadock (1995) กล่าวว่า ส่วนใหญ่อาการป่วยมักเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป เริ่มด้วยแยกตัว หรือบางรายอาจมีอาการอย่างเฉียบพลัน โดยมีสาเหตุมาจากการสารสื่อประสาท หรือมีความเครียดรุนแรง อาจพบผู้ป่วยแต่งกายสกปรก ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ มีพฤติกรรมแปลก ดังนี้

ความผิดปกติทางอารมณ์ มี 2 แบบคือ แบบไม่เหมาะสม และแบบไม่แสดงความรู้สึก

ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว มีหลายแบบ เช่น เอะอะวอยวาย ไม่อยู่นิ่งซิมเมย อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน ทำอะไรซ้ำ ๆ และทำตรงกันข้ามกับสิ่งที่บอก

ความคิดผิดปกติทางการพูด ไม่ยอมพูด พูดไม่ปะติดปะต่อ พูดไม่ตรงประเด็น ใช้ภาษาแปลกๆ

ความผิดปกติทางความคิด แบ่งเป็น รูปแบบความคิดผิดปกติ คือ ขาดการเชื่อมโยง เหตุผลและไม่สามารถลำดับความคิด คำพูดไม่ต่อเนื่อง เปลี่ยนเรื่อง เนื้อหาความคิดผิดปกติหลงผิด แปลกประหลาด

1.4 การรักษา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

1.4.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรณีต่อไปนี้

เมื่อมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อน มีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิดเช่นมีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทุษร้าย และ มีปัญหาในการวินิจฉัย การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในตัวผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคคลากรด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านอื่นๆ ที่มีปัญหานอกเหนือไปจากเรื่องยา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

1.4.2 การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆนั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษานั้นแบ่งออกเป็น 3 ช่วง

1) ระยะเวลาควบคุมอาการ (acute phase) เป้าหมาย คือ ควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้น เป็นผลจากฤทธิ์ที่ทำให้สงบของยา (sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล ยาที่ใช้ได้แก่ Haloperidol 6-10 mg./วัน หรือยาที่มีขนาดเทียบเท่ากัน หากผู้ป่วยอาการรุนแรงมากอาจให้ Benzodiazepine ขนาดสูง เช่น diazepam 5-10 มก.

รับประทานวันละ 3-4 เวลาพร้อมไปด้วย หากหลังจาก 2 สัปดาห์แล้ว อาการของโรคจิตยังไม่ดีขึ้นจึงพิจารณาเพิ่มขนาดยา

2) **ระยะให้ยาต่อเนื่อง(stabilization phase)** หลังจากมีอาการสงบแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป ยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปอีกนาน 6 เดือน การลดยาลงเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้

3) **ระยะอาการคงที่ (maintenance phase)** เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้วแต่ยังคงให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่การพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไปเมื่อไม่มีอาการด้านบวกที่ชัดเจนแล้ว จะค่อยๆลดยาลงเหลือร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือน จนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ โดยขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน

ผู้ป่วยครั้งแรกหลังจากอาการของโรคจิตดีขึ้นแล้ว จะพิจารณาหยุดการรักษาได้ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการเลยนานอย่างน้อย 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ปีหรือตลอดชีวิต

1.4.3 **การรักษาด้วยไฟฟ้า(electroconvulsive therapy : ECT)** ผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา ใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ECT ร่วมไปด้วย โดยทำ ECT สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมด 12 ครั้ง นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยที่มี catatonic หรือ severe depression

1.4.4 **การรักษาด้านจิตสังคม** เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง จึงจำเป็นต้องรักษาด้านนี้ ประกอบด้วย

1) **จิตบำบัด (psychotherapy)** ใช้วิธีการของจิตบำบัดแบบประคับประคอง โดยตั้งเป้าหมายตามจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้

2) **การให้คำปรึกษาและสุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัว(family counselling or psychoeducation)** มุ่งเน้นให้ความรู้แก่ครอบครัวในเรื่องธรรมชาติบำบัดของโรค และบทบาทของญาติในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำ

3) **กลุ่มบำบัด (group therapy)** เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาให้คำแนะนำฝึกทักษะทางสังคม

4) **นิเวศน์บำบัด(milieu therapy)** เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมขบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่างๆภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกิจกรรมต่างๆเท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

1.5 ปัจจัยเหตุของโรคจิตเภท (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

ปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภทเกิดได้หลายปัจจัยดังนี้

1.5.1 **ปัจจัยด้านพันธุกรรม(Genetic factors)** ได้มีการศึกษาด้านพันธุกรรมของบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท พบว่ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ในกลุ่มที่มีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคจิตเภทมีอัตราการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 10-16 และจากการศึกษาในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันพบอัตราการเกิดโรคร้อยละ 35-58 ฝาแฝดไข่คนละใบมีอัตราการเกิดโรคร้อยละ 16

1.5.2 ปัจจัยด้านชีววิทยา(Biological factors) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์กับ dopamine ในสมองมีข้อค้นพบดังนี้

- 1) ผู้ป่วยจิตเภทมีปริมาณสาร dopamine ในสมองมากเกินไป
- 2) มีจำนวน post synaptic receptor มากเกินไปปกติ
- 3) มีความไม่สมดุลระหว่าง excitatory action ของ acetylcholine กับ inhibitory action ของ dopamine และ Gamma- amino butyric acid

นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีระดับ monoamine oxidase ต่ำ blood platelet แต่ยังไม่เป็นที่ยืนยันแน่ชัด

1.5.3 ปัจจัยด้านจิตใจ(Psychological factor)

1) จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ พบว่าเป็นความผิดปกติของพัฒนาการของบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะในขวบปีแรกมีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา สติปัญญา การคิด ความจำ การตัดสินใจ ความสนใจ และการรับรู้

2) ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้ และวัยต่อความเครียดมากกว่าปกติ และสามารถตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี

3) ผู้ป่วยมีความขัดแย้งในจิตใจ ที่เกิดจากสัญชาตญาณธรรมชาติมีมากไม่สามารถควบคุมได้ ขาดสำนึกในการควบคุมตนเอง และความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ชอบเอาชนะ และขัดแย้งกับผู้อื่น เกิดความคับข้องใจ ไม่แน่ใจ(Ambivalence)

1.5.4 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม(Sociocultural factors) จากการศึกษาพบว่า สภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมมีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท ประชากรที่มีฐานะยากจนป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าประชากรที่มีฐานะดี ประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำต้องเผชิญกับสถานะเครียดมากกว่าประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง

นอกจากนี้ยังมีรายงานพบว่า เด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท มีบิดามารดาที่มีความขัดแย้งกัน พยายามดึงเด็กมาเป็นพวกของตน ในที่สุดเด็กเกิดความล้มเหลวไม่แน่ใจ ซึ่งเป็นอาการของโรคจิตเภท หรือบิดามารดาเลี้ยงลูกแบบปกป้องมากเกินไป เด็กไม่สามารถพัฒนาบุคลิกภาพของตนเองได้เหมาะสม

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (Psychiatric-Mental Health Nursing) (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2552)

การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงการบำบัดรักษา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะสุขภาพจิต (Mental Health) ของบุคคล ครอบครัว ชุมชนให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสมมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้เจ็บป่วย โดยช่วยให้บุคคลผู้มี ปัญหาสุขภาพจิต หรือผู้

เจ็บป่วยทางจิตยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตนเอง เผชิญปัญหาหรือวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ในทางที่เหมาะสม รับฟังคำแนะนำ ยินยอมรับการรักษายาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและพึ่งพาตนเองได้

ลักษณะงานของการพยาบาลจิตเวช (Characteristic of Psychiatric Nursing) ลักษณะงานของการพยาบาลจิตเวช คือ การสังเคราะห์ความรู้และประสบการณ์ ทั้งการพยาบาลและสุขภาพจิตเข้าด้วยกันเพื่อให้บริการแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน

กรอบความรู้ทางทฤษฎีเน้นที่จิตสังคม(Psycho-Social) และชีววิทยา(Biophysical Sciences) โดยเฉพาะทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ที่คำนึงถึงจิตสังคมและวัฒนธรรมในแง่ของสุขภาพ และความเจ็บป่วย เช่น ความเชื่อที่ว่าความตายโดยไม่รู้สาเหตุ (โรคไหลตาย) เกิดจากมีหญิงหม้ายมาเอาตัวไป ฉะนั้น ผู้ชายจึงต้องแต่งตัวเป็นหญิง รวมทั้งแนวคิดทางกระบวนการพยาบาล ได้ถูกนำมาบูรณาการ (Intergrated) เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช การพยาบาลจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติเป็น 4 มิติ คือ

1) การส่งเสริมสุขภาพจิต(Promotion of Mental Health) จึงเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ขั้นต้น (Primary Prevention) โดยมีหลักการว่าสุขภาพจิตดีจะมีพื้นฐานจากการมีสุขภาพแข็งแรง ได้รับความรักความอบอุ่นอย่างเหมาะสม มีความไว้วางใจผู้อื่น การได้รับการแสดงออกที่เหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมั่นคงทางจิตใจ ให้ความรักผู้อื่นได้ ยอมรับตนเอง ไม่มีปมด้อยบุคคลที่มีคุณสมบัติดังกล่าวจะมีพื้นฐานจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหา สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ดี อยู่ในสังคมได้ดี ทำประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้

การปฏิบัติการพยาบาล คือ ให้ความรู้แก่ประชาชน ในเรื่องสุขภาพจิต เริ่มตั้งแต่การให้ความรู้และคำแนะนำก่อนสมรส การให้กำเนิดที่ดีแก่ทารกโดยบิดาและมารดาที่มีความพร้อม มีความต้องการบุตรให้การดูแลทารก เด็ก และวัยรุ่นให้เจริญเติบโตทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาการของบุคคลทุกวัย ความต้องการและการตอบสนองความต้องการของบุคคล การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและการรับภาระหน้าที่ตามวงจรชีวิต

2) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาสภาวะทางสุขภาพจิตให้ดี(Prevention or maintenance of Mental Health) ปัญหาทางสุขภาพจิตอาจเกิดได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย ทั้งนี้เพราะช่วงชีวิตของมนุษย์นั้น มีทั้งการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย(Growth and Development) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และความรับผิดชอบตามหน้าที่ของบุคคลในสังคม มีเหตุปัจจัยหลายประการที่ทำให้บุคคลต้องดิ้นรนชวนขวยต่อสู่เพื่อการดำรงชีวิต ฉะนั้นจึงอาจเกิดความขัดแย้ง ความคับข้องใจ ความเครียด ความวิตกกังวลได้

การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องกระทำต่อเนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพจิตดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้บุคคลได้รักษาระดับของสุขภาพจิตให้ดีอยู่เสมอ แม้จะมีปัญหาอุปสรรคหรือการเปลี่ยนแปลงใด ๆ เข้ามาในชีวิตก็ตาม พยาบาลจะเป็นผู้ให้ความรู้ความเข้าใจ ช่วยเหลือแนะนำในเรื่องการปรับตัว (Adaptation and Adjustment) การเผชิญปัญหา (Doping) การลดความวิตกกังวล ลดความเครียดของประชาชนผู้มารับบริการรวมทั้งช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤติ การปฏิบัติเช่นนี้เปรียบเสมือนการให้ภูมิคุ้มกันทางด้านจิตใจแก่บุคคล

3) การบำบัดรักษา (Therapeutic of Restoration of Mental Health) การที่บุคคลมี ปัญหาสุขภาพจิตหากไม่ขจัดให้หมดไปโดยเร็วอาจทำให้เจ็บป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาทได้ ซึ่งจะ ทำให้มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมมาก

การปฏิบัติการพยาบาล คือ เมื่อพบผู้มีปัญหาสุขภาพจิต หรือผู้เจ็บป่วยทางจิตต้องให้ คำแนะนำช่วยเหลือให้ได้รับการรักษาทันเวลาที่ เพื่อไม่ให้สุขภาพจิตเสื่อมหรือลุกลามซึ่งจะเป็นการ ยากที่จะแก้ไขหรือรักษาให้หายได้ ซึ่งจัดเป็นการป้องกันขั้นที่ 2 (secondary Prevention) พยาบาล จะจัดกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีสภาวะทางจิตใจที่เข้มแข็งเช่นเดิม เช่น การ สร้างสัมพันธ์ภาพและการมีปฏิสัมพันธ์เพื่อการบำบัดรักษา การให้ยา การดูแลทางด้านร่างกาย เป็น ต้น

4) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation of Mental health) ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตใจจะขาด ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจไม่ดี ขาดความสามารถ ในการเข้าสังคมรวมทั้งขาดการช่วยเหลือตนเอง

การปฏิบัติการพยาบาล คือ ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งจัดเป็นการ ป้องกันขั้นที่ 3 (Tertiary prevention) โดยการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกลุ่ม กิจกรรมบำบัดและให้การรักษาบำบัดอื่น ๆ ร่วมกับบุคลากรในทีมจิตเวช ในระยะนี้ผู้ป่วยจะต้องได้รับการ รักษาทางการแพทย์รวมทั้งการใช้รูปแบบทางสังคม เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมและการจัดกลุ่ม กิจกรรมบำบัดดังกล่าวข้างต้นมาผสมผสานให้การฟื้นฟู เพื่อจัดการความไม่สามารถต่าง ๆ และ เสริมสร้างความสามารถในการช่วยตัวเอง และความเป็นอยู่ในสังคมใหม่

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จินตนา ยูนิพันธ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลและช่วยเหลือบุคคลใน ด้านสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลผู้ใช้บริการครอบครัว และ ชุมชน โดยที่คำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยรวม ซึ่ง เรียกว่า การพยาบาลองค์กรรวม

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่ให้การดูแล ผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ ชัดเจน เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยการปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ (จินตนา ยูนิ พันธ์, 2542)

1) เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์กรรวม คือการการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ

2) คำนึงถึงครอบครัวของผู้ป่วย และชุมชน ควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของ พยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายแล้ว จะต้องให้ความใส่ใจตอบสนองความต้องการด้าน สุขภาพของผู้รับบริการและช่วยเหลือความต้องการด้านของครอบครัวร่วมด้วย รวมทั้งดำเนินการด้าน สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชน

3) การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้อง ครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในครอบครัว และชุมชนทั้งภาวะเจ็บป่วย คือการช่วยให้การ

เจ็บป่วยหาย (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษา หรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือคงรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพจิต ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมเหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตนเอง ปรับปรุงตนเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพึ่งพาตนเองได้

1) การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติพยาบาล

2) พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติพยาบาลเบื้องต้น การพยาบาลมีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ต่อผู้รับบริการเป็นสำคัญ (Compassion) ให้มีความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเป็นธรรม เต็มความสามารถ จนเกิดผลลัพธ์ที่พึงพอใจต่อผู้รับบริการ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (conscience)

3) พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติของผู้รับบริการ ธรรมชาติของการเจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นสภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์การเจ็บป่วย ตามมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาความรู้และความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ (competence) สามารถแก้ปัญหาสุขภาพบรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบายและสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขภายในครอบครัวที่อบอุ่น และมีการสนับสนุนเอื้ออาทรกัน ในชุมชนที่เข้มแข็งพยาบาลจะต้องมีการพัฒนาตนเองเพื่อ ดำรงซึ่งสติ สมาธิ เพื่อให้ตนเองสามารถใช้ความรู้ และประสบการณ์ของตนในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ การช่วยเหลือผู้ป่วยแก้ปัญหาสุขภาพ (Theraeutic Relationship) พยาบาลต้องมีสติ ไตร่ตรอง ผสมผสานความรู้ ความรู้สึกของตนในขณะนั้น (Empathy) พัฒนาและดำเนินการปฏิบัติพยาบาลให้ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ

การปฏิบัติพยาบาลอย่างเต็มขั้นตอน เป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย อย่างเป็นขั้นตอนดังนี้

1) วินิจฉัยปัญหาหรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิดไตร่ตรองวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการและองค์ความรู้ทางการพยาบาล

2) กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์

3) กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการและครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริหารการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ได้ตั้งไว้

4) ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงและผลลัพธ์อื่น ๆ ที่ตามมา

5) ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาล จากความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

หลักการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

หลักการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน (Principles of Community-Based Mental Health Care) WHO (2001) กล่าวว่า การดูแลที่ดีในชุมชนอาจเริ่มตั้งแต่การดำเนินตามหลักการเบื้องต้นบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับการบริการดูแลด้านสุขภาพจิต อาทิ การวินิจฉัย การบำบัดรักษาตั้งแต่ในระยะแรก การใช้เทคนิครักษาแบบต่างๆ ที่มีเหตุผลรองรับ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การให้บริการที่ครอบคลุม การให้ผู้ใช้บริการเข้ามามีส่วนร่วม การเป็นหุ้นส่วนในการดูแลร่วมกับครอบครัว การให้ชุมชนระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม และ การผสมผสานการดูแลเข้าสู่บริการระดับปฐมภูมิ แต่ละวิธี ดังนี้

1) การวินิจฉัยและการบำบัดรักษา (Diagnosis and Intervention) การวินิจฉัยที่ถูกต้องมีความจำเป็นมากต่อการวางแผนการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล รวมทั้งการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม เนื่องจากการรักษาแต่ละอย่างจะมีความเฉพาะกับการเจ็บป่วยในแต่ละโรค การบำบัดรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่ในระยะแรก เป็นพื้นฐานที่สำคัญในการป้องกันไม่ให้เกิดอาการผิดปกติทางจิตที่รุนแรงขึ้น รวมทั้งช่วยในการควบคุมอาการ และ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลตามมา อีกทั้งทำให้มีการพยากรณ์โรคที่ดีด้วย (McGorry, 2000 ; Thara et al., 1994) การรักษาความผิดปกติทางจิตที่เหมาะสมจำเป็นต้องใช้การรักษาด้วยยาอย่างสมเหตุผล ร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ให้เกิดความสมดุลและในลักษณะผสมผสานให้สอดคล้องไปด้วยกัน เช่น การบำบัดทางจิต และการบำบัดทางสังคม

2) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care) ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมมักตามมาด้วยการเจ็บป่วยที่เรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับโรคเรื้อรังทางฝ่ายกาย ถึงแม้ว่าในบางครั้ง มีอาการผิดปกติแบบเฉียบพลันและเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง ในช่วงที่มีอาการกำเริบรูปแบบการดูแลในปัจจุบันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ได้แก่ 1) การจัดคลินิกเฉพาะกลุ่มสำหรับผู้ป่วย 2) การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัว 3) ให้ทีมบำบัดที่มึเดิมรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง 4) ให้ความรู้รายกลุ่มแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 5) กระจายการบริการสู่ชุมชน (decentralization of services) 6) ผสมผสานบริการดูแลเข้าในระบบบริการปฐมภูมิ

3) การดูแลอย่างกว้างขวางและครอบคลุม (Wide Range of Services) เนื่องจากผู้ป่วยทางจิตและครอบครัวมีความต้องการที่ซับซ้อนและหลากหลาย และมีความแตกต่างกันไปในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการจัดบริการที่หลากหลาย เพื่อให้สามารถให้บริการอย่าง

ครบถ้วนและครอบคลุม (Comprehensive Care) แก่ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตได้ เช่นได้รับการช่วยเหลือ เพื่อให้มีทักษะพื้นฐานในการดำรงชีพและสามารถทำบทบาทในสังคมได้ดังเดิม

4) การเป็นหุ้นส่วนในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว (Partners with Patients and Families) พบว่ามีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการดึงครอบครัวผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาและการจัดการในความผิดปกติต่างๆ ชี้ให้เห็นว่าผลลัพธ์ของการดูแลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งอาศัยอยู่กับครอบครัวดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาล และผลการศึกษาจากหลายประเทศแสดงให้เห็นความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างการแสดงอารมณ์ “expressed emotion” ของญาติและอัตราการกลับเป็นซ้ำที่เพิ่มขึ้น และการปรับเปลี่ยนบรรยากาศการแสดงทางอารมณ์ในครอบครัวน่าจะนำไปสู่การมีอัตราการกลับเป็นซ้ำที่ลดลงได้ (Dixon et al., 2000)

5) การให้ชุมชนระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม (Involvement of the Local Community) ความเชื่อ ทศนคติ และการตอบสนองของสังคม มีผลต่อบริการดูแลทางด้านสุขภาพจิต เนื่องจากผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเป็นสมาชิกของสังคมเช่นกัน สิ่งแวดล้อมทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะกำหนดผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยในชุมชน นั่นคือ หากสิ่งแวดล้อมทางสังคมมีการเอื้ออำนวย ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ดีและยังสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ ในทางตรงข้ามหากสิ่งแวดล้อมที่เป็นลบ ก็อาจทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกรับรู้ตราบาปและการรังเกียจทางสังคมเพิ่มขึ้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องสนับสนุนให้ชุมชนที่อยู่ในระดับท้องถิ่นได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยองค์กรภาคเอกชน (Nongovernmental organizations) นับว่าเป็นทรัพยากรในชุมชนที่สำคัญ ซึ่งจะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางจิต

6) การผสมผสานการดูแลทางจิตเข้าสู่การดูแลระดับปฐมภูมิ (Integration into Primary Health Care) เนื่องจากความผิดปกติทางจิต มักเป็นปัญหาที่พบได้โดยทั่วไปและผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไปใช้บริการครั้งแรกในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Ustun and Sartorius, 1995) บุคลากรในระดับปฐมภูมิ ซึ่งได้รับการฝึกอบรมมาเป็นอย่างดี จะมีความสามารถในการให้บริการบำบัดรักษาแก่ผู้ที่มีปัญหาทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นสามารถลดอัตราการป่วยซ้ำได้

7) การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและการทำหน้าที่ในชุมชน การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) เพื่อบริหารจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและการทำหน้าที่สามารถจำแนกออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การป้องกัน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสามารถเทียบเคียงได้กับ การป้องกันในสามระดับ คือ การป้องกันระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- การป้องกัน (Prevention) หรือการป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) หมายถึง มาตรการที่สกัดกั้นสาเหตุที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วย ก่อนที่จะเข้าไปรุกรานบุคคล หรือ เป็นการหลีกเลี่ยงการเกิดปัญหาสุขภาพ

- การบำบัดรักษา (Treatment) หรือ การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) หมายถึง มาตรการที่จะจัดการกับความผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้ว เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และเกิดภาวะที่ผิดปกติที่อาจเกิดหลังจากการเป็นโรค รวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดความพิการ และ เสียชีวิต

- การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) หรือ การดูแลในระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) เกี่ยวข้องกับมาตรการที่ให้การดูแลแก่ผู้ป่วย ซึ่งมีความพิการทางด้านจิตใจ หรือผู้ที่ไร้ความสามารถ เพื่อการฟื้นฟูให้มีสภาพที่ใกล้เคียงกับก่อนการเจ็บป่วย หรือ เพื่อให้สามารถใช้ศักยภาพที่ยังเหลืออยู่ได้มากที่สุด จึงต้องเป็นการจัดกระทำกับทั้งสองระดับ คือ ระดับบุคคล และการจัดกระทำเพื่อปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

2. โรคจิตเภทกับการใช้สารเสพติด

จากการศึกษาของ พิชัย แสงชาญชัย (2549) พบว่าการเกิดโรคจิตเภทร่วมกับโรคติดสารเสพติดมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะทั้งสองโรคมัผลกระทบบซึ่งกันและกันในทางลบของด้านการดำเนินโรค ผลลัพธ์ของการบำบัดรักษา และการพยากรณ์โรค จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคจิตเภทเกิดร่วมกับโรคติดสารเสพติดที่มีอายุการเริ่มต้นเกิดโรคจิตเภทเร็วกว่า มีอาการกำเริบบ่อยกว่า ต้องเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลมากกว่า ให้ความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่า มีการปรับตัวต่อสังคมยากกว่า มีความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อมากกว่า มีความเสี่ยงต่อการไม่ตอบสนองต่อยารักษาโรคจิตมากกว่า มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและการฆ่าตัวตายมากกว่า มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพื่อรักษาด้านอายุรกรรมและจิตเวชสูงกว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทเพียงอย่างเดียว (Green et al., 2007) ดังนั้นการค้นหากลยุทธ์การใช้สารเสพติด การประเมินและการรักษาที่เหมาะสมและการรักษาที่เหมาะสมทั้งสองโรคทำให้มีประสิทธิภาพในการรักษามากขึ้น ลดความเรื้อรังของทั้งสองโรคและลดค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุขลงด้วย

2.1 ความหมายของสารเสพติด

สารเสพติด หมายถึง ยาหรือสารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆซึ่งเมื่อเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะโดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆแล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะที่สำคัญ(สำนักงาน ป.ป.ส., 2541)

องค์การอนามัยโลก (2541) ให้ความหมายของยาเสพติดคือ ยาหรือสารเคมีที่ก่อความเสพเข้าสู่ร่างกายแล้วทำให้เกิดพิษเรื้อรังแก่ร่างกายผู้เสพ ก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจ และก่อความเสื่อมโทรมไปสู่สังคมอีกด้วย

ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์ (2544) ให้ความหมายของยาเสพติดว่า หมายถึง ยาหรือสารเคมีใดๆ ก็ตามเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายทั้งโดยการรับประทาน ดม สูบ หรือฉีด ติดต่อกันชั่วระยะเวลาหนึ่ง จะทำให้เกิดการติดและก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ มีความต้องการที่จะเสพและเพิ่มปริมาณการเสพขึ้นเรื่อยๆเมื่อหยุดใช้ยาหรือสารนั้นจะเกิดอาการขาดยา

การติดสารเสพติด (Substance Abuse) หมายถึง ภาวะของผู้ติดสารเสพติดเมื่อได้รับสารชนิดใดชนิดหนึ่ง อาจเป็นสารธรรมชาติ สารสังเคราะห์ หรือยาที่มีฤทธิ์ทำให้เกิดการติดซ้ำๆ อาจเป็นครั้งคราว หรือติดต่อกันเป็นเวลานานก็ได้ (ศรีสมบัติ วานิช และฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2552)

สรุปลสารเสพติด คือ ยาหรือสารเคมีใดๆก็ตามเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะจะเป็นวิธีการรับประทาน ดม สูบ หรือฉีด ติดต่อกันชั่วระยะเวลาหนึ่ง จนก่อให้เกิดการเสพติดจะส่งผลทำให้เกิดพิษเรื้อรังแก่ร่างกายผู้เสพ ก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจและสังคม และมีความต้องการที่

จะเสพยาและเพิ่มปริมาณการเสพยาขึ้นเรื่อยๆเมื่อหยุดใช้ยาหรือสารนั้นจะเกิดอาการขาดยา ทำให้กลับไปเสพยาได้

ลักษณะของผู้ติดสารเสพติด

ผู้ติดสารเสพติดจะมีพฤติกรรมดังนี้

- 1) เกิดความพึงพอใจเป็นอย่างมาก และมีความต้องการที่จะเสพยา
- 2) เกิดความทนต่อสารที่ได้รับเพิ่มมากขึ้น ทำให้เพิ่มปริมาณ เพิ่มจำนวนครั้งที่ใช้ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆเพื่อให้ได้รับผลพอใจเท่าเดิม
- 3) ตกเป็นทาสสารเสพติดทั้งร่างกายและจิตใจ เมื่อหยุดใช้สารเสพติดนั้นจะเกิดอาการถอนสารเสพติด(Withdrawal symptom)
- 4) ทำให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้ติดสารเสพติดเมื่อเว้นไปนานๆ จะมีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย เช่น สมองเสื่อม และเกิดปัญหาทางจิตใจถึงขั้นเป็นโรคจิต และจะประกอบอาชญากรรมได้ง่าย

การใช้สารผิดประเภทหรือใช้ไม่ถูกต้อง (Drug Abuse)

หมายถึง การใช้สารใดสารหนึ่งเกินจำเป็น(Excessive use drug) อาจใช้เป็นครั้งแรก หรือต่อเนื่องก็ได้ อย่างน้อยที่สุดไม่ต่ำกว่า 1 เดือนโดยทำให้เกิดผลที่ใช้ ผลทางการแพทย์หรือการรักษา ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันทั่วไป เช่น การนำยาแก้แพ้มาใช้ก่อนนอนเพื่อให้นอนง่าย การกินยานอนหลับหลังอาหารเช้า เพื่อไม่ให้หงุดหงิดในช่วงโมงทำงานหรือเรียน ดื่มสุราย้อมใจเพื่อให้อายกลุ้ม เป็นการใช้อย่างต่อเนื่องหรือเป็นพักๆ อย่างต่ำไม่เกิน 2 เดือน

ประเภทของสารเสพติด

การแบ่งประเภทของสารเสพติด ได้มีการจัดแบ่งออกเป็นประเภทต่างๆ ตามกฎหมายองค์การอนามัยโลก และการออกฤทธิ์ดังนี้

1) การแบ่งสารเสพติดตามกฎหมาย กฎหมายมาตรา 7 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 แบ่งสารเสพติดให้โทษออกเป็น 5 ประเภท โดยคำนึงถึงความรุนแรงของการลงโทษดังต่อไปนี้

ประเภทที่ 1 สารเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน

ประเภทที่ 2 สารเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน โคเคอีน และฝิ่น

ประเภทที่ 3 สารเสพติดให้โทษที่มีสารเสพติดให้โทษประเภท 2 เป็นส่วนผสมอยู่ด้วยตามที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ในตำรับยาไว้มาตรา 43 เช่น แก๊พอผสมโคเคอีน

ประเภทที่ 4 สารเสพติดที่ใช้ในการผลิตสารเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 หรือประเภทที่ 2 อะเซทิลแอนไฮไดรด์ อะเซทิลคลอไรด์

ประเภทที่ 5 สารเสพติดให้โทษที่มีได้อยู่ในประเภทที่ 1-4 เช่น กัญชา กระต่อม

2) การแบ่งสารเสพติดตามองค์การอนามัยโลก องค์การอนามัยโรคได้แบ่งสารเสพติดเป็น 9 ประเภทดังนี้

- ฝิ่น (Opiate or Morphine) ได้แก่ ฝิ่น ผลิตผลจากฝิ่น มอร์ฟีน อนุพันธ์ของมอร์ฟีน และสารสังเคราะห์ที่มีผลคล้ายมอร์ฟีน คือ เฮโรอีน เพซิติน เมทาโดน เป็นต้น

- บาร์บิทูเรท (Barbiturate type) ได้แก่ ยาระงับประสาท ยานอนหลับ รวมทั้งยาที่มีฤทธิ์ทำนองเดียวกัน ได้แก่ พาราตีไฮด์ โบรไมด์ คลอโรลไฮเดรต เมโทรบาเมต เป็นต้น
- แอลกอฮอล์ (Alcohol type) ได้แก่ อีทานอล (ethanol) หรือ เอทิลแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ บรั่นดี วิสกี้ รวมทั้งกระแฉะ น้ำตาลเมา
- แอมเฟตามีน (Amphetamine type) ได้แก่ ยากระตุ้น ยาแก้ง่วง ยาขยัน ยาม้า
- โคเคน (Cocaine) หรือสารที่เตรียมจากโคเคน
- กัญชา (Cannabis or Marijuana)
- แคท (Khat type) ใบกระท่อม (Kratom) กระตุ้นจิตประสาทให้ทำงานเพิ่มขึ้น
- ประเภทหล่อมประสาท (Hallucinogen type) ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน เช่น ลีเซอรัจิก เอซิด ไดเอทิลอะไมด์ (Lysergic acid Diethylamide) หรือเรียกย่อๆว่า LSD และลำโพง
- ประเภทอื่นๆ ประเภทอื่นๆที่ไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มได้ เช่น เบนซิน กาว ทินเนอร์

3) การแบ่งสารเสพติดตามการออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

แบ่งออกเป็น 4 ประเภทดังนี้

- กดประสาท (Depressants) สารประเภทนี้มีฤทธิ์กดศูนย์ควบคุมการหายใจในสมองและประสาทที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะบางอย่างของร่างกาย ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน และ เซโคโค นาล (เหล้าแห้ง)
- กระตุ้นประสาท (Stimulant) ได้แก่ พวกแอมเฟตามีน (ยาบ้า ยาขยัน) มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทสมองส่วนกลาง ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง และมีฤทธิ์กระตุ้นการเต้นของหัวใจด้วย
- หลอนประสาท (Hallucinogen) ทำให้การรับรู้เสียไป เกิดอาการหลอนหรือแปลภาพผิด ได้แก่ ลำโพง แอลเอสดี
- ออกฤทธิ์หลายอย่าง คือ ออกฤทธิ์ทั้งกด กระตุ้นและหลอนประสาท ได้แก่ กัญชา กระท่อม ใช้น้อยๆจะกระตุ้นประสาท ใช้นามากขึ้นจะกดประสาท ถ้าใช้นามากขึ้นไปอีกจะเกิดประสาทหลอน ทางแพทย์จะใช้ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเป็นหลักในการรักษาพยาบาล

สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการติดสารเสพติด

การติดสารเสพติดของบุคคล พบว่ามีสาเหตุมาจากปัจจัยต่างๆหลายประการ ทั้งภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ปัจจัยดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical) ปัญหาทางด้านร่างกายที่ส่งผลให้บุคคลมีการติดสารเสพติดสามารถแยกแยะได้ดังนี้

- ลักษณะทางกรรมพันธุ์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้คนติดสารเสพติดได้ การติดง่ายหรือยากขึ้นอยู่กับปฏิกิริยาต่อชนิดและขนาดของสารเสพติดชนิดต่างๆ ของบุคคลที่มีความแตกต่างกัน รวมทั้งปฏิกิริยาการแพ้ การเผาผลาญในร่างกายที่ต่างกันด้วย ดังนั้นบุคคลที่ได้รับสารเสพติดแต่ละบุคคลจึงมีโอกาสติดสารเสพติดได้เหมือนกัน
- ผลจากการกระทำของแพทย์ ปัจจัยนี้จะพบในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยยาที่มีฤทธิ์สามารถทำให้เกิดการติดยาได้ โดยแผนการรักษาให้ยาต่อเนื่องยาวนาน เช่น ยาระงับปวด เช่น มอร์ฟีน ยานอนหลับ และ Valium มีโอกาสทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดยาที่ใช้รักษาได้

- ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยของบุคคลอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลต้องใช้สารเสพติด เพื่อเป็นการรักษาหรือลดอาการให้กับตนเอง โดยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง เช่น ซื้อยารับประทานเอง รับประทานยาเกินคำสั่งแพทย์ สามารถทำให้ผู้ใช้เกิดการติดยาได้

2) ด้านจิตใจ (Psycho-affective) ปัญหาการติดสารเสพติดนี้จัดว่าเป็นสาเหตุมาจากภายในบุคคล เป็นการใช้สารเสพติดเพื่อการแก้ปัญหาบางอย่างของจิตใจและอารมณ์ สามารถแยกได้ดังนี้

- ใช้เพื่อลดความเครียดในการทำงาน หรือเพื่อการดำรงชีวิตในชีวิตประจำวัน การดำเนินชีวิตของบุคคลที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความเครียดจากสภาวะแวดล้อมที่ต่างกัน เช่น กลุ่มกรรมกรผู้ใช้แรงงาน การคบกับกลุ่มเพื่อนที่มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด เป็นต้น จัดเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้บุคคลมีโอกาสติดสารเสพติดได้

- การขาดความรู้สึกรักผูกพันในครอบครัว เป็นผลมาจากสภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข ขาดการสื่อสารที่เหมาะสม ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ความรัก ความเข้าใจต่อกัน ทำให้เกิดการใช้สารเสพติด และติดสารเสพติด ได้ในที่สุด

- บุคลิกภาพส่วนบุคคล เป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่เป็นผลมาจากการเลี้ยงดู ให้มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพที่บกพร่อง เช่น เป็นบุคคลปรับตัวยาก บุคลิกภาพพึ่งพาสูง มีความเก็บกด เป็นบุคลิกที่มีความคับแค้นใจ เป็นต้น ทำให้บุคคลอาจมีการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการในการดำรงชีวิตที่ไม่เหมาะสมได้ เช่น การใช้สารเสพติด

3) ด้านสังคม (Social) สภาพสังคมจัดเป็นปัจจัยที่สำคัญมากอีกปัจจัยหนึ่ง มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดของบุคคลในสังคม สังคมที่จัดเป็นแหล่งส่งเสริมให้บุคคลมีการใช้และติดสารเสพติด เช่น

- กลุ่มเพื่อน จัดว่าเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดของบุคคล เช่นกลุ่มวัยรุ่น นอกจากพัฒนาการตามวัยที่มีความอยากรู้อยากลองแล้ว ความต้องการการยอมรับในกลุ่มเพื่อนเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นตัดสินใจใช้สารเสพติดได้ ถ้ากลุ่มเพื่อนมีการใช้อยู่ก่อนแล้ว

- ครอบครัว สภาพครอบครัวที่ขาดความอบอุ่น เช่น ครอบครัวแตกแยก การหย่าร้าง การตายจากของบิดามารดา การทะเลาะวิวาทภายในครอบครัว เช่น พื้นฐานด้านพัฒนาการทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่นำไปสู่การใช้สารเสพติดได้ เป็นการแสดงถึงความผิดปกติของการทำหน้าที่ของครอบครัว

- สังคมที่มีสารเสพติด สภาพชุมชนที่บุคคลอาศัยอยู่ถ้ามีการปนเปื้อนสารเสพติดในชุมชนเช่นเป็นแหล่งมั่วสุมเสพยาเสพติด แหล่งผลิตสารเสพติด หรือเป็นแหล่งจำหน่ายสารเสพติด ทำให้บุคคลที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้นได้รับการจูงใจ และมีแนวโน้มใช้สารเสพติดได้มากกว่าบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในชุมชนที่มีความเสี่ยง

อาการและอาการแสดงของผู้ติดสารเสพติดเฉพาะอย่าง

1) ฝิ่น(Opioids, Opiate or Narcotics) ทางารแพทย์นำมาทำเป็นมอร์ฟีน(morphine) เป็นยาระงับปวด ชาวเขากินฝิ่นดิบเพื่อระงับการปวดต่างๆ คนชอบสูบฝิ่นเพราะทำให้รู้สึกสบาย ฝิ่นสูบแล้วติดเลิกยาก เนื่องจากร่างกายติดการทน(tolerance) และมีความต้องการขนาดเพิ่มขึ้น การถอนฝิ่นจะเกิดอาการถอนยา (withdrawal symptom) มีอาการน้ำตาไหล หาว ปวดบิดในท้อง

อาเจียน ท้องเดิน ปวดศีรษะ เหงื่อออก ปวดกล้ามเนื้อ ข้อต่อ เกิดอาการทางระบบประสาท กระสับกระส่าย หวาดกลัว หายใจช้า ม่านตาค้าง ซีพจระอ่อน อาการถอนยาจะเกิดขึ้นภายใน 12-16 ชั่วโมง หลังจากการใช้ฝิ่นครั้งสุดท้าย

สภาพของคนสูบฝิ่น ผอมโซ ผิวเหลือง ขาดอาหาร บุคลิกภาพแบบเดียวกับพวกพิษสุราเรื้อรัง ปัจจุบันการสูบฝิ่นหาได้ยาก จึงมีการใช้เฮโรอินแทน โดยเฮโรอินสกัดจากฝิ่น แต่มีฤทธิ์แรงกว่าฝิ่นธรรมดา คนติดยาและหาง่ายกว่าพวกที่ฉีดจนติดอาจพบรอยฉีดยาตามตัว สภาพร่างกายทรุดโทรม เวลาที่มีความต้องการมักก่ออาชญากรรม ลักขโมย ฆ่าเจ้าของทรัพย์สินได้

2) บาบิทูเรท หรือยานอนหลับ(Babitude, Sedative) บาบิทูเรท ใช้เป็นยาให้หลับและผ่อนคลายสมองส่วนกลาง ทางทางการแพทย์จะใช้นี้เพื่อรักษาอาการความดันโลหิตสูง แผลในกระเพาะอาหาร โรคลมชัก นอนไม่หลับ หรือให้ผ่อนคลายก่อนผ่าตัด บาบิทูเรทมีฤทธิ์ทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจ และลดอัตราการหายใจ ความดันต่ำ กดประสาทกล้ามเนื้อลายและหัวใจ ถ้าได้รับบาบิทูเรทขนาดสูงจะมีอาการพูดไม่ชัด อ่อนแรง เมา เดินเซ อารมณ์เปลี่ยนเร็ว เสียชีวิต ถ้ากินบาบิทูเรทผสมกับแอลกอฮอล์จะเกิดอาการสับสน ซึมเศร้า ป่วยหนัก สมองถูกทำลายและเสียชีวิต ติดได้ทั้งร่างกายและจิตใจ การถอนยาจะทำให้เกิดอาการไม่สุขสบายอย่างรุนแรง ตามด้วยอาการชัก สับสน เพ้อ ประสาทหลอน มีไข้ เสียชีวิต

3) แอมเฟตามีนและยากระตุ้น (Amphetamines and Related Stimulants) แอมเฟตามีน เป็นยากระตุ้นสมองส่วนกลางโดยตรง และทำให้เกิดการตื่นตัว มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง ทางทางการแพทย์ใช้นี้เพื่อลดความอยากอาหารในกรณีที่ต้องการลดน้ำหนัก หรือรักษาผู้ป่วยที่มีความเศร้าเล็กน้อย อ่อนเพลีย

ยานี้ใช้กินทางปาก ฉีดเข้าเส้นเลือดดำ สูบหรือดม การเพิ่มขนาดยาทำให้เกิดผลกระตุ้นเกินขอบเขต บุคคลเสพยาเพื่อต่อสู้กับความเบื่อหน่าย เพื่อให้ตื่นตลอดเวลา มีแรงทำงาน อาการภายหลังที่เกิดการกระตุ้นเกินขอบเขตทำให้มีอาการสมองเปลี่ยน ตาตาย มีความรู้สึกกลัวและสับสน การขาดยาทันทีทำให้ซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย เนื่องจากต่อมไร้ท่อผลิตแอลดีนาสีนออกมามากเกินไป จะทำให้หัวใจและระบบไหลเวียนถูกทำลาย

ผลของยากระตุ้นต่อร่างกายทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ตื่นเต้นมือสั่น พูดมาก ครั่นครัง ปากแห้ง การเต้นของหัวใจไม่ปกติ ปวดศีรษะ หน้าซีด ท้องเดิน พูดไม่ชัด ผลต่อจิตใจจะเกิดอาการหลงผิดประสาทหลอนทางหูและทางตา

4) กัญชา(Cannabis or Marihuana) กัญชาเป็นพืชชื่อทางพฤกษศาสตร์ว่า แคนนาบิสซาติวา(Cannabis sativa) กัญชาอาจทำให้เกิดการกระตุ้นหรือซึมเศร้า แต่โดยทั่วไปจะเป็นตัวหลอนประสาทและทำให้หลับ ทางแพทย์ไม่ได้ใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค

กัญชาเสพโดยการสูบหรือการกิน ซึ่งทำเป็นแคปซูล เม็ด หรือใส่ในอาหาร กัญชาจะออกฤทธิ์หลังสูบหรือกินภายใน 15 นาที เมื่อเข้ากระแสเลือดฤทธิ์จะคงอยู่นาน 2-4 ชั่วโมง ฤทธิ์ของกัญชามีผลต่ออารมณ์จะครั่นครังแล้วซึมเศร้า คิดอะไรไม่ออก ตื่นเต้น การตัดสินใจเสีย การเสพกัญชาจำนวนมากจะทำให้เกิดอาการประสาทหลอน หลงผิด ฆ่าตัวตาย

5) L.S.D (Lysergicacid Dichthylamide) เป็น Hallucinogen คือทำให้ประสาทหลอนเห็นภาพต่างๆหลายรายมีอาการทางจิตรุนแรงอย่างถาวรไปเลย หลายรายเป็นอันตรายถึงชีวิต เพราะ

หลงในภาพหลอนที่ได้รับ เชื่อว่าตนเองทำอะไรไปที่ไม่น่าทำได้ เช่นกระโดดตึกเพราะคิดว่าเหาะได้ วิ่งตัดหน้ารถระยะกระชั้นชิด

6) ทินเนอร์ เบนซิน กาว เมื่อสูดดมแล้วจะถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายได้อย่างรวดเร็ว โดยดูดซึมผ่านเยื่อหุ้มหลอดเลือดและปอดเข้าสู่กระแสโลหิตอย่างรวดเร็ว ละลายไปกับสารไขมันในเลือดไปสู่อวัยวะต่างๆ ที่มีองค์ประกอบเป็นไขมัน เช่น ไปที่สมองทำให้ออกฤทธิ์มีนเมาได้อย่างรวดเร็ว ถ้าหายใจในอัตราสูงจะมีนเมาใน 1-2 นาที ถ้าหายใจเอาสารระเหยในปริมาณเจือจางจะออกฤทธิ์ภายใน 5-10 นาที อวัยวะอื่นๆ ที่สารระเหยไป ได้แก่ ไชกระดูก ทำให้ไขกระดูกไม่ทำงานทำให้เกิดอาการซีด โลหิตเจือจาง ไปสู่ตับทำให้ตับโต มีการทำลายของตับไปสู่ไต ทำให้ไตอักเสบ พิษเฉียบพลัน อาการมักเกิดทันทีหลังสูดดม จะเกิดอาการวิงเวียน อ่อนเพลีย รู้สึกเคลิบเคลิ้ม ศีรษะเบาหัว ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน แขนงหน้าอก เค้นเซ ตาพร่า มือสั่น หายใจเบาและเร็ว พุดจาไม่ชัด น้ำลายไหลมาก ประสาทหลอน อัมพาตของกล้ามเนื้อ บางรายมีอาการชักและหยุดหายใจ

ผลกระทบที่เกิดจากการเสพยาเสพติด

ผลกระทบที่เกิดจากการเสพยาเสพติด มีผลต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ซึ่งมีผลกระทบเกิดขึ้นดังนี้

1) ผลกระทบต่อบุคคล มีสภาพร่างกายทรุดโทรม โดยในช่วงแรกๆจะมีความรู้สึกสดชื่น แข็งแรง อารมณ์ดีมีความสุข สนุกสนาน ชยัน แต่เมื่อเสพยาไปเรื่อยๆ จนเกิดอาการเสพยาติด จะส่งผลให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น ผู้ที่เสพยาเฮโรอีน ผื่น จะมีอาการ ริมฝีปากเขียวคล้ำ ตาแฉะ ง่วงซึม รุ่ ม่านตาหรี่ ร่างกายชুবวม ไม่หิว ตัวเหลือง มีความรู้สึกอ่อนล้า ผู้ที่เสพยากัญชา จะอยู่ไม่นิ่ง รุ่ ม่านตาขยาย ส่วนผู้ที่เสพยาบ้าจะมีร่างกายคึกคัก ไม่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย ตาแห้ง ปากแห้ง เหงื่อออกมาก ผู้เสพยาจะมีอารมณ์ความรู้สึกที่เปลี่ยนไป มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว โมโหร้าย ขาดความสนใจในตนเอง สิ่งแวดล้อม

2) ผลกระทบต่อครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวเปลี่ยนไป สมาชิกในครอบครัวเกิดความคับข้องใจ เกิดความอับอายแก่บุคคลอื่นในสังคม เกิดการทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว เกิดความรู้สึกผิดเสียใจ

3) ผลกระทบต่อสังคม จากพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป มีพฤติกรรมเกเร ลักเล็กขโมยน้อย จนถึง การก่อคดีอาชญากรรมต่างๆ ทำให้สังคมอยู่อย่างหวาดระแวงในครอบครัว ไม่ปลอดภัย

4) ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การเสพยาเสพติดทุกชนิด ผู้เสพยาจะต้องเพิ่มปริมาณยามากขึ้น ตลอด และหยุดเสพยาไม่ได้ ทำให้ต้องขวนขวายหาเงินมาเพิ่มเป็นภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการพามาบำบัดรักษา และส่งผลกระทบต่องบประมาณของประเทศที่ต้องมาสูญเสียในการปราบปรามยาเสพติดอีกด้วย

2.2 การวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด

ภาวะทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดสามารถแบ่งกว้างๆ ได้เป็น 2 ภาวะคือ

1) ภาวะที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนการใช้สารเสพติดและผลที่เกิดตามมาจากการใช้สารเสพติด นั้น เช่น Dependence, Abuse (ICD 10 ใช้คำว่า Harmful use)

2) ภาวะที่เกิดจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของสารเสพติด เช่น Intoxication, Withdrawal และอาการทางจิตที่เกิดจากสารเสพติด

การวินิจฉัยอาการติดสารเสพติด(Substance dependence)

หลักการวินิจฉัยโรคนี้นี้ คือผู้ป่วยที่เสพยาจนเกิดความผิดปกติของพฤติกรรม หรือรู้สึกไม่สบายใจ โดยมีอาการต่อไปนี้ 3 อย่าง หรือมากกว่าในช่วงเวลาติดต่อกัน 12 เดือน

- 1) อาการดื้อยา หรือสาร(tolerance) โดยมีอาการต่อไปนี้ได้อย่างใดอย่างหนึ่ง
 - ก. เพิ่มปริมาณสารขึ้นเพื่อให้เกิดอาการมึนเมา หรือได้รับผลตามที่ต้องการ
 - ข. ผลของสารลดลงอย่างมาก แม้จะเสพอย่างต่อเนื่องในปริมาณเท่าเดิม
- 2) อาการขาดยาหรือสาร(Withdrawal symptoms) โดยมีอาการต่อไปนี้ได้อย่างใดอย่างหนึ่ง
 - ก. มีอาการซึ่งมีลักษณะเฉพาะเจาะจงของการขาดสารชนิดนั้น
 - ข. เสพสารเพื่อให้อาการขาดยา หรือสารลดน้อยลง หรือเพื่อไม่ให้เกิดอาการดังกล่าว
- 3) เสพสารในปริมาณมากติดต่อกันเป็นเวลานาน
- 4) มีความตั้งใจอยู่เสมอที่จะลดปริมาณการเสพลงมา แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ
- 5) ใช้เวลานานๆหมดไปกับการได้สารมา การเสพ หรือ การพักผ่อนให้หายจากอาการมึนเมา หรือฤทธิ์ของสาร
- 6) มีความบกพร่องในกิจกรรมที่เกี่ยวกับสังคม อาชีพการงาน หรือบันเทิงอื่นๆ อันเนื่องมาจากการใช้สาร
- 7) เสพอย่างต่อเนื่องแม้จะทราบว่าเสพทำให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกายหรือจิตใจ

การวินิจฉัยอาการเสพสารผิดปกติ(Substance abuse) มีหลักการวินิจฉัยโรคนี้นี้ คือ

- ก. ผู้เสพสารอย่างผิดปกติจนทำให้เกิดปัญหาสำคัญๆ หรือรู้สึกไม่สบายใจ โดยมีอาการต่อไปนี้ 1 อย่าง หรือมากกว่า ในช่วงเวลาติดต่อกัน 12 เดือน
 - 1) มีการใช้สารเป็นประจำ ปฏิบัติผิดระเบียบหรือกฎเกณฑ์ที่โรงเรียน บ้าน หรือที่ทำงาน เช่นขาดเรียนบ่อยๆ หรือประสิทธิภาพในการเรียนลดลง
 - 2) มีการใช้สารเป็นประจำในสถานที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย
 - 3) ทำผิดกฎหมายขณะเสพ เช่น ถูกจับเพราะมีพฤติกรรมก้าวร้าว
 - 4) ยังคงเสพสารอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะเกิดปัญหาเกี่ยวกับสังคม หรือมนุษยสัมพันธ์ เช่นทำร้ายร่างกาย
- ข. อาการดังกล่าวไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยอาการติดยาหรือสาร

2.3 ระบาดวิทยา

การสำรวจทางระบาดวิทยาของประเทศสหรัฐอเมริกาที่สำคัญ 2 ครั้ง ได้แสดงถึงความชุกของการเกิดโรคระหว่างโรคจิตเภทและโรคติดสารเสพติด ได้แก่ the National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area(ECA) study(Regier Da et al., 1990) พบว่าผู้ป่วยโรคติดแอลกอฮอล์จำนวนร้อยละ 37 และผู้ป่วยโรคติดสารเสพติดจำนวนร้อยละ 53 มีโรคจิตเวชที่เกิดร่วมอย่างน้อย 1 โรค และthe National Comorbidity Survey (NCS) 1994 พบว่าผู้ป่วยโรคติดแอลกอฮอล์มีความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเวชเท่ากับร้อยละ 78

จากการศึกษาของ Jenner et al. (1998) พบว่าความชุกของความผิดปกติของการใช้สารเสพติด ในผู้ป่วยโรคจิตมีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 17-51 จากการสำรวจใน ECA พบว่าความชุกของความผิดปกติของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภทเท่ากับร้อยละ 47 โดยมีความชุกชั่วชีวิตของ

ความผิดปกติของการใช้แอลกอฮอล์ เท่ากับร้อยละ 33.7 และมีความชุกชั่วชีวิตของความผิดปกติของการใช้สารเสพติดอื่น ๆ นอกเหนือจากแอลกอฮอล์ เท่ากับร้อยละ 27.5

Jablensky et al. (1999) รายงานว่าผู้ป่วยโรคจิตมีความชุกของความผิดปกติของการใช้แอลกอฮอล์ เท่ากับร้อยละ 30 มีประวัติการเสพกัญชา เท่ากับร้อยละ 25.1 มีประวัติการเสพสารเสพติดชนิดอื่นที่ไม่รวมกัญชา เท่ากับร้อยละ 13.2 บุหรี่เป็นสารเสพติดที่ผู้ป่วยโรคจิตใช้มากที่สุดโดยพบถึงร้อยละ 56.3 ในเพศหญิง โดยมีแอลกอฮอล์ กัญชา แอมเฟตามีน เป็นสารเสพติดที่มีการใช้เป็นอันดับรองลงมา

2.4 ทฤษฎีที่ใช้อธิบายความสัมพันธ์ของโรคจิตเภทและการใช้สารเสพติด

มีทฤษฎีที่ใช้อธิบายความสัมพันธ์ของโรคจิตเภทและการใช้สารเสพติด ทฤษฎีซึ่งเป็นที่ยอมรับได้แก่

1) Natural diathesis-stress models

จากการศึกษาของ Fowles (1992) พบว่าเป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความเปราะบางทางด้านชีวภาพ ของผู้ป่วยในการเกิดโรคจิตเภท สารเสพติดเป็นความกดดันจากสิ่งแวดล้อมที่มากกระตุ้นรื้อให้เกิดโรคจิตเภท และสารเสพติดยังเป็นปัจจัยที่ทำให้โรคจิตเภทกำเริบ การศึกษาที่สนับสนุนทฤษฎีนี้คือ หลักฐานที่แสดงว่า โรคจิตเภทมักเกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

2) Accumulative risk factor hypothesis

จากการศึกษาของ Mueser (1998) พบว่าเป็นทฤษฎีที่อธิบายว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีปัจจัยเสี่ยงของโรคจิตเภทมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป ได้แก่ ความบกพร่องของสมอง การศึกษาต่ำ ความสามารถทางสังคมที่ต่ำ ความสามารถในงานที่ต่ำ และการเผชิญกับครอบครัวที่ใช้สารเสพติด และสิ่งแวดล้อมที่มีสารเสพติดมาก

3) Self-Medication hypothesis

จากการศึกษาของ Khantzian & Potvin (1997) พบว่าเป็นทฤษฎีที่ได้รับการเชื่อถือดั้งเดิม อธิบายว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดเพื่อบรรเทาอาการของโรค สารเสพติดอาจมีส่วนช่วยบรรเทา กลุ่มอาการลบ (negative symptoms) ของโรคจิตเภทลง แต่ในขณะเดียวกันสารเสพติดก็มักทำให้กลุ่มอาการบวก (positive symptoms) แย่ลง จากการศึกษายังไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างการ ใช้สารเสพติด และผลข้างเคียงของระบบ ที่เกิดจากยารักษาโรคจิต การศึกษาที่โต้แย้งแนวคิดนี้ได้แก่ การศึกษาที่แสดงถึงอัตราของโรคจิตเภทเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับยารักษาโรคจิต

4) Reward circuitry dysfunction

จากการศึกษาของ Roth & Chambers (2005) พบว่า จากการศึกษานินมนุษย์และสัตว์ทดลองพบว่า ส่วนของสมองที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเกี่ยวข้องกับวงจรสมองส่วนอยาก (brain reward pathway) หรือสมองส่วน mesocorticolimbic dopaminergic pathway ซึ่งมีเป็นสารสื่อประสาทหลัก นักวิจัยเชื่อว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติในวงจรสมองส่วนดังกล่าว ซึ่งอาจเป็นตัวอธิบายกลุ่มอาการทั้งบวกและลบ และความรู้สึกเฉยชาต่อสิ่งเร้าที่ให้ความสุขใจตามธรรมชาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท สารเสพติดอาจบรรเทาอาการดังกล่าวที่เกิดจากความผิดปกติของ brain reward pathway โดยไปเพิ่มการทำงานของ dopamine อย่างไรก็ตามสารเสพติดก็จะทำให้กลุ่มอาการทางบวกแย่ลง เกิดความอยากยา และติดสารเสพติดอย่างรุนแรงตามมาในที่สุด

แนวคิดเกี่ยวกับการเสพติด

องค์ประกอบของปัญหาการเสพติดมีความสลับซับซ้อน โดยจะพบว่ามีสาเหตุของปัญหามากกว่า 1 ปัจจัย ปัจจัยสำคัญที่เป็นองค์ประกอบการติดยามี 3 ปัจจัย คือ

- 1) ตัวผู้เสพยา(Addict)
- 2) ตัวยาหรือสารเสพติด(Drug or Substance)
- 3) สิ่งแวดล้อม(Environment)

ทั้งสามปัจจัยมีผลต่อกันและกันอย่างละเว้นไม่ได้ ลักษณะความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 มีดังนี้

- 1) ตัวผู้เสพยา(Addict)

มีข้อสังเกตว่า คนที่ติดยาหรือสารเสพติดนั้น จะไขว่คว้าหรือหาสารเสติดมาใช้เพราะไม่รู้ว่า จะเกิดพิษร้าย มีความทุกข์ใจมาก และไม่รู้วิธีการจะแก้ไข ขาดความรอบคอบ ถูกชักจูงด้วยวิธีต่างๆ บ้าง ถูกกระแสมโน้มน้าวในสังคม ในรูปแรงกดดันจากกลุ่มให้ต้องใช้สารนั้นๆ ผู้เสพยาแต่ละคน จะมีลักษณะทางพันธุกรรมที่มีปฏิกริยาต่อสารเสติดชนิดเดียวกัน ขนาดเท่ากัน แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบุคคล สภาพร่างกายทางระบบประสาท การแพ้ หรือสภาพmetabolism ของแต่ละคน

คนในช่วงอายุที่แตกต่างกัน การคิดการตัดสินใจ การเผชิญปัญหาชีวิต การอดทน ต่อการย่ำแย่ใจ และความมั่นคงทางจิตใจย่อมแตกต่างกัน

บุคลิกภาพที่ทำให้เป็นผู้ติดยาได้ง่ายมักประกอบด้วย ลักษณะซี้กังวล ปรับตัวยาก ชอบพึ่งพาผู้อื่น เก็บกดอารมณ์หรือความคับแค้นใจ ปล่อยตนตามแรงผลักดัน หรือต่อต้าน (impulsive and rebellious) สำหรับบุคลิกภาพผิดปกติอื่นๆ เช่น Antisocial Personality Disorder, Narcissistic Personality Disorder ก็อาจพบได้ เช่น บุคลิกภาพของผู้ติดยาที่ติดมานานแล้ว มักมีลักษณะคล้ายคลึงกันในลักษณะพูดเก่ง แต่เชื่อถือไม่ค่อยได้ หมกหมุ่นอยู่กับการเสติด ยอมทำทุกอย่างเพื่อแลกกับยาเสพิยติต มีลักษณะเสื่อมลงทางร่างกาย จิตใจ บุคลิกภาพ วินัย

การเจ็บป่วยอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยใช้สารเสติดเป็นยาเพื่อรักษาหรือลดอาการให้ตัวเองที่พบได้คือ ผู้ป่วยเรื้อรังมีอาการเจ็บป่วยติดต่อกันนานๆ หลังจากการผ่าตัด กระจกหัก หรือเพื่อช่วยอาการนอนไม่หลับ คิดมาก อาการหิวแหว่ เพื่อใช้ยาเสติดก็ลดอาการได้

อิทธิพลของเพื่อนวัยรุ่น โดยเฉพาะจะมีความสัมพันธ์กันอย่างมากกับวัยรุ่นที่มีสภาพครอบครัวที่ไม่เป็นสุข เพื่อนจะชักจูงให้ใช้ยาเสพิยติตได้ง่าย

- 2) ตัวยาหรือสารเสพติด(Drug or Substance)

สารที่ทำให้เกิดการเสพิยติตนี้ เรียกว่า Psychoactive compounds ซึ่งมีทั้งที่เกิดตามธรรมชาติในรูปพืช เช่น ฝิ่น กัญชา บุหรี่ นอกจากนั้นก็เป็นสารสังเคราะห์ที่คนผลิตขึ้นด้วยกรรมวิธีทางเคมี เช่น ยาบ้า ถ้าพิจารณารวมกันระหว่างสองปัจจัย คือ ผู้เสพยา และตัวยาเสพิยติตอาจให้ข้อพิจารณาในเรื่อง

- ความรู้เกี่ยวกับตัวยาเสพิยติต
- วัตถุประสงค์ในการใช้
- แรงจูงใจที่ใช้เป็น Pleasure producing agent

- 3) สิ่งแวดล้อม(Environment)

สิ่งแวดล้อมอาจเสริมแรงให้เกิดความนิยม หรือ การต่อต้านการใช้ยาเสพติดได้ในลักษณะต่างๆเช่น

- ค่านิยมวัฒนธรรมท้องถิ่น การโฆษณาในสื่อสารมวลชน
- การใช้ในพิธี ประเพณี งานสังคม เป็นสื่อการพบปะสังสรรค์
- สังคมสร้างกฎกำหนดขอบเขต หรือห้ามใช้ในรูปกฎหมายต่างๆนโยบายของรัฐบาล
- สังคมจัดให้มีบริการการรักษา และการช่วยเหลือผู้ที่เสพติด
- การร่วมมือจากองค์กรต่างๆ ในสังคมเพื่อแก้ปัญหา ยาเสพติด ทั้งภาคเอกชนเพื่อร่วมกันกำจัดยาเสพติดให้หมดไปจากชุมชน ให้การศึกษาแก่ชุมชนถึงโทษและพิษภัยของยาเสพติด การช่วยเหลือเมื่อทุกซอกซี้ให้หลีกเลี่ยงยาเสพติด การลดสถานที่และแหล่งมั่วสุม

2.5 การรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด (Pharmacotherapy)

การรักษาด้วยยามีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกิดกับโรคติดสารเสพติด เพราะมีส่วนช่วยผู้ป่วยได้ทั้งสองโรค แพทย์ควรเลือกยาที่รักษาได้ทั้งสองโรค เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา หลักสำคัญในการในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้มีดังนี้ Tiet & Mausbach (2007)

1) ควรใช้ยาที่บำบัดรักษาอาการทางจิตของโรคจิตเภทโดยตรง มากกว่ารักษาตามอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักต้องได้รับยาหลายชนิด ดังนั้นควรใช้ยาอย่างเฉพาะเจาะจง และใช้เท่าที่จำเป็น การให้ยาตามอาการอาจเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาเพื่อบำบัดตนเองของผู้ป่วย (self-medication) แพทย์ควรเน้นให้ผู้ป่วยกินยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่องแม้ว่าผู้ป่วยยังคงใช้สารเสพติดอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยมีแนวโน้มจะหยุดยาที่แพทย์สั่งให้เมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดอีก และการหยุดยารักษาอาการโรคจิตอาจทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะอันตรายได้ง่าย

2) ควรคำนึงถึงความปลอดภัยและผลข้างเคียงของยา เพราะยาที่แพทย์ให้อาจเสริมฤทธิ์กับสารเสพติดได้ เช่น ทำให้ง่วงซึม เสี่ยงต่อการชัก และทำให้สมองสับสนเพิ่มมากขึ้น ควรหลีกเลี่ยงยาที่มีผลข้างเคียงดังกล่าว และควรหลีกเลี่ยงยาที่มีผลข้างเคียง anticholinergics หรือทำให้เกิด orthostatic hypotension ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเพิ่มขึ้นในขณะเมาสารเสพติด ดังนั้นแพทย์ควรหลีกเลี่ยงยาที่มีความเสี่ยงในการเสพติดและถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด เช่น แพทย์ควรหลีกเลี่ยงยาซึ่งมีความเสี่ยงที่จะได้รับยาเกินขนาดได้ง่าย (overdose) ควรหลีกเลี่ยงยาที่มีความเสี่ยงในการเสพติดและถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด เช่น ควรเลี่ยงการให้ยาในกลุ่ม Benzodiazepines ในการรักษาอาการหงุดหงิดกระสับกระส่าย หรือวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ หากจำเป็นต้องใช้ยาเพื่อบรรเทาความวิตกกังวล แพทย์อาจเลี่ยงไปใช้ยา buspirone หรือยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม SSRIs หรือยาแก้ซึมเศร้ากลุ่มใหม่ ได้แก่ Venlafaxine, mirtazapine, bupropion เป็นต้น แพทย์ควรระมัดระวังการใช้ยาแก้ซึมเศร้ากลุ่มโครงสร้างสามวง (tricyclic) เพราะมีผลข้างเคียงต่อหัวใจ orthostatic hypotension และผลข้างเคียง anticholinergic แพทย์ควรถามถึงปริมาณ ความถี่และวิธีการใช้ยาว่าถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ในทุกครั้งที่พบผู้ป่วย วิธีการจำกัดจำนวนยาโดยให้ยาพอดีกับระยะเวลาในการนัดมาพบแพทย์ในครั้งต่อไป ซึ่งจะช่วยป้องกันการใช้ยาไปในทางที่ไม่เหมาะสมได้

3) ควรใช้กลยุทธ์ต่างๆเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะไม่มาพบแพทย์ตามนัดหรือกินยาไม่ครบตามแพทย์สั่งมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท

เพียงอย่างเดียว และสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่องได้ เช่น ให้ความรู้เกี่ยวกับยา สร้างแรงจูงใจโดยเน้นถึงเป้าหมายของการบำบัดในระยะยาว พุดคุยถึงข้อดีข้อเสียของการรักษาและการรับประทานอย่างต่อเนื่อง แพทย์ควรใช้ยาที่รับประทานง่ายและเอื้อให้ผู้ป่วยได้รับยาครบ เช่น กินครั้งเดียวต่อวัน ใช้ยากินที่ออกฤทธิ์ยาว หรือยาฉีดที่ออกฤทธิ์ยาว เป็นต้น

4) ควรคำนึงถึงปฏิกิริยาที่อาจเกิดขึ้นระหว่างยากับสารเสพติด เช่น การสูบบุหรี่จะไปเร่งการทำงานของระบบเอนไซม์ cytochrome P450 ในตับ จะทำงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 โดยสาร polycyclic aromatic hydrocarbons ในควันบุหรี่ที่สูดเข้าไปเป็นตัวการที่สำคัญในการเร่งระบบย่อยดังกล่าว ทำให้การทำลายยารักษาโรคจิตรุ่นที่สองเพิ่มขึ้น ได้แก่ Clozapine และ Olanzapine เป็นต้น รวมทั้งยารักษาโรคจิตรุ่นแรก ได้แก่ haloperidol, fluphenazine , chlorpromazine , thioridazine เป็นต้น ผลของบุหรี่ดังกล่าวจะทำให้ระดับของยารักษาโรคจิตลดลงอย่างมาก ดังนั้นการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาที่ใช้รักษาในทางกลับกันการหยุดหรือลดการสูบบุหรี่ก็อาจทำให้ยารักษาโรคจิตดังกล่าวเพิ่มขึ้น ทำให้ผลข้างเคียงของยามีมากขึ้น สารเสพติดที่ไปกดประสาทอาจเสริมฤทธิ์กับยาจิตเวชทำให้ผู้ป่วยง่วงซึม แพทย์ควรหลีกเลี่ยงยาที่เพิ่มความเสี่ยงในการชัก พิษต่อดับ และพิษต่อหัวใจ นอกจากนี้ยังพบว่า แอลกอฮอล์และโคเคนร่วมกับแอลกอฮอล์ทำให้มีพิษต่อหัวใจ ดังนั้นแพทย์ควรหลีกเลี่ยงยาที่มีความเสี่ยงในการทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและคลื่นหัวใจผิดปกติ ยาทางจิตเวชที่ถูกย่อยสลายโดย CYP 3A4 isoenzyme เช่น ยาแก้ซึมเศร้าชนิดโครงสร้างสามวง และ SSRI ทำให้ระดับของ Methadone ในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ส่วนยา carbamazepine กระตุ้นการทำงานของ CYP 3A4 ทำให้ระดับของ Methadone ในเลือดต่ำลง ดังนั้นแพทย์อาจจำเป็นต้องปรับยา Methadone ในผู้ป่วยที่กินยา Methadone อย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยได้รับยาจิตเวชดังกล่าว

ยารักษาโรคจิต (Antipsychotics)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ายารักษาโรคจิตรุ่นแรก มักให้ผลการรักษาที่ไม่ดีกับผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดร่วมกับโรคที่ติดสารเสพติด และอาจทำให้โรคติดสารเสพติดแย่ลง ยารักษาโรคจิตรุ่นสอง มีผลข้างเคียงต่อระบบประสาท ชนิด extrapyramidal น้อยกว่า ทำให้โรคจิตกำเริบน้อยกว่า และทำให้อาการ cognitive deficits ดีขึ้นมากกว่า ผู้ป่วยทนต่อยาได้มากกว่ายารักษาโรคจิตรุ่นแรก และยังทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้ยาเสพติดลดลง ดังนั้น ยารักษาโรคจิตรุ่นที่สอง จึงเป็นยาที่มักถูกใช้เป็นลำดับแรกของการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Green, 2007)

กลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตรุ่นที่สองที่นักวิจัยเชื่อว่ามีส่วนช่วยโรคติดสารเสพติดที่เกิดร่วมกับโรคจิตเภทได้ Potvin et al., (2003) ยาดังกล่าวได้แก่

1) ยามีความเฉพาะเจาะจงในการออกฤทธิ์ที่ mesocorticolimbic brain reward pathway ซึ่งส่งผลดีทั้งต่อโรคจิตเภทและโรคติดสารเสพติดและยังไม่ค่อยมีผลข้างเคียงของระบบประสาทชนิด extrapyramidal

2) ยาแยกตัวจากตัวรับสารสื่อประสาทชนิด D₂ receptors ได้เร็ว ทำให้ไม่เกิดอาการ dysphoria

3) ยามีประสิทธิภาพในการลดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภท

- 4) ยา มีผลต่อ serotonergic และ noradrenergic receptors ทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยดีขึ้น
- 5) ยาทำให้การทำงานด้าน cognitive ดีขึ้น
- 6) ยาสามารถจับตัวกับ 5-HT₃ receptors ทำให้ลดอาการอยากแอลกอฮอล์
- 7) ผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดอาจมีความผิดปกติที่ระบบ NMDA receptors ร่วมกัน นักวิจัยเชื่อว่ายา clozapine มีฤทธิ์เป็น full agonist และ NMDA receptors ก็มีบทบาทต่อ brain reward pathway ของผู้ป่วยติดสารเสพติด

Clozapine

เป็นยาอันดับแรกซึ่งมีการศึกษามากพอที่จะสนับสนุนว่ามีประโยชน์ในการรักษาโรคจิตเภทที่เกิดร่วมกับโรคใช้สารเสพติด Clozapine มีส่วนช่วยทำให้ความอยากยา cocaine ลดลง ใช้บุหรี่ลดลง ลดอาการทางจิต ลดการเสพยาเสพติด ทำให้ผู้ป่วยหยุดสารเสพติดได้มากขึ้น นักวิจัยเชื่อว่ากลไกการออกฤทธิ์ของ Clozapine ที่มีส่วนช่วยบำบัดโรคติดสารเสพติดคือ การยับยั้งที่ D₂ receptors อย่างอ่อน การยับยั้งตัวรับสารสื่อประสาท ชนิด alpha₂ noradrenergic receptors อย่างแรง และการกระตุ้นให้ norepinephrine หลั่งอย่างมาก ซึ่งอาจมีส่วนช่วยความบกพร่องของวงจรเซลล์ประสาท mesocorticolimbic brain reward pathway (Green, 2007)

มีการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดร่วมกับโรคติดสารเสพติด 58 ราย ผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 85 ลดการใช้สารเสพติดลงหลังจากได้รับยา clozapine การศึกษายังพบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดที่ลดลงกับอาการทางจิตโดยรวมที่ดีขึ้น (Zimmet et al., 2000)

Risperidone

มีการศึกษาทดลองพบว่า risperidone ช่วยลดอาการอยากยา และการกลับไปติดสารเสพติดซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกิดร่วมกับโรคติดสารโคเคน และยังพบอีกว่ายาชนิด risperidone ที่ออกฤทธิ์ระยะยาวมีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกิดร่วมกับโรคติดสารเสพติด โดยทำให้ผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดเป็นบวกน้อยกว่าและความร่วมมือในโปรแกรมการบำบัดสารเสพติดมีมากกว่า

Olanzapine

จากการศึกษาการใช้ยา Olanzapine ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ต้องได้รับการรักษา พบว่า Olanzapine มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกิดร่วมกับโรคติดสารเสพติดไม่ต่างจากผู้ป่วยจิตเภทเพียงลำพัง (Conley, Kelly & 1998) การศึกษาทดลองแบบเปิด (open-label) ของยา Olanzapine ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกิดร่วมกับโรคติดสารเสพติด นอกจากพบว่ายาทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 70 มีอาการสงบลงจากโรคติดสารเสพติดได้สมบูรณ์ (full remission) และผู้ป่วยร้อยละ 30 ที่มีอาการสงบลงบางส่วน (partial remission) (Littrell, 2001)

การใช้สารเสพติดกับสุขภาวะ

การใช้สารเสพติดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทำให้อาการทางจิตแย่ลง ผู้ป่วยจิตเภทจะใช้สารเสพติดในการรักษาตนเอง เพื่อพยายามบรรเทาอาการของโรคจิตเภทหรือบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านโรคจิต จากรายงานสำรวจพบว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จำนวนสามในสี่ของ

ผู้ป่วยทั้งหมด โดยการสูบบุหรี่นั้นจะสามารถลดอาการข้างเคียงจากยาได้ (Sadock & Sadock 2003) แต่จะไปเพิ่มการกำจัดยาทางจิตเวช ซึ่งจะทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดลง ส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบ มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษา ไม่สนใจดูแลตนเองจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ยิ่งพบว่าในผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดต้องเข้ารับการรักษาซ้ำๆ ในโรงพยาบาล มีปัญหาด้านสังคม ด้านกฎหมาย และการรักษามากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติด (Drak, Osher & Wallach, 1989)

2.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2552)

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยผู้ติดสารเสพติดมีดังนี้

การประเมิน สอบถามผู้ป่วยเพื่อหาข้อมูลเรื่องสารเสพติด โดยใช้คำถามต่อไปนี้

- ใช้สารเสพติดอะไร
- ระยะเวลา ชนิดและจำนวนที่ใช้เป็นประจำ
- ระยะเวลาที่เคยหยุดและกลับมาใช้ใหม่
- ใช้ยาอะไรร่วมกันบ้าง
- อาหารและการดูแลร่างกาย
- อาการชักเคยมีหรือไม่

ให้ประเมินร่างกาย จิตใจและสังคมเพื่อพิจารณาสุขภาพของผู้ป่วย ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเสพติด และอาการติดยาหรือสารเสพติด

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยทางการพยาบาลจะต้องรวมถึงชนิดของสารเสพติด ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเสพติด เช่น ผู้ป่วยมักอาศัยอยู่กับเพื่อนซึ่งติดสารเสพติด เป็นต้น นอกจากนี้จะต้องให้การวินิจฉัยในเรื่องปัญหาทางร่างกายจิตใจและสังคมด้วย

เป้าหมายการให้การพยาบาลผู้ป่วย

เป้าหมายระยะสั้น คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อ

- เลิกสารเสพติดโดยไม่มีอาการแทรกซ้อน
- กลับสู่สภาพสุขภาพที่ดี
- เรียนรู้วิธีการฝึกนิสัยเพื่อสุขภาพที่ดี
- พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาใหม่โดยไม่ต้องใช้สารเสพติด
- รับการรักษา
- ลดความรู้สึกลัว วิตกกังวล และระแวง
- ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

เป้าหมายระยะยาว คือ การช่วยผู้ป่วยเพื่อ

- สร้างรูปแบบการดำเนินชีวิตใหม่

- ทำงานได้ มีครอบครัวและผู้อื่นช่วยเหลือ
- หยุดสารเสพติดหลังการรักษาเสร็จสิ้น
- มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น

การพยาบาลผู้ติดสารเสพติด (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2552)

การพยาบาลผู้ติดสารเสพติด จะต้องปฏิบัติตามการวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ในที่นี้จะกล่าวถึงหลักการพยาบาลซึ่งครอบคลุมถึงการดูแลร่างกายจิตใจและสังคม ดังนี้

1) จัดสิ่งแวดล้อม ให้ปราศจากสิ่ง que ผู้ป่วยจะเกิดความอยากจะได้ยาหรือสิ่งเสพติดต่างๆ จัดหาเครื่องมือให้พร้อมในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างปัจจุบันทันด่วนในกรณีถอนพิษยา (detoxication) บรรเทาอาการของท้อผู้ป่วยต้องรุนแรง สงบ ไม่มีสิ่งกระตุ้นจนเกินไป

2) การเข้าถึงผู้ป่วย (Approach) ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดต่างๆ มักเป็นคนที่ตามใจตนเอง ทนอะไรไม่ค่อยได้ และคิดว่าคนไม่ชอบตน จึงแสดงกริยาอาการต่อต้านบุคคลที่ไม่ชอบตน พยาบาลต้องเข้าใจถึงการเกิดกลไกการเกิดพฤติกรรมเช่นนี้ ซึ่งความจริงแล้วผู้ป่วยต้องการได้รับการช่วยเหลือให้เขามีความภาคภูมิใจในตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง เคารพตนเอง การหลีกเลี่ยงหรือหลบหนีจากความรับผิดชอบเป็นเรื่องสำคัญของบุคคลกลุ่มนี้ ฉะนั้นจึงต้องมีกฎระเบียบให้ผู้ป่วย เช่น กำหนดเวลาอาบน้ำ รับประทานอาหาร แปรงฟัน เข้านอน เป็นต้น

3) ด้านความต้องการทางด้านร่างกายขึ้นอยู่กับระดับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับยา barbiturate และมีอาการหมดสติ ต้องดูแลเรื่องการหายใจ การดูแลเสมหะ ระวางอาการชัก ผู้ป่วยเพื่อหรือผู้ป่วยถอน Morphine, Heroin ต้องดูแลสุขภาพทางร่างกาย ดูแลอาการที่เกิดจากการถอนยา การเจ็บป่วยมาก ทรมานมากรีบรายงานแพทย์เพื่อสั่งการรักษา ให้ยาทดแทนการถอนยา ให้ดื่มน้ำมากๆ ให้อาหารให้เพียงพอ ครั้งแรกที่ละน้อยแต่บ่อยครั้ง ต่อไปให้ตามเวลา

4) ควรให้การป้องกันอุบัติเหตุ ป้องกันการทำร้ายตนเอง เก็บของใช้ประจำตัวผู้ป่วยที่อาจเกิดอันตราย ห้ามญาติเยี่ยมหรือให้เยี่ยมต่างๆ หรือเมื่อญาติกลับไปแล้วอาจตรวจสอบของที่ญาตินำมาฝาก ซึ่งอาจมียาเสพติดซุกซ่อนอยู่ ยาในท้อผู้ป่วยต้องเก็บให้มิดชิด และใส่กุญแจให้หมด จัดโปรแกรมกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีเวลาว่างที่จะคิดอยากได้ยา ดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างไม่รู้สึกรู้ตัว ต้องกั้นเตียง ป้องกันการตกเตียง

5) สัมพันธภาพภายในกลุ่ม จัดให้ผู้ป่วยได้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

6) ระยะพักฟื้น ผู้ป่วยอาจต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ระยะอยู่ในโรงพยาบาลต้องจัดให้ผู้ป่วยมีงานประจำให้ผู้ป่วยทำงาน ได้เล่น ฟีกินสัყให้ผู้ป่วยหัดเป็นตัวของตัวเอง การประเมินผล

ประเมินโดยใช้ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ และการเป้าหมายซึ่งตั้งไว้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

3. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

3.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

Farragher (1999) กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทว่าแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยามิตเวลา การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา และการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา

Razali &Yahya (1995) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง จะแสดงออกโดยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยขาดยาเกิน 2 มื้อ ภายในเวลา 2 สัปดาห์ หรือไม่ขาดการมาตรวจตามนัดเกิน 1 ครั้ง

Kurmar&Sedgwick (2001) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสามารถอธิบายได้ด้วยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา หรือการใช้ยาที่อาจผิดพลาดได้บ้างเป็นบางครั้ง ซึ่งการใช้ยาที่ผิดพลาด 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ยังถือว่าเป็นการใช้ยาที่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา แต่ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาเฉพาะเมื่อมีอาการของโรครุนแรงขึ้น หรือหยุดใช้ยาจะแสดงถึงการที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา

เพชร คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรที่มสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงจากยาที่ได้รับ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาไว้หลายความหมาย แต่โดยสรุปแล้วผู้วิจัยใช้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาของ Farragher (1999) และ เพชร คันธสายบัว (2544) ซึ่งครอบคลุมกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและรวมถึงความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงจากยาที่ได้รับ ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องกับการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรที่มสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงจากยาที่ได้รับ โดยจะแสดงออกใน 5 ลักษณะคือการใช้ยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา การไม่เพิ่มขนาดยาและการไม่ลดขนาดยาจากแผนการรักษา

องค์ประกอบของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการศึกษาแนวคิด เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา Farragher (1999) กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทว่าแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยามิตเวลา การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา และการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา และเพชร คันธสายบัว (2544) กล่าวถึงลักษณะ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ว่าเป็นการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ไม่ลดหรือเพิ่มจำนวนเม็ดยาเองตามความพอใจ และการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้น รวมทั้งสามารถบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าว อาจสรุปได้ว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาประกอบด้วย องค์ประกอบ 2 ด้าน ดังนี้

1) การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตาม วัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลด หรือเพิ่มขนาดยามากกว่าแผนการรักษา

2) ความสามารถในการสังเกต และสามารถในการจัดการผลข้างเคียงของยารักษาอาการทาง จิตที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษา ให้ให้ทีม สุขภาพได้อย่างถูกต้อง

การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

พบว่ามีการประเมินการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาหลายวิธี(สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536; สารุพร พุดขาว, 2541; เพชร คันธสายบัว, 2544 ; Agarwal et al., 1998) คือ

1) การประเมินโดยตรง(Direct method) วิธีการประเมินโดยตรง คือ การวัดระดับปริมาณ ยาที่ผู้ป่วยใช้ โดยการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของระดับยาหรือปริมาณยาตามแต่ความเหมาะสม ได้แก่

1.1) การวัดระดับยาในเลือด (Blood level monitoring) โดยการใช้หลักการ เปลี่ยนแปลงของยาในเลือด หรือพลาสมา จะมีความสัมพันธ์กับขนาดของยาที่ได้รับ เมื่อถึงระดับคงที่ ของยาในเลือด และการที่ระดับยาในเลือดมีผลโดยตรงต่อการรักษา ดังนั้นเมื่อทำการวัดระดับยาก็จะ ทราบว่าผู้ป่วยใช้ยาหรือไม่

1.2) การวัดปริมาณยาในปัสสาวะ ใช้หลักการเกี่ยวกับการวัดระดับยาในเลือด แต่ยา ที่จะวัดด้วยวิธีนี้ต้องเป็นยาที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ

1.3) การวัดปริมาณยาจากสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายอื่นๆ เช่น น้ำลาย อุจจาระ ลม หายใจ วิธีการประเมินโดยตรงเป็นการตรวจโดยอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงเวลาที่ กำหนด ซึ่งเป็นวิธีที่มีข้อจำกัดคือ

- ความเข้มข้นของยาอาจจะได้รับผลจากความแตกต่างในการดูดซึมยา และการขับ ออกของยาในร่างกายของแต่ละบุคคล ระดับความเข้มข้นของยาจึงอาจจะไม่ใช่ข้อบ่งชี้ของการปฏิบัติ ตามเกณฑ์การรักษา

- ความเข้มข้นของของยาที่ตรวจพบ สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกปริมาณที่ผู้ป่วยรับประทานว่ามีจำนวนทั้งหมดเท่าใด ครบตามแผนการรักษา หรือไม่

- การรับประทานยาก่อนการตรวจ จะทำให้ค่าความเข้มข้นของยาสูงได้ ซึ่งไม่ได้ แสดงถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

- ต้องใช้อุปกรณ์ วิธีการที่ยุ่งยาก เครื่องมือและการวิเคราะห์ต้องเป็นระยะ ภายหลัง การรับประทานยา วิธีการนี้จึงไม่อาจนำมาใช้ในทุกรณี

2) การประเมินทางอ้อม (Indirect method) เป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยวิธีการอื่นที่ไม่ใช่การวัดจากตัวยาโดยตรงอาจทำได้หลายวิธี คือ

2.1) การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและง่ายที่สุด อาจจะสอบถามหรือสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง หรือจากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย ข้อดีคือ ได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่า ข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยมักให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง

2.2) การนับจำนวนเม็ดยา เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้บ่อย โดยประเมินได้จากการนับจำนวนเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วย และจำนวนที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยา หรือเมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง จำนวนเม็ดยาที่เหลือมากกว่าที่ควรจะเป็นแสดงว่าผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาข้อดีคือสามารถบอกได้ถึงจำนวนเม็ดยา ที่ใช้ไป ข้อจำกัดคือ อาจได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ผู้ป่วยอาจทิ้งยา หรือให้คนอื่นใช้ยาด้วย

2.3) การสังเกตพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งวิธีการประเมินวิธีนี้ญาติผู้ป่วยหรือบุคลากรที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จะสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือแผนการรักษาได้ถูกต้อง ครบถ้วนหรือไม่

2.4) พิจารณาจากการมาตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2.5 การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตนเอง ซึ่งวิธีการนี้มีข้อจำกัด คือผู้ป่วยอาจเขียนบันทึกไม่ตรงกับกรปฏิบัติจริง

สรุปว่าการประเมินมีหลายวิธีแต่จากการการสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและง่ายที่สุดทำให้ได้ข้อมูลที่ละเอียด ซึ่งงานวิจัยนี้ได้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ อุมาร กัญจนรักษ์ (2545) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับการศึกษาของ เพชรี คันธสายบัว (2544)

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด โดยทบทวนตามการศึกษาของ Magura et al. (2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในการคัดเลือกตัวแปร โดยแบ่งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วยตัวแปร จำนวน 9 ตัวแปร

3.2.1 ปัจจัยเสี่ยงด้านยารักษาอาการทางจิต

1) ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา

ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการได้รับยาเข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาโดยใช้ยารักษาอาการทางจิต

ชนิดของฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยารักษาอาการทางจิต ฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต มีดังนี้(เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

1) ฤทธิ์ข้างเคียงของระบบประสาทอัตโนมัติ เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่มักพบในตอนต้นของการให้ยามากกว่าเมื่อให้ยาไปนานๆ ซึ่งร่างกายมักปรับตัวได้ ที่พบบ่อยได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ม่านตาหดหรือขยาย ความดันโลหิตต่ำ

2) Extrapyrarnidal effects เป็นฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลางโดยตรง แบ่งเป็น 4 แบบ

ก. Pakinsonian syndrome ผู้ป่วยมีอาการสั่น(tremor) ที่มือ แขน ขา ลำตัว มีอาการตัวแข็ง เดินตัวที่ไม่แกว่งแขน เดินหรือเคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมยเหมือนใส่หน้ากาก

ข. Acute dystonia เป็นอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง อาจพบคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ชากรรไกรแข็ง ลิ้นคับปาก พุดไม่ชัดกลืนลำบาก ปากสั้นบางรายอาจมีนัยน์ตาเหลือกขึ้นข้างบนตลอดเวลา อาการดังกล่าวไม่เป็นอันตรายแต่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน

ค. Akathisia เป็นอาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวาย อยู่หนึ่งไม่ได้ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนขาสั่น มีลักษณะคล้ายกับอาการรูนวาย ของผู้ป่วยเอง

ง. Tardive dyskinesia เป็นกลุ่มอาการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจ ที่เกิดจากการได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานาน มีลักษณะสำคัญคือ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อสามแห่ง คือ แก้ม หน้า ลิ้น มีอาการเคี้ยว สูดปาก เลีย และดูดริมฝีปาก แลบลิ้น ชากรรไกรเคลื่อนไหวด้านข้าง อาจมีอาการกระพริบตา หน้าตาบูดเบี้ยว ขมวดคิ้ว เปลือกตากระตุก การเคลื่อนไหวบนใบหน้าอาจมี อาการเคลื่อนไหวแบบกระตุกไม่เป็นจังหวะค่อนข้างเร็วและคาดคะเนไม่ได้ของมือและเท้า

3) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจอาจเกิดขึ้นได้เช่น มี T-wave กว้างและแบนลง และอาจมีQR interval ยาวขึ้น ยาที่มีรายงานว่ามึผลต่อหัวใจได้บ่อยคือ Thioridazine

4) Central Anticholinergic Syndrom เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบอาจเกิดจากยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic สูง อาการที่สำคัญคือ มีรูนวาย สับสน ประสาทหลอน ชัก มีไข้ ม่านตาขยาย และสติสัมปชัญญะลดลง จนถึงขั้นโคม่าได้

5) Neuroleptic Malignant Syndrom(NMS) อาการสำคัญคือมีไข้สูง กล้ามเนื้อมีความตึงตัวเพิ่มขึ้นหายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะนี้อัตราการตายถึงหนึ่งในห้า ต้องรีบให้การแก้ไข โดยหยุดยารักษาโรคจิตทั้งหมด ให้การรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้ไข้ลดและควบคุมความดันโลหิตให้คงที่

6) อาการชัก อาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูง ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลด threshold ของการชัก แต่ก็ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการใช้ยา ส่วนใหญ่สามารถแก้ไขได้โดยวิธีการลดขนาดยา

7) อาการง่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ยาระยะแรก แต่จะลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ ฤทธิ์ของยาที่ทำให้ง่วงมักเป็นเพียง 2-3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์รักษาโรคจิตมีอยู่นานตลอดทั้งวัน จึงสามารถให้ยารักษาโรคจิตโดยให้ยากินเพียงวันละครั้งก่อนนอน

8) อาการดีซ่าน เกิดจาก Phenothiazines เป็นที่รู้จักกันมาตั้งแต่เริ่มใช้ยา แต่ปัจจุบันลดน้อยลงโดยไม่ทราบสาเหตุ มีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าอาการดีซ่านมักเป็นผลของปฏิกิริยาภูมิแพ้มากกว่าเหตุอื่น

9) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเลือด อาการที่พบบ่อยคือ Eosinophilia ซึ่งแสดงถึงปฏิกิริยาภูมิแพ้แต่ก็ไม่ร้ายแรง อาการที่พบน้อย แต่เป็นอันตรายได้มากคือ

Agranulocytosis, Leukopenia Pancytopenia, Hemolytic anemia และ Thombocytopenia purpura

10) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง อาจพบผื่น ได้หลายแบบเป็นผลจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ อาการแพ้แดด มักพบจาก Chlorpromazine มากกว่าตัวอื่นบางครั้งพบเป็นรอยไหม้ในบริเวณที่โดนแสงแดด เช่น บริเวณหน้าและแขน ในระยะยาวผิวหนังบริเวณที่โดนแสงแดดอาจเปลี่ยนเป็นสีเทาฟ้า คล้ายโลหะ

11) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตา ผู้ป่วยที่ได้รับ ในขนาดสูงนานๆ อาจมีสารสีน้ำตาลแถมเหลือไปจับบริเวณ และ เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการได้รับแสงแดด

12) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบไร้ท่อ ยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนในร่างกายหลายตัวด้วยกัน เช่น การเพิ่มระดับของ prolactin ซึ่งเป็นผลทำให้เต้านมคัดตึงในบางรายพบว่ามีน้ำนมไหล บางรายขาดระดับไปเป็นระยะเวลานาน

การประเมินการได้รับผลข้างเคียงที่เกิดจากยา

การประเมินการได้รับผลข้างเคียงที่เกิดจากยา พบจากการทบทวนงานวิจัยเช่น

1) การใช้แบบสอบถาม เช่น จากการศึกษาของ ทิวาพร พู่เพ็อง(2544) เรื่อง การศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยยาต้านอาการทางจิตในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งแบบสอบถามของ Sing Lee (2544) เพื่อประเมินอาการข้างเคียงจากยารักษาทางจิตที่พบบ่อย 13 รายการ ซึ่งแบ่งเป็นมาตราส่วนมาตรฐาน 3 ระดับ คือ มาก เล็กน้อย และไม่มีอาการข้างเคียง

2) การใช้แบบรายงานตัว จากการศึกษาของ Hogan et al. (1983) และ Morrison et al. (2000) ที่ใช้ The Liverpool University neuroleptic side-effect rating scale มีจำนวน 41 ข้อแต่ละข้อจะมีการให้คะแนน 0 คือไม่มีอาการ ถึงคะแนน 4 คือมีอาการมาก

ในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินแบบประเมินผลข้างเคียงของยาที่สร้างขึ้น โดย อุมารพร กาญจนรักษ์ (2545) โดยเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วน ประเมินค่า 5 ระดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างผลข้างเคียงของยากับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

ผู้ป่วยบางรายขณะเข้ารับการรักษาโดยใช้ยารักษาอาการทางจิต อาจมีอาการข้างเคียงจากยาเกิดขึ้น เช่น อาการคอแห้ง อาจพบคอปิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ขากรรไกรแข็ง ลิ้นคับปาก ง่วงนอน ปากแห้ง คอแห้ง น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น อาการเหล่านี้ไม่เป็นอันตราย แต่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ส่งผลให้หยุดใช้ยา Agarwal et al. (1998) และจากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สามารถแยกผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาออกจากผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ปัจจัยหนึ่งคือ การที่ผู้ป่วยได้รับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้องใช้เวลาในการรักษา และการที่ใช้ยารักษาอาการทางจิตเป็นยาที่พบว่ามียาฤทธิ์ข้างเคียงของยามาก เช่น นอนหลับมาก อาการตัวและมือสั่น ปากและคอแห้ง ผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ทำให้ไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยบางรายทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยาไม่ได้(เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Reilly et al. (1992) ที่พบว่า เหตุผลที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยา เหตุผลแรกคือ ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา

ดังนั้นผลข้างเคียงของยาน่าจะเป็นตัวแปรที่สามารถทำนาย พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดได้

2) ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย

วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย หมายถึง ช่องทางการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งช่องทางการได้รับยามี 7 วิธี(กำพล ศรีวัฒน์กุล, 2538)

1) การกิน
2) การฉีด แบ่งเป็น ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เส้นเลือดดำ เส้นเลือดดำ สันเลือดแดง ใต้ผิวหนัง

- 3) การอมยาใต้ลิ้น
- 4) การเหน็บยาทางช่องคลอด
- 5) การเหน็บยาทางทวารหนัก
- 6) ทางผิวหนัง
- 7) การสูดดม

ปัจจุบันการควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยโดยใช้ยารักษาอาการทางจิต พบว่ามีประสิทธิภาพสูง แต่ผู้ป่วยมักรับประทานยาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษา ด้วยหลายสาเหตุ เช่น การที่ใช้ยาฉีดทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องรับประทานยาทุกวัน ทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติน้อยกว่าการรับประทาน และการใช้ยาฉีดที่สามารถออกฤทธิ์ได้นานมีประโยชน์ที่ช่วยสามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง(Kurmar & Sedgwick , 2001)

การประเมินความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย

งานวิจัยนี้ใช้แบบประเมินความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบ 3 ลักษณะ คือ วิธีการได้รับยาโดยการรับประทาน การฉีด และการได้รับทั้งการรับประทานและวิธีการฉีด โดยเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วน ประเมินค่า 5 ระดับ

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย กับ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

Kurmar & Sedgwick (2001) กล่าวว่า การฉีดยาทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องรับประทานยาทุกวัน ทำให้ความผิดพลาดในการปฏิบัติน้อยกว่าการกินยา ทำให้ผู้ป่วยสามารถได้รับยาติดต่อกัน ดังนั้นวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกายโดยใช้วิธีการฉีด สามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าวิธีการรับประทาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Dencker (2001) พบว่าการใช้ยาฉีดสามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ร่วมมือในการรักษา มีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มมากขึ้น และจากการศึกษาของ Magura et al.(2011) ที่ศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกายมีความสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

ดังนั้นความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย น่าจะเป็นตัวแปรที่สามารถทำนาย พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดได้

3.2.2 ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตใจ

1) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำสิ่งต่างๆให้ประสบความสำเร็จได้ตามที่ต้องการเนื่องจากบุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมก็ต่อเมื่อเขาเชื่อว่าตนเองสามารถกระทำสิ่งนั้นให้สำเร็จ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเอง นั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล(Bandura,1986:1997) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อการตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะทำการตอบสนองบางอย่างโดยเฉพาะ การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกของพฤติกรรมจึงขึ้นอยู่กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในสภาวะนั้นๆ

การรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในผลลัพธ์ และมีผลต่อการตัดสินใจในรูปแบบที่แตกต่างกันในการที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล กล่าวคือ บุคคลที่มีระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงจะส่งผลให้บุคคลนั้นกระทำพฤติกรรมมีความมุ่งมั่นที่จะกระทำ ถึงแม้ว่าผลที่คาดหวังจะไม่เป็นไปตามที่ต้องการบุคคลนั้นก็ยังคงมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่อไปในทางตรงข้ามถ้าหากบุคคลมีระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่ำไม่ว่าจะคาดหวังผลลัพธ์นั้นมากหรือน้อยเพียงไร บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้นอย่างแน่นอนและมีโอกาสที่จะหลีกเลี่ยงที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นอีกต่อไป

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง วัดได้ 3 ด้าน (Bandura, 1977)

1) ความยาก คือ การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลในการที่จะทำพฤติกรรมใดๆ หรือแตกต่างกันในบุคคลเดียวกันเมื่อต้องทำพฤติกรรมที่มีความยากง่ายต่างกัน

2) การนำไปใช้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นๆ ซึ่งประสบการณ์บางอย่างก่อให้เกิดความสามารถในการนำไปปฏิบัติงานอื่นที่คล้ายคลึงกัน แต่ในปริมาณที่แตกต่างกัน ประสบการณ์บางอย่างไม่ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองถูกนำไปใช้

3) ความเข้มหรือความมั่นใจ ถ้าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความเข้มน้อย คือ เมื่อบุคคลไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง เมื่อประสบเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่ได้คาดหวังไว้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง แต่ถ้าความเข้มหรือความมั่นใจมากจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น โดยบุคคลจะมีความมานะพยายาม แม้ว่าจะประสบเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวังของตนเองบ้างก็ตาม

งานวิจัยนี้ใช้เครื่องมือแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่สร้างขึ้นโดย ยุภาพร มีหนองหว้า (2552) ที่สร้างจากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1986) และแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pander et al., 2006)

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

จากการศึกษาของ จากการศึกษาของ Gecas(1989) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะประเมินสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhao, D.(2000) ได้ศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และจากการศึกษาของ ครินธร มังคะมณี (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรก ผลพบว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น ตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา น่าจะเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด

การรับรู้ความสามารถแห่งตน (self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลมีความมั่นใจหรือเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ การที่บุคคลจะรับรู้ความสามารถแห่งตนมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับกระบวนการคิดในการประเมินค่า (Cognitive appraisal process) ต่อสถานการณ์เฉพาะที่บุคคลเผชิญ(Bandura, 1977; 1986; 1997)

Bandura (1977) ได้อธิบายเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถแห่งตน ว่ามีความแตกต่างกันออกไป โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอยู่ 3 มิติ ดังนี้

1) มิติตามระดับ (Level) หมายถึง ระดับของความเชื่อมั่นของบุคคลในการกระทำ ซึ่งจะแปรผันตามความยากง่ายของสิ่งที่ต้องกระทำถ้ารับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ต้องกระทำนั้นง่ายและตนมีความสามารถมากพอ จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงขึ้น แต่ถ้าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นมีความยากหรือบุคคลมีข้อจำกัดเรื่องความสามารถ จะส่งผลให้บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่ำ ขาดความมั่นใจ และหลีกเลี่ยงสิ่งที่ยากต่อการกระทำเหล่านั้น

2) มิติความเป็นสากล (Generality) หมายถึง ความมั่นใจในความสำเร็จที่บุคคลเคยมีประสบการณ์ในอดีต และสามารถนำเอาทักษะต่างๆจากประสบการณ์ มาประยุกต์ใช้เชื่อมโยงในการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความคล้ายคลึงในต่างสถานการณ์ได้

3) มิติความแข็งแกร่ง(Strength) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลในการที่จะประเมินความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ บุคคลที่มีระดับความเข้มแข็งสูง จะมีความมั่นใจว่าตนมีความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ หรือเกิดความมั่นใจว่าสถานการณ์นั้นไม่ยากเกินความสามารถขอและตนสามารถกระทำได้ ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความมุ่งมั่น พยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่คาดหวังไว้

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด

ในงานวิจัยนี้ใช้แบบวัดการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการเสพติดของ กุสุมา แสงเดือนฉาย(2544) โดยดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด โดยได้ประเมินความมั่นใจที่จะไม่เสพติด เมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ทั้งหมด 27 สถานการณ์

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

Marlatt & Gordon (1985) กล่าวว่าบุคคลจะเกิดความรู้สึกที่ตนเองมีความสามารถ (self-efficacy) จากการที่รู้ว่าตนสามารถบังคับใจตนเองได้ ควบคุมสิ่งกระตุ้นต่างๆที่เกิดขึ้น อาจจะเป็นการกระตุ้นโดยสถานการณ์เสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อความสามารถในการควบคุมตนเอง เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy) ในระดับสูง ก็จะสามารถจัดการกับสถานการณ์และหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การใช้สารเสพติดต่างๆได้จากการศึกษาของ Magura et al. (2011) ที่ศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดได้

ดังนั้นตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดน่าจะเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดได้

3.2.3 ปัจจัยเสี่ยงด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

1) การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดของผู้ป่วยต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่สมาชิกแสดงออกในรูปของ น้ำเสียง ท่าทาง อารมณ์ของสมาชิกซึ่งมีผลต่อผู้ป่วย โดยในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีลักษณะที่มีการวิพากษ์วิจารณ์สูง มีการแสดงถึงความไม่เป็นมิตร และมีความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป (Backer, 1995) หากมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง เช่น ดุด่า หรือมีการควบคุมผู้ป่วยมากเกินไป มีผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดสูง ขาดแรงกระตุ้นในการรับการรักษา

ความหมาย มีผู้ให้ความหมายการแสดงออกทางอารมณ์ไว้ดังนี้

Brown et al. (1972) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed Emotion) หมายถึง อารมณ์ และทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วยประกอบด้วย การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical Comments) การแสดงความชื่นชม (Positive Remarks) การแสดงความไม่เป็นมิตร (Hostility) การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร (Warmth) การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Emotion Overinvolvement)

Becker (1995) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หมายถึง การแสดงลักษณะอารมณ์ของบุคคลในครอบครัว โดยมีการแสดงอารมณ์ในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์สูง มีการแสดงถึงความไม่เป็นมิตร และมีความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป

Humbecck et al. (2002) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ เป็นสิ่งที่แสดงถึงคุณภาพบรรยากาศทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความสำคัญ ต่อผู้ป่วยหรือผู้ที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย

สรุปได้ว่า การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดของผู้ป่วยต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่สมาชิกแสดงออกในรูปของ น้ำเสียง ท่าทาง อารมณ์ของสมาชิกซึ่งมีผลต่อผู้ป่วย

การแสดงออกทางอารมณ์ หมายถึง ลักษณะการแสดงออกในรูปแบบของน้ำเสียงสีหน้า ท่าทาง และความรู้สึกของผู้ดูแลในครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเภท 2 ลักษณะ คือ การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก (Brown et al., 1972)

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ หมายถึง การแสดงในรูปแบบของน้ำเสียงสีหน้า ท่าทาง และความรู้สึกของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ในลักษณะที่ไม่เป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยจิตเภทในด้านความรู้สึกทางจิตใจ ร่างกาย สังคม ของผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ลักษณะคือ

1. การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical comment) หมายถึง การใช้คำพูด และ/หรือการใช้ น้ำเสียงที่แสดงถึงความไม่พึงพอใจ ไม่ชอบ ไม่ยอมรับหรือเกลียดชังต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท
2. การแสดงความไม่เป็นมิตร (Hostility) หมายถึง การตำหนิติเตียน และการไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเภทในฐานะบุคคลหนึ่ง ตำหนิวิจารณ์ที่ตัวบุคคลมากกว่าตำหนิวิจารณ์ที่การกระทำ
3. ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Emotional Overinvolvement) หมายถึง การมีความห่วงใยในผู้ป่วยมากเกินไป กังวล และ/หรือแสดงความเสียสละ การกระทำแทนผู้ป่วย โดยแสดงออกบ่อยครั้งเกินไปไม่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก หมายถึง การแสดงในรูปแบบของน้ำเสียงสีหน้า ท่าทาง และความรู้สึกของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ในลักษณะที่สังคมยอมรับได้ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ

1. การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร (Warmth) หมายถึง การแสดงความห่วงใยความ เข้าอกเข้าใจ และความสนใจ ในตัวผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและกริยาท่าทางที่เป็นธรรมชาติ
2. การแสดงความชื่นชม (Positive Remarks) หมายถึง การแสดงออกถึงความ พึงพอใจ เห็นชอบ การยกย่องชมเชย และแสดงความชื่นชมยินดี ต่อคำพูดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย จิตเภท

การประเมินรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว

ในการวิจัยนี้ใช้แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ที่พัฒนาขึ้นจากแบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ Sunpaveerawong (2002) ตามแนวคิดของ Brown et al. (1972)

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวกับ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการศึกษาพบว่าการแสดงลักษณะอารมณ์ของบุคคลของบุคคลในครอบครัวมากเกินไป โดยในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีลักษณะที่มีการวิพากษ์วิจารณ์สูง มีการแสดงถึงความไม่เป็นมิตร และมีความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป (Backer, 1995) หากมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง เช่น ดุด่า หรือมีการควบคุมผู้ป่วยมากเกินไป มีผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดสูง ขาดแรงกระตุ้นในการรับบริการ จากการศึกษาพบว่าในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะมี ผลต่อการสนับสนุนผู้ป่วย ให้ได้รับการรักษาที่ไม่ดี (Oehl et al., 2000)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว น่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

2) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการระหว่างบุคคล ได้แก่ การที่บุคคลสองคนหรือมากกว่าสองคน ทำความรู้จัก สร้างความคุ้นเคย และติดต่อเกี่ยวข้องกันในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เป็นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพ และผู้มาติดต่อขอรับบริการด้านวิชาชีพ ทีมสุขภาพ เช่น พยาบาล แพทย์ เภสัช และนักสังคมสงเคราะห์ ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดเกี่ยวกับการใช้ยาโดยสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพคือการสนับสนุนทางสังคมแบบหนึ่งซึ่งเป็นปัจจัยที่เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม (Roy and Andrew, 1999) โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้รับความรู้หรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์

Roy and Andrew(1999) ให้ความหมายว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ คือการสนับสนุนทางสังคมแบบหนึ่งซึ่งเป็นปัจจัยที่เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้รับความรู้หรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์

สวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2554) ให้ความหมายว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ กระบวนการระหว่างบุคคล หมายถึง การที่บุคคลสองคนหรือมากกว่าสองคน ทำความรู้จัก สร้างความคุ้นเคย และติดต่อเกี่ยวข้องกันในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เป็นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพ และผู้มาติดต่อขอรับบริการด้านวิชาชีพ

สรุปได้ว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการระหว่างบุคคล ได้แก่ การที่บุคคลสองคนหรือมากกว่าสองคน ทำความรู้จัก สร้างความคุ้นเคย และติดต่อเกี่ยวข้องกันในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เป็นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพ และผู้มาติดต่อขอรับบริการด้านวิชาชีพ และเป็นการสนับสนุนทางสังคมแบบหนึ่งซึ่งเป็นปัจจัยที่เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้รับความรู้หรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์

องค์ประกอบของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ

โดย Risser(1975) กล่าวว่า ทีมสุขภาพที่จะก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการจะต้องมีองค์ประกอบ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. ความสามารถทางเทคนิควิชาชีพ หมายถึงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้านเทคนิคทางวิชาชีพ มีทักษะความรู้ ความสามารถในงานที่ทำเพื่อให้เกิดบริการที่สมบูรณ์แบบ
2. มีสัมพันธภาพที่มุ่งสร้างความรู้ระหว่างผู้รับบริการ หมายถึง ความสามารถของผู้ให้บริการในการให้ข้อมูลข่าวสาร การตอบคำถาม การอธิบาย เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจ
3. มีสัมพันธภาพที่มุ่งสร้างความไว้วางใจ หมายถึงการปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้บริการที่มีต่อผู้รับบริการในลักษณะที่มีความเอื้ออาทร เอาใจใส่ ซึ่งก่อให้เกิดผลดีแก่ผู้รับบริการ

การประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ

Frank & Gunderson(1990) ประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ 3 วิธีดังนี้

1. ประเมินจากการรับรู้ของผู้ป่วย
2. ประเมินโดยใช้การสังเกตจากบุคลากร
3. การประเมินจากผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาล

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพที่สร้างขึ้นโดย อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ตามแนวคิดของ Risser (1975) โดยเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วน ประเมินค่า 5 ระดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ปัจจัยด้านการให้บริการด้านสุขภาพที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพที่สร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ มีบุคลิกภาพที่อบอุ่นน่าศรัทธา จะส่งผลดีต่อความร่วมมือในการรักษา โดยผู้ให้บริการและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะทำให้เกิดผลทางบวกต่อการรักษา คือผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มมากขึ้น (Di Matto & Di Nicola, 1982 อ้างถึงใน สาธุพร พุฒขาว, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ Corrigum et al. (1991) พบว่าสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างแพทย์ผู้รักษาและพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยขาดความไว้วางใจและทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ศึกษาผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการสร้างเงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่พบว่า ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 20 คน ที่ได้รับการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพและการให้เงื่อนไขผูกพัน กับผู้ป่วยจิตเภทที่ให้บริการตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าความรู้ภายหลังการการสร้างสัมพันธภาพและสอนสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 การรับประทานยาครบถ้วนถูกต้องในกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และความพึงพอใจต่อบริการของพยาบาลที่ได้รับของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ดังนั้นผู้วิจัยคาดว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพน่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

3) การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีบุคคลที่คอยช่วยเหลือให้ได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง บุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ผู้ดูแลมักเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน เช่น บิดามารดา สามีภรรยา บุตรหรือญาติพี่น้อง ครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นสถาบันทางสังคมที่ถูกคาดหวังว่าต้องเป็นแหล่งสำคัญที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากความผูกพันต่อกันความใกล้ชิด และเป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะต้องดูแลเกื้อกูลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย ให้มีสุขภาพดีขึ้นโดยเร็วที่สุด (Davis, 1992)

การประเมินการมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา

จากการศึกษาของ Razali&Yahya (1995) พบว่าใช้วิธีการประเมินการสนับสนุนของครอบครัวในด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับยา 3 ด้านคือ การดูแลให้รับประทานยาหรือฉีดยา การพาผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาล การช่วยเหลือจ่ายค่ายา ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ได้ใช้แบบประเมินการมีผู้ดูแลด้านการใช้ยาของอุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Razali & Yahya (1995)

ความสัมพันธ์ระหว่างการมีผู้ดูแลด้านการใช้ยากับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการศึกษาของRazali&Yahya (1995) พบว่าความช่วยเหลือของครอบครัวมีความสำคัญ ที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา โดยการนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด หรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ช่วยเหลือจ่ายค่ายา รวมทั้งตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าครอบครัวที่ไม่มีผู้ดูแลในเรื่องเหล่านี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hogarty et al. (1986) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตที่พักอาศัยกับครอบครัวที่มีพฤติกรรมแสดงออกทางอารมณ์สูงจะเกี่ยวข้องกับการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งคาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการกลับเป็นซ้ำสูง

ดังนั้นการมีผู้ดูแลด้านการใช้ยาน่าจะเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

3.2.4 ปัจจัยด้านอาการทางจิต

1) อาการทางบวก (Positive Symptom)

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิดทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิดร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ อาการแสดงที่ชัดเจนคือหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) พูดจาสับสน (Disorganize speech) และมีพฤติกรรมแปลกไปจากเดิม (Bizarre behavior) ไม่เหมาะสมหรือไม่เคยปฏิบัติมาก่อน(สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) มักใช้วิธีในการเผชิญความเครียดในลักษณะที่ไม่เหมาะสมโดยแสดงอารมณ์ออกมาโดยทันทีทันใด เช่นแสดงอารมณ์โกรธออกมาอย่างรุนแรงทั้งที่มีปัญหาหรือข้อถกเถียงเพียงเล็กน้อย(พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วยมักเกิดอาการพิษจากสารเสพติดหลายชนิด เช่น แอมเฟตามีน กัญชา โคเคน หรือสารระเหยต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการ สับสน พูดมาก หงุดหงิดง่าย คิดว่าผู้อื่นพูดเกี่ยวกับตน(ideas of refence) มีความคิดหวาดระแวง(paranoic ideation) หูแว่วและประสาทหลอน อาจมีอาการโกรธและก้าวร้าวรุนแรง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

อาการทางบวก ได้แก่ อาการหลงผิดประสาทหลอน พฤติกรรมแปลกประหลาด โดยประกอบด้วย(Lindenmayer JP & Khan , 2006) อาการหลงผิด(Delusion) คือความเชื่อที่ไม่จริง หรือไม่มีหลักฐานสนับสนุน และเป็นความเชื่อที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยชนิดของอาการหลงผิด เช่น อาการหลงผิดว่าถูกกลั่นแกล้งปองร้าย โดยผู้ป่วยจะหลงผิดว่าตนเองถูกปองร้าย หรือตกเป็นเหยื่อในเหตุการณ์ต่างๆ ข้อควรระวังคือผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวงอาจทำบางอย่างไม่เหมาะสมหรือไม่มีเหตุผล ทำให้เป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองและคนอื่นได้ อาการหลงผิดว่าถูก

พาดพิงถึง โดยผู้ป่วยจะหลงผิดว่าคำพูดท่าทางของผู้อื่นมีเจตนาเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งที่ความจริงไม่เป็นเช่นนั้น

การประเมินอาการทางบวก

วัดโดยใช้แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย(PASS-T) ที่แปลมาใช้เป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิท (2550) ใช้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยในด้านอาการทางบวก(positive syptoms) 7 อาการโดยใช้วัดอาการทางจิตของผู้ป่วยในด้านอาการทางบวก (positive symtom)

ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิดโดยผู้ป่วยจะเชื่อในความคิดนั้นโดยไม่สามารถเปลี่ยนความเชื่อถือได้ด้วยวิธีการอธิบาย โดยใช้เหตุผลตามธรรมดาได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) จากการศึกษาของ Kurmar&Sedgwick (2001) พบว่าผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิดจะปฏิเสธการรักษา ดังนั้นอาการทางบวกน่าจะเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

2) อาการทางลบ(Negative Symptom)

อาการทางลบ เป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดคุณสมบัติบางประการที่บุคคลปกติควรจะมีเช่น การตอบสนองอารมณ์น้อยกว่าปกติ แยกตัวจากสังคม

Kay,Fiszbein&Opler (1987) ขาดความสามารถในการคิด การแสดงอารมณ์ การทำหน้าที่ทางสังคม

Eugene Blueeler Emil Kraepelin เป็นผู้เสนอว่าอารมณ์เฉยเมย เป็นการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติหรือไม่แสดงอารมณ์ ถือว่าเป็นอาการสำคัญของโรคจิตเภท โดยอาการทั้งสองนี้จัดอยู่ในกลุ่มอาการทางลบ

Kraepelin ได้กล่าวถึงอาการทางลบว่าสามารถแบ่งได้เป็นสองประเภท คือไม่มีการประสานกันภายในระหว่างสติปัญญา อารมณ์และความตั้งใจ การมีอารมณ์น้อยมาก จนทำให้ไม่มีความตั้งใจในการทำสิ่งต่างๆ

Jackersonian กล่าวว่ากลุ่มอาการทางลบเป็นการลดลงของหน้าที่ปกติ เช่นการลดลงของพลังงานและแรงจูงใจ และการลดลงของการแสดงออกทางอารมณ์

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2548) เป็นอาการของโรคจิตเภทที่แสดงออกในด้านความผิดปกติที่พูดน้อยเนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ(Alogic) การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลง หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือว่าอารมณ์ดี แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกทางอารมณ์จะลดลงโดยมาก(Affective flattening) ขาดความกระตือรือร้น เฉยชาลงไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย อาจนั่งเฉยๆทั้งวันโดยที่ไม่ทำอะไร(Avolition) เก็บตัวไม่ค่อยแสดงออก(Asociality)

กลุ่มอาการทางลบชนิดต่างๆประกอบด้วย

Nicholl AM (1999) ได้แบ่งกลุ่มอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทออกเป็น 4 ลักษณะ

คือ

1. อารมณ์เฉยเมยและจำกัด (flat, blunt, or restrict effect) คือการไม่มีหรือลดลงของการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าต่างๆ ผู้ป่วยบางรายแสดงอารมณ์ลดลง ไม่ว่าจะเป็นการโกรธ ดีใจ หรืออารมณ์เศร้า ร่วมกับการไม่สบตา เคลื่อนไหวน้อยลง หน้าตาเฉยเมย

1.1 การเคลื่อนไหวลดลง ผู้ป่วยจะมีการเคลื่อนไหวด้วยตนเองลดลงอย่างชัดเจน อาจมีอาการค้างอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ และมีการเคลื่อนไหวของแขนขาน้อยลงขณะเดิน

1.2 การแสดงออกของท่าทางกิริยาลดลง โดยผู้ป่วยจะไม่สามารถแสดงอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าออกมาโดยผ่านทางกิริยาท่าทางได้ เช่น จะมีการเคลื่อนไหวของมือเพื่อประกอบคำพูดลดลง

1.3 การสบตาน้อยลง ผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงการสบตากับผู้อื่นโดยตรง หรืออาจจ้องตามากเกินควรในขณะที่กำลังพูดด้วย

1.4 การแสดงออกทางน้ำเสียงลดลง การพูดของผู้ป่วยจะพูดในน้ำเสียงในโทนเดียวกันหมด ไม่มีการเน้นคำ ไม่สามารถแสดงอารมณ์ผ่านออกทางน้ำเสียงได้

2. การไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ (poor rapport) จะแสดงออกมาด้วยการที่ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงการสบตา ไม่ตอบคำถาม และสื่อสารกับผู้อื่นน้อยลง ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารด้วยคำพูดหรือท่าทาง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังไม่สามารถแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นได้ (lack of empathy) ขาดความมีส่วนร่วมในการสนทนา และพยายามหลีกเลี่ยงที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

2.1 การหลีกเลี่ยงสังคม ผู้ป่วยอาจมีความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นน้อยมาก บางคนอาจไม่พูดเลย

2.2 ความต้องการและความสนใจทางเพศลดลง โดยผู้ป่วยบางรายมีแรงขับทางเพศลดลง หรือไม่มีความเพลิดเพลินจากกิจกรรมทางเพศ

2.3 ไม่สามารถมีความรู้ใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้อื่นได้ โดยผู้ป่วยจะสร้างความใกล้ชิดกับผู้อื่นไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยเองไม่สามารถรับรู้ถึงความต้องการทางอารมณ์ของผู้อื่น ทำให้ไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันได้

2.4 ความสัมพันธ์กับเพื่อนและกลุ่มเพื่อนลดลง ความสัมพันธ์กับผู้อื่นจะเป็นไปในลักษณะฉาบฉวย ผู้ป่วยมีเพื่อนน้อยหรือไม่มีเลยส่วนใหญ่ชอบแยกตัวออกจากสังคม

3. การคิดซ้ำๆหรือคิดอะไรเพียงเรื่องเดียว (stereotyped thinking) ผู้ป่วยมักคิดอะไรซ้ำๆหรือมีความคิดในลักษณะที่ไม่น่าสนใจ อาจมีความเชื่อที่เปลี่ยนแปลงได้ยากในเรื่องที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือมีความเชื่อที่มากเกินไป

3.1 พูดน้อย การที่ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการคิด หรือไม่มีความต่อเนื่องของความคิด ส่งผลให้พูดน้อยลง และเกี่ยวข้องกับภาวะขาดความกระตือรือร้นหรือการแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลง

3.2 พูดลดลง เป็นอาการ alogia ชนิดหนึ่งซึ่งผู้ป่วยจะพูดน้อยลงมากหรือไม่พูดเลย การตอบคำถามจะสั้นๆไม่ให้รายละเอียด บางครั้งไม่ตอบสนองต่อคำถามเลย

3.3 การพูดเนื้อหาสาระตรงกับที่ถามน้อย โดยผู้ป่วยจะมีปริมาณการพูดที่เหมาะสมแต่ให้เนื้อหาหรือข้อมูลได้น้อย เพราะประโยคที่พูดจะคลุมเครือ เป็นรูปธรรมหรือนามธรรมมากเกินไป

3.4 การตอบสนองช้า จะใช้เวลานานมากในการตอบสนองต่อคำถาม และอาจย่ำคิดอยู่กับคำถามเดิมๆ

4. ขาดความกระตือรือร้น(avolition) และสีหน้าไม่แสดงอารมณ์(apathy) แสดงออกมาในรูปของการหมดพลังงาน แรงขับ ความสนใจต่างๆอย่างชัดเจน ไม่มีแรงจูงใจในการทำงานให้สำเร็จลุล่วง สนใจในเรื่องต่างๆน้อยรวมทั้งสนใจที่จะดูแลตนเองด้วย

4.1 การแต่งตัว และสุขลักษณะ ผู้ป่วยจะไม่สนใจในเรื่องการดูแลตนเอง อาจมีการแต่งตัวที่สกปรก ไม่ทำกิจวัตรประจำวัน

4.2 ความสามารถในการทำงานหรือการเรียนลดลง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาในเรื่องของการทำงานไม่ว่าจะในที่ทำงานหรือในโรงเรียน

4.3 ลักษณะที่ทางของผู้ป่วยจะเฉื่อยชา ไม่มีชีวิตชีวาเมื่อได้รับการกระตุ้น จะมีการตอบสนองเพียงช่วงสั้นๆ นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นถึงการไม่มีแรงขับ หรือการเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง(spontaneous activity)

การประเมินอาการทางลบ

จากการทบทวนการศึกษาพบของ Andreasen (1989) พบว่าใช้แบบประเมิน Scale for the Assessment of Negative Symptom(SANS) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ประเมินอาการทางลบ 5 ลักษณะ คือ การแสดงอารมณ์ การขาดความสามารถในการคิด การรู้สึกไร้พลังเฉยเมย การรู้สึกขาดความสุขหรือยินดีกับกิจกรรมต่างๆ ซึ่งสามารถประเมินได้จากหลายแหล่งเช่น ญาติผู้ป่วย บุคลากร หรือจากการสัมภาษณ์ของผู้ป่วย

จากการทบทวนตำราเอกสารต่างๆ พบว่า การประเมินอาการทางลบสามารถใช้วิธีการประเมินจากหลายแหล่ง เช่นสังเกตโดยตรงจากผู้ประเมิน หรือจากการสังเกตของบุคคลอื่นๆ เช่นญาติของผู้ป่วย บุคลากรที่ดูแล หรือจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย(NASS-T) ที่แปลมาใช้เป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิท (2550) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินอาการทางจิตที่มีคุณภาพสูงและได้มาตรฐาน ใช้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยในด้านอาการทางลบ(Negative symptoms)

ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

อาการทางลบทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี(Schou,1997 cited in Oehl et al., 2000) ดังนั้นจึงคาดว่าอาการทางลบน่าจะเป็นปัจจัยในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กาญจนา ชัยเจริญ(2547) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน ผลพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการวางแผน

จำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทสูงชันกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จารุวรรณ จินตามงคล (2541) ได้ศึกษาโปรแกรมผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 30 คน โดยทำการทดลองเป็นรายบุคคล วัดผลก่อนและหลังการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จรงค์ ลิ่มพัฒนศิริ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ประโยชน์, การรับรู้อุปสรรค, การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการรับประทานยาต่อเนื่อง ของผู้ป่วยจิตเภท. โดยประยุกต์แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มาตรวจรักษา/รับยาที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ณ สถาบัน จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาจำนวน 100 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2546 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่ม ตัวอย่างมีคะแนนการรับประทานยาต่อเนื่องระดับมาก ($x = 18.69$, S.D. = 2.01) โดยมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์, การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการสนับสนุนระดับปานกลาง ($x = 27.04$, S.D. = 4.92, $x = 34.10$, S.D. = 5.31 และ $x = 21.50$, S.D. = 4.69 ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคระดับน้อย ($x = 21.42$, S.D. = 6.28) และการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่สามารถ อธิบายความแปรปรวนของการรับประทานยาต่อเนื่องได้ร้อยละ 5.8

สรินทร์ เขียวโสธร (2545) ศึกษาวิจัยผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ศึกษาผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการสร้างเงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่พบว่าระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 20 คน ที่ได้รับการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพและการให้เงื่อนไขผูกพัน กับผู้ป่วยจิตเภทที่ให้บริการตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าความรู้ภายหลังการการสร้างสัมพันธภาพและสอนสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 การรับประทานยาครบถ้วนถูกต้องในกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และความพึงพอใจต่อบริการของพยาบาลที่ได้รับของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ จำนวน 110 คน และผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำจำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเองผลการวิจัยพบว่า

ตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ มี 5 ตัว คือพฤติกรรมการใช้ยา การดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา ด้านการแสดงอารมณ์ สถานภาพสมรส และความเชื่อด้านสุขภาพ

ศิริวรรณ พอบุญ (2548) ได้ทำการศึกษาโปรแกรมผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล จำนวน 20 ครอบครัว พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลจำนวน 20 คน ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัวพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้นหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วัชรภรณ์ ลือโรสงค์ (2541) ศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เป็นผลมาจากการกลับเข้ามารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยกรณีศึกษาของผู้ป่วย 1 ผลการศึกษาพบว่า ในช่วงแรกของผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวได้นาน หากได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอ ญาติเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ แต่เมื่อพบว่าการป่วยเริ่มเรื้อรัง ผู้ดูแลจะรู้สึกลำบากใจ รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระมากจนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ดูแลไม่สนใจดูแล ไม่ไปรับยารักษาโรคจิตให้ เกิดภาวะการณ์ทอดทิ้งผู้ป่วย ซึ่งสร้างความสะเทือนใจให้ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด การใช้แอลกอฮอล์ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา และปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ คะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ จากยา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ ประเภทของยารักษาโรคจิต โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2549 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2550 จำนวน 183 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.77 +/- 10.58 ปี มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเฉลี่ยเท่ากับ 9.43 +/- 7.94 ปี ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม (ร้อยละ 89.6) ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุดคือ ยา chlorpromazine (ร้อยละ 63.9) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทยังได้รับยากกลุ่มอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น antianxiety drugs, anticholinergic drugs, mood stabilizers เป็นต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 38.8) ได้รับยา 3 ขนานต่อวัน ความถี่ในการบริหารยาต่อวันเท่ากับ 3 ครั้ง (ร้อยละ 63.4) และร้อยละ 69.9 ของผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.8) มีคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ (18.05 +/- 7.49 คะแนน) ระยะเวลาการเจ็บป่วยและจำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ($p < 0.05$) ผู้ป่วยเพศชายมีคะแนนความไม่

ร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าเพศหญิง ($p=0.022$) ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยามีคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา ($p<0.001$) และผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์มีคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์ ($p=0.02$) และเมื่อทำการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ โดยวิธี stepwise พบว่า การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา ($\beta=-4.168$; $p<0.001$) การใช้แอลกอฮอล์ ($\beta=2.539$; $p=0.016$) จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ ($\beta=-1.455$; $p=0.004$) และความถี่ในการบริหารยาต่อวัน ($\beta=1.868$; $p=0.005$) เป็นปัจจัยทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ร้อยละ 16.5 ($R^2 = 0.165$; $p<0.05$) ผลจากการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยไปใช้ในการติดตามดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้การใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับประโยชน์สูงสุดได้

สารุพร พุฒขาว (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 118 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 72 มารับการรักษาเมื่อมีอาการ ร้อยละ 51.7 ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 84.7 นอกจากนี้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ทศนคติต่อการใช้ยา และความพึงพอใจต่อบริการของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยาสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 260 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงของยา

Adams & Scott (2000) ศึกษาเรื่องการทำนายการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประโยชน์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการอธิบายการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 39 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับดี หรือมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องเป็นส่วนใหญ่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Kermer & Sedgwick (2001) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชอายุ 17-65 ปี ที่กลับมารักษาตัวซ้ำเป็นเวลา 3 เดือน จำนวน 90 คน ผลการศึกษาพบว่าเพศหญิงให้ความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าเพศชาย ศาสนาฮินดูให้ความร่วมมือในใช้นานน้อยกว่าศาสนาอื่นๆ การสนับสนุนทางสังคมสูงทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาสูง การตัดสินใจของผู้ป่วยเองว่าไม่อยากร่วมมือในการใช้ยามีผลสูงกว่าการตัดสินใจของคนอื่น นอกจากนี้รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว และระยะทาง ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

Kyung Hee Shon and Si-Sung Park (2002) ศึกษาผลของโปรแกรมประสิทธิผลของการให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาและการจัดการอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในเกาหลี โดยการนำเอาทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาใช้ โดยกลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำในการรักษาขณะรักษาในโรงพยาบาล การให้ความรู้ที่เน้นการจัดการอาการที่หลงเหลืออยู่ อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองการร่วมมือในการรักษา พฤติกรรมร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้น และคะแนนการกลับเป็นซ้ำของโรคลดน้อยลงกว่ากลุ่มควบคุม

king and Dixon (1999) ศึกษาเรื่องการแสดงอารมณ์และการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 17-36 ปี จำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 6 เดือนและยังคงมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาศัยอยู่กับญาติ ใกล้ชิด จำนวน 69 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์มี 2 แบบ คือ conservation criteria และ standard relapse criteria เป็นการศึกษาถึงการทำนายการป่วยซ้ำด้วยการแสดงอารมณ์ของครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าในเวลา 6 และ 12 เดือนการแสดงอารมณ์ไม่สามารถทำนายการป่วยซ้ำได้ ในเวลา 9 เดือน ไม่มีความแตกต่างระหว่างจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อายุของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก อายุปัจจุบัน ผู้ป่วยหญิงมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 59 และผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการวิพากษ์วิจารณ์สูงร่วมกับความผูกพันทางอารมณ์สูงมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 75 พบว่ามีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่ำ และร้อยละ 67 ในผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์สูง

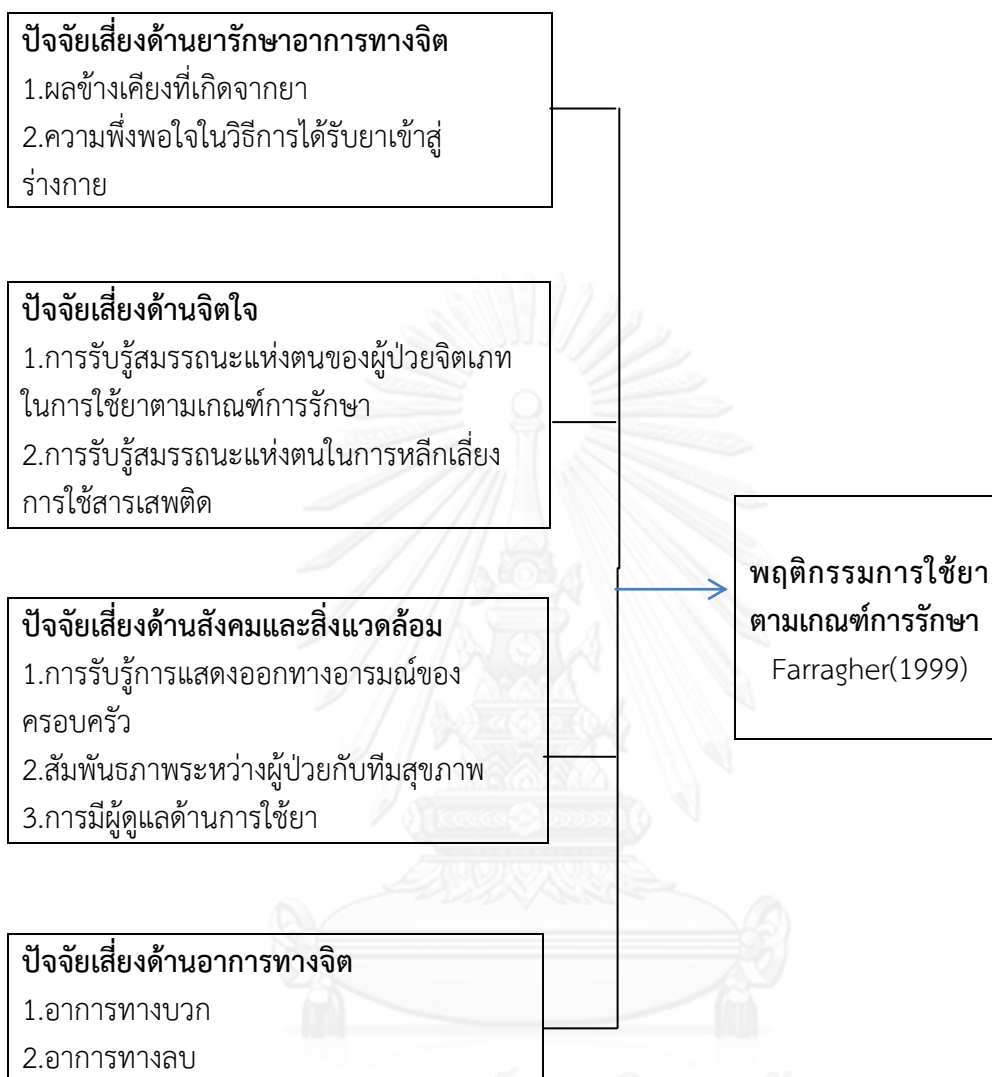
Owen et al. (1996) ศึกษาผลของโปรแกรมการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา และการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา และการใช้สารเสพติดต่ออาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษามีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดจะไม่มารับการตรวจตามนัด และมีความเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท

Penput Kongpanichtrakul (2547) ศึกษาเหตุผลของการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตไม่รุนแรงและมีประวัติใช้สารเสพติดประเภทสุรา กัญชา ยาบ้า ที่มาใช้ บริการในแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 90 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบ สัมภาษณ์ระหว่างเดือน มิถุนายน- สิงหาคม 2547 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และ ค่าเฉลี่ย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เริ่มใช้สารเสพติดตั้งแต่อายุ 17 ปี (อายุเฉลี่ย=17.67) โดยให้ เหตุผลทางด้านจิตใจและด้านสังคมวัฒนธรรมใกล้เคียงกัน เหตุผลทางด้านจิตใจในอันดับต้นๆ คือ การขาดความ ตระหนักถึงอันตรายจากการใช้สารเสพติด อยากรู้อยากลอง เพิ่มอารมณ์ทางด้านบวก ลดอารมณ์ทางด้านลบ และ เหตุผลใช้เพื่อลดอาการทางจิตพบว่ามีรายงานน้อยกว่าเหตุผลอื่น เหตุผลทางด้านสังคมวัฒนธรรม คือ สามารถหาสารเสพติดได้ง่าย เพื่อนชวน ส่วนเหตุผลทางด้านร่างกายพบว่ามีรายงานน้อยกว่าเหตุผลทางด้านอื่น

Razali and Yahya (1995) ศึกษาผลโปรแกรมการจัดการเรื่องยาเพื่อแก้ไขความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาผลของความร่วมมือในการรักษาระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติไม่ร่วมมือในการรักษา ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชานมาเลเซีย โกตาบารูกลันตัน กลุ่มที่ได้เข้าโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคำแนะนำ โดยก่อนทดลองผู้ป่วยจะถูกสัมภาษณ์เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ผลพบว่า ผู้ป่วยที่ร่วมมือในการรักษามีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามากกว่า มีระยะเวลาในการรักษาน้อยกว่า 5 ปี ไข้ยาไม่เกิน 2 ครั้ง/วัน ส่วนปัจจัยด้านลักษณะประชากรไม่มีนัยสำคัญทางสถิติว่าเกี่ยวข้องกับการร่วมมือในการรักษาแต่พบว่าเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 21 ปี ซึ่งหลังจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน และมีญาติดูแลมีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

Zhao Dongyan (2000) ศึกษาถึงผลของระดับของความร่วมมือในแผนการรักษา และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปรในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมความร่วมมือในแผนการรักษา ในระดับสูงและกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ระดับมากกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงและพฤติกรรมความร่วมมือในแผนการรักษา

5. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย(Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ประชากรได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดที่เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนและได้มีพฤติกรรมในการใช้ยาตามแผนการรักษา

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติใช้สารเสพติดที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ สุ่มจากโรงพยาบาลจิตเวชต่างจังหวัดที่มีขนาดใหญ่จำนวน 500 เติงขึ้นไป

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่าง(Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทมีประวัติใช้สารเสพติด ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD 10 และมีประวัติใช้สารเสพติดร่วมด้วย มีอายุระหว่าง 20-59 ปี เนื่องจากอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีวุฒิภาวะเพียงพอที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้
2. เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่
3. ไม่มีปัญหาการได้ยิน สื่อสารภาษาไทยเข้าใจสามารถพูดคุยตอบโต้ได้และอ่านออกเขียนได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้สูตร $N = 10k + 50$ (Thorndike, 1978) เมื่อกำหนดให้ $N =$ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และ $k =$ จำนวนตัวแปร ตัวแปรที่ต้องนำมาคำนวณจึงมี 10 ตัวแปร ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือสูตร $N = (10 \times 10) + 50 = 150$ คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เลือกโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนของแต่ละภาคในต่างจังหวัด โดยเลือกโรงพยาบาลที่มีจำนวนขนาด 500 เตียงขึ้นไป ในสังกัดกรมสุขภาพจิตที่อยู่ในภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวนภาคละ 1 โรงพยาบาล โดยการวิจัยครั้งนี้โรงพยาบาลที่ใช้เป็นสถานที่ในการเก็บข้อมูลคือ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
2. หาขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลโดยแบ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่าๆกัน ดังนั้นในแต่ละโรงพยาบาลจะมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลละ 50 คน
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนของแต่ละภาค ทั้ง 3 แห่ง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่ยืนยันบัตรตรวจที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จนได้จำนวนทั้งสิ้น 150 คน เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนได้คัดเลือกข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นฉบับสมบูรณ์จำนวน 128 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ที่ได้ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตในแต่ละภาค (ปีงบประมาณ 2556)

โรงพยาบาล	จังหวัด	จำนวน เตียง	กลุ่มตัวอย่าง
ภาคใต้			
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	สุราษฎร์ธานี	700	50
ภาคเหนือ			
โรงพยาบาลสวนปรุง	เชียงใหม่	700	50
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	อุบลราชธานี	750	50
รวม		2,150	150

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล การมีผู้ดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด และอาชีพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	Max	Min	\bar{X}	จำนวน (n=128)	ร้อยละ
เพศ					
ชาย				73	46.20
หญิง				55	34.80
อายุ	59	20	46.7		
20-29				20	15.60
30-39				80	62.50
40-49				19	14.80
50-59				9	7.00
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน				1	0.80
ประถมศึกษา				27	21.10
มัธยมศึกษา/ปวช.				87	68.00
อนุปริญญา/ปวส.				7	5.50
ปริญญาตรี				6	4.70
สูงกว่าปริญญาตรี				-	-
สถานภาพสมรส					
โสด				21	16.40
หย่า				6	4.70
คู่				92	71.90
แยกกันอยู่				4	3.10
หม้าย				5	3.90
การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล					
1-5 ครั้ง				90	57.00
6-10 ครั้ง				38	24.10
11-15 ครั้ง				-	-
16-20 ครั้ง				-	-
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย					
0-5 ปี				17	13.30
6-10 ปี				48	37.50

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	Max	Min	\bar{X}	จำนวน (n=128)	ร้อยละ
11-15 ปี				63	49.20
16-20 ปี				6	4.00
การมีผู้ดูแล					
มี				128	100.00
ไม่มี				-	-
การใช้สารเสพติด					
ยาบ้า				73	57.00
ยาไอซ์				9	7.80
แอลกอฮอล์				33	25.80
กัญชา				5	3.90
โคเคน				-	-
สารระเหย				3	2.30
อื่นๆ				5	3.90
การประกอบอาชีพ					
ว่างงาน				9	7.00
รับจ้าง				72	56.30
รับราชการ				4	3.10
ค้าขาย				24	18.80
เกษตรกรรม				19	14.80
อื่นๆ				-	-

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 128 ราย ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย มีจำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 46.20 มีอายุระหว่างอายุ 20-59 ปี เฉลี่ย 46.7 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 68.00 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 71.90 การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีจำนวน 1-5 ครั้ง จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 57.00 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย 11-15 ปี จำนวน 63 คิดเป็นร้อยละ 49.20 การมีผู้ดูแลมีจำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 การใช้สารเสพติด ส่วนใหญ่ใช้ยาบ้าจำนวน 73 คน คิดร้อยละ 57.00 การประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้างจำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 56.30

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่เกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ สถานภาพ การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การมีผู้ดูแล การใช้สารเสพติด ที่มีลักษณะให้เลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่างประชากร

2. แบบประเมินผลข้างเคียงของยา

ใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นโดย อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) โดยเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วน ประเมินค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อโดยกำหนดให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ความหมาย	คะแนน
เกิดเป็นประจำ	ข้อความนั้นเกิดขึ้นทุกวัน	5
เกิดบ่อยครั้ง	ข้อความนั้นเกิดขึ้นเกือบทุกวัน	4
เกิดบางครั้ง	ข้อความนั้นเกิดขึ้นเดือนละ 1-2 ครั้ง	3
เกิดนานๆครั้ง	ข้อความนั้นเกิดขึ้นนานๆครั้ง	2
ไม่เกิดเลย	ข้อความนั้นไม่เกิดขึ้นเลย	1

การคิดคะแนน ทำโดยการคิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ โดยคะแนนสูงหมายถึงมีอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงจากยาเกิดขึ้นสูง และคะแนนต่ำหมายถึง มีอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงจากยาเกิดขึ้นต่ำ

3. แบบประเมินความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย

วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย หมายถึง ช่องทางการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งช่องทางการได้รับยา มี 7 วิธี การกิน, การฉีด แบ่งเป็น ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เส้นเลือดดำ เส้นเลือดดำ สันเลือดแดง ใต้ผิวหนัง, การอมยาใต้ลิ้น, การเหน็บยาทางช่องคลอด, การเหน็บยาทางทวารหนัก, ทางผิวหนัง, การสูดดม

แบบสอบถามความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกายของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยให้เลือกตอบ 3 ลักษณะคือ วิธีการได้รับยาโดย การกิน การฉีด และการได้รับทั้งการกินและการฉีด

ระดับความคิดเห็น	ความหมาย	คะแนน
พอใจมากที่สุด	รู้สึกพอใจกับข้อความที่ระบุมากที่สุด	5
พอใจมาก	รู้สึกพอใจกับข้อความที่ระบุมาก	4
พอใจปานกลาง	รู้สึกพอใจกับข้อความที่ระบุปานกลาง	3
พอใจน้อย	รู้สึกพอใจกับข้อความที่ระบุน้อย	2
ไม่พอใจ	รู้สึกไม่พอใจกับข้อความที่ระบุเลย	1

การคิดคะแนน ทำโดยการคิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ โดยคะแนนสูงหมายถึง มีความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกายวิธีด้านนั้นๆสูง และคะแนนต่ำหมายถึง ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกายวิธีด้านนั้นๆต่ำ

4. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการร่วมมือใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

โดยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นโดย ยุภาพร มีหนองหว่า (2552) ที่สร้างจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1986) และแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pander et al., 2006) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .85 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .82 เครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการจัดการกับอาการทางจิตของโรคจิตเภท การประเมินการใช้ยาด้วยตนเอง การสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาจิตเวชรวมทั้งการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาด้วยยา การจัดการกับปัญหาอุปสรรคการรักษาด้วยยา การตระหนักรู้สมรรถนะแห่งตน ในการจัดการสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการคงอยู่ของพฤติกรรมความร่วมมือใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจรับยาตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 7 ข้อ ได้แก่ 3,4,6,13,16,17,19 ข้อคำถามด้านลบ 13 ข้อ ได้แก่ 1,2,5,7,8,9,10,11,12,14,15,18,20 ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก กำหนดคะแนนแบบวัด เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ กำหนดคะแนนแต่ละข้อคำถามดังนี้

ข้อความหมายทางบวก	คะแนน	ข้อความหมายทางลบ	คะแนน
เห็นด้วย	1	เห็นด้วย	0
ไม่เห็นด้วย	0	ไม่เห็นด้วย	1

รวมคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการร่วมมือใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยแบ่งคะแนนเป็นแบบอิงเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971)

ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทด้านการร่วมมือใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีน้อย หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0- 11 คะแนน)

ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทด้านการร่วมมือใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 60 – 80 (12- 16 คะแนน)

ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทด้านการร่วมมือใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีสูง หมายถึง ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป (17- 20 คะแนน)

5. แบบประเมินระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด

ผู้วิจัยใช้ แบบวัดการรับรู้ความสามารถแห่งตนของ กุสุมา แสงเดือนฉาย (2544) โดยดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีการสร้างขึ้น โดยสร้างตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandula, 1986)

แบบวัดระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตน ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ โดยได้ประเมินความมั่นใจที่จะไม่เสพยาเสพติด เมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยงอันเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ทั้งหมด 27 สถานการณ์ คำตอบที่เลือกให้ค่าคะแนนดังนี้

ข้อความแสดงความมั่นใจ	ค่าคะแนน
มั่นใจมาก	6 คะแนน
มั่นใจ	5 คะแนน
ค่อนข้างมั่นใจ	4 คะแนน

ค่อนข้างไม่มั่นใจ 3 คะแนน

ไม่มั่นใจ 2 คะแนน

ไม่มั่นใจมาก 1 คะแนน

ค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตน คิดได้จากการนำค่าคะแนนของคำตอบแต่ละข้อมารวมกัน โดยมีคะแนนตั้งแต่ 27 - 162 คะแนน

6. แบบประเมินการรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัว

โดยใช้แบบวัดการรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัวที่สร้างขึ้นโดย ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ Sunpaweravong (2006) ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ Brown et al.(1972) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .86 ใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบการแสดงออกทางอารมณ์ 5 องค์ประกอบ โดยแบ่งเป็น 2 ด้านคือ

1. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก 14 ข้อ ได้แก่ การแสดงความชื่นชม (Positive Remarks) และการแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร (Warmth) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .89

เป็นเครื่องมือวัดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุมากที่สุด	1	4
เห็นด้วย	เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุมาก	2	3
ไม่เห็นด้วย	ไม่ค่อยเห็นด้วยกับข้อความที่ระบุ	3	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุเลย	4	1

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยนำคะแนนรวมหารด้วยจำนวนข้อ จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด มีความหมายดังนี้

1.00-1.49 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมมาก

1.50-2.49 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสม

2.50-3.49 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม

3.50-4.00 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ต้องปรับปรุงการแสดงออกทาง

2.อารมณ์ด้านลบ 20 ข้อ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical Comments) การแสดงความไม่เป็นมิตร (Hostility) การแสดงความรู้สึกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Emotion Overinvolvement)

ระดับความคิดเห็น	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุมากที่สุด	1	4
เห็นด้วย	เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุมาก	2	3
ไม่เห็นด้วย	ไม่ค่อยเห็นด้วยกับข้อความที่ระบุ	3	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุเลย	4	1

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยนำคะแนนรวมหารด้วยจำนวนข้อ จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด มีความหมายดังนี้

- 1.00-1.49 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมมาก
- 1.50-2.49 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสม
- 2.50-3.49 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม
- 3.50-4.00 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ต้องปรับปรุง

7. แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นโดย อุมอาพร กาญจนรักษ์(2545) ตามแนวคิดของ Risser (1975) โดยเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วน ประเมินค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ โดยกำหนดให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มากที่สุด	5	1
เห็นด้วย มาก	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนมาก	4	2
เห็นด้วย	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ปานกลาง	3	3
เห็นด้วย น้อย	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เล็กน้อย	2	4
ไม่เห็นด้วย	ไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็น ของท่านเลย	1	5

การคิดคะแนน ทำโดยการคิดคะแนนทุกข้อคำถาม ค่าคะแนนสูงหมายถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพอยู่ในระดับดี ค่าคะแนนต่ำหมายถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดี

8. แบบประเมินการมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา

เป็นแบบสัมภาษณ์ของอุมอาพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Razali & Yahya (1995) ที่กล่าวว่า การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ที่ทำให้เกิดผลดีต่อการรักษา จะต้องได้รับการช่วยเหลือ 3 เรื่อง คือการดูแลในการใช้ยา การช่วยเหลือนำไปโรงพยาบาล และการช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาล โดยเป็นข้อคำถามที่ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ

เครื่องมือนี้เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประเมิน 5 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
มากที่สุด	ข้อความนี้ตรงกับความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มากที่สุด	5
มาก	ข้อความนี้ตรงกับความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เป็นส่วนมาก	4
ปานกลาง	ข้อความนี้ตรงกับความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ปานกลาง	3
เล็กน้อย	ข้อความนี้ตรงกับความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เพียงเล็กน้อย	2
ไม่ตรงเลย	ข้อความนี้ไม่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เลย	1

การคิดคะแนน ทำโดยรวมคะแนนทุกข้อคำถามในแต่ละตอน

คะแนนที่เป็นไปได้ คือ 6-30 คะแนน คะแนนต่ำหมายถึง ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ไม่มีหรือมีผู้ดูแลด้านการใช้จ่ายไม่ดี ส่วนคะแนนสูงหมายถึงมีผู้ดูแลด้านการใช้จ่ายดี

9. แบบประเมินอาการทางบวก

เป็นแบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย(PASS-T) ที่แปลมาใช้เป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิท (2550) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินอาการทางจิตที่มีคุณภาพสูงและได้มาตรฐาน ใช้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยในด้านอาการทางบวก(Positive symptoms) 7 อาการ ได้แก่ 1) อาการหลงผิด 2) ความคิดสับสน 3) อาการประสาทหลอน 4)อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย 5)ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง 6)ความคิดรู้สึกแหว่งว่ามีคนมุ่งร้าย 7)ความรู้สึกว่าไม่เป็นมิตร โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิต มีหลักเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีอาการ
คะแนน 2	หมายถึง	มีอาการขั้นต่ำสุด
คะแนน 3	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
คะแนน 4	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
คะแนน 5	หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
คะแนน 6	หมายถึง	มีอาการรุนแรง
คะแนน 7	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมาก

วิธีการคิดคะแนน Positive scale มีคะแนนตั้งแต่ 7-49 คะแนน

เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา(Content Validity) เท่ากับ 1.00 ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะเดียวกันกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเที่ยง(Reliability) เท่ากับ .84

10. แบบประเมินอาการทางลบ

เป็นแบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย(PASS-T) ที่แปลมาใช้เป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิท (2550) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินอาการทางจิตที่มีคุณภาพสูงและได้มาตรฐาน ใช้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยในด้านอาการทางลบ(Negative symptoms) 7 อาการ ได้แก่ 1) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ 2) แยกตัวทางอารมณ์ 3) มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง 4)แยกตัวจากสังคม 5) มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม 6) การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และไม่

สิ้นไหลอย่างต่อเนื่อง 7) การคิดอย่างตายตัว โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิต มีหลักเกณฑ์เช่นเดียวกับแบบวัดกลุ่มอาการทางบวกมีหลักเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีอาการ
คะแนน 2	หมายถึง	มีอาการขั้นต่ำสุด
คะแนน 3	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
คะแนน 4	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
คะแนน 5	หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
คะแนน 6	หมายถึง	มีอาการรุนแรง
คะแนน 7	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมาก

วิธีการคิดคะแนน Negative scale มีคะแนนตั้งแต่ 7-49 คะแนน

เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา(Content Validity) เท่ากับ 1.00 ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะเดียวกันกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเที่ยง(Reliability) เท่ากับ .85

11. แบบวัดประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของอุมารพ กาญจนรักษ์ (2545) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับการศึกษาของเพชรี คันธสายบัว (2544) เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ(5-point rating scale) ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ ซึ่งคำถามครอบคลุมการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา 2 ด้าน คือการปฏิบัติตามแผนการรักษา 9 ข้อและความสามารถในการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา 9 ข้อ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกคำตอบได้ 1 คำตอบมีความหมายเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
เป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	4	2
บางครั้ง	ปฏิบัติเดือนละ 1 ครั้ง	3	3
นานๆครั้ง	นานๆปฏิบัติครั้งหนึ่ง	2	4
ไม่เคยทำ	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนรวมทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับ โดยนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็ม และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด แปลความหมาย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50-5.00 คะแนน	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องในระดับดีมาก
3.50-4.49 คะแนน	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องในระดับดี
2.50-3.49 คะแนน	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องในระดับปานกลาง
1.50-2.49 คะแนน	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องในระดับต่ำ
1.00-1.49 คะแนน	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องในระดับต่ำที่สุด

ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะ
นำ 2 ประเด็นดังนี้

1. การเพิ่มเติมข้อความตอบในคำถามที่เป็นเป็นตัวเลือก

1.1 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ควรปรับปรุง ข้อคำถามข้อ
ที่ 3, 8, 9

2. ความชัดเจน ความซ้ำซ้อนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ
ว่า จำนวนข้อเยอะไปควรปรับให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่าง ปรับข้อคำถามบางข้อให้กระชับ และรวม
คำถามบางข้อ เพื่อให้เหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

2.1 แบบประเมินผลข้างเคียงของยา ข้อคำถามมีจำนวนมากควรปรับให้เหมาะกับ
กลุ่มตัวอย่าง ควรปรับคำถามบางข้อ และรวมข้อคำถาม เพื่อให้ข้อคำถามกระชับ ไม่ซ้ำซ้อน และ
เข้าใจง่ายในบริบทไทย โดยมีการปรับปรุงของคำถามดังนี้

ปรับข้อคำถามข้อ 8 ตัวแข็ง เดินขาลาก ปรับเป็น ตัวแข็ง เดินเท้าละพื้น

ปรับข้อคำถามข้อ 9 ปวดปัสสาวะแต่ถ่ายปัสสาวะไม่ออก ปรับเป็น ปวดปัสสาวะแต่ถ่าย
ปัสสาวะสุด

ปรับข้อคำถามข้อ 11 มีผื่นใหม่เมื่อถูกแสงแดด ปรับเป็น ผิวลำด้าเมื่อถูกแสงแดดบ่อยๆ

2.2 แบบประเมินการรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัว

ปรับข้อคำถามข้อ 98 ครอบครัวของท่านคิดว่าคงจะดีหากท่านตายไป ปรับเป็นครอบครัว
ของท่านคิดว่าคงจะดีหากท่านดูแลตัวเองได้

ปรับข้อคำถามข้อ 13 ท่านทำให้ครอบครัวต้องหมดความอดทน ปรับเป็น ท่านรู้สึกทำให้
ครอบครัวต้องหมดความอดทน

ปรับข้อคำถามข้อ 14 ท่านรู้สึกว่าบางครั้งครอบครัวของท่านมีความรู้สึกอยากทุบตีท่าน ปรับ
เป็น ท่านรู้สึกว่าบางครั้งสมาชิกในครอบครัวอยากทุบตีท่าน

ปรับข้อคำถามข้อ 15 ต้องทำโทษท่านเพื่อให้ท่านรับผิดชอบตนเอง ปรับเป็นท่านรู้สึก
ครอบครัวทำโทษท่านเพื่อให้ท่านรับผิดชอบตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่ดัดแปลงแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย

จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนจำนวน 1 ท่าน
 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน
 พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน
 ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง โดยทำเป็นตารางให้ผู้ทรงคุณวุฒิ แสดงระดับความความคิดเห็นเป็นระดับ 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 ดังนี้

- | | |
|---------|--|
| 1 คะแนน | หมายถึงคำถามในข้อนั้นๆไม่สอดคล้องกับคำนิยาม |
| 2 คะแนน | หมายถึงคำถามในข้อนั้นๆสอดคล้องกับคำนิยามน้อย |
| 3 คะแนน | หมายถึงคำถามในข้อนั้นๆค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม |
| 4 คะแนน | หมายถึงคำถามในข้อนั้นๆสอดคล้องกับคำนิยามมาก |

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทุกชุด ที่ผ่านการปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาพร้อมทั้ง การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตาม ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน โดยค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตรดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรี สติธยัณรากร, 2544) ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากนั้นปรับปรุงข้อคำถาม ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยพิจารณาร่วมกับคำจำกัดความและกรอบแนวคิดในการวิจัยก่อนนำไปทดลองใช้

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

2.1 นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองกับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมุทรสาครจำนวน 30 คน
 2.2 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วลงคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
 2.3 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach's coefficient alpha) ในส่วนของ แบบประเมินผลข้างเคียงของ ยา ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ ยาตามเกณฑ์การรักษา การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการเสพสารเสพติด การรับรู้ การแสดงอารมณ์ของครอบครัว การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ อารมณ์ทางบวก อารมณ์ทางลบ พบว่าแบบประเมินทั้ง 9 ต่างก็มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) มากกว่า .80 ขึ้นไป เป็นค่าที่ยอมรับได้ รายละเอียดค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเสนอตารางดังนี้

ตารางที่ 3 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	ค่าความตรง	ค่าความเที่ยง
ผลข้างเคียงของยา	.88	.85
ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย	.80	.87
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	.83	.84
การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด	.87	.89
การรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัว	.89	.90
การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา	.85	.86
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ	.86	.90
อาการทางบวก	.85	.84
อาการทางลบ	.84	.85
แบบวัดประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	.84	.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยเพื่ออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาล
2. เมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของทั้ง 3 โรงพยาบาล
3. ภายหลังจากได้รับการอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของทั้ง 3 โรงพยาบาล ผู้วิจัยพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยของทั้ง 3 โรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง การยินยอมที่จะเปิดเผยตัวต่อผู้วิจัย และการให้ความร่วมมือในการวิจัย
4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้
 - 4.1 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยเลือกพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชที่สนใจ จำนวน 3 คน โดยเลือกผู้ช่วยวิจัยที่สามารถพูดภาษาอังกฤษได้ 1 คน เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เลือกผู้ช่วยวิจัยที่พูดภาษาไทยได้ 1 คน ช่วยเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลสวนปรุง และผู้ช่วยวิจัยที่สามารถพูดภาษาไทยได้ 1 คน เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ร่วมเก็บรวบรวมกับผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยเก็บด้วยทุกแห่ง เพื่อร่วมเก็บข้อมูลและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประชากร และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ของผู้ช่วยวิจัยรวมทั้งการนำเครื่องมือไปใช้ ความหมายของการให้คะแนนของเครื่องมือทุกส่วน การขอความ

ร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และพิทักษ์สิทธิ์ผู้ตอบแบบสอบถาม เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินไปในแนวทางเดียวกัน

4.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยขออนุญาตบุคคลากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง โดยดูจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้

4.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความคุ้นเคยและลดความกังวล แจ้งวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยชี้แจงให้ทราบว่ามิสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการ นอกจากนี้เมื่อระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย แล้วไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยต่อ กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ และข้อมูลทั้งหมด จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมมาเข้าร่วมวิจัย

4.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยได้เรียงลำดับของแบบสอบถามที่ต้องใช้ความคิดในการตอบน้อย ไปยังแบบสอบถามที่ใช้ความคิดในการตอบเพิ่มมากขึ้น ระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกกระตือรือร้นทางด้านจิตใจ ผู้วิจัยอนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างหยุด การตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งประเมินอาการที่เกิดขึ้นและให้การพยาบาลเบื้องต้น หากกลุ่มตัวอย่างอาการดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ให้ตอบแบบสอบถามต่อ หรือบอกเลิกการตอบแบบสอบถามได้

4.4 หลังเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบ ความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ ซึ่งพบว่ามีจำนวนแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์มีทั้งสิ้นจำนวน 128 ฉบับ จากทั้งหมดจำนวน 150 ฉบับ(เนื่องจากมีผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบในบางข้อ) หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์แล้ว นำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ เพื่อสรุปผลการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอพบบกลุ่มตัวอย่าง แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ ได้แก่ การได้รับความเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์ การพิทักษ์สิทธิในการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงประโยชน์ของการนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ให้ได้ประโยชน์ต่อการปรับปรุงการพยาบาลในอนาคต ซึ่งคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบตามเวลา สามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ และไม่มีผลกระทบต่อการบริการที่ได้รับ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้ ถือเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล การมีผู้ดูแล การใช้สารเสพติด ด้วยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ด้วยค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามระดับคะแนนโดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนตามแนวคิดของ Brown et al. (1972)

3. วิเคราะห์การทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด ด้วยตัวแปรผลข้างเคียงของยา ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด การรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัว การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยาสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ อาการทางบวก อาการทางลบ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) และเสนอสมการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่สังกัดกรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด แบบประเมินผลข้างเคียงที่เกิดจากยา แบบประเมินความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด แบบประเมินการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ แบบประเมินการมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา แบบประเมินกลุ่มอาการทางบวก แบบประเมินกลุ่มอาการทางลบ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดวิเคราะห์ข้อมูล ด้วย สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา อาการทางบวก,อาการทางลบ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์และการถดถอยพหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับตัวแปรเกณฑ์ และสร้างสมการทำนายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ตอนที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดวิเคราะห์ข้อมูล ด้วย สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

ตัวแปร	จำนวน (n = 128)	ร้อยละ	Min	Max	\bar{X}	SD
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา			54	73	63.62	3.53
ระดับดีมาก (4.50-5.00)	0	0				
ระดับดี (3.50-4.49)	86	67.18				
ระดับปานกลาง (2.50-3.49)	40	31.25				
ระดับต่ำ (1.50-2.49)	2	1.56				
ระดับต่ำมาก (1.00-1.49)	0	0				
รวม	128	100				

จากตารางที่ 4 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับดีมีคะแนนเฉลี่ย 63.62 คะแนน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด มีระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับดี มีจำนวนสูงสุด 86 คน คิดเป็นร้อยละ 67.18 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 31.25 และระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.56 มีคะแนนอยู่ในช่วง 54-73

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายข้อ

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	\bar{X}	SD	ระดับ
- เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย ไม่หยุดรับประทานยา รักษาอาการทางจิตทันทีโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์	4.20	1.33	ดี
- เมื่อยาหมดไม่ซื้อยารักษาอาการทางจิตเอง โดยไม่ได้มาพบแพทย์ (ไม่รวมการสั่งซื้อยาทางไปรษณีย์)	3.94	0.84	ดี
- ไม่เพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	3.92	1.44	ดี
- มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	3.80	0.73	ดี
- ไม่มีอาการดีขึ้นแล้ว ยังมารับยาสม่ำเสมอ	3.81	0.62	ดี
- ขอให้แพทย์ปรับการรักษาเมื่ออาการทางจิตไม่ดีขึ้น	3.74	0.71	ดี
- ปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพในเรื่องการใช้ยา	3.69	0.73	ดี
- เมื่อมีอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต รับประทานยาลดอาการข้างเคียงที่แพทย์สั่งให้	3.64	1.12	ดี
- ไม่ลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	3.58	0.86	ดี
- รับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง	3.52	1.10	ดี
- รับประทานยาตรงตามเวลา	3.48	0.69	ปานกลาง
- เมื่อมีอาการผิดปกติรุนแรงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต รีบไปพบแพทย์ทันที	3.32	0.97	ปานกลาง
- ปรึกษากับทีมสุขภาพ เมื่อมีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติจากการใช้ยา	3.30	0.74	ปานกลาง
- ไม่รับประทานยานอนหลับเพิ่มโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง	3.18	0.77	ปานกลาง
- ไม่หยุดรับประทานยาโดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ	3.12	0.52	ปานกลาง
- ไม่ลืมรับประทานยา	3.08	0.50	ปานกลาง
- ไม่รับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น	2.44	0.45	ต่ำ
- ไม่หยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น	2.41	0.29	ต่ำ
รวม	63.62	3.53	ดี

จากตารางที่ 5 พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดโดยรวมอยู่ในระดับดีมีคะแนนเฉลี่ย 63.62 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมปฏิบัติในระดับดี โดยผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องเกี่ยวกับเมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย ไม่หยุดรับประทานยารักษาอาการทางจิตทันทีโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.20$) รองลงมาคือ เมื่อยาหมดไม่ซื้อยารักษาอาการทางจิตเอง โดยไม่ได้มาพบแพทย์ (ไม่รวมการสั่งซื้อยาทางไปรษณีย์) มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.94$) และไม่ได้เพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.92$) ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายข้อของผู้ป่วยจิตเภทที่มีค่าคะแนนต่ำสุด 3 ข้อคือ ไม่ลืมรับประทานยา ค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.08$) ไม่รับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น ค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 2.44$) ไม่หยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น ค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 2.41$)

ตอนที่ 2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา อาการทางบวก,อาการทางลบ ตารางที่ 6 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรต้นกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ตัวแปร	คะแนน เต็ม	Range	\bar{x}	SD	ระดับ
- ผลข้างเคียงของยา	65	18.00 - 35.00	25.18	3.27	ปานกลาง
- ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย(โดยวิธีการรับประทาน)	15	7.00 - 14.00	3.39	0.84	ต่ำ
- ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย(โดยวิธีการฉีด)	15	7.00 - 14.00	3.15	1.23	ต่ำ
- ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย(โดยวิธีการรับประทานและฉีด)	15	7.00 - 14.00	3.28	0.77	ต่ำ
- การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	20	9.00 - 20.00	17.92	1.65	ดี
- การรับรู้ความสมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด	162	98.00-118.00	106.39	3.53	ดี
- การรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัว	132	53.00 - 72.00	64.03	3.50	ดี
- สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ	45	26.00 - 37.00	32.07	1.48	ปานกลาง
- การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา	25	10.00 - 20.00	17.58	1.27	ดี
- อาการทางบวก	49	9.00 - 12.00	9.85	0.84	ต่ำ
- อาการทางลบ	49	10.00 - 24.00	13.92	2.72	ต่ำ

จากตารางที่ 6 พบว่าผลข้างเคียงที่เกิดจากยามีคะแนนในระดับปานกลาง(คะแนนเฉลี่ย 25.18) ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกายโดยวิธีการรับประทานมีคะแนนในระดับต่ำ(คะแนนเฉลี่ย 3.39) ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกายโดยวิธีการฉีดมีคะแนนในระดับต่ำ(คะแนนเฉลี่ย 3.15) ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกายโดยวิธีการรับประทานและฉีดมีคะแนนในระดับต่ำ(คะแนนเฉลี่ย 3.28) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีคะแนนในระดับดี(คะแนนเฉลี่ย 17.92) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดมีคะแนนในระดับดี(คะแนนเฉลี่ย 106.39) การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวมีคะแนนในระดับดี(คะแนนเฉลี่ย 63.03) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพมีคะแนนในระดับปานกลาง(คะแนนเฉลี่ย 32.07) การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยามีคะแนนอยู่ในระดับดี(คะแนนเฉลี่ย 17.58) อาการทางบวกมีคะแนนในระดับต่ำ(คะแนนเฉลี่ย 9.85) อาการทางลบมีคะแนนในระดับต่ำ(คะแนนเฉลี่ย 13.92)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์และการถดถอยพหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับตัวแปร
 เกณฑ์ และสร้างสมการทำนายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ
 รักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. พฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา												
2. ผลข้างเคียงของยา	-.095											
3. ความพึงพอใจในวิธีการ ได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย (รับประทาน)	-.042	-.175										
4. ความพึงพอใจในวิธีการ ได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย(ฉีด)	.102	.045	-.173									
5. ความพึงพอใจในวิธีการ ได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย (รับประทานและฉีด)	.086	.062	.183*	.281**								
6. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ ยาตามเกณฑ์การรักษา	.200*	-.196*	.062	-.109	.111							
7. การรับรู้ความสามารถ แห่งตนในการหลีกเลี่ยงการ เสพสารเสพติด	.168	.067	.062	-.052	.130	-.013*						
8. การรับรู้การแสดงอารมณ์ ของครอบครัว	-.038	-.098	.008	.017	-.071	-.022	.044					
9. สัมพันธภาพระหว่าง ผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ	-.159	-.008	-.088	.134	-.074	-.058	-.091	.147				
10. การมีผู้ดูแลด้านการใช้ ยา	.108	.188**	.059	-.088	-.082	-.029	-.178*	-.114	-.165			
11. อาการทางบวก	-.062	.236*	.079	-.204	.062	.131	-.068	.012	-.022	-.105		
12. อาการทางลบ	.080	-.045	-.134	.043	-.064	.074	.018	.048	.068	.045	.009	

จากตารางที่ 7 พบว่า ตัวแปรทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการพฤติกรรม
 การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด คือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ
 ผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ($r=.200$, $p<.05$) พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันสูง
 ที่สุดคือความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย(ฉีด) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความ
 พึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย(รับประทานและฉีด) ($r=.281$, $p<.05$)

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจการทำนาย (R^2) และการทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าอำนาจการทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด เมื่อใช้วิธีการถดถอยแบบเป็นขั้นตอน

ลำดับขั้นตัวทำนาย	R	R^2	R^2 change	F	p-value
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	.200	.040	.040	5.266	.023

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าอำนาจการทำนาย (R^2) เท่ากับ .040 แสดงว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดได้ ร้อยละ 4.0

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และค่าคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b ในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

ตัวทำนาย	b	S.E.b	Beta	t	p-value
-การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	.427	.186	.200	2.295	.023
R=.200 R^2 = .040 F= 5.266 Constant = 55.966					

* $p < .05$

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานพบว่าตัวแปรทำนายที่มีคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Beta = .200) เป็นตัวพยากรณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดได้ ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$\text{พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา} = 55.966 + .427 \text{ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา}$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา}} = .200Z_{\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วย จิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา}}$$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย ได้แก่ ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา อาการทางบวก, อาการทางลบ ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ประชากรได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดที่เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนและได้มีพฤติกรรมในการใช้ยาตามแผนการรักษา

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติใช้สารเสพติดที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ สุ่มจากโรงพยาบาลจิตเวชต่างจังหวัดที่มีขนาดใหญ่จำนวน 500 เติงขึ้นไป

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่าง(Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทมีประวัติใช้สารเสพติด ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD 10 และมีประวัติใช้สารเสพติดร่วมด้วย มีอายุระหว่าง 20-59 ปี เนื่องจากอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีวุฒิภาวะเพียงพอที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้
2. เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่
3. ไม่มีปัญหาการได้ยิน สื่อสารภาษาไทยเข้าใจสามารถพูดคุยตอบโต้ได้และอ่านออกเขียนได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เลือกโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนของแต่ละภาคในต่างจังหวัด โดยเลือกโรงพยาบาลที่มีจำนวนขนาด 500 เตียงขึ้นไป ในสังกัดกรมสุขภาพจิตที่อยู่ในภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวนภาคละ 1 โรงพยาบาล โดยการวิจัยครั้งนี้โรงพยาบาลที่ใช้เป็นสถานที่ในการเก็บข้อมูลคือ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

2. หาขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลโดยแบ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่าๆกัน ดังนั้นในแต่ละโรงพยาบาลจะมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลละ 50 คน

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนของแต่ละภาค ทั้ง 3 แห่ง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มายื่นบัตรตรวจที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จนได้จำนวนทั้งสิ้น 150 คน เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนได้คัดเลือกข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นฉบับสมบูรณ์จำนวน 128 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ได้ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 10 ส่วน ประกอบด้วย แบบวัดผลข้างเคียงของยา แบบสอบถามความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด แบบวัดการรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัว แบบวัดสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ แบบวัดการมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา แบบวัดกลุ่มอาการทางบวก แบบวัดกลุ่มอาการทางลบ แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนหลังจากนั้นนำมาหาค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ทุกชุดมีดังนี้ แบบวัดผลข้างเคียงของยา แบบสอบถามความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด แบบวัดการรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัว แบบวัดสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ แบบวัดการมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา แบบวัดกลุ่มอาการทางบวก แบบวัดกลุ่มอาการทางลบ แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เท่ากับ .85 .87 .84 .89 .90 .86 .90 .84 .85 และ .83 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล การมีผู้ดูแล การใช้สารเสพติด ด้วยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ด้วยค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดรายด้าน ได้แก่ปัจจัยด้าน ผลข้างเคียงของยา ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด การรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัว การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ อาการทางบวก อาการทางลบ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) และเสนอสมการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 3 ท่านเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม จำนวน 128 คน ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึง 30 มิถุนายน 2556 รวมเป็น 8 สัปดาห์ คัดเลือกได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ 128 ชุด

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมีคะแนนเฉลี่ย 63.62 คะแนน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด มีระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับดี มีจำนวนสูงสุด 86 คน คิดเป็นร้อยละ 63.18 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 31.25 และระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.56 มีคะแนนอยู่ในช่วง 54-73 คะแนน

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดโดยรวมอยู่ในระดับดีมีคะแนนเฉลี่ย 63.62 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการปฏิบัติในระดับดี โดยผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องเกี่ยวกับเมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย ไม่หยุดรับประทานยารักษาอาการทางจิตทันทีโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.20$) รองลงมาคือ เมื่อยาหมดไม่ซื้อยารักษาอาการทางจิตเอง โดยไม่ได้มาพบแพทย์ (ไม่รวมการสั่งซื้อยาทางไปรษณีย์) มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.94$) และไม่ได้เพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.92$) ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รายข้อของผู้ป่วยจิตเภทที่มีค่าคะแนนต่ำสุด 3 ข้อคือ ไม่รับประทานยา ค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.08$) ไม่รับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น ค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 2.44$) ไม่หยุดยาเอง เมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น ค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 2.41$)

3. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดพบว่า ผลข้างเคียงที่เกิดจากยามีคะแนนในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 25.18) ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกายโดยวิธีการรับประทานมีคะแนนในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 3.39) ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกายโดยวิธีการฉีดมีคะแนนในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 3.15) ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกายโดยวิธีการรับประทานและฉีดมีคะแนนในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 3.28) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีคะแนนในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 17.92) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการ

หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดมีคะแนนในระดับดี(คะแนนเฉลี่ย 106.39) การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวมีคะแนนในระดับดี(คะแนนเฉลี่ย 63.03) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพมีคะแนนในระดับปานกลาง(คะแนนเฉลี่ย 32.07) การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา มีคะแนนอยู่ในระดับดี(คะแนนเฉลี่ย 17.58) อาการทางบวกรมีคะแนนในระดับต่ำ(คะแนนเฉลี่ย 9.85) อาการทางลบมีคะแนนในระดับต่ำ(คะแนนเฉลี่ย 13.92)

4. ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณโดยการเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณโดยการเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 1 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยมีค่าอำนาจการทำนาย (R^2) เท่ากับ .040 แสดงว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดได้ ร้อยละ 4.0

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายตามลำดับดังนี้

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด มีระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับดีมีจำนวนสูงสุด 86 คน คิดเป็นร้อยละ 63.62 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 31.25 และระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.56 มีคะแนนอยู่ในช่วง 54-73 คะแนน คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเฉลี่ย 63.62 คะแนน การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์ และคณะ (2537) ที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าผู้ป่วยที่ร่วมมือใช้ยาต่อเนื่องมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือใช้ยาไม่ต่อเนื่องร้อยละ 59:41 นอกจากนี้ การศึกษาของ สาธุพร พุฒขาว (2541) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง ร้อยละ 72 ให้ความร่วมมือในการรักษาระดับดี มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 28 เท่านั้นที่ไม่ร่วมมือในการรักษา

แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Kumar and Sedgwick (2001) พบว่าผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 3 เดือน พบผู้ป่วยที่มารับการรักษาจำนวน 90 คนมีผู้ป่วยเพียง 29 คนที่ปฏิบัติตามแผนการรักษา อีก 61 คนไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก กับกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ อาจส่งผลให้ปฏิบัติตามแผนการรักษาแตกต่างกัน ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้โดยที่ไม่มีอาการทางจิตที่รุนแรง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด มีระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับดีมีจำนวนมากที่สุด

2. ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

ปัจจัยที่สามารถทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 1 ตัวแปรคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานพบว่าตัวแปรทำนายคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ($Beta=.200$)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พบว่าสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดได้ ($Beta=.200$) โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถจัดการกับสถานการณ์บางอย่างให้บรรลุตามความคาดหวังได้ มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน มีการวางแผนและเตรียมการฝึกฝนตนเอง คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Bandura, 1986) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Gecas (1989) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะประเมินสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ray et al. (2005) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีบทบาทสำคัญในการจัดการด้วยตนเอง ยอมรับการเปลี่ยนแปลงและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ จากการศึกษาของ Zhao (2000) ได้ศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการศึกษาของ Kyung Hee Shon and Si-Sung Park (2002) พบว่าประสิทธิผลของการให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาและการจัดการอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในเกาหลี โดยการนำเอาทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาใช้ พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองความร่วมมือในการรักษา พฤติกรรมร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้น และคะแนนการกลับเป็นซ้ำของโรคลดน้อยลงกว่ากลุ่มควบคุม และจากการศึกษาของ คริณธร มังคะมณี (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรก ผลพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสอดคล้องกับจากการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีคะแนนอยู่ในระดับดี ด้วยเหตุนี้ตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จึงสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดได้

3. ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

1) ผลข้างเคียงของยา จากผลการวิจัยพบว่าตัวแปรผลข้างเคียงของยา ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ สามารถอภิปรายได้ว่า จากผลการศึกษาพบว่าผลข้างเคียงของยากับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่มีความสัมพันธ์กัน และมีคะแนนเฉลี่ยผลข้างเคียงของยาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.18 อาจส่งผลน้อยต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการทนต่อผลข้างเคียงของยาของในแต่ละบุคคลนั้นไม่เท่ากันทำให้มีผลต่อ

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ต่างกัน ดังนั้นผลข้างเคียงของยาจึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Agarwal et al. (1998) ที่ศึกษาพบว่าปัจจัยที่สามารถแยกผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาออกจากผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาปัจจัยหนึ่งคือ การที่ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากยา

2) ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย จากผลการวิจัยพบว่าตัวแปรความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ สามารถอธิบายได้ว่า จากการศึกษาครั้งนี้ผลการศึกษาพบว่าความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกายทั้งวิธีการรับประทาน วิธีการฉีด วิธีการรับประทานและฉีด มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 3.39, 3.15 และ 3.28 ตามลำดับ จึงอาจทำให้ตัวแปรความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกายไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Kurmar & Sedgwick (2001) ที่พบว่าความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาฉีดทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องรับประทานยาทุกวัน ทำให้ความผิดพลาดในการปฏิบัติน้อยกว่าการกินยา ทำให้ผู้ป่วยสามารถได้รับยาติดต่อกัน ดังนั้นความพึงพอใจได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ และการศึกษาของ Gravaley (1991) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการรับประทานยาวันละเม็ดเดียวมากกว่ายาหลายเม็ด และพึงพอใจในการรับประทานยาวันละครั้งหรือไม่เกินวันละ 2 ครั้ง

3) การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด จากผลการวิจัยพบว่าตัวแปรการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จงรักษ์ ลิมพัฒน์ศิริ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ประโยชน์, การรับรู้อุปสรรค, การรับรู้สมรรถนะของตนเอง พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($x = 34.10$) และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

4) การรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัว จากผลการวิจัยพบว่าตัวแปรการรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัว ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ โดยในการศึกษาครั้งนี้พบว่าการรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จึงอาจทำให้ตัวแปรนี้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Oehl et al. (2000) พบว่าหากครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง เช่น ดุด่า หรือมีการควบคุมผู้ป่วยมากเกินไป มีผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดสูง ขาดแรงกระตุ้นในการรับการ จากการศึกษาพบว่าในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะมีผลต่อการสนับสนุนผู้ป่วย ให้ได้รับการรักษาที่ไม่ดี ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Magura et al. (2011) ที่ศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

5) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ จากผลการวิจัยพบว่าตัวแปรสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ สามารถอธิบายได้ว่า ขณะตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างอาจเกิดความลำเอียงในการตอบในเรื่องนี้เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเอง ทำให้ตัวแปรสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย

กับทีมสุขภาพไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ และจากการศึกษาของ สารุพร พุฒขาว (2541) ที่ศึกษาพบว่าความพึงพอใจต่อบริการของพยาบาลไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ศึกษาผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการสร้างเงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยพบว่าความรู้ภายหลังจากการสร้างสัมพันธภาพและสอนสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 รวมทั้งการรับประทานยาถูกต้องครบถ้วน การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และความพึงพอใจต่อบริการของพยาบาล ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

6) การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา จากผลการวิจัยพบว่าตัวแปรการมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และถึงแม้จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยจะมีผู้ดูแลด้านการใช้ยาแต่จากการประเมินประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของครอบครัวพบว่า ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมักมีความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลางจนถึงรุนแรง (Addington et al., 2005) ทำให้ผู้ดูแลอาจไม่อาจดูแลผู้ป่วยในการใช้ยาได้อย่างเต็มที่ และอิทธิพลของครอบครัวของผู้ป่วย ประสบการณ์ในอดีต ความเชื่อทางด้านศาสนา สื่อต่างๆ เป็นสิ่งที่ล้วนแต่มีผลต่อทัศนคติในการรับประทานยาของผู้ป่วยทั้งสิ้น โดยผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีความเชื่อว่าการรับประทานยาเป็นการตัดปัญหาความยุ่งยากของการเกิดอาการทางจิตซ้ำ จะมีแนวโน้มที่จะไม่ร่วมมือในการรักษา มากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาด้วยความเต็มใจ (Fleishchacker et al., 1994) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ (2549) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยามีคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา ($p < 0.001$) และการศึกษาของ Razali & Yahya (1995) ที่พบว่าความช่วยเหลือของครอบครัวมีความสำคัญ ที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา โดยการนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด หรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ช่วยเหลือจ่ายค่ายา รวมทั้งตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าครอบครัวที่ไม่มีผู้ดูแลในเรื่องนี้

7) อาการทางบวก จากผลการวิจัยพบว่าตัวแปรอาการทางบวก ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ อาจเนื่องมาจาก ผลการศึกษาพบว่าอาการทางบวกมีคะแนนในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 9.85 ซึ่งส่งผลให้อาการทางบวกไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Kurmar & Sedgwick (2001) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิดจะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา

8) อาการทางลบจากผลการวิจัยพบว่าตัวแปรอาการทางลบ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ อาจเนื่องมาจาก ผลการศึกษาพบว่าอาการทางลบมีคะแนนในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 13.92 ซึ่งส่งผลให้อาการทางลบไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Oehl et al. (2000) ที่พบว่าอาการทางลบทำให้ผู้ป่วย

ขาดแรงจูงใจในการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาเป็นแนวทางในการพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดได้ ดังนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดได้ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจิตเวชจะต้องมีการประเมินและค้นหาปัญหาในประเด็นดังกล่าว พร้อมทั้งค้นหาวิถีในการที่จะจัดกระทำกับปัจจัยดังกล่าวให้ลดลง หรือหมดไป เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำต่อไป

2. นำผลการวิจัยเป็นมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาปรับปรุงวางแผนปฏิบัติทางการพยาบาล โดยเน้นให้ความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในด้านการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้การดูแล

ด้านบริหาร

ผู้บริหารและบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต ควรมีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการดูแลที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำอย่างละเอียด เพื่อนำผลที่ได้มาวางแผนและปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาล ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้องต่อไป

2. พัฒนาไปแกมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดสำหรับพยาบาลและผู้ดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านความรู้และวิธีการปฏิบัติพร้อมหาแนวทางในการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วย

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2551). รายงาน ผลการปฏิบัติการประจำปี. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2556). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ2556 . นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กำพล ศรีวัฒน์กุล. (2528). คู่มือการใช้ยาฉบับสมบูรณ์. ปทุมธานี: สกายบุ๊คส์.
- กุสุมา แสงเดือนฉาย. (2544). กระบวนการกลายเป็นผู้ติดยาบ้าของวัยรุ่นชาย. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษณ์ชลี เพียรทอง. (2547). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กาญจนา ชัยเจริญ. (2547). การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2534). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนคนไทยภาคกลาง. โครงการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อพัฒนานักวิจัยหน้าใหม่แผนงานส่งเสริมการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2539). การเสริมสร้างพลังอำนาจวิชาชีพ. วรสารพยาบาลศาสตร์.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรงค์ ลีမ်พัฒนศิริ. (2546). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2552) การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่10. นนทบุรี:ยุทธินทร์การพิมพ์.
- ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์. (2544). กระบวนการกลายเป็นผู้ติดยาบ้าของวัยรุ่นชาย. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ชนมาภรณ์ พงษ์จันทร์เสถียร. (2549). ปัจจัยทำนายนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดารณี จามจรี. (2544) การศึกษาพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทของสังคมไทย ปริญญาโทระดับศึกษาระดับบัณฑิต, สาขาการศึกษาและพัฒนาหลักสูตร, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ทิวาพร พูเฟื่อง. (2544). การศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- ทานตะวัน แยมบุญเรือง. (2540). กรณีศึกษา: ผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพยาบาล.
- ทูลภา บุปผาสังข์. (2545). ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธงชัย อุ่นเอกลาภ. (2544). ยาบ้า. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก. พิมพ์ครั้งที่ 2.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2550). Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-T). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: แจนเซน- ซี้แลก.
- ธวัชชัย ลีหะนาจ. (2549). ตำราจิตเวชศาสตร์ การติดยาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: หจก. บางกอกบล็อก.
- นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก, คณะเภสัชศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2544). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผลทิพย์ ปานแดง. (2547). การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (2552) ตำราโรคจิตเภท. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์เพชร คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนก กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2544). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สวีชาญการพิมพ์
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2548). โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ยุวดี วงษ์แสง. (2548). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิต และจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพาพร มีหนองหว้า. (2552). ผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.

- สุชาติดา หุณทสาร. (2545). ปัจจัยทางจิต สังคมของโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์. (2536). ผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการให้เงื่อนไขผู้บกพร่องต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สรินทร เขียวโสธร. (2545). การสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้ว
- สมชาย จักรพันธุ์. (2543). แนวโน้มและทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก : รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- สมัยพร อาซาล. (2543). ความเชื่อสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สาธิต พุฒขาว. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภาวดี บุญชู. (2551). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หงส์ บันเทิงสุข. (2545). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2540). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: ชินต้าการพิมพ์.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554) การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์ และคณะ. (2542). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญา. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.

- Agarwal, M. R. et al. (1998). Non-compliance with treatment in patients suffering From schizophrenia : A study to evaluate possible contributing factors. *International Journal of Social Psychiatry* 44(2) : 92-106
- Azrin, N.H. and Teichner, G. (1998). Evaluation of instructional program for improving medication complianec for chonically mentally ill out patients. *Behavior Reserch Therapy*. 36 : 849-861.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Bandura, A. (1997). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Backer, C. (1995). The Development of Self-care Ability to Detect Early Signs of Relapse Among Individuals Who have schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 4(5):261-268.
- Becker, H.M. (1974). *The Health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Charles B. Slack, Inc.
- Conley RR, Kelly DL, Gale EA. Olanzapine response in treatment-refractory Schizophrenic patients with a history of substance abuse. *Schizophr Res* 1998; 33: 95-101.
- Chambers AR, Krystal JH, Self DW. A neurobiological basis for substance abuse Comorbidity in Schizophrenic. *Biol Psychiatry* 2001; 50: 71-81.
- Dixon, L.B. et al. (1991). Drug Abuse in schizophrenic patients: Clinical correlates and reasons for use. *American Psychiatric Association*. 148(2): 244-230.
- Dixon, L.B. et al. (1995). Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 21(4): 567-577.
- Farragher, B. (1999) Treatment compliance in the mental health service. *Irish Medication Journal* 92(6) : 1-3
- Frank, A.F. and Gunderson, J.G. (1990) The role of the therapeutic alliance in the treatment of Schizophrenia. *Archive General Psychiatry* 47:228-236
- Favod, J. (1993). Taking back control giving patients information about their drug regiments improves compliance. *Nursing Time*, 89(34):68-70.
- Fowles DC. (1992). Schizophrenia: diathesis-stress revisited. *Annu Rev Psychol* 1992; 43: 303-36
- Mueser K (1998), Drake R, Wallach M. Dual diagnosis ; a review of etiological theories. *Addict Behav* 1998

- Fleischhacher, W. W. et al. (1994). Compliance with antipsychotic drug treatment: Influence of Side effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89 (supplement 382): 11-15.
- Gecas, V. (1989). The social psychology of self-efficacy. *Annual Review of Sociology* 15:291-316.
- Green AI. (2007). Drake RE, Brunette MF, Noordsy DL. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *AM J Psychiatry* 2007;164: 402-8.
- Green AL, Zimmet SV, Strous RD, Schildkraut JJ. Clozapine for comorbid substance use disorders and Schizophrenia: do patients with Schizophrenia have a reward-deficiency syndrome that can be ameliorated by Clozapine? *Harv Rev Psychiatry* 1999; 6: 287-96.
- Hill and Smith. (1990). *Self-care nursing: Promotion of health*. 2nd ed. New Jersey:
- Hoffman, H. et al. (1994). Age and other factors relevant to rehospitalization of schizophrenic out-patient. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- Hunt, G. E. Bergen, J., Bashir, M., (2002). Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after a relapse. *Schizophrenia Research*. 54: 253-264.
- Hogan, T. P., Awad, A. G., and Eastwood, R. (1983). A Self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenia : Reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine* 13 : 177-183.
- Jenner L, Kanavanagh DJ, Greenway L, Saunders JB. (1998). *Dual Diagnosis Consortium 1998 Report*. Brisbane: Dual Diagnosis Consortium.
- Jablensky A . (1999). McGrath J, Herman H, et al. *People Living with Psychotic Illness: An Australian Study 1997-98*. National Mental Health Strategy, Commonwealth Department of health and Aged Care, 1999.
- Julius RJ, Novitsky MA Jr, Dubin, WR. Medication adherence: a review of the literature and implications for clinical practice. *J Psychiatric Pract* 2009 ;15:34-44
- Kaplan, H.I., Sadock, B . J. (1998). *Comprehensive Textbook of psychiatry*. Baltimore : Williams & Wilkins
- Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorder: a reconsideration And recent application. *Harv Rev Psychiatry* 1997; 4: 231-44.
- King, S and Dixon M.J. (1999). Expressed Emotion and Relapse in Young Schizophrenia Outpatients . *Schizophrenia Bulletin* 25(2): 377-386.
- Kofford et al. et al. (1986). Outpatient treatment of patients with substance abuse and coexisting psychiatric disorder. *Am J Psychiatry* 143 (7) : 867-872

- Kumar, S. and Sedgwick, P. (2001). Non-compliance to psychotropic medication in Eastern India : Clients' perspective. Part II . *Journal of Mental Health*, 10 (3) : 279-284
- Kyung-Hee Shon and Si-Sung Park. (2002). Medication and symptom management education Program for the rehabilitation of psychiatric patients in Korea: the effects of Promoting schedule on self-efficacy theory. *Yonsie Med J*. 43:579-589.
- Littrell KH, Petty RG, Hilligoss NM, Peabody CD, Johnson CG, Olanzapine treatment for patients with Schizophrenia and substance abuse. *J Subst Abuse Treat* (2007); 21: 217-21.
- Mallakh, P.E. (1998). Treatment model for clients with co-occurring addictive and mental Disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*. 12(2),71-80.
- Miller, J.F. (1992). *Coping with Chronic Illness:Overcoming Powerlessness*. 2nd ed. Philadelphia:Scandinavica.
- Magura S, Laudet A, Mahmood D ,et al. Medication adherence and participation in self-help groups designed for dually-diagnosed persons. *Psychiatric Serv*.2011;53 310-6
- Oehl, M., Hummer, M., & Fleischhacker, W.W. (2000). Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 102 (Suppl.407): 83-86.
- Owen, R.R. et al. (1996). Medical noncompliance and substance abuse among Patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*. 47(8): 853-858.
- Pan, P. C. and Tantam D. (1989). Clinical characteristics, health beliefs and compliance with Maintenance treatment : a comparison between regular and irregular attenders at a depot clinic. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 79:564-570
- Pitschel-Walz, Bauml, J., Bender W., Endel, R.R. & Wagmer, M. (2006) Psychoeducation and Compliance in the treatment of schizophrenia : result of the Munich Psychosis Information Project study. *Journal Clinical Psychiatry*, Mar; 67-75.
- Potvin S, Stip E, Roy JY. Clozapine and olanzapine among addicted Schizophrenia patients towards testable hypotheses. *Int Clin Psychopharmacol* 2003; 18: 121-32.
- Potvin S, Stip E, Roy JY. Schizophrenia and addiction: an evaluation of the self-medication hypothesis. *Encephale* 2003: 29: 193-203.
- Ran M.S., Xiang MZ., & Chan, CL. (2003). Effectiveness of psychoeducational intervention for Rural Chinese families experiencing schizophrenia—a randomised controlled. *Social Psychiatry Epidemiology*, 2003 Feb ; 38 (2) : 69-75.
- Razali, M.S., & Yahya, H. (1995). Compliance with treatment in schizophrenia: A drug intervention program in a developing program. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- Regier DA. (1990) . Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL , et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Result from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study . *JAMA* 1990

- Risser, N. L. (1975). Development of instrument to measure patient satisfaction with Nurses and nursing Care in primary care setting. *Nursing Research* 24(Jan-Fab) : 45-52.
- Roth RM, Brunette MF, Green AL. Treatment of substance use disorder in schizophrenia A unifying neurological mechanism 2005; 7:283-91.
- Sadock, J. B., Sadock & Sadock, A.V. (2000). Kaplan & Sadock'S Comprehensive textbook of psychiatry VII. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sullivan, G. (1995). Identifying modifiable risk factor for rehospitalization: case-control study Of seriously mentally ill persons in Missispp. *American Journal of Psychiatry*,152(12):1749-1756
- Tiet QQ, Mausbach B. (2007). Treatments for patients with dual diagnosis: a review. *Alcohol Clin Exp Res*.
- Zimmet SV, Strous RD, Burgess ES, Kohnstamm S, Green AL. Effects of . Clozapine on substance use in patients with Schizophrenia and schizoaffective disorders: a retrospective survey. *J Clin Psychopharmacol* 2000; 20: 94-8.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถานที่ปฏิบัติงาน

- | | |
|--|--|
| 1. อาจารย์แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล | นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์
สมเด็จพระเจ้าพระยา |
| 2. นางชลพร กองคำ | ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์
สมเด็จพระเจ้าพระยา |
| 3. นางเพชรี คันธสายบัว | ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์
สมเด็จพระเจ้าพระยา |
| 4. นางอำพัน หิรัญยุพา | ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสามชุก |
| 5. นางสาวิณี โต๊ะทอง | อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาล
จิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี |



รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง : โปรดตอบคำถามลงในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริง
เกี่ยวกับผู้ถูกสัมภาษณ์

1. เพศ ()ชาย ()หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา
 () ไม่ได้รับการศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา /
 ปวช.
 () อนุปริญญา / ปวส. () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญา
 ตรี
4. การประกอบอาชีพ
 () วางงาน () รับจ้าง () รับราชการ ()
 ค้าขาย
 () เกษตรกรรม () อื่นๆ ระบุ.....
5. สถานภาพ
 () โสด () หย่า () คู่ () แยกกันอยู่ ()
 หม้าย
6. การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน.....ครั้ง
7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี.....เดือน
8. การมีผู้ดูแล
 () มี (ระบุ).....
 () ไม่มี
9. การใช้สารเสพติด อย่างใดอย่างหนึ่ง ภายในช่วงเวลา 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล โดยการ
 รับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือโดยวิธีอื่นๆ เข้าสู่ร่างกาย
 () ใช้ () ไม่ใช่
 ถ้าใช้ให้ระบุประเภทที่ใช้จริง
 () ยาบ้า () ยาไอซ์ () แอลกอฮอล์ ()
 กัญชา () โคเคน () สารระเหย () อื่นๆ
 ระบุ.....

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลข้างเคียงของยา

คำชี้แจง: โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ที่อธิบายได้ตรงกับตัวท่านมากที่สุด แล้วทำเครื่องหมาย ✓

ลงในช่องด้านขวามือ

ระดับความคิดเห็น	ความหมาย	คะแนน
เกิดประจำ	ข้อความนั้นเกิดขึ้นทุกวัน	5
เกิดบ่อยครั้ง	ข้อความนั้นเกิดขึ้นเกือบทุกวัน	4
เกิดบางครั้ง	ข้อความนั้นเกิดขึ้นเดือนละ 1-2 ครั้ง	3
เกิดนานๆครั้ง	ข้อความนั้นเกิดขึ้นนานๆครั้ง	2
ไม่เกิดเลย	ข้อความนั้นไม่เกิดขึ้นเลย	1

ในการใช้ยารักษาอาการทางจิตของท่านมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด	เกิดประจำ	เกิดบ่อยครั้ง	เกิดบางครั้ง	เกิดนานๆครั้ง	ไม่เกิดเลย
1. ปากแห้งคอแห้งกระหายน้ำบ่อย					
2. อ่อนเพลีย ง่วงนอนจนทำงานไม่ได้					
13. มือสั่นเวลาอยู่เฉยๆ					

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย

คำชี้แจง : โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับความรู้สึกพอใจของท่านมากน้อยเพียงใด แล้ว

ขีด ✓ ในช่องที่ท่านรู้สึกมากที่สุด

พอใจมากที่สุด	หมายถึง	รู้สึกพอใจกับข้อความที่ระบุมากที่สุด
พอใจมาก	หมายถึง	รู้สึกพอใจกับข้อความที่ระบุมาก
พอใจปานกลาง	หมายถึง	รู้สึกพอใจกับข้อความที่ระบุปานกลาง
พอใจน้อย	หมายถึง	รู้สึกพอใจกับข้อความที่ระบุน้อย
ไม่พอใจ	หมายถึง	รู้สึกไม่พอใจกับข้อความที่ระบุเลย

ข้อความ	พอใจมากที่สุด	พอใจมาก	พอใจปานกลาง	พอใจน้อย	ไม่พอใจ
1. การกิน					
2. การฉีด					
3. การกินและการฉีด					

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำชี้แจง : โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อความให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อ ความคิด หรือความรู้สึกของท่าน
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเชื่อ ความคิด หรือความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1. โรคจิตเภทที่ท่านป่วยอยู่ มีสาเหตุจากการถูกระงับกระเทือนทางจิตใจอย่างหนักเท่านั้น		
2. โรคจิตเภทเป็นโรคที่ไม่มีโอกาสเกิดอาการ กำเริบซ้ำได้ แต่จะมีเพียงอาการเครียดง่ายเป็นบางครั้งเท่านั้น		
20. การมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ เป็นประโยชน์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท		

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัว

คำชี้แจง : โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านมากน้อยเพียงใด แล้วขีด

✓ ในลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดและขอความกรุณาตอบทุกข้อ เกณฑ์ในการตอบคำถามมีดังนี้

ช่องที่ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น โดยไม่ต้องคำนึงถึงความผิดหรือถูก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุนามากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุนามาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ไม่ค่อยเห็นด้วยกับข้อความที่ระบุน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุนเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ครอบครัวของท่านไม่ชอบพฤติกรรมหลายอย่าง ของท่าน				
2. ครอบครัวของท่านรู้สึกอายกับพฤติกรรมของท่าน				
33. เมื่อได้รับคำแนะนำท่านจะพยายามทำตาม				

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนที่ 7 แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ

คำชี้แจง : โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านมากน้อยเพียงใด แล้วขีด

✓ ในช่องที่ท่านเห็นด้วยในกิจกรรมนั้น โดยไม่ต้องคำนึงถึงความผิดหรือถูก

โดยกำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด	5
เห็นด้วยมาก	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมาก	4
เห็นด้วยปานกลาง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามปานกลาง	3
เห็นด้วยน้อย	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเล็กน้อย	2
ไม่เห็นด้วย	ไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็น ของท่านเลย	1

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
1. ทีมสุขภาพมีท่าทางเป็นมิตร					
9. ทีมสุขภาพเข้าใจปัญหาและความต้องการของท่าน					

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนที่ 8 แบบประเมินการมีผู้ดูแลด้านการใช้จ่าย

คำชี้แจง : โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านมากน้อยเพียงใด แล้วขีด

✓ ในช่องที่ท่านเห็นด้วยในกิจกรรมนั้น โดยไม่ต้องคำนึงถึงความผิดหรือถูก

โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ

ความหมาย

คะแนน

มากที่สุด	ข้อความนี้ตรงกับความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด	5
มาก	ข้อความนี้ตรงกับความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นส่วนมาก	4
ปานกลาง	ข้อความนี้ตรงกับความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามปานกลาง	3
เล็กน้อย	ข้อความนี้ตรงกับความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามเพียงเล็กน้อย	2
ไม่ตรงเลย	ข้อความนี้ไม่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามเลย	1

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ตรง เลย
1.ครอบครัวของท่านมีเงินเพียงพอ สำหรับใช้จ่ายในด้านต่างๆ เช่น ค่า รถ ค่าเดินทาง หรือค่า รักษาพยาบาล					
5. ท่านมีผู้ช่วยเหลือรับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายรับผิดชอบค่ารักษา					

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนที่ 9 แบบประเมินกลุ่มอาการทางบวก

คำชี้แจง : โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ และเลือกข้อความที่ตรงกับความรู้สึกและความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่าง โดยให้เลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว

คะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีอาการ
คะแนน 2	หมายถึง	มีอาการขั้นต่ำสุด
คะแนน 3	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
คะแนน 4	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
คะแนน 5	หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
คะแนน 6	หมายถึง	มีอาการรุนแรง
คะแนน 7	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมาก

อาการทางบวก	คะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
1. อาการหลงผิด							
2. ความคิดสับสน							
3. อาการประสาทหลอน							
4.อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย							
5.ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง							
6.ความคิดรู้สึกกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย							
7.ความรู้สึกว่าไม่เป็นมิตร							

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนที่ 10 แบบประเมินกลุ่มอาการทางลบ

คำชี้แจง: โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ และเลือกข้อความที่ตรงกับความรู้สึกและความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่าง โดยให้เลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว

คะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีอาการ
คะแนน 2	หมายถึง	มีอาการขั้นต่ำสุด
คะแนน 3	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
คะแนน 4	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
คะแนน 5	หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
คะแนน 6	หมายถึง	มีอาการรุนแรง
คะแนน 7	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมาก

อาการทางลบ	คะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
1. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ							
2. มีอารมณ์เฉยเมย							
3. มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง							
4. อาการแยกตัวจากสังคม							
5. มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม							
6. การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และไม่สนใจต่อเนื่อง							
7. การคิดอย่างตายตัว							



ภาคผนวก ค

ใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายนการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางพิมพ์ผกา กิตติวงศ์อื่น

ที่อยู่ติดต่อ 70/221 ประชาอุทิศ 113 แขวงทุ่งครุ เขตทุ่งครุ กรุงเทพฯ 10140 โทร 0860208084

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนในเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147,0-2218-8141 โทรสาร 0-2217-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(นางพิมพ์ผกา กิตติวงศ์อื่น)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Patient/ Participant Infoerm Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

ชื่อผู้วิจัย นางพิมพ์ผกา กิตติวงศ์อ่อน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

(ที่บ้าน) 70/221 ประชาอุทิศ 113 แขวงทุ่งครุ เขตทุ่งครุ กรุงเทพมหานคร 10140

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-4422500 ต่อ 59256 โทรศัพท์ที่บ้าน 02-8718360

โทรศัพท์มือถือ 086-0208084 E-mail : maruko_sung08@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ท่านได้รับการเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. โครงการนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

จิตเภทที่ใช้สารเสพติด

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดโดยรวมและรายด้าน

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย ได้แก่ ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา ความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา อาการทางบวก, อาการทางลบ ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้คือ 1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD 10 และมีประวัติใช้สารเสพติดร่วมด้วย มีอายุระหว่าง 20-59 ไม่มีปัญหาการได้ยิน สื่อสารภาษาไทย เข้าใจสามารถพูดคุยตอบโต้ได้และอ่านออกเขียนได้ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่

4. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 ราย โดยใช้เครื่องมือ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดผลข้างเคียงของยา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจในวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ส่วนที่ 5 แบบวัดการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด

ส่วนที่ 6 แบบวัดการรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัว

ส่วนที่ 7 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา

ส่วนที่ 9 แบบวัดกลุ่มอาการทางบวก

ส่วนที่ 10 แบบวัดกลุ่มอาการทางลบ

ส่วนที่ 11 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

5. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเนื่องจากร่วมการวิจัยเนื่องจากการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นการหาแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย และผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและลดการกลับเป็นซ้ำ

6. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ

7. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

8. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม

9. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2217-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางพิมพ์ผกา กิตติวงศ์อิน)



เอกสารเลขที่ 13/2556

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลสวนปรุง

โครงร่างวิจัย : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

ผู้ดำเนินการวิจัยหลัก : นางพิมพ์ผกา กิตติวงศ์อิน

สถานที่ดำเนินการวิจัย : โรงพยาบาลสวนปรุง

เอกสารที่พิจารณา :

1. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลสวนปรุง ได้พิจารณาโครงร่างวิจัยแล้ว
คณะกรรมการฯ พิจารณาในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสาร
โครงร่างวิจัยเป็นหลัก

สมาน นพ ประธานคณะกรรมการ
(นายปริทรรศ ศิลปกิจ)

SA ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง
(นายศิริศักดิ์ ธิติฉกรรต์)

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

แบบรายงานผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์

ชื่อโครงการ..... เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด”

เจ้าของการวิจัย / ผู้ขออนุมัติศึกษาวิจัย นางสาวพิมพ์ผกา กิตติวงศ์อิน

ผลการพิจารณา

- อนุมัติ (โดยไม่มีเงื่อนไข)
- อนุมัติโดยมีเงื่อนไข ให้ปรับปรุงแก้ไข ในประเด็น
- ให้ปรับปรุงแล้วนำเสนอเพื่อพิจารณาใหม่ ยังไม่อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ

ลงนาม 

(นายแพทย์ธรรณิทร์ กองสุข)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

6 / 10 / 56



เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

เลขที่ ๐๑๘/๒๕๕๖

คณะกรรมการวิจัย และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

ขอให้การรับรองว่า

ชื่องานวิจัย : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

ผู้วิจัยหลัก : นางพิมพ์ผกา กิตติวงศ์อื่น

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่เกี่ยวข้อง :

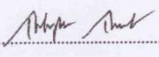
๑. โครงร่างงานวิจัย
๒. ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์
๓. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

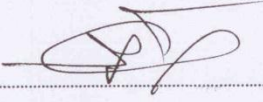
เป็นการวิจัยที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ของ International Guidelines for Human Research Protection ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization's Good Clinical Practice (ICH-GCP) ทุกประการ

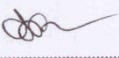
วันที่ยื่นพิจารณา : ๘ สิงหาคม ๒๕๕๖

เลขที่งานวิจัยที่ยื่นพิจารณา : ๒๐/๒๕๕๖

วันที่ได้รับการรับรอง : ๓ กันยายน ๒๕๕๖

ลงนาม  ประธานคณะกรรมการวิจัย
(นายแพทย์อิติพันธ์ อานีรัตน์)

ลงนาม  ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
(นายอัครพงษ์ ถนิมพาสน์)

ลงนาม  ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
(นายแพทย์พงศ์เกษม ไข่มุกด์)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางพิมพ์ผกา กิตติวงศ์อิน เกิดเมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2527 ที่อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เมื่อปีการศึกษา 2549 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY