

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาตำรา เอกสาร วารสาร บทความและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
  - 1.1 อุบัติการณ์
  - 1.2 สาเหตุของการเกิดโรค
  - 1.3 อาการและอาการแสดง
  - 1.4 การรักษา
2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท
  - 2.1 หลักการพยาบาล
  - 2.2 ระบบบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเภท
    - 2.2.1 ระบบบริการในโรงพยาบาล
    - 2.2.2 ระบบบริการในชุมชน
  - 2.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา
3. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
  - 3.1 ความหมาย
  - 3.2 องค์ประกอบ
  - 3.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
4. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภท ตามความหมายของ ICD-10 คือ โรคที่มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้เป็นหลักร่วมกับอารมณ์แบบไม่เหมาะสม (Inappropriate) หรือเฉยเมย (Blunted) ความสามารถทางสติสัมปชัญญะยังคงเป็นปกติ (ธนู ชาติธนานนท์, ม.ป.ป.) ส่วน สมภาพ เรื่องตระกูล (2542) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว นอกจากนี้ Fontaine (1999) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่

ประกอบด้วยลักษณะความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม รวมทั้งความสามารถในการติดต่อกับสังคมเสียไป

### 1.1 อุบัติการณ์

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยพบร้อยละ 0.5-1 ของประชากรทั่วไป พบในคนทุกเชื้อชาติในอัตราใกล้เคียงกัน อายุเมื่อเริ่มเป็นเป็นโรคอยู่ระหว่างวัยรุ่นตอนปลาย กับกลางอายุ 30 ผู้หญิงและผู้ชายมีโอกาสเป็นโรคนี้เท่า ๆ กัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะยากจน และมีการศึกษาน้อย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

### 1.2 สาเหตุของการเกิดโรค

Kaplan & Sadock (1988: 255) กล่าวว่าข้อบ่งชี้ถึงสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ ในปัจจุบันได้มีการศึกษาถึงสาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทไว้อย่างหลากหลาย และสาเหตุที่ได้รับการยอมรับกันมาก ได้แก่

#### 1. ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) ได้แก่

1.1 พันธุกรรม (Genetic factor) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวนั้นมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2534: 774) โดยพบ 10% ในบุคคลที่เป็นสายเลือดลำดับแรก และพบ 50% ในแฝดที่เป็นไข่ใบเดียวกัน (Carter, Elkin, and Vinogradov, 1999)

1.2 สารเคมีในสมอง (Biochemical factor) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) โดยมีสมมติฐานที่เชื่อว่าการเพิ่มขึ้นของสารโดพามีน (dopamine) จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต ซึ่งสมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น เมื่อได้รับยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ระงับการทำงานของสารโดพามีน ปัจจุบันเชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากภาวะสมดุลระหว่างสารซีโรโทนิน (serotonin) กับสารโดพามีนมีความผิดปกติ ทั้งนี้เนื่องจากการรักษาโรคจิตชนิดใหม่ มีการทำงานที่เกี่ยวข้องกับตัวรับซีโรโทนิน (serotonin receptors) มากกว่า ตัวรับโดพามีน (dopamine D2 receptors) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

#### 2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors)

เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิด

ปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคมนับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ตันติผลลาชีวะ, 2536; Taylor, 1994)

### 3. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Socioculture factors)

สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท มีการศึกษาพบว่าฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคทางจิตเภท นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมภายในครอบครัวก็ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทได้เช่นกัน (เกษม ตันติผลลาชีวะ, 2536)

## 1.3 อาการและการแสดง

อาการของโรคจิตเภทเป็นอาการที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันหรือรุนแรง ซึ่งอาจมีปัจจัยนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ โดยทั่วไปแบ่งอาการของโรคจิตเภทออกเป็น 2 กลุ่ม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542; Taylor, 1994 : 245) คือ

1. อาการทางบวก (Positive symptoms / Type I Syndrome) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความผิดปกติของความคิด ทั้งด้านเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิด ร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ อาการแสดงที่เด่นชัด คือ ความคิดหลงผิด (Delusion) อาการประสาทหลอน (Hallucination) พูดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว (Disorganize speech) และมีพฤติกรรมที่แสดงออกที่แปลกไปจากเดิม (Bizarre behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน

2. อาการทางลบ (Negative symptoms / Type II Syndrome) คือ การที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ในท่าเดียนานๆ โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Catatonic schizophrenia or Waxy flexibility) ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในด้านการแสดงอารมณ์ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) หรือเฉยเมย (Blunt หรือ Flattening) ซึ่งเกิดจากการมีความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไป บางรายมีอาการซึมเศร้า สับสน โดยทั่วไปผู้ป่วยมีอาการเหมือนกับขาดแรงกระตุ้นหรือขาดความสนใจ (เกษม ตันติผลลาชีวะ, 2536 : 366 และ Taylor, 1994 : 245)

อาการของผู้ป่วยต้องมีติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และในช่วงเวลาดังกล่าวต้องมีอาการในระยะที่โรคกำลังเป็นรุนแรง (Active phase) อย่างน้อย 1 เดือน

ผู้ป่วยอาจมีอาการไม่สบายนำมาก่อน (Prodromal symptoms) อาการที่พบในระยะนี้ เช่น มีความผิดปกติแปลก ๆ เช่น คิดว่าคนอื่นพูดเรื่องเกี่ยวกับตน หรือมีความคิดเกี่ยวกับเรื่องลึกลับ มีการรับรู้ที่ผิดปกติ เช่น รับรู้ว่าตนเองมีอำนาจที่ลึกลับ คำพูดของผู้ป่วยมักฟังไม่เข้าใจ พูดออกนอกประเด็น ขาดเหตุผล มีลักษณะเป็นนามธรรม หรือรูปธรรมมากเกินไป พฤติกรรมมีลักษณะแปลก ๆ เช่น พูดพึมพำคนเดียว หรือเก็บสะสมวัตถุสิ่งของแปลก ๆ และไม่มีค่า นอกจากนั้นผู้ป่วย

อาจมีอาการคล้ายอาการทางลบ ผู้ป่วยที่เคยมีกิจกรรมเกี่ยวกับสังคมอย่างดี อาจแยกตัวตัวเองจากผู้อื่น ขาดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น เคย พูดน้อยลง เจ็บขม และนอนเฉย ๆ โดยไม่ได้ทำอะไรเลย และภายหลังมีอาการในระยะรุนแรง แล้วผู้ป่วยอาจมีอาการหลงเหลืออยู่ (Residual symptoms) ซึ่งจะมีอาการคล้ายระยะที่มีอาการนำก่อนป่วย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

#### 1.4 การรักษา

จากข้อสันนิษฐานว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทเกิดขึ้นได้จากหลาย ๆ ปัจจัย ดังนั้น การรักษาโรคจิตเภทจึงมีหลายวิธี เช่น การรักษาทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ การรักษาทางด้านร่างกาย (Somatic treatment) เป็นการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drugs) ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช และการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) ซึ่งวิธีการรักษาแบบนี้จะใช้เมื่อมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคมเป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น ครอบครัวบำบัด สิ่งแวดล้อมบำบัด จิตบำบัดรายบุคคลและกลุ่ม การให้ความรู้ เป็นต้น (เกษม ต้นติผลลาชีวะ, 2536)

จะเห็นได้ว่าการรักษาโรคจิตเภทมีหลายวิธี แต่ในรายงานการวิจัยฉบับนี้จะกล่าวถึงรายละเอียดเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยาเท่านั้น

ยารักษาโรคจิต (Antipsychotics, Neuroleptics, Major tranquilizers) เป็นยาที่มีคุณสมบัติในการรักษาโรคจิตชนิดต่างๆ (เกษม ต้นติผลลาชีวะ, 2536) โดยยาดังแรกที่ค้นพบ คือ คลอโปรมาซีน (chlorpromazine) ในปี 2493 ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการรักษาโรคจิตเภท และการค้นพบยาชนิดอื่นๆ (Herz & Marder, 2002) การรักษาด้วยยาเป็นการรักษาที่มีความสำคัญ และเป็นการรักษาส่วนใหญ่ของการรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบัน และถือว่าเป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ดีที่สุด

##### 1. ชนิดของยารักษาอาการทางจิต

ปัจจุบันยานำมารักษาโรคจิตเภทมีดังต่อไปนี้ (เกษม ต้นติผลลาชีวะ, 2536; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) คือ

##### 1.1 ยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิม (Typical antipsychotics) เช่น

1.1.1. Phenothiazines เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่ใช้กันแพร่หลายที่สุด ยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิด มีสูตรโครงสร้างเหมือนกัน แต่มี side chain แตกต่างกัน 3 แบบ ทำให้มีฤทธิ์แตกต่างกัน คือ

Aliphatic เป็นกลุ่มที่มี side chain ตรง มีฤทธิ์ทำให้วงนอนสูง และมีฤทธิ์ข้างเคียงคือ ความดันโลหิตต่ำมากกว่ากลุ่มอื่น ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น Chlorpromazine, Triflupromazine

Piperridines มีฤทธิ์ทำให้วงนอนปานกลาง ข้อดี คือ มีฤทธิ์ Extrapyrmidal side effect สูงกว่ากลุ่มอื่น แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงต้าน anticholinergic สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Thioridazine

Piperrazines เป็นยากลุ่มที่มี potency สูง มีฤทธิ์ sedative น้อย แต่มี Extrapyrmidal side effect สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Perphenazine Trifluoperazine Fluphenazine

1.1.2 Thioxanthene เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ Phenothiazines มาก แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกันไปด้วย ยาในกลุ่มนี้ เช่น Chorprothixene, Thiothixene, Flupenthixol และ Chopenthixol

1.1.3 Butyrophenones เป็นยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์สูง มีฤทธิ์วงนอนน้อยและมี Extrapyrmidal side effect สูง คล้ายกับ Phenothiazines กลุ่ม Piperazine side chain ตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้ เช่น Haloperidol และ Triperidol

1.1.4 Dibenzoxanzepines ยากลุ่มนี้มีใช้ในเมืองไทยตัวเดียว คือ Loxapine

1.1.5 Diphenybutypiperidines ใช้ในประเทศไทย 2 ตัว คือ Pimozide และ Penfluridol

1.1.6 Benzamides ตัวอย่าง เช่น Sulpiride

1.1.7 Reserpine ปัจจุบันไม่ใช่เป็นยารักษาโรคจิตแล้ว แต่ใช้เป็นยาแก้ปวด

## 1.2 ยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ (New antipsychotics)

ยาในกลุ่มนี้มี 2 ชนิด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542 : 80) คือ

1.2.1 Clozapine จะได้ผลดีในการรักษาโรคจิตเภท โดยได้ผลดีทั้งอาการทางบวก และอาการทางลบ รวมทั้งได้ผลดีพอสมควรในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งต่อต้านการรักษา

1.2.2 Resperidone เป็นยารักษาโรคจิตที่มีประสิทธิภาพเท่า haloperidol แต่ต้องให้ขนาดปานกลาง (4-10 มิลลิกรัม ต่อวัน) และจะมีผลข้างเคียงน้อยกว่า haloperidol

## 2. กลไกการออกฤทธิ์

2.1 ยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมมีกลไกการออกฤทธิ์ที่สำคัญ คือ การ block dopamine receptors ในสมองนอกจากนั้นยังออกฤทธิ์ block receptor ของ catecholamines ตัวอื่น ๆ และรบกวน catecholamine storage ด้วยทั้งของ serotonin, norepinephrine และ dopamine

การ block dopamine receptors เป็นผลให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงที่มีลักษณะคล้าย Parkinsonism ขึ้น และถ้า receptor ถูก block นาน ๆ ก็อาจทำให้เกิดการสังเคราะห์

dopamine เพิ่มขึ้น อันเป็นผลทำให้เกิดภาวะ denervation hypersensitivity ซึ่งเชื่อว่าเป็นสาเหตุของ Tardive dyskinesia

2.2 ยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่ออกฤทธิ์สกัดกั้น dopamine ที่ D2 receptor นอกจากนั้นยังออกฤทธิ์ต่อ serotonergic, noradrenergic, cholinergic และ histaminergic receptors ในสัดส่วนที่แตกต่างกันสำหรับยาแต่ละตัว ทำให้มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน

ส่วนยารักษาโรคจิตชนิดใหม่มีการออกฤทธิ์สกัดกั้น serotonin, noradrenaline, acetylcholine และ histamine มากกว่า dopamine และออกฤทธิ์ D1 antagonist ยังมากกว่าฤทธิ์ D2 antagonist ด้วย โดยออกฤทธิ์ที่ cortex และ limbic system มากกว่า basal ganglia ทำให้ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาท

### 3. การดูดซึมและการกำจัดยาออกจากร่างกาย

ยารักษาโรคจิต ที่ได้รับการศึกษามากที่สุด คือ กลุ่ม Phenothiazine โดยเฉพาะ Chlorpromazine ยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่ถูกดูดซึมได้เกือบทั้งหมดในทางเดินอาหาร โดยมี absorptive half life 1.5 ชั่วโมง และระดับของยาขึ้นสูงสุดในพลาสมา ภายใน 2-4 ชั่วโมง

Metabolism ของยารักษาโรคจิตเกิดขึ้นที่ตับ โดยผ่านกระบวนการหลายอย่าง เช่น demethylation, sulfoxidation, hydroxylation และ glucuronidation

ยาในกลุ่ม Phenothiazine มี eliminative phase 7.5-35 ชั่วโมง สำหรับแบบกินใกล้ เคียงกับกลุ่ม Butyrophenones คือ Haloperidol ซึ่งมี half life 12-38 ชั่วโมง เมื่อใช้แบบกิน และ 10-19 ชั่วโมงสำหรับแบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำ Metabolism ของ Butyrophenon ไม่ซับซ้อน เหมือนในกลุ่ม Phenothiazine คือ ส่วนใหญ่เป็น oxidation

## 2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่ทำให้บุคคลขาดสมรรถภาพในการดำรงชีวิตที่สมบูรณ์ ทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นหรือสังคมในการดำรงชีวิต พยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรที่มอบคุณภาพที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย โดยการปฏิบัติการพยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

### 2.1 หลักการพยาบาล

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด และมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิด และการรับรู้เป็นลักษณะเด่น ปัญหาที่สำคัญของของผู้ป่วยจิตเภท คือ การเผชิญกับความบกพร่องและการขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (McBride and Austin, 1996) ที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว เป้าหมายหลักของการพยาบาลจึงไม่ได้มุ่งดูแลเฉพาะการ

บำบัดอาการของโรค การดูแลผู้ป่วยจึงต้องให้การดูแล “บุคคล” สำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึง คือ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

1. เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งรวมถึงจิตสังคมและจิตวิญญาณ

2. คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนอีกด้วย

3. การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ต้องครอบคลุมการดูแลและการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วย คือ การช่วยให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษา/บรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

ในสภาพของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มุ่งพัฒนาระบบบริการพยาบาล โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการบริการควบคู่กันไป ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวมและหลักปฏิบัติที่พยาบาลควรมี เติบโตจากแนวการพยาบาลที่มีอยู่เพื่อให้เกิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่สมบูรณ์ขึ้น ได้แก่

1. การแลกเปลี่ยนข้อมูลและให้การศึกษแก่ผู้รับบริการ (Sharing information and education) เพื่อให้ผู้รับบริการได้นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษาและการปฏิบัติ อันแสดงถึงความรับผิดชอบที่ผู้รับบริการพึงมีต่อตนเองและต่อการรักษาสุขภาพของตนเอง

2. การให้ผู้รับบริการได้ร่วมตัดสินใจ (Sharing of decision making) เพื่อให้ผู้รับบริการได้เลือกสิ่งที่เหมาะสม และดีที่สุดสำหรับตนเอง เพราะตัวผู้ป่วยเองเท่านั้นที่จะรู้ว่าสถานการณ์ของตนเป็นอย่างไร และควรเลือกอะไร สิ่งสำคัญที่สุด คือ การให้ข้อมูลต้องชัดเจนและเพียงพอ

3. การตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาลต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงที่เหมาะสม (Realistic Goal-setting) ในการตั้งเป้าหมายเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องตั้งร่วมกับผู้รับบริการ โดยเป้าหมายที่ตั้งไว้จะต้องอยู่บนเหตุผลของความถูกต้องเหมาะสมและผู้รับบริการรับได้

4. พยาบาลและผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Working together in therapy) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะสร้างสรรค์ และเป็นสัมพันธภาพเพื่อการรักษา

## 2.2 ระบบบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

การปฏิบัติการของพยาบาลจิตเวช ต้องใช้การผสมผสานวิธีการปฏิบัติที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับสถานการณ์แวดล้อม สถานที่ และภาวะสุขภาพของผู้รับบริการในขณะที่พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามสถานที่ที่พยาบาลปฏิบัติงาน นอกจากนั้น การปฏิบัติการพยาบาลจะมีความแตกต่างกัน เมื่อพยาบาลดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีสภาวะแตกต่างกัน แต่การพยาบาลโดยเน้นองค์รวมก็ยังคงจำเป็นที่พยาบาลจะต้องคำนึงถึงตลอดเวลา เพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการและคุณภาพบริการพยาบาล สำหรับผู้รับบริการพยาบาลที่เป็นผู้ป่วยจิตเภท หากแบ่งความต้องการการพยาบาลตามสถานที่ให้บริการ จะสามารถแบ่งระบบการบริการออกได้ดังนี้ คือ

### 2.2.1 ระบบบริการในโรงพยาบาล

การรับผู้ป่วยจิตเภทไว้รับการรักษาในโรงพยาบาล จะกระทำในกรณีต่อไปนี้ คือ (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534)

1. มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น
2. มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงรุนแรงจากยา
3. เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
4. มีปัญหาในการวินิจฉัย

ขณะรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการทางจิตรุนแรง (Acute phase) ทั้งอาการทางบวกและลบ มีความผิดปกติทางด้านความคิด การตัดสินใจ (Herz and Marder, 2002) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการตอบสนองของความต้องการของผู้รับบริการเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตตามปกติ สามารถทำได้โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตที่เป็นสุข (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ดังนี้

1. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล
2. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับความวิตกกังวล อารมณ์ และการแสดงออก การควบคุมอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมของตน
3. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคล ด้านต่าง ๆ ดังนี้

3.1 การดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองของความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย เช่น การดูแลทำความสะอาด



ร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การดูแลการเคลื่อนไหวของร่างกายและขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น

3.2 การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่อยู่รอบข้าง และการมีกิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่น

3.3 การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ ความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิตเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนการคิด ความรู้สึก การแสดงออกและการกระทำ

3.4 การมีสมรรถนะด้านร่างกาย หรือมีความแข็งแรงด้านร่างกาย ได้แก่ การดำรงรักษา เสริมสร้างความแข็งแรงของระบบกายวิภาคและสรีรภาพของบุคคลให้ทำหน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคล สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุข

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช ซึ่งจะช่วยในด้านอื่น ๆ ที่นอกเหนือไปจากเรื่องยา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล โดยเฉลี่ย 3-6 สัปดาห์

### 2.2.1 ระบบบริการในชุมชน

แนวโน้มการรักษาพยาบาลในระยะนี้จะเน้นที่ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจะถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในช่วงสั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรเป็นหน้าที่ของญาติหรือครอบครัว ซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) โดยญาติและครอบครัวควรดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเองที่บ้านต่อเองที่บ้านและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วย ญาติและครอบครัวมีความสามารถจำกัดทั้งด้านกำลังกายและความคิด ซึ่งไม่สามารถกระทำสิ่งใด ๆ ให้สำเร็จลุล่วงไปตามความต้องการทุกอย่างได้ด้วย ตนเองตามลำพัง (ธงชัย สันติวงศ์, 2537 อ้างถึงใน กัลยาณี โนนินทร์, 2542) จึงต้องการพึ่งพาหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อนำมาเป็นแหล่งประโยชน์ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวต่อไป หน่วยงานหรือองค์กรที่ให้บริการด้านสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ ศูนย์สาธารณสุขชุมชน (ศสมช.) สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน ส่วนหน่วยงานหรือองค์กรที่ไม่ได้ให้บริการด้านสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน และสามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) ศูนย์ฝึกอาชีพ รวมถึงมูลนิธิต่าง ๆ ที่ตั้งขึ้นมาโดยวัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อให้การรักษาพยาบาลในชุมชนมีความต่อเนื่อง จึงมีการใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลเบื้องต้นในท้องถิ่นหรือสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุด จะเป็นการช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายให้น้อยลง ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือซับซ้อนควรได้รับการรักษาพยาบาลจากผู้ชำนาญเฉพาะสาขา จะเป็นการส่งต่อจากระดับล่างไปสู่ระดับบน หรือระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ ไปสู่ระดับจังหวัด ส่วนการส่งต่อจากระดับบนมาสู่ระดับล่าง คือ เมื่อผู้ป่วยรับการรักษาในระดับจังหวัด หรืออำเภอแล้วมีอาการทุเลาลงสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่ยังคงต้องการดูแลต่อเนื่อง ก็อาจส่งผู้ป่วยกลับมารักษาต่อเนื่องไปยังสถานบริการซึ่งอยู่ใกล้บ้านที่สุด ได้โดยไม่จำเป็นต้องค้างในสถานบริการนั้น เป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งฝ่ายผู้ป่วยและงบประมาณของรัฐบาล และยังทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น ซึ่งระบบการส่งต่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Chromiak, 1992 อ้างถึงใน กัลยาณี โนอินทร์, 2542) เพื่อนำผู้ป่วยที่พร้อมจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปยังบ้านหรือชุมชน ทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

รูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ได้แก่ การดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งมีแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ดังนี้ (กัลยาณี โนอินทร์, 2542)

1. เป็นบริการเชิงรุก ที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการทั้งในผู้ที่มีภาวะสุขภาพดี เจ็บป่วย พิการ หรือป่วยหนัก เพื่อทุเลาความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน
2. เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพพร้อมกัน
3. เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
4. เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพ และการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข
5. เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
6. เป็นบริการที่มีระบบบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว
7. เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

กล่าวโดยสรุป แนวคิดการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีลักษณะการบริการแบบผสมผสานและต่อเนื่องด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้ที่มีปัญหาทาง

สุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือและการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

หลักการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

โดยใช้หลักการเดียวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปที่บ้าน ซึ่งปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบอย่างกว้างขวางทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนจากอดีตจนปัจจุบัน โดยดำเนินการตาม วัตถุประสงค์ ดังนี้ (Klebnoff, 1989; Pelletier, 1988 อ้างถึงใน อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย, 2543)

1. ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด
2. ลดอัตราการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. พัฒนาการทำการงานเป็นทีมกับชุมชน
4. ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และผู้ป่วยกับผู้บำบัด
5. ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วน ซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล
6. ประสานการติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน
7. เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว
8. ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว
9. เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์ การให้ยา การมีกิจกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม
10. จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลรักษาด้านสุขภาพและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า การรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการรักษาพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งญาติและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วย รวมทั้งมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน เพราะถือว่าญาติและครอบครัวเป็นเครือข่ายที่สำคัญ และเชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด การส่งเสริมและสนับสนุนให้ญาติ ครอบครัว ชุมชน หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะต้องอาศัยความร่วมมือและการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ จึงจะสามารถนำแหล่งประโยชน์จากญาติ ครอบครัว ชุมชน หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วย ทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และของรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย

## 2.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญ และต้องกระทำต่อเนื่องทั้งขณะให้การดูแลในโรงพยาบาลและขณะอยู่ที่บ้าน เนื่องจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นปัญหาที่สำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำ การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการปรับตัวในสังคมที่ไม่ดี ซึ่ง Corrigan et al. (1990 cited in Forman, 1993) กล่าวว่า เป็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องที่เชื่อว่าการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีหรือไม่ เกิดจากแรงจูงใจหรือการต่อต้านของผู้ป่วยเอง โดยบุคลากรสามารถเข้าไปเกี่ยวข้องได้น้อยมาก โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมี พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง แนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ (Forman, 1993; )

1. ควรคำนึงถึงสาเหตุสำคัญของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา
2. ต้องทำความเข้าใจกับเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนจะหยุดใช้ยาเนื่องจากคิดว่าตัวเองหายแล้ว ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดว่าตนเองใหญ่โตจะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขกับความคิดที่ผิดปกติดังกล่าว ทำให้ไม่ต้องการรับการรักษา รวมทั้งความคิดหลงผิดของตนเอง

### 3. การปฏิบัติการพยาบาล

Marland (1999) ได้กล่าวถึงแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้วิธีการเพิ่มความมีอิสระ (autonomy) และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้

3.1 การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล พยาบาลสามารถใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (1985) ในการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ต้องอาศัยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ ความคิดของผู้ป่วย สิ่งที่ยาบาลจำเป็นต้องประเมิน คือ อาการผิดปกติดังกล่าว ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการรักษา เป็นต้น

3.2 การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ขึ้นอยู่กับการได้รับข้อมูล การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการยินยอมรับการรักษา ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องการตัดสินใจ ดังนั้นสิทธิในการตัดสินใจอย่างถูกต้องด้วยตัวของผู้ป่วยเอง ยังเป็นเรื่องที่ถูกถกเถียงอย่างกว้างขวางและเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะของพยาบาลจิตเวช ในการส่งเสริมผู้ป่วยที่มีความสามารถในการตัดสินใจแตกต่างกัน ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่มีความบกพร่องในการตัดสินใจและสามารถตัดสินใจอย่างอิสระ Marland (1999) เสนอแนวทางการปฏิบัติว่าถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการ

เจ็บป่วย ควรให้แรงจูงใจเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อรักษา แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ ก่อนจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง แต่สำหรับผู้ป่วยบางรายการใช้ยาเพื่อการรักษาเป็นการแสดงถึงการต้องพึ่งพา พยาบาลจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่ายาสสามารถควบคุมชีวิตให้ปกติ (Litrell, 1996 cited in Marland, 1999) และเป้าหมายของการรักษาจะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล พยาบาล และทีมสุขภาพ

การส่งเสริมความร่วมมือ เหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน การปฏิบัติกรพยาบาลจะต้องปฏิบัติตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยควรได้รับการติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การเรียนรู้ของผู้ป่วยเพื่อแยกอาการแสดงที่ผิดปกติ การจัดการกับความผิดปกติเกี่ยวกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา การรับรู้ของผู้ป่วยว่าสามารถพูดคุยถึงการปรับเปลี่ยนเวลาในการรับประทานยาที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต เช่น ต้องทำงานตอนกลางคืน อาจปรับยาก่อนนอนเป็นเวลากลางวัน เป็นเรื่องที่พยาบาลและบุคลากรในทีมต้องคำนึงถึง นอกจากนั้นความสามารถในการเรียนรู้เรื่องเหตุผลในการใช้ยาขึ้นอยู่กับความพร้อม ข้อจำกัดและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย การประเมินสภาพผู้ป่วย แหล่งสนับสนุน การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในแหล่งบริการที่สะดวก เป็นต้น

3.3 การประเมินผล การประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ การสังเกตการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยญาติผู้ดูแล พยาบาล และทีมสุขภาพ หรือการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจะต้องใช้ควบคู่กัน การเปิดเผยความจริงจากผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกไว้วางใจว่าสามารถบอกถึงความต้องการของตนเอง ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดคุยอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้ยา การตรวจสอบผู้ป่วยอาจต้องมีการพูดคุยทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรเพื่อรักษาสัมพันธภาพ ความรู้สึกไว้วางใจ ให้เกิดผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาต่อไป

#### 4. การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน (Community programs)

เป็นการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งการติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง และการได้รับการรักษาที่เหมาะสม ซึ่ง Olofson (1990 cited in Kay, 1998) กล่าวว่า การดูแลในชุมชนที่จะได้ผล ต้องสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งต้องมีการดูแลที่สามารถส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพของผู้ป่วยด้วย จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติ

Kay (1998) กล่าวว่า วิธีการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อวางแผนเพิ่มการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและวิธีการเผชิญความเครียด ร่วมกับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพจิต เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี

พฤติกรรมการใช้ยาดีขึ้น ลดการป่วยซ้ำ นอกจากนี้วิธีการสอนที่ปฏิบัติในกลุ่มครอบครัวที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้แต่ละครอบครัวมีเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การสอนรายกลุ่มและรายบุคคลเกี่ยวกับการใช้ยา โดยกลุ่มจะต้องประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีลักษณะความเจ็บป่วย และความสามารถในการทำหน้าที่คล้ายคลึงกัน โดยกระตุ้นให้กลุ่มเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การ และปัญหาการใช้ยารักษาทางจิต โดยระหว่างกระบวนการกลุ่มพยาบาลสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับยา ความเจ็บป่วย ตามความพร้อมของผู้ป่วย และสามารถทำให้เกิดกลุ่มความร่วมมือช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนได้อีกด้วย

### 3. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

แนวคิดในปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุที่สำคัญสาเหตุหนึ่งของโรคจิตเภท คือ ปัจจัยด้านชีวเคมีในสมอง ผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทจึงได้รับความสนใจ ซึ่งจากการศึกษาสามารถรวบรวมได้ ดังนี้

#### 3.1 ความหมาย

เพชรี คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ได้รับ รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

Dracup & Meleis (1982) กล่าวถึง ความหมายของการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยไว้ว่า หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำที่ผู้ป่วยเลือกที่จะปฏิบัติด้วยความเต็มใจ โดยที่พฤติกรรมหรือการกระทำนั้นสอดคล้องกับคำแนะนำ และแผนการรักษาของแพทย์

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

Kumar & Sedgwick (2001a) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสามารถอธิบายได้ด้วยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา หรือการใช้ยาที่อาจจะผิดพลาดได้บ้างเป็นบางครั้ง ซึ่งการใช้ยาที่ผิดพลาด 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ Kumar & Sedgwick ยังถือว่าเป็นการใช้ยาที่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา แต่ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาเฉพาะเมื่ออาการแสดงของโรคมีความรุนแรงขึ้น หรือหยุดใช้ยาจะแสดงถึงการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา

จากความหมายดังกล่าวจะเห็นได้ว่าได้ว่า ลักษณะของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง ตามความหมายของผู้วิจัยแต่ละคนมีความแตกต่างกันแต่พอสรุปได้ว่า หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

### 3.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการศึกษาแนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีผู้กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังนี้

Farragher (1999) กล่าวถึง ลักษณะของพฤติกรรมที่ไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทว่าจะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ

1. การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยา หรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติ
2. การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา
3. การใช้ยามืดเวลา
4. การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา
5. การใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา

ส่วน เพซรี คันธสายบัว (2544) กล่าวถึงลักษณะพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วย

1. การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างเคร่งครัด และสม่ำเสมอ ไม่ลดหรือเพิ่มจำนวนเม็ดยาเองตามความพอใจ
2. การสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น รวมทั้งสามารถบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาด้วยยาให้ทีมการรักษาได้อย่างถูกต้อง

ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าว อาจสรุปได้ว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ

1. การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลด หรือเพิ่มขนาดยามากกว่าแผนการรักษา

2. ความสามารถในการสังเกต และการจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิตที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในในระหว่างการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้ถูกต้อง

### 3.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการทบทวนรายงานการวิจัยต่าง ๆ พบวิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พอสรุปได้ดังนี้ (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536; สาธุพร พุฒขาว, 2541; เพชรี คันธสายบัว, 2544; Fenton et al., 1997; Agarwal et al., 1998) คือ

#### 1. การประเมินโดยตรง (Direct method)

วิธีการประเมินโดยตรง คือ การวัดระดับปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้ โดยติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของระดับยาหรือปริมาณยาตามแต่ความเหมาะสม ได้แก่

1.1 การวัดระดับยาในเลือด (Blood level monitoring) โดยใช้หลักการเปลี่ยนแปลงของยา (Drug metabolites) ในเลือด หรือพลาสมา จะมีความสัมพันธ์กับขนาดของยาที่ได้รับเมื่อถึงระดับคงที่ของยาในเลือด (Steady state) และการที่ระดับของยาในเลือดมีผลโดยตรงต่อการรักษา ดังนั้นเมื่อทำการวัดระดับยาหรือการเปลี่ยนแปลงของยาก็ทราบว่าผู้ป่วยใช้ยาหรือไม่

1.2 วัดปริมาณยาในปัสสาวะ ใช้หลักการเกี่ยวกับการวัดระดับยาในเลือด แต่ยาที่จะวัดโดยวิธีนี้ได้ ต้องเป็นยาที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ มีผู้วิจัยโดยใช้วิธีนี้ เช่น กลุ่มยารักษาโรคจิต ยารักษาวัณโรค

1.3 การวัดปริมาณยาจากสิ่งขับหลังออกจากร่างกายอื่น ๆ เช่น น้ำลาย อุจจาระ ลมหายใจ

วิธีการประเมินโดยตรงเป็นการตรวจโดยอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงเวลาที่กำหนด วิธีการประเมินแบบนี้ก็มีข้อจำกัด คือ

1) ความเข้มข้นของยาอาจจะได้รับผลจากความแตกต่างในการดูดซึมของยา และการขับออกของยาในร่างกายของแต่ละบุคคล ระดับความเข้มข้นของยาจึงอาจจะไม่ใช่ข้อบ่งชี้ของการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในการให้ยาของผู้ป่วย

2) ความเข้มข้นของยาที่ตรวจพบ สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานว่ามีจำนวนทั้งหมดเท่าใด ครอบคลุมแผนการรักษาหรือไม่



3) การรับประทานยาก่อนการตรวจจะทำให้ค่าของความเข้มข้นของยาสูง ซึ่งไม่ได้แสดงถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

4) ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือและวิธีการที่ยุ่งยาก การวิเคราะห์ต้องเป็นระยะภายหลังการรับประทานยา วิธีการนี้จึงไม่อาจนำมาใช้ได้ในทุกกรณี

## 2. การประเมินทางอ้อม (Indirect method)

เป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย โดยประเมินจากวิธีการอื่นที่ไม่ใช่การวัดจากตัวยาโดยตรง แต่วิธีการประเมินนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย อาจทำได้หลายวิธี คือ

2.1 การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและง่ายที่สุด อาจจะสอบถามหรือสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย ข้อดีของวิธีการประเมินแบบนี้ คือ ได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัดของวิธีการนี้ คือ พบว่าผู้ป่วยมักให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงคำถามให้มีความชัดเจน แม่นตรง และระหว่างการสัมภาษณ์ไม่ควรตำหนิเมื่อผู้ป่วยตอบว่าไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาหรือไม่รับประทานยา โดย ผู้สัมภาษณ์เองต้องคำนึงว่าถึงแม้จะมีทักษะและมีความละเอียดในการสัมภาษณ์ก็ตาม แต่ก็มักพบปัญหาในการประเมินเสมอ

2.2 การนับจำนวนเม็ดยา เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้บ่อย การปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาจะประเมินได้จากการนับจำนวนของเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วย และจำนวนที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาหรือเมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง จำนวนยาที่เหลือมากกว่าที่ควรจะเป็นแสดงว่าผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ข้อดีของวิธีการนี้ คือ สามารถบอกถึงจำนวนยาที่ใช้ไป แต่ก็มีข้อจำกัดคือ อาจได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง หากผู้ป่วยทิ้งยาโดยไม่ได้รับการตรวจ หรือผู้ป่วยให้คนอื่นใช้ยาด้วย

2.3 การสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการประเมินวิธีนี้ญาติผู้ป่วยหรือบุคลากรที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จะสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือแผนการรักษาได้ถูกต้อง ครบถ้วนหรือไม่

2.4 พิจารณาจากการมารับการตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มารับการตรวจรักษาตามนัดเป็น ผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา และพิจารณาจากผลของการรักษาที่ควรเป็นไปตามการพยากรณ์ของโรคแต่ละระยะ

2.5 การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตนเอง (self-report) ซึ่งวิธีการนี้มีข้อจำกัด คือผู้ป่วยอาจเขียนบันทึกไม่ตรงกับการปฏิบัติจริง

จากการทบทวนรายงานการศึกษพบว่า เพชรีย์ คันธสายบัว (2544) วัดพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วน Agarwal et al. (1998) ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้แบบวัดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ของ Lin et al. (1974 cited in Agarwal et al., 1998) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่อธิบายการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา จากการที่ผู้ป่วยบอกว่าไม่ได้ใช้ยา จะใช้ยาเมื่อเกิดอาการผิดปกติหรือจากการที่ครอบครัวผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกว่าผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยา ส่วน Kumar & Sedgwick (2001a) ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้ Compliance Rating Scale (CRS) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้วิจัยแสดงความคิดเห็นว่าการใช้เครื่องมือที่มีองค์ประกอบของการตรวจทางห้องทดลอง สามารถทำให้ผลการประเมินเชื่อถือได้มากขึ้นก็จริง แต่เหตุผลการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายผู้วิจัยสามารถได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มากกว่า ดังนั้นการประเมินโดยการสัมภาษณ์อย่างเดียวจึงดีกว่าการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจปัสสาวะ หรือการให้ ผู้ป่วยประเมินตัวเอง (self-report)

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าแม้การใช้การประเมินหลายวิธีจะทำให้ผลการประเมินน่าเชื่อถือ แต่การสัมภาษณ์ก็เป็นวิธีการที่นิยม และสามารถได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยการวิจัยครั้งนี้จึงเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยได้เกณฑ์การตัดสินใจพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่ทำหน้าที่ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

#### 4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

การทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทมีหลายปัจจัยแตกต่างกัน เช่น ลักษณะประชากร คือ อายุของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา (Hogan et al., 1983; Pan & Tantam, 1989; Razali & Yahya, 1995; Owen et al, 1996; Agarwal et al., 1998) และเพศของผู้ป่วยก็มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา (Agarwal et al., 1998) แต่บางรายงานก็พบว่าปัจจัยด้านประชากรไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย (Kumar & Sedgwick, 2001a) ส่วนผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์จะมีพฤติกรรมการใช้น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์ (Owen et al., 1996; Drake, Osher, & Wallach, 1989) และความเชื่อของผู้ป่วยก็มีผลต่อปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย (Adams & Scott, 2000) นอกจากนั้นปัญหาเศรษฐกิจก็มีผลต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยที่ใช้ยาต่อเนื่องเนื่องจากค่ายามีราคาแพง (Kumar & Sedgwick, 2000b)

ลักษณะการเจ็บป่วยของโรคจิตเภทมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย โดยพบว่าสิ่งที่เกี่ยวข้อง คือ อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก และระยะเวลาที่มีอาการเจ็บป่วย (Buchanan, 1992) โดยระยะเวลาการป่วยที่สั้นกว่ามีผลต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการ

ป่วยนานกว่า (Agarwal et al., 1998) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุป่วยน้อยกว่า 5 ปีจะร่วมมือในการรักษามากกว่า (Razali & Yahya, 1995) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็พบว่ามีผลต่อการรักษา โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบ่อยกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า (Pan & Tantum, 1989; Agarwal et al., 1998) ส่วนลักษณะของโรค เช่น ความคิดหลงผิด เช่นหลงผิดว่ายาคือยาพิษ หลงผิดว่าตนเองใหญ่โต และอาการหูแว่ว การลี้ภัย(Kumar & Sedgwick, 2001b)

ฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิต เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท อาการที่พบ คือ อาการง่วงนอน ปากและคอแห้ง ชีมีเฉย (Hoffman et al., 1994; Weiden et al., 1994; Agarwal et al., 1998; Kumar & Sedgwick, 2000b) นอกจากนั้นปริมาณและจำนวนเม็ดยาก็พบว่ามีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยพบว่าปริมาณและจำนวนเม็ดยาที่มากกว่ามีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ดี (Pan & Tantum, 1989) ส่วนวิธีการใช้ยาก็มีผลต่อผู้ป่วยจิตเภท คือ ผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมใช้ยาถูกต้องมากขึ้นเมื่อเปลี่ยนมาใช้ยาโดยการกินเป็นการฉีด (Dixon et al., 1995) ส่วนความซับซ้อนของการรักษาก็มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยที่ใช้ยาไม่เกินสองครั้งต่อวันมีพฤติกรรมใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้ยามากกว่าสองครั้ง (Razali and Yahya, 1995) แต่มีรายงานการวิจัยที่พบว่าวิธีการใช้ยาไม่เกี่ยวกับพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Hogan et al., 1983; Hoffman et al., 1994)

ส่วนการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมมีผลเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท (Hoffman et al., 1974; Buchanan et al., 1974; Razali & Yahya, 1995) นอกจากนั้นยังพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย (Marder et al., 1983; Frank & Gunderson, 1990)

จากการทบทวนรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีปัจจัยหลากหลายประการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย โดยแต่ละงานวิจัยจะเลือกศึกษาปัจจัยบางประการมาศึกษา แต่อาจแบ่งปัจจัยเหล่านี้ออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านผู้ป่วย ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการรักษา และด้านทีมสุขภาพ ดังนั้นการทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในการวิจัยนี้ จะทบทวนตามผลการวิจัยของ Oehl, Hummer, & Fleischhacker (2000) ที่แบ่งกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็น 4 ด้าน ดังกล่าว โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 4.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

ปัจจัยด้านผู้ป่วยเป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงออกถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคล ที่ส่งเสริมให้มีการแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค หรือป้องกันการป่วยซ้ำ

หลังจากที่ได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้นและกลับไปอยู่ในชุมชนได้ รวมถึงเป็นปัจจัยที่บอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการมีอาการมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านผู้ป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาที่คาดว่าจะมีความสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ได้ตรงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด ประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

### 1. ลักษณะประชากร

จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ พบลักษณะประชากรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มี 2 ประการ คือ

#### 1.1 อายุ

อายุ หมายถึง จำนวนระยะเวลาทั้งหมดของการนับตามปฏิทิน ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน (Orem, 2001: 373)

อายุกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

อายุของบุคคลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองจะถูกพัฒนาเพิ่มขึ้นตามอายุ จากวัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลตนเองสูงสุด และจะลดลงและมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1985) ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งเป็นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีอาการเจ็บป่วย จึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman (1994) และ Agarwal et al. (1998) ที่พบว่าลักษณะประชากร คือ อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษา มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า

จากเอกสารและงานวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า อายุ น่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้

## 1.2 เพศ

เพศกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างระหว่างบทบาท บุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยสังคมจะกำหนดบทบาทของเพศหญิงในการเป็นแม่ที่มีหน้าที่ในการดูแลลูก และบุคคลในครอบครัวทั้งในเวลาปกติหรือในยามเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลให้เมื่อเจ็บป่วย ผู้ป่วยเพศหญิง จะมีความสามารถในการดูแลตัวเองมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) และ Agarwal et al. (1998) ที่ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าเพศชาย

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าเพศเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้

## 2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อเป็นส่วนประกอบภายในตัวบุคคล เป็นความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่ก็ได้ และจะทำให้มนุษย์มีแนวโน้มเอียงที่ปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้น ความเชื่อเป็นสิ่งที่มียุทธพิผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไร จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็นและความเข้าใจนั้น ๆ โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่ก็ได้ (Rokeach, 1970) ซึ่งความเชื่อที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นการพยายามอธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะคุกคาม และประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค รวมถึงปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลสุขภาพ (Cohen & Weach, 2000) แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแนวคิดหนึ่งที่ได้รับการยอมรับในการทำนายพฤติกรรมปฏิบัติของบุคคล คือแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นโดย Becker (1974) เป็นแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นทัศนคติและความเชื่อ ในการอธิบายการปฏิบัติของบุคคลต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งกล่าวถึงองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติในการรักษา 4 ประการ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคต่อในการป้องกันโรค

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

จากการแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถนำแนวคิดนี้มาอธิบาย พฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทได้ดังนี้

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ของแต่ละบุคคล จะมีความแตกต่างกันตามการประเมินความเป็นไปได้ที่จะเกิดปัญหา โดยรับรู้จากความเสี่ยงและ ประสบการณ์ของตนเอง ทำให้มีการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือปัญหาสุขภาพ การรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำเป็นปัจจัยสำคัญ ที่จะเข้าใจถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เคยเป็นมาก่อน และได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้น

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะเรื้อรังและมีอัตราการป่วยซ้ำสูง การรับรู้ภาวะ เสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงโอกาสที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก รวมทั้งภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ที่นำไปสู่การมีอาการทาง จิตมากขึ้น โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้ว การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการป่วย ซ้ำ เช่น รับรู้ปัจจัยที่จะทำให้ตนเองมีอาการทางจิตมากขึ้น รวมทั้งภาวะต่าง ๆ ที่นำไปสู่การมีอาการ ทางจิตมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาและมี พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived severity) หมายถึง ความ คิดความเชื่อของบุคคลถึงความรุนแรงของการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น ความรุนแรงนี้ขึ้นอยู่กับ การประเมินการเกิดโรคของตนเอง การที่บุคคลรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคม จะเป็น แรงสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคหรือการป่วยซ้ำ

ในผู้ป่วยจิตเภทการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้น ร่วมกับ ประสบการณ์การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ว่ามีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และการประกอบอาชีพ จะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นภาวะคุกคามเหล่านี้ (Pan & Tantam, 1989; Adams & Scott, 2000)

2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefit) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของผู้ป่วยต่อการกระทำที่เป็นการป้องกันการเกิดโรค หรือการป้องกันการมี อาการเจ็บป่วยมากขึ้น เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพเอง ที่เชื่อว่าสามารถทำให้

ร่างกายมีความแข็งแรง มีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม

การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดี ตามแนวคิดการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไปของ Orem ประกอบด้วย การดูแลตนเองด้านการได้รับอากาศ อาหาร น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อนและนันทนาการ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต และการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการ ซึ่งเป็นการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ทั้งในยามปกติและเมื่อมีปัญหาสุขภาพ จะทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง ลดความรู้สึกหดหู่ และทำให้เกิดความพร้อมในการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ นอกจากนั้นการดูแลตัวเองที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการยอมรับลดความรังเกียจจากสังคม ทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสงบสุข ซึ่งสามารถลดความตึงเครียดของผู้ป่วย และมีส่วนช่วยป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้

2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ (Perceived barrier) หมายถึง ความคิด หรือความเชื่อของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ขัดขวางการปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีร่างกายที่แข็งแรง

ในผู้ป่วยจิตเภทการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติของตนมีอุปสรรค เช่น การที่ญาติคอยช่วยเหลือติดตามมากเกินไป จนไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นอิสระ การถูกรังเกียจ ห้ามปราม กีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ การไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้ขัดขวางการดูแลตนเอง และส่งผลต่อการเสื่อมถอยสมรรถภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

#### การประเมินแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบด้านความคิด ซึ่งจากการทบทวนรายงานการวิจัยพบวิธีการวัดที่แตกต่างกัน เช่น เกคินี ไชนิล (2536) ใช้แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน ซึ่งเป็นแบบวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยแนวทางจากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1975 อ้างถึงใน เกคินี ไชนิล, 2536) ส่วน สมัยพร อาซาล (2543) ใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) และ เพชรี คันธสายบัว (2544) ใช้แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดของ Becker et al. (1974) ร่วมกับการนำแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพจิต ของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ

จะเห็นได้ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถประเมินด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น วิธีการสัมภาษณ์และใช้แบบสอบถาม ซึ่งสามารถวัดออกมาในรูปแบบทิศทาง ปริมาณหรือขนาด และสำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีประเมินแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทโดยวิธีการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของ เพชรี คันธสายบัว (2544) เพื่อประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน คือ การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีรายงานการวิจัยที่แสดงว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย เกิดจากอิทธิพลความเชื่อด้านสุขภาพของตัวบุคคลนั้น เช่น Adams & Scott (2000) ใช้แนวคิดของ Becker and Maiman (1975 cited in Adams & Scott, 2000) ในการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภท เช่น ผู้ป่วยที่เชื่อว่าอาการเจ็บป่วยทำให้เกิดผลเสียต่ออาชีพ ชีวิตสมรส สังคม รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสป่วยซ้ำ รับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองสูง และรับรู้ถึงอุปสรรคของการดูแลตนเองต่ำ จะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังนั้นในการวิจัยนี้ผู้วิจัยคาดว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้

### 3 การใช้แอลกอฮอล์

แอลกอฮอล์ หมายถึง กลุ่มของเครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ (ethyl alcohol/ethanol) เป็นส่วนผสม เช่น เหล้า เบียร์ กระแช่ ไวน์ (ทวีพร วิสุทธีมรรค, 2544)

การใช้แอลกอฮอล์ หมายถึง จำนวนและความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกาย โดยเมื่อได้รับแอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกาย จะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดจากกระเพาะอาหาร 20% จากลำไส้เล็กส่วนต้น 80% การดูดซึมนี้จะช้าลงเมื่อมีอาหารอยู่ แอลกอฮอล์จะกระตุ้นให้กระเพาะอาหารหลั่งน้ำย่อยเพิ่มขึ้น จะเคลื่อนผ่านกระเพาะอาหารของผู้หญิงได้เร็วกว่าผู้ชาย (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, 2543)



## การประเมินการใช้แอลกอฮอล์

ในการประเมินการใช้แอลกอฮอล์ผู้ประเมินจะต้องมีความเข้าใจกับปริมาณของแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดต่าง ๆ คือ 1 drink = เบียร์ ๑ กระป๋อง หรือเท่ากับเหล้าไวน์ 1 แก้ว หรือเหล้า 80 ดีกรี 1 แก้ว โดยมีหลักการประเมินการใช้แอลกอฮอล์ได้หลายลักษณะ เช่น

Drake, Osher, & Wallach (1989) ประเมินการใช้แอลกอฮอล์โดยใช้การสัมภาษณ์ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย และใช้เกณฑ์ของ NIMH Community Support Program ในการแบ่งความรุนแรงของการใช้แอลกอฮอล์ เป็น 5 ระดับความรุนแรง คือ ไม่ใช้ หรือใช้เล็กน้อย หมายถึง การใช้เป็นบางโอกาส ใช้เพื่อการหย่อนใจโดยไม่เกิดปัญหา การใช้ระดับปานกลาง หมายถึง การใช้บ่อยและเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นการใช้ในทางที่ผิด (abuse) การใช้ระดับรุนแรงและรุนแรงมาก หมายถึง การใช้แอลกอฮอล์ปริมาณมากเป็นประจำ และเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นการติดยา (dependence)

การวินิจฉัยโดยใช้ CAGE test โดยในการคัดกรองผู้ป่วยติดสุราทางคลินิก อาจใช้คำถามง่าย ๆ ของ CAGE test ที่ผ่านการศึกษามาแล้วว่าสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือทางคลินิกได้ ประกอบด้วย 4 คำถาม คือ (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, 2543 ; พิชัย แสงชาญชัย, 2544)

C คือ คุณเคยคิดที่จะลดขนาดการใช้ ไซหรือไม

(Have you thought of CUTTING down?)

A คือ คุณเคยอารมณ์เสียเมื่อมีคนตำหนิการใช้ ไซหรือไม

(Have you been ANNOYED of criticism?)

G คือ คุณเคยรู้สึกสำนึกผิดกับการใช้ ไซหรือไม

(Have you feel GUILTY of your drug use?)

E คือ คุณใช้ยาหรือดื่มเหล้าตั้งแต่หัววัน ไซหรือไม

(Have you used or drunk EARLY in the day?)

โดยเกณฑ์การประเมิน ถ้าผู้ตอบตอบว่าใช่มากกว่า 2 ครั้ง หรือมากกว่า วินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเหล้า ซึ่งมีความถูกต้องในการวินิจฉัยถึง 91%

นอกจากนั้น ทรงเกียรติ ปิยะกะ (2543) ได้สรุปลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ โดยอาศัยเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ออกเป็น 3 แบบ ตามปริมาณการดื่ม ดังนี้

1. การดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ (Low risk drinking) คือการดื่มไม่เกิน 2 drinks ต่อวัน ในผู้หญิง ซึ่งเทียบเท่ากับเบียร์ชนิดแรง 1.5 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรี 1 เป๊ก (50 cc.) หรือการดื่มไม่เกิน 4 drinks ต่อวันในผู้ชาย ซึ่งเทียบเท่ากับเบียร์ชนิดแรง 3 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรี 2 เป๊ก และมีวันที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย 2 วัน ต่อสัปดาห์

2. การดื่มแบบ Hazardous คือ การดื่มมากกว่า 2 drinks แต่ไม่เกิน 4 drinks ต่อวันในผู้หญิง ซึ่งเทียบเท่ากับเบียร์ชนิดแรง 3 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรี 2 เป๊ก หรือการดื่มมากกว่า 4

drinks แต่ไม่เกิน 6 drinks ต่อวันในผู้ชาย ซึ่งเทียบเท่ากับเบียร์ชนิดแรง 4.5 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรี 3 เบิก

จะเห็นได้ว่า มีวิธีการประเมินผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกัน สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ถึงความถี่ และปริมาณของการใช้แอลกอฮอล์ โดยใช้เกณฑ์ของ ทรงเกียรติ ปิยะกะ (2543) ซึ่งได้สรุปลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ โดยอาศัยเกณฑ์ของ องค์การอนามัยโลก ออกเป็น 3 แบบ ดังกล่าวข้างต้น

#### การใช้แอลกอฮอล์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการทบทวนรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า 47% ของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการใช้แอลกอฮอล์ และสารเสพติดอื่นๆ (Regier et al., 1990 cited in Hamera, Lawson, & Tankel, 1996) โดยเหตุผลของการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภท คือ ต้องการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ต้องการการยอมรับ การเข้าสังคม ลดความวิตกกังวล เพิ่มความรู้สึกมีพลัง และลดความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยของตนเอง เช่น อารมณ์ซึมเศร้า (Dixon et al., 1991; Hamera, Lawson, & Tankel, 1996) จากการศึกษาของ Dixon et al. (1991) พบว่าผู้ป่วยจิตเภท 48% ใช้สารเสพติด โดย 23% ใช้สารเสพติดชนิดเดียว ส่วน 25% ใช้สารเสพติดมากกว่าหนึ่งอย่าง โดยสารเสพติดและแอลกอฮอล์เป็นสารกระตุ้นการเกิดอาการผิดปกติทางจิต เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการทางจิตมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตให้คงที่ เพิ่มพฤติกรรมรบกวนบุคคลอื่น การฆ่าตัวตาย ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาที่ไม่ดี และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kofoed et al. (1986); Barbee et al. (1989); Drake, Osher, & Wallach (1989) ที่ศึกษาการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดจะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา มีพฤติกรรมไม่เป็นมิตร มีความผิดปกติของการทำหน้าที่ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ๆ มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด

ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า การใช้แอลกอฮอล์จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ผู้วิจัยคาดว่าสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้

#### 4. ลักษณะของการเจ็บป่วย

Kaplan & Sadock (1995) กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาว่าเกิดขึ้นเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา มี 2 ลักษณะ คือ

#### 4.1 ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต (Grandiosity)

ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต หมายถึง การรับรู้ ความเชื่อของผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองเป็นคนสำคัญ หรือมีอำนาจพิเศษ เช่น คิดว่าตนเองเป็นพระเจ้า หรือร่ำรวยเป็นมหาเศรษฐี ซึ่งเป็นความเชื่อที่ไม่เป็นจริง โดยผู้ป่วยจะเชื่อในความคิดนั้น โดยไม่สามารถเปลี่ยนความเชื่อถือได้ ด้วยการอธิบายโดยใช้เหตุผลตามธรรมดา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542 : 2)

#### การประเมินความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต

จากการทบทวน ตำรา และรายงานการวิจัยพบว่าสามารถประเมินความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ทางคลินิก โดยจะสามารถประเมินความผิดปกติในเนื้อหาความคิด (Disorders of content of thought) จากเนื้อหาคำพูดของผู้ป่วยว่าตนเองเป็นคนสำคัญผิดจากธรรมดา หรือมีอำนาจพิเศษต่างๆ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ซึ่งบุคลากรทางจิตเวชใช้โดยทั่วไป นอกจากนั้น ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (ม.ป.ป.: 1) ได้พัฒนาเครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่แปลมาจาก PANSS ของ Kay, Fiszbein, & Opler (1987) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 33 ข้อ โดยความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต เป็น 1 ใน 7 ข้อของอาการทางบวก และผู้วิจัยแสดงวิธีการคิดคะแนนว่าสามารถวัดอาการย่อยต่างๆ เช่น ความผิดปกติของความคิดได้

จากการทบทวนตำราและเอกสารพบว่า วิธีการประเมินความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โตโดยการสัมภาษณ์เป็นวิธีการประเมินที่นิยมใช้และสะดวกในการประเมิน ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้การประเมินโดยการสัมภาษณ์

ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โตกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ความผิดปกติทางความคิดลักษณะนี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการขาดการตระหนักรู้ในตนเอง (lack of insight) ซึ่งมีผลทำให้คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องรับการรักษา เช่น การศึกษาของ Kumar & Sedgwick (2001 b) พบว่าผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิดจะปฏิเสธการรักษา โดยผู้วิจัยแสดงตัวอย่างการให้เหตุผลของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งให้เหตุผลว่าพระเจ้าไม่ต้องการยา และหยุดใช้ยาในที่สุด

จากงานวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โตสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

## 4.2 อาการทางลบ (Negative syndrome)

### ความหมาย

อาการทางลบ เป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดคุณสมบัติบางประการที่บุคคลปกติควรมี เช่น มีการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunted affect) และอาการไม่สนใจและแยกตัวจากสังคม (passive social withdrawal) (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, ม.ป.ป.)

Kay, Fiszbein, & Opler (1987) ให้ความหมายของอาการทางลบว่า หมายถึง ลักษณะที่ผู้ป่วยจิตเภท ขาดความสามารถในการคิด การแสดงอารมณ์ และการทำหน้าที่ทางสังคม

### ลักษณะของอาการทางลบ

Kay, Fiszbein, & Opler (1987) แบ่งกลุ่มอาการทางลบของ ผู้ป่วยจิตเภทออกเป็น 7 ลักษณะ คือ

1. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunted affect) คือ การตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ ซึ่งแสดงออกโดยมีการแสดงสีหน้า การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และท่าทาง ในการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

2. การแยกตัวทางอารมณ์ (emotional withdrawal) คือ การขาดความสนใจและความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์ กับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

3. มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (poor rapport) คือ การขาดความสามารถในการเข้าอกเข้าใจคนอื่น ไม่สามารถเปิดเผยตนเองในการพูดคุย ไม่สามารถแสดงความรู้สึกใกล้ชิด สนใจ หรือมีส่วนร่วมกับบุคคลอื่นได้ จะแสดงออกโดยการมีความห่างเหินกับบุคคลอื่น และมีการสื่อสารทั้งทางวาจาและวิธีอื่น ๆ น้อยลง

4. การแยกตัวออกจากสังคม (passive social withdrawal) คือ การมีความสนใจและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง เนื่องจากมีลักษณะเฉื่อยชา ไร้อารมณ์ (apathy) ขาดพลังหรือแรงผลักดันภายใน ทำให้การมีส่วนร่วมในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง รวมทั้งละเลยการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน

5. มีปัญหาในการใช้ความคิดเชิงนามธรรม (difficulty in abstract thinking) คือ มีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม ซึ่งแสดงออกโดยมีปัญหาในการจัดหมวดหมู่ การสรุปเป็นกฎเกณฑ์ทั่วไป และการแก้ปัญหาที่ต้องใช้ความคิดในระดับที่สูงกว่าที่จะคิดเอาเองตามความคิดตน หรือที่นอกเหนือจากเรื่องที่เห็นได้ง่าย ๆ เป็นรูปธรรม

6. การสนทนาไม่เกิดขึ้นเองอย่างเป็นธรรมชาติและไม่สั่นไหลอย่างต่อเนื่อง (lack of spontaneity and flow of conversation) คือ การมีกระแสคำพูดช้าลงกว่าปกติ ซึ่งสัมพันธ์กับลักษณะไร้อารมณ์ (apathy) การขาดแรงกระตุ้นภายใน (avolition) การระมัดระวังตน หรือ

ความบกพร่องของความคิด (cognitive deficit) แสดงออกโดยมีกระแสคำพูดที่ลื่นไหลอย่างต่อเนื่องน้อยลง และได้เนื้อหาในการติดต่อสื่อสารน้อยกว่าปกติ

7. การคิดอย่างตายตัว (stereotyped thinking) คือ ความคิดขาดความลื่นไหล ขาดความเป็นอิสระ เป็นธรรมชาติ และขาดความยืดหยุ่น ซึ่งแสดงออกโดยการมีความคิดที่ตายตัว คิดซ้ำซาก หรือมีความคิดที่ว่างเปล่าไม่ค่อยมีเนื้อหาความคิด

#### การประเมินอาการทางลบ

จากการทบทวนรายงานการวิจัยต่าง ๆ พบวิธีการประเมินอาการทางลบ เช่น Andreasen (1989) ใช้ Scale for the Assessment of Negative Symptom (SANS) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมิน 5 ลักษณะของอาการทางลบ คือ การแสดงอารมณ์ (affect) การขาดความสามารถในการใช้ความคิด (alogia) ความรู้สึกไร้พลัง เฉยเมย (avolition) การรู้สึกขาดความสุขหรือยินดีกับกิจกรรมต่างๆ (anhedonia) และ การไม่สามารถมีสมาธิในการสนใจสิ่งต่าง ๆ (attention) ซึ่งใช้วิธีการประเมินจากหลายแหล่ง เช่น สังเกตโดยตรงจากผู้ประเมิน หรือจากการสังเกตของบุคคลอื่นๆ เช่น ญาติผู้ป่วย บุคลากรที่ดูแล หรือจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ส่วน ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (ม.ป.ป.) ใช้ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่แปลมาจาก PANSS ของ Kay, Fiszbein, & Opler (1987) ซึ่งมีส่วนของอาการทางลบจำนวน 7 ข้อ ในจำนวนข้อคำถาม 33 ข้อ โดยการสัมภาษณ์ทางคลินิกประเมินอาการทางลบของผู้ป่วย

จากการทบทวนตำราและเอกสาร พบว่า วิธีการประเมินอาการทางลบสามารถใช้วิธีการประเมินประเมินจากหลายแหล่ง เช่น สังเกตโดยตรงจากผู้ประเมิน หรือจากการสังเกตของบุคคลอื่นๆ เช่น ญาติผู้ป่วย บุคลากรที่ดูแล และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ใช้การประเมินอาการทางลบโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง

#### อาการทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

อาการทางลบทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (Schou, 1997 cited in Oehl et al., 2000) จากการศึกษาดังกล่าวคาดว่าอาการทางลบน่าจะเป็นปัจจัยที่สำคัญของ ผู้ป่วยจิตเภท ในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

## 4.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในครอบครัวและชุมชน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วย

### 1. ความเพียงพอของรายได้

รายได้ของครอบครัว เป็นจำนวนเงินรายได้เมื่อหักค่าใช้จ่าย รวมทั้งการมีเงินเหลือเก็บ ในยามฉุกเฉินหรือใช้เพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ ในแต่ละเดือนของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งความสำคัญของรายได้จะขึ้นอยู่กับการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ารายได้ของครอบครัวมีเพียงพอหรือไม่ โดยความเพียงพอของรายได้ จะเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับจำนวนเงินรายได้เมื่อหักค่าใช้จ่าย รวมทั้งการมีเงินเหลือเก็บในยามฉุกเฉินหรือใช้เพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ ในแต่ละเดือนของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

### ความเพียงพอของรายได้กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

รายได้ของครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง บุคคลที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพเพื่อดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำ เช่น การศึกษาของ วาซนี หัตถพนม และคณะ (2529); ภัทรา ธิรลภา (2532); สุพิศศรี รัตนสิน และ วีระ ดุลย์ชูประภา (2537); Kumar & Sedgwick, (2001b) พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา โดยผู้ป่วยให้เหตุผลว่าเนื่องจากยามีราคาแพง ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยา หรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ ดังนั้นผู้วิจัยคาดว่าผู้ป่วยที่ครอบครัวมีรายได้สูง จะมีพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำ และปัจจัยเรื่องรายได้ของครอบครัวจึงน่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

### 2. การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา

การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีบุคคลคอยช่วยเหลือให้ได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ดูแลด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ คือ บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเอง

## การประเมินการมีครอบครัวดูแลด้านการใช้ยา

การศึกษาของ Razali & Yahya (1995) ใช้วิธีประเมินการสนับสนุนของครอบครัวในด้านการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับยา 3 ด้าน คือ การดูแลให้รับประทานยาหรือฉีดยา การนำไปรับยาที่โรงพยาบาล และการช่วยเหลือจ่ายค่ายา โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์จากทั้งผู้ป่วยและญาติ แต่การวิจัยครั้งนี้ต้องการรับฟังความคิดและการรับรู้ของผู้ป่วย ดังนั้นจะใช้วิธีการสัมภาษณ์จากตัวผู้ป่วยโดยตรง

## การมีครอบครัวดูแลด้านการใช้ยากับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

พยาธิสภาพของโรคจิตเภท นอกจากจะส่งผลต่อการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ การตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยของตนเอง ยังทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดปัญหาในการดูแลตนเอง รวมทั้งการรับประทานยา ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ (Health-deviation self-care requisites) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนให้รับประทานยาเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ และบุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยา Razali & Yahya, (1995) ศึกษาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศมาเลเซีย พบว่า ความช่วยเหลือของครอบครัวที่มีความสำคัญ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา คือ การนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด หรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยที่สามารถไปพบแพทย์ได้เองไปโรงพยาบาลตามนัด การช่วยเหลือจ่ายค่ายา การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา ที่สำคัญ คือ การดูแลของญาติให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า หรือการเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา รวมทั้งการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย ซึ่งจากการวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีครอบครัวสนับสนุนเรื่องต่าง ๆ ดังกล่าว มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแลในเรื่องเหล่านี้

ดังนั้นการมีครอบครัวดูแลด้านการใช้ยาจึงน่าจะเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้

## 3. การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว

การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หมายถึง การแสดงลักษณะอารมณ์ของบุคคลในครอบครัว โดยการแสดงอารมณ์สูงเป็นลักษณะที่มีวิพากษ์วิจารณ์สูง มีการแสดงถึงความไม่เป็นมิตร และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Backer, 1995: 345) ดังนั้นการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว จึงหมายถึง ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการแสดงลักษณะอารมณ์ของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยเอง

องค์ประกอบของการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว

การแสดงอารมณ์ของครอบครัว ประกอบด้วยองค์ประกอบ ดังนี้

1. การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical comment) อาจเป็นน้ำเสียง หรือเนื้อหาคำพูดที่แสดงถึงความไม่ชอบ ไม่ยอมรับหรือความเกลียดชัง

2. ความไม่เป็นมิตร (Hostility) เป็นความรังเกียจ ตำหนิวิจารณ์ที่ตัวบุคคลมากกว่า ตำหนิวิจารณ์ที่การกระทำ เช่น ทำของแตกก็บอกว่าเป็นคนมีปัญญา เป็นโรคจิต หรือการตำหนิวิจารณ์ที่ขยายวงจากเรื่องหนึ่งไปยังเรื่องอื่นๆ ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกัน

3. ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Emotional over-involvement) มีความห่วงใยในตัวผู้ป่วยมากเกินไปแม้กระทั่งเรื่องเล็กน้อย เช่น การกิน การนอน ต้องจัดการให้ หรือห่วงมากจนกระทั่งไม่ยอมให้ออกนอกบ้าน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยไม่ทุพพลภาพมากขนาดที่ต้องเฝ้าตลอดเวลา

จากองค์ประกอบต่าง ๆ ที่แสดงถึงการแสดงออกทางอารมณ์ แสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบต่าง ๆ ดังกล่าว มีผลต่อการแสดงอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีผลต่อความตึงเครียดสูง การสื่อสารที่ไม่เหมาะสมของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้มีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วย สาเหตุของการแสดงอารมณ์สูงมีหลายสาเหตุ (ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี, 2536: 112) คือ

ก. ความบกพร่องของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่มองเห็นไม่ชัดเจนทำให้ญาติมีความคาดหวังต่อผู้ป่วยสูง เมื่อไม่สมหวังญาติจะรู้สึกโกรธและวิพากษ์วิจารณ์

ข. ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยซ้ำบ่อย ๆ ทำให้เกิดการแสดงอารมณ์สูงในญาติได้

ค. ญาติที่รู้สึกผิด อาจจะอุทิศตนให้ผู้ป่วยอย่างมาก ก่อให้เกิดสภาพของการมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป พบบ่อยในญาติที่เป็นบิดามารดามากกว่าญาติที่เป็นสามีภรรยาเป็นลักษณะเดิมของญาติหรือเป็นปัญหาครอบครัวที่เป็นอยู่ก่อนแล้ว

การประเมินการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว

การที่จะแยกว่าครอบครัวไหนมีการแสดงอารมณ์สูงหรือต่ำ แยกโดยสังเกตจากแนวโน้มของครอบครัว คือ ครอบครัวที่มีความอบอุ่น มีความห่วงใยและเข้าใจซึ่งกันและกัน ร่วมกับมีความอดทน แสดงว่าครอบครัวนั้นมีการแสดงอารมณ์ต่ำ แต่ในทางตรงกันข้ามครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์สูงมักมีความผูกพันทางอารมณ์สูง หรือมีการวิพากษ์วิจารณ์ภายในครอบครัวสูง หรือทั้ง 2 อย่าง (Rungreangkulkij & Gilliss, 2000: 349) จากการทบทวนรายงานการวิจัยของเพชร คันธสายบัว (2544) ซึ่งศึกษาการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ประเมินการแสดงอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดการแสดงอารมณ์ของครอบครัวของ ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี (2536) ซึ่งผ่านการทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งหมด = .84 ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้จะนำแบบสัมภาษณ์การแสดงอารมณ์



ของครอบครัว ของ เพชรี คันธสายบัว มาใช้ในการประเมิน โดยการประเมินจะประเมินจากการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว

การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

การแสดงอารมณ์เป็นทักษะการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวที่สำคัญ และมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะมีผลต่อการสนับสนุนผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ไม่ดี (Tamminga & Schulz, 1997 cited in Oehl et al., 2000; Hogarty et al., 1986) จากแนวคิดของการแสดงอารมณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยคาดว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ว่าการแสดงอารมณ์สูง จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนต่อการรักษาที่ไม่ดี ดังนั้นการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว น่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

#### 4. การรับรู้ทัศนคติของสังคมต่อการรักษาทางจิต

ความหมาย

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537: 226) กล่าวว่าทัศนคติเป็นความคิดเห็นที่มีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ เป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

Rokeach (1970) กล่าวว่า ทัศนคติเป็นการผสมผสาน หรือการจัดระเบียบของความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ

Thurstone (1928 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) กล่าวว่าทัศนคติเป็นผลรวมทั้งหมดของมนุษย์เกี่ยวกับความรู้สึก อคติ ความคิด ความกลัวต่อบางสิ่งบางอย่าง

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ทัศนคติของสังคมต่อการรักษาทางจิต หมายถึงความคิด ความรู้สึก ความเชื่อของบุคคลภายในครอบครัวและชุมชนที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วยต่อการรักษาอาการผิดปกติทางจิต และมีแนวโน้มที่จะตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ ยอมรับหรือปฏิเสธ และทัศนคติจะเป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลเหล่านั้น ต่อการรักษาทางจิตหรือผู้ป่วยจิตเภท

นอกจากนั้นทัศนคติของสังคมต่อการรักษาทางจิตและผู้ป่วยจิตเภทยังเกี่ยวข้องกับความรู้สึกรังเกียจหรือตีตรา (Stigma) โดย Goffman (1963 อ้างถึงใน สุกุมมา แสงเดือนฉาย, ชนิษฐา ชันตี, และฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์, 2544) ได้กล่าวถึงการตีตราว่าเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นเป็นเครื่องหมายแสดงหรือประกาศให้ผู้คนเห็นว่าบุคคลนั้นแปลกไปจากบุคคลอื่นในสังคม

ซึ่งการตีตราจะเกิดขึ้นจากการที่บุคคลนั้นทำสิ่งที่ขัดแย้งกับสิ่งที่บุคคลอื่นคาดหวัง หรือเป็นคนที่แปลกไปจากบุคคลอื่นในสังคม การตีตรามีผลต่อการดำเนินปฏิสัมพันธ์ในสังคมของบุคคล กล่าวคือคนที่ถูกตีตราไม่เพียงถูกมองว่ามีความแตกต่างจากบุคคลธรรมดาเท่านั้น ตัวบุคคลนั้นยังรับรู้ว่ามีระดับของความรังเกียจหลายลักษณะ โดยระดับเหล่านี้จะสะท้อนความห่างจากสังคมให้ผู้ที่ถูกตีตราแยกจากบุคคลอื่นในสังคมมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อมีความผิดปกติทางจิตผู้ป่วยจะถูกสังคมตราหน้า ทำให้คนทั่วไปไม่อยากคบหาสมาคม ไม่อยากยุ่งเกี่ยว มองผู้ป่วยในแง่ลบ ตราบาปนี้จึงมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านชีวิตประจำวัน สัมพันธภาพกับสังคม และการรักษาพยาบาล

### องค์ประกอบของทัศนคติ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537) แบ่งทัศนคติออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ

1. องค์ประกอบทางด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Component) เป็นความคิดของบุคคลที่มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความเข้าใจว่าสิ่งนั้นมีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร
2. องค์ประกอบทางด้านท่าทีความรู้สึก (Affective Component) เป็นส่วนประกอบทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งจะเป็นตัวเร้าความคิดอีกต่อหนึ่ง
3. องค์ประกอบด้านการปฏิบัติ (Behavioral Component) เป็นแนวโน้มในการปฏิบัติ หรือถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสมจะเกิดการปฏิบัติหรือปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่ง

การรับรู้ทัศนคติของสังคมต่อการรักษาทางจิตกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวและชุมชนที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วย สามารถส่งผลถึงการยอมรับความเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษาอาการทางจิต ซึ่งมี อิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมปฏิบัติของบุคคลเมื่อเจ็บป่วย เนื่องจากบุคคลในสังคมจะแสดงทัศนคติออกมาในรูปแบบของพฤติกรรม ข้อห้าม ความนิยมในการดำเนินชีวิตเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (จิราภรณ์ ภัทรานุ ภัทร์, 2528 อ้างถึงใน ศิริมาส บุญประसार, 2544) โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งบุคคลส่วนใหญ่ในสังคมมักเข้าใจว่าผู้ป่วยจิตเวชนั้นเป็นอันตราย ก้าวร้าว น่ากลัว ทั้งที่ความเป็นจริงมีผู้ป่วยจิตเวชเพียง 3% เท่านั้นที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2540) และผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากการรังเกียจ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตตามปกติ (สุธีรา ชุณตระกูล และมาลี แจ่มพงษ์, 2532) จึงพยายามหลีกเลี่ยงการแสดงให้เห็นบุคคลอื่นรู้ว่าตนเองป่วย เช่น การรับประทานยาการรักษาอาการทางจิต การมาตรวจที่โรงพยาบาล หรือผู้ป่วยอยู่ในสังคมที่ไม่เห็นความสำคัญของการรักษา ทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนให้รับการรักษา และมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Oehl et al, 2000) ถ้าบุคคลในครอบครัวและสังคมมีทัศนคติทางบวก

ต่อผู้ป่วยจิตเภท เชื่อว่าการรักษาด้วยยาสามารถรักษาอาการเจ็บป่วยทางจิต ผู้ป่วยจะได้รับกำลังใจ สนับสนุน และช่วยเหลือในการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา นอกจากนี้ยังมีผลต่อการสนับสนุนด้วยสื่อต่าง ๆ ซึ่งส่งผลต่อทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย ทำให้มีการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา

จากการศึกษาเอกสารและตำราต่าง ๆ สรุปได้ว่าการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทต่อทัศนคติของสังคมที่อยู่แวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้

#### การประเมินการรับรู้ทัศนคติของสังคมต่อการรักษาทางจิต

ทัศนคติเป็นนามธรรม ดังนั้นการวัดทัศนคติจึงเป็นเรื่องยุ่งยาก จึงต้องใช้การสรุปสันนิษฐานจากการแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ และท่าทีการแสดงออกในรูปแบบ ต่าง ๆ ของบุคคล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2533) ซึ่งจากการทบทวนรายงานการวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบเฉพาะการประเมินทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรักษาอาการทางจิต เช่น การศึกษาของ สารุพร พุฒิขาว (2541) ที่ใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการใช้ยา ของ Drain (1997 อ้างถึงใน สารุพร พุฒิขาว, 2541) ซึ่งลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย จำนวน 10 ข้อ วัดเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องผลการรักษาของยา ผลข้างเคียงของยา การใช้อย่างต่อเนื่อง การพึ่งพายา ผลของยาในการป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำ ผลของยาในการจัดการกับความเครียด และการควบคุมอาการของโรค และความรู้สึกหลังการใช้ยาที่ผู้ป่วยมีต่อตัวเอง ส่วน Hogan et al. (1983) ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อและทัศนคติของผู้ป่วยจิตเภทต่อยารักษาทางจิต โดยวิธีการให้ผู้ปวยรายงานตนเอง แต่ไม่พบลักษณะการประเมินทัศนคติของบุคคลในสังคมต่อการรักษาตามมุมมองของผู้ป่วยจิตเภท รายงานวิจัยฉบับนี้ต้องการประเมินทัศนคติของสังคมตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากคาดว่าจะเป็ปัจจัยที่สำคัญซึ่งมีผลต่อการรักษาอาการทางจิต โดยการประเมินทัศนคติของสังคมต่อการรักษาทางจิต จะประเมินจากการสัมภาษณ์การรับรู้ของผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณคนในสังคมมีความคิด ความรู้สึก และการปฏิบัติอย่างไรเกี่ยวกับการรักษาอาการทางจิต และการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ

### 4.3 ปัจจัยด้านการรักษา

ปัจจัยทางด้านการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยที่ได้รับความสนใจและศึกษาอย่างกว้างขวาง จากการศึกษาปัจจัยด้านนี้ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

#### 1. วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย

วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย หมายถึง ช่องทางการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งช่องทางการได้รับยา มี 7 วิธี (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2538) คือ

- 1) การกิน
- 2) การฉีด แบ่งเป็น ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เส้นเลือดดำ เส้นเลือดแดง ใต้ผิวหนัง
- 3) การอมยาใต้ลิ้น
- 4) การเหน็บยาทางช่องคลอด
- 5) การเหน็บยาทางทวารหนัก
- 6) ทางผิวหนัง
- 7) การสูดดม

วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกายกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ปัจจุบันการควบคุมอาการของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ยารักษาอาการทางจิต พบว่ามีประสิทธิภาพสูง แต่เมื่ออาการทางจิตทุเลาลงแล้วผู้ป่วยมักไม่ยอมรับประทานยาต่อ เนื่องจากสาเหตุหลายประการที่แตกต่างกัน เช่น Kurmar & Sedgwick (2001a.) กล่าวว่า การใช้ยาฉีดทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องรับประทานยาทุกวัน ทำให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติน้อยกว่าการยากิน และการใช้ยาฉีดที่สามารถออกฤทธิ์ได้นาน มีประโยชน์ในการทำให้ผู้ป่วยสามารถได้รับยาติดต่อกัน ดังนั้นวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกายโดยใช้วิธีฉีดจึงสามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มากกว่าวิธีการรับประทานยาโดยการกิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dencker (1981 cited in Kumar & Sedgwick, 2001a.) ที่พบว่าการใช้ยาฉีดสามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ร่วมมือในการรักษา มีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นจาก 24.4% เป็น 47.5%

ดังนั้นวิธีการที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย จึงน่าจะเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้

## 2. การรับรู้ความซับซ้อนของการรักษา

ความซับซ้อน หมายถึง ความรู้สึกยุ่งยาก ลำบากในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย ดังนั้นการรับรู้ความซับซ้อนของการรักษา จึงเป็นความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับความยุ่งยาก ลำบากในการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ตนเองได้รับ

การรับรู้ความซับซ้อนของการรักษากับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

แผนการรักษาที่มีความซับซ้อน โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิดและมีจำนวนมาก อาจเกิดความสับสนในการใช้ยา หรือลืมวิธีการใช้ยา การรับประทานยาที่ไม่เหมือนกันจะทำให้ผู้ป่วยสับสน หมดความอดทนที่จะรับประทานยาต่อไป Cramer et al., (1989 cited in Brannon & Feist, 1997 อ้างถึงใน สมัยพร อาชาล, 2543) ได้รายงานถึงการรับประทานยากันชัก 1 เม็ดต่อวัน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ร้อยละ 88 ถ้ารับประทานยา 2 เม็ดต่อวัน ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลงเป็นร้อยละ 81 และหากต้องรับประทานยา 4 เม็ดต่อวัน ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลงเหลือเพียงร้อยละ 39 นอกจากนี้จำนวนครั้งของการรับประทานยาในแต่ละวัน ก็มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา หากผู้ป่วยต้องรับประทานยามากถึง 3 หรือ 4 ครั้งต่อวัน ความร่วมมือในการรักษาก็ลดลงมากกว่ารับประทานเพียงวันละครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Razali & Yahya (1995) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในมาเลเซียจะร่วมมือในการรักษาที่ดีเมื่อรับประทานยา 1-2 ครั้ง/วัน แต่ถ้าได้รับยามากกว่า 2 ครั้ง/วัน ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ดี นอกจากนี้การศึกษานี้ของ Gravaley & Oseasohn (1991) พบว่าการรับประทานยาวันละหลาย ๆ ครั้ง จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมปกติของผู้ป่วยทำให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยลดลง โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะพึงพอใจต่อการรับประทานยาวันละเม็ดเดียวมากกว่ายาหลายเม็ด และพอใจที่จะรับประทานยาวันละครั้งเดียวหรือไม่เกินวันละ 2 ครั้ง มากกว่าวันละหลาย ๆ ครั้ง

ดังนั้นวิธีการใช้ยาที่มีความสะดวกไม่ขัดขวางแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย รบกวนวิถีชีวิตน้อยที่สุด จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น จึงอาจสรุปได้ว่าความซับซ้อนของแผนการรักษา สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้

การประเมินการรับรู้ความซับซ้อนของการรักษา

การประเมินการรับรู้ความซับซ้อนของการรักษาจากการศึกษาของ Razali & Yahya (1995) และ Gravaley & Oseasohn (1991) ใช้แบบสอบถามในการประเมินผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ป่วย

แต่แต่ละคนรับรู้ความซับซ้อนของการรักษาแตกต่างกัน ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จะใช้วิธีการสัมภาษณ์การรับรู้ความซับซ้อนของการรักษาผู้ป่วยจากตัวผู้ป่วยเอง

### 3. ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา

ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย

ชนิดของฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยารักษาอาการทางจิต

ยารักษาโรคจิตเป็นกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มาก ฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตที่สำคัญมีดังนี้ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

1) ฤทธิ์ข้างเคียงของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic side effects) เป็นฤทธิ์ที่มักพบในตอนต้นของการให้ยามากกว่าเมื่อให้ยาไปนานๆ ซึ่งร่างกายมักปรับตัวได้ ที่พบบ่อย ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก บัสสภาวะไม่ออก ม่านตาหดหรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำ (postural hypotention) ในผู้ชายอาจมีการหลั่งน้ำกามช้าหรือไม่หลั่งเลยบางรายมีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัวได้

อาการความดันโลหิตต่ำพบได้มากที่สุดจาก Chlorpromazine จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอและผู้สูงอายุ ส่วนฤทธิ์ anticholinergic พบมากที่สุดจากยา Thioridazine ซึ่งไม่ควรใช้ในผู้ป่วย benign prostatic hypertrophy และ ผู้ป่วย closed angle glaucoma

2) Extrapyramidal effects เป็นฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลางโดยตรง แบ่งได้เป็น 4 แบบ คือ

ก. Parkinsonian syndrome ผู้ป่วยอาจมีอาการสั่น (tremor) ที่มือ แขน ขาลำตัว มีอาการตัวแข็ง (rigidity) เดินตัวทื่อไม่แกว่งแขน เดินหรือเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) หน้าตาเฉยเมยเหมือนใส่หน้ากาก (mask-like faces)

ข. Acute dystonia เป็น อาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง (torticollis) อาจพบคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ขากรรไกรแข็ง ลิ้นคับปาก พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากสั่น บางรายอาจมีนัยน์ตาเหลือบขึ้นข้างบนตลอดเวลา อาการดังกล่าวไม่เป็นอันตรายแต่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมาน

ค. Akathisia เป็นอาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนขาสั่น มีลักษณะคล้ายกับอาการวุ่นวาย (agitated) ของผู้ป่วยเอง

ง. Tardive dyskinesia เป็นกลุ่มของการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลาานาน มีลักษณะที่สำคัญ คือ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อสามแห่ง คือ แก้ม หน้า ลิ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแก้มพองซึ่งเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก เคี้ยว สูดปาก เลียและดูดริมฝีปาก แลบลิ้น ขากรรไกรเคลื่อนไหวด้านข้าง อาจมีอาการกระพริบตา หน้าตาบูดเบี้ยว ขมวดคิ้ว เปลือกตากระตุก นอกจากการเคลื่อนไหวบริเวณใบหน้าอาจมีอาการเคลื่อนไหวแบบกระตุกไม่เป็นจังหวะค่อนข้างเร็วและคาดคะเนไม่ได้ของมือและเท้า

3) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจอาจเกิดขึ้นได้ เช่น มี T-wave กว้างและแบนลง และอาจมี QR interval ยาวขึ้น ยาที่มีรายงานว่ามียผลต่อคลื่นหัวใจได้บ่อย คือ Thioridazine

4) Central Anticholinergic Syndrom เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบน้อย อาจเกิดจากยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic สูง และในรายที่ให้ยา antiparkinson ร่วมด้วย ก็อาจเป็นผลจากยาทั้ง 2 ตัว หรือจากตัวใดตัวหนึ่งก็ได้ อาการที่สำคัญ คือ มี วุ่นวาย, สับสน, ประสาทหลอน, ชัก, เป็นไข้, ม่านตาขยาย และสติสัมปชัญญะลดลง จนถึงโคม่าได้

5) Neuroleptic Malignant Syndrom (NMS) อาการสำคัญคือมีไข้สูง กล้ามเนื้อมีความตึงตัวเพิ่มขึ้น หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติและความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะนี้มีอัตราตายถึงหนึ่งในห้า ต้องรีบให้การแก้ไข โดยหยุดยารักษาโรคจิตทั้งหมด ให้การรักษาประคับประคองเพื่อให้ไข้ลดและควบคุมความดันโลหิตให้คงที่

6) อาการชัก อาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูง ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลด threshold ของการชัก แต่ก็ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการใช้ยา ส่วนใหญ่สามารถแก้ไขได้โดยการลดขนาดของยาลง

7) อาการร่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ยาระยะแรก แต่มักลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ ฤทธิ์ของยาที่ทำให้ง่วงมักมีเพียง 2-3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์รักษาโรคจิตมีอยู่นานตลอดวัน จึงสามารถให้ยารักษาโรคจิตโดยให้กินเพียงวันละครั้งก่อนนอนได้

8) อาการดีซ่าน (Jaundice) อาการดีซ่านที่เกิดจาก Phenothiazines เป็นที่รู้จักกันมาตั้งแต่เริ่มใช้ยา แต่ปัจจุบันลดน้อยลงโดยไม่ทราบสาเหตุ และมีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าอาการดีซ่านที่เกิดขึ้นเป็นผลของปฏิกิริยาภูมิแพ้มากกว่าเหตุอื่น ยาที่ทำให้เกิดอาการดีซ่านมักเป็น Phenothiazines โดยเฉพาะ Chlorpromazine พบมากที่สุด

9) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเลือด อาการที่พบบ่อย คือ Eosinophilia ซึ่งแสดงถึงปฏิกิริยาภูมิแพ้แต่ก็ไม่ร้ายแรง อาการที่พบน้อยแต่เป็นอันตรายได้มาก คือ Agranulocytosis, Leukopenia, Pancytopenia, Hemolytic anemia และ Thrombocytopenic purpura

10) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง อาจพบผื่น (skin eruptions) ได้หลายแบบ เป็นผลจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ อาการแพ้แสงแดด (Photosensitivity) มักพบจาก Chlorpromazine มากกว่าตัวอื่น

บางครั้งพบเป็นรอยไหม้ในบริเวณที่โดนแสงแดด เช่น บริเวณหน้าและแขน ในระยะยาวผิวหนังบริเวณที่โดนแสงแดดอาจเปลี่ยนเป็นสีเทาฟ้าคล้ายโลหะ

11) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตา ผู้ป่วยที่ได้รับ Chlorpromazine ในขนาดสูงนาน ๆ อาจมีสารสีน้ำตาลแกมเหลืองไปจับบริเวณ lens และ cornea พบบ่อยในผู้ที่พบการเปลี่ยนแปลงที่ผิวหนังร่วมด้วย เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการได้รับแสงแดด และการให้ Thioridazine ในขนาดที่สูงอาจทำให้เกิด pigmentary retinopathy ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้ ซึ่งอาจไม่หายแม้จะหยุดยาแล้วก็ตาม จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ Thioridazine เกินวันละ 800 มิลลิกรัม

13) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ ยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลายตัวด้วยกัน ที่พบบ่อย คือ การเพิ่มระดับ prolactin ซึ่งเป็นผลให้มีนมคัดและบางรายมีน้ำนมไหล ผู้ป่วยบางรายมีระดับสูงไปเป็นระยะเวลานานและระยะที่กินยารักษาโรคจิตอยู่ก็มี นอกจากนั้นยารักษาโรคจิตอยู่ก็มี นอกจากนั้นยารักษาโรคจิตยังมีผลต่อฮอร์โมนอื่นแม้พบได้น้อย เช่น ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ ต่อมใต้สมอง เป็นต้น

การประเมินการได้รับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา

การประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาทางจิต ซึ่งพบจากการทบทวนรายงานการวิจัย เช่น

1. การใช้แบบสอบถาม เช่น การศึกษาของ ทิวาพร พู่เฟื่อง (2544) เรื่องการศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งแบบสอบถามของ Sing Lee (ม.ป.ป. อ้างถึงใน ทิวาพร พู่เฟื่อง, 2544) ซึ่งลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ มาก เล็กน้อย และไม่มีอาการข้างเคียง เพื่อสอบถามอาการข้างเคียงจากยารักษาทางจิตที่พบบ่อย 13 อาการ

2. การใช้แบบรายงานตัวเองของผู้ป่วย (self-report scale) เช่น จากรายงานการศึกษาของ Hogan et al. (1983) และ Morrison et al. (2000) ที่ใช้ The Liverpool University neuroleptic side-effect rating scale (LUNTERS) ที่มีจำนวน 41 ข้อคำถาม โดยแต่ละข้อจะมีการให้คะแนน 0 คือไม่มีอาการ ถึง 4 คือ มีอาการมาก

ซึ่งจากการทบทวนรายงานการวิจัย แบบรายงานตัวเองอาจเป็นวิธีการที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ในประเทศไทย ดังนั้นรายงานการวิจัยฉบับนี้จะเลือกประเมินฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาทางจิตจากการสัมภาษณ์การรับรู้ ความรู้สึกไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมานการรักษายาอาการทางจิต



ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยากับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทบางรายขณะรับการรักษาโดยใช้รักษาอาการทางจิต อาจมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น ตัวแข็ง คอแข็งบิดเบี้ยว ง่วงนอน ปากและคอแห้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้น และความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ (ทิวาพร พู่เฟื่อง, 2544; Hogan, 1983; Agarwal et al., 1998) อาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และหยุดการใช้ยาในที่สุด โดยการศึกษาของ Kumar & Sedgwick (2001b) พบว่าเหตุผลของการไม่ใช้ยาในกลุ่มที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในกลุ่มที่ไม่ร่วมมือ คือ ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา ส่วน Agarwal et al. (1998) พบว่าปัจจัยที่สามารถแยกผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาออกจากผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ปัจจัยหนึ่ง คือ การที่ผู้ป่วยได้รับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา

จากเอกสารและรายงานการวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า ฤทธิ์ข้างเคียงของยามีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้

#### 4. ปัจจัยด้านทิมสุภาพ

ทิมสุภาพ หมายถึง บุคลากร คือ พยาบาล แพทย์ เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทิมสุภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

##### 1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทิมสุภาพ

ความหมาย

สัมพันธภาพ หมายถึง ความผูกพัน ความเกี่ยวข้อง (ราชบัณฑิตยสถาน, 2525) ส่วน สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2537) ให้ความหมายของสัมพันธภาพว่า หมายถึง กระบวนการระหว่างบุคคล ได้แก่การที่บุคคลสองคนหรือมากกว่าสองคน ทำความรู้จัก สร้างความคุ้นเคยและติดต่อเกี่ยวข้องกันในระยะเวลาหนึ่งๆ ซึ่งอาจเป็นเดือน เป็นปี หรือตลอดไป ซึ่งสัมพันธภาพ อาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ 1) สัมพันธภาพทางสังคม ซึ่งหมายถึงสัมพันธภาพที่มีอยู่ในสังคมทั่วไปเพื่อสนองความต้องการในการติดต่อ รวมกลุ่มทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน อันเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ที่ต้องการการยอมรับนับถือ มีเพื่อน ได้รับความรักใคร่ และ 2) สัมพันธภาพแบบวิชาชีพ เป็นสัมพันธภาพระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพ และผู้รับบริการทางวิชาชีพ

ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ จึงเป็นกระบวนการระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในทีมสุขภาพ ที่มีปฏิสัมพันธ์กันแบบผู้ประกอบวิชาชีพและผู้รับบริการโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วย โดยสัมพันธภาพที่ดีจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ทีมสุขภาพให้ความช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ รู้สึกไว้วางใจและพึงพอใจในพฤติกรรมกรดูแล (Caring behavior) ที่ได้รับจากบุคลากร ซึ่งต้องสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของตนเอง (Risser, 1975)

โดย Risser (1975) กล่าวถึง ความพึงพอใจของผู้รับบริการเมื่อได้รับการดูแลจากพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรวิชาชีพหนึ่งในทีมสุขภาพ จากแนวคิดนี้สรุปได้ว่าทีมสุขภาพที่จะก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการจะต้องมีองค์ประกอบ 3 ลักษณะ คือ

1. ความสามารถทางเทคนิควิชาชีพ (Technical-professional) หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้านเทคนิคทางวิชาชีพ (Technical activities) มีทักษะความรู้ ความสามารถในงานที่ทำอยู่เพื่อให้เกิดบริการที่สมบูรณ์แบบ
2. มีสัมพันธภาพที่มุ่งสร้างความรู้แก่ผู้รับบริการ (Educational relationship) หมายถึง ความสามารถของผู้ให้บริการในการให้ข้อมูลข่าวสาร การตอบคำถาม การอธิบาย หรือการสาธิตเทคนิควิธีการปฏิบัติต่างๆ ให้ผู้รับบริการเข้าใจ
3. มีสัมพันธภาพที่มุ่งสร้างความไว้วางใจ (Trusting relationship) หมายถึง การปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้บริการที่มีต่อผู้รับบริการในลักษณะที่มีความเอื้ออาทร เอาใจใส่ ซึ่งก่อให้เกิดผลดีและความสุขสบายแก่ผู้รับบริการ

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพกับพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

สัมพันธภาพที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ รับรู้ และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (Brannon & Feist, 1997 อ้างถึงใน สมัยพร อาซาล, 2543) ผู้ป่วยบางคนจะพบปัญหากับผู้ให้บริการ เช่น การไม่ให้ความสนใจกับสิ่งที่มีความกังวลของผู้ป่วย ไม่มีการเอนอ่อนผ่อนตามในข้อตกลงต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าผู้ให้บริการให้บริการอย่างรีบเร่ง และไม่ใส่ใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาของผู้ป่วย นอกจากนี้บุคลากรที่มีบุคลิกอบอุ่น น่าศรัทธา จะส่งผลดีต่อความร่วมมือในการรักษา โดยผู้ให้บริการและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะทำให้เกิดผลทางบวกต่อการรักษา คือ ผู้ป่วยจะเกิดความพึงพอใจ และส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น (Di Matteo & Di Nicola, 1982 อ้างถึงใน สาธุพร พุฒขาว, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Frank & Gunderson (1990) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เรื้อรังซึ่งมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รักษาภายใน 6 เดือนแรกที่เริ่มมีอาการผิดปกติทางจิต จะมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาและผลลัพธ์ที่ดีของการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้วิจัย

คาดว่าปัจจัยด้านทีมสุขภาพ คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพน่าจะเป็นปัจจัยที่สำคัญ ในการทำนายนพตยกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้

#### การประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ

Frank & Gunderson (1990) ประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ 3 วิธี คือ

- 1) ประเมินจากการรับรู้ของผู้ป่วย
- 2) ประเมินโดยใช้การสังเกตจากบุคคลากร
- 3) การประเมินจากผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาล

จากการทบทวนรายงานการวิจัย การประเมินสามารถทำได้จากทั้งตัวผู้ป่วยและทีมสุขภาพการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ โดยการสัมภาษณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยถึงสัมพันธภาพที่มีต่อทีมสุขภาพที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Risser (1975) เพื่อตอบสนองของความต้องการการดูแลบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยตามความคาดหวังของผู้ป่วย 3 ด้าน คือ ด้านความสามารถทางเทคนิควิชาชีพ ด้านสัมพันธภาพที่มุ่งสร้างความรู้แก่ผู้รับบริการ และด้านสัมพันธภาพที่มุ่งสร้างความไว้วางใจ

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

##### 1. งานวิจัยในประเทศไทย

สุนันท์ จำรูณสวัสดิ์ (2536) ศึกษาเรื่องผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลประสาท เชียงใหม่ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีจุดประสงค์ 4 ข้อ คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค และการรักษาระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการให้เงื่อนไขผูกพันกับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับบริการตามปกติ 2) เพื่อเปรียบเทียบการรับประทานยาครบถ้วนถูกต้องระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพและการให้เงื่อนไขผูกพันกับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับบริการตามปกติ 3) เพื่อเปรียบเทียบการมาตรงตามกำหนดนัด และ 4) เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลระหว่างผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการให้เงื่อนไขผูกพันกับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับบริการตามปกติ ระหว่างผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก รพ.ประสาทเชียงใหม่ จำนวน 20 คน ที่ได้รับการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพและการให้เงื่อนไขผูกพัน กับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับบริการตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความรู้ภายหลังการสอนสุขภาพของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 การรับประทานยาครบถ้วนถูกต้องของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาธุพร พุฒขาว (2541) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 118 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ 5 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา แบบวัดทัศนคติของผู้ป่วยจิตเภทต่อการใช้ยา และแบบวัดความพึงพอใจต่อบริการของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของอยู่ในระดับดี ร้อยละ 72 ของผู้ป่วยมีประวัติมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 51.7 มารับการรักษาแบบเป็นครั้งคราว ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เคยมีอาการของโรคกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 84.7 ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ทัศนคติต่อการใช้ยา และความพึงพอใจต่อบริการของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับสูง แต่ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ทัศนคติต่อการใช้ยา และความพึงพอใจต่อบริการของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยา ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

## 2. งานวิจัยต่างประเทศ

Frank & Gunderson (1990) ทำการศึกษาเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษาต่อผลการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เรื้อรัง จำนวน 143 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รักษาตั้งแต่ 6 เดือนแรกของการรักษา หลัง 2 ปีผู้ป่วยจะคงปฏิบัติตามแผนการรักษาและมีผลลัพธ์ของการรักษาที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่าผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้รักษา

Razali & Yahya (1995) เป็นการศึกษาผลการใช้โปรแกรมการจัดการเรื่องยาเพื่อแก้ไขความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาผลความร่วมมือในการรักษาระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติไม่ร่วมมือในการรักษา ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซานมาเลเซีย โกตาบารู กลันตัน กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามโปรแกรมกับผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคำแนะนำ โดยก่อนทดลองผู้ป่วยจะถูกสัมภาษณ์เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ยาไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ผลการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยที่ร่วมมือในการรักษามีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามากกว่า มีระยะเวลา

ในการรักษาน้อยกว่า 5 ปี ใช้ยาไม่เกิน 2 ครั้ง/วัน ส่วนปัจจัยด้านลักษณะประชากรไม่มีนัยสำคัญทางสถิติว่าเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา แต่พบว่ามีแนวโน้มเป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 21 ปี ซึ่งหลังจากทำนายพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน และมีญาติดูแลมีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

Fenton, Blyler, and Heinssen (1997) ศึกษาเรื่องการตัดสินใจความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท : ความสำคัญและผลทางคลินิก เป็นการศึกษารายงานการวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ลักษณะการเจ็บป่วย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิตการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด การศึกษาพบว่าลักษณะประชากรไม่มีความคงที่ ว่ามีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และลักษณะที่พบในงานวิจัยพบว่าเกี่ยวข้อง คือ ระดับการศึกษา รายได้ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และวัฒนธรรม

ส่วนลักษณะการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้อง คือ จำนวนครั้งที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรุนแรงของอาการ เช่น Bartko และคณะ (1988 cited in Fenton, Blyler, and Heinssen, 1997) พบว่าความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โตเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้รายงานการวิจัย 7 รายงานพบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะหวาดระแวง ความคิดหลงผิดว่าถูกปองร้าย และการไม่ตระหนักรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองเกี่ยวข้องกับการไม่ร่วมมือในการรักษา ส่วนความพร้อมทางสติปัญญาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ที่ไม่ชัดเจนกับความร่วมมือในการรักษา โดย Kelly et al. (1987 cited in Fenton, Blyler, and Heinssen, 1997) พบว่าการรับรู้ความลำบากในการกลับมารักษาซ้ำเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของความร่วมมือในการรักษา Hogan et al. (1983) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จากการประเมินของผู้รักษาผู้ป่วยที่ร่วมมือในการรักษามีความเชื่อว่ายาสามารถป้องกันการป่วยซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษา และผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษามีความเชื่อว่าการใช้ยาจะกระทำเมื่อรู้สึกป่วยเท่านั้น แต่ Pan & Tantam (1989) พบว่าไม่มีความแตกต่างในเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับการป่วยซ้ำ ถ้าการรักษาเป็นการควบคุมอาการ

การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด Drake et al. (1989) ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก 115 คน พบว่า 45% ใช้แอลกอฮอล์เป็นบางครั้ง 23 % ใช้มาก ผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์มากจะเกี่ยวข้องกับการไม่ร่วมมือในการรักษา มีปัญหาทางด้านจิตสังคม เช่น การไม่มีที่อยู่ ความผิดปกติของการทำหน้าที่ และพฤติกรรมไม่เป็นมิตร ปัญหาการใช้ยา และการเข้ารักษาซ้ำๆ ภายใน 1 ปี

ฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ทำให้ไม่สุขสบาย เช่น นอนหลับมาก anticholinergic effects, ความคิดที่อ้อ ๆ ภาวะซึมเศร้า ความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ และอาการตัวและมือสั่น (Weiden et al, 1994) ระหว่าง 1/4 และ 2/3 ของผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยาเหตุผลแรกที่พบ คือ ผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ระหว่างผู้ป่วยนอกทั้งตัวผู้ป่วยและแพทย์ประเมินว่าฤทธิ์ข้างเคียงเกี่ยวข้องกับหรือสามารถทำนายการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา จำนวนยาที่ได้รับ พบว่าจำนวนที่น้อย จำนวนที่มากกว่า (Pan & Tantam, 1989) สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา แต่ Hogan (1983) พบว่าไม่มีความแตกต่าง หรือมีความเกี่ยวข้องเล็กน้อยกับการร่วมมือในการรักษาเพื่อควบคุมอาการของผู้ป่วย

ความซับซ้อนของแผนการรักษา พบเพียงการศึกษาของ Razali & Yahya (1995) จากจำนวน 4 รายงานของรายงานการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทว่า ความยุ่งยากของการรักษาเกี่ยวข้องกับกับการไม่ร่วมมือ นอกนั้นไม่พบความเกี่ยวข้อง

Agarwal, Sharma, Vimal, et al. (1998) ศึกษาการไม่ร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาเพื่อประเมินปัจจัยสนับสนุน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 โดยเลือกจากผู้รับเงินช่วยเหลือที่ขึ้นทะเบียนในปี 1994 ซึ่งผู้จัดการดูแลบันทึกว่าเป็นโรคจิต โดยผู้ป่วยทั้งหมดต้องได้รับการบริการจากศูนย์บริการสุขภาพจิตอย่างน้อย 12 เดือน จำนวน 120 ราย เพื่ออธิบายความเกี่ยวข้องระหว่าง ลักษณะสังคม-ประชากร (social-demographic) เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส สถานภาพการมีงานทำของผู้ป่วยและผู้ดูแล ระดับการศึกษา และ living circumstance และ ตัวแปรความเจ็บป่วย (illness variables) ประกอบด้วย อายุที่ป่วยครั้งแรก, ระยะเวลาที่ป่วย, จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล, และ ระยะเวลาที่ป่วยแต่ละครั้ง (course of illness) การได้รับยาด้วยการกินหรือการฉีด ฤทธิ์ข้างเคียงของยา การใช้แอลกอฮอล์ การตระหนักรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง (insight) การตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย (subjective response to medication) ทักษะคิดและความรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการไม่ร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบวัดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยใช้เครื่องมือของ Lin et al. (1974 cited in Agarwal, Sharma, Vimal, et al., 1998) โดยอธิบายการไม่ร่วมมือในการรักษา จากการที่ผู้ป่วยบอกว่าไม่ได้ใช้ยา จะใช้ยาเมื่อเกิดอาการผิดปกติ หรือจากการที่ครอบครัวผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกว่าผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยา เครื่องมือวัดการตระหนักรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) ที่พัฒนาโดย Amador et al. (1993 cited in Agarwal, Sharma, Vimal, et al., 1998) แบบวัดทัศนคติต่อยา (Drug Attitude Inventory) ของ Hogan et al. (1983) แบบวัดความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคจิตเภท (Knowledge About Schizophrenia Interview) ของ Barrowclough & Tarrier (1992 cited in Agarwal, Sharma, Vimal, et al., 1998) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือมีอายุน้อยกว่า มีระยะเวลาในการป่วยสั้นกว่า มีการป่วยครั้งเดียว มีอาการทางบวกมากกว่า และมีความรู้สึกทางลบต่อยา ผู้ดูแลของผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือมีงานทำมากกว่าผู้ป่วยที่ร่วมมือในการรักษา

โดยพบว่า 4 ปัจจัยที่สามารถแยกผู้ป่วยที่ร่วมมือในการรักษาจากผู้ที่ไม่ร่วมมือในการรักษา คือ ระยะเวลาของการป่วย การมีงานทำของผู้ดูแล อายุที่ป่วยครั้งแรกและการมีฤทธิ์ข้างเคียงของยา

Drake, Osher, & Wallach (1989) ศึกษาเรื่องการใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาการใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 115 คน พบว่า 45% ใช้แอลกอฮอล์เป็นบางครั้ง 23% ใช้มาก 26% ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์จะเกี่ยวข้องกับการไม่ร่วมมือในการรักษา ความผิดปกติของการทำหน้าที่ และพฤติกรรมไม่เป็นมิตร ปัญหาการใช้ยา และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ๆ ภายใน 1 ปี

Owen et al. (1996) ศึกษาการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา และการใช้สารเสพติด ของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา และการใช้สารเสพติดต่ออาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา มีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดจะไม่มารับการตรวจตามนัด และมีความเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท

Adams & Scott (2000) ศึกษาเรื่องการทำนายการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง เป็นการศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประโยชน์ของแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ (The health belief model) ต่อการอธิบายการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้เครื่องมือที่เป็นที่รู้จัก 6 ชุด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวช 39 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับที่ดี หรือมีพฤติกรรมใช้ยาถูกต้องเป็นส่วนใหญ่มักรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้มีความเชื่อว่าพวกเขาสามารถควบคุมโรคของตนเองได้ และรับรู้ถึงความเสี่ยงในการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

Kumar & Sedgwick (2001a) กล่าวถึงความร่วมมือในการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตเกือบทั้งหมดของงานวิจัยเกิดขึ้นในประเทศตะวันตก ซึ่งมีข้อจำกัดในประเทศที่กำลังพัฒนาที่มีการรักษาด้วยยาเป็นหลักของการรักษา จุดประสงค์ของการศึกษาเพื่อค้นหาว่าปัจจัยที่สามารถอธิบายความร่วมมือในการรักษาในประเทศตะวันตกได้ จะสามารถอธิบายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยในประเทศอินเดียได้หรือไม่ โดยศึกษา 4 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านประชากร สังคม - วัฒนธรรม ลักษณะความเจ็บป่วย และปัจจัยด้านการรักษา ผลพบว่าปัจจัยทั้ง 4 ไม่สามารถอธิบายความแตกต่างของผู้ป่วยที่ร่วมมือและไม่ร่วมมือได้

Kumar & Sedgwick (2001b) ศึกษาเรื่องการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในอินเดีย ตะวันออกตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาใน

โรงพยาบาลศูนย์จิตเวชในประเทศอินเดียตะวันออก จำนวน 85 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ร่วมมือในการรักษา 24 คน และ ไม่ร่วมมือในการรักษา 61 คน ถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่ถูกต้อง พบว่ามี 11 เหตุผลในกลุ่มที่ร่วมมือในการรักษา และ 10 เหตุผลที่ไม่ร่วมมือในการรักษา 3 เหตุผลของการไม่ร่วมมือในกลุ่มที่ไม่ร่วมมือ คือ ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา ยามีราคาแพง และเหตุผลจากอาการทางจิต (หลงผิดว่ายา คือ ยาพิษ หลงผิดว่าตนเองใหญ่โต และอาการหูแว่ว) ส่วนเหตุผลของผู้ป่วยที่ร่วมมือในการรักษา คือ เหตุผลจากอาการทางจิต การลืมกินยา และค่ารักษาที่มีราคาแพง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กล่าวได้ว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทมีความแตกต่างกัน เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายสาเหตุ การหาแนวทางแก้ไขปัญหาก็ให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพ ควรทำความเข้าใจกับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อสามารถทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแล วางแผนให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการป่วยซ้ำ ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ โดยมีปัจจัยด้านต่างๆ ที่นำมาศึกษามี 4 ด้าน คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการรักษา และด้านทีมสุขภาพ โดยแต่ละด้านประกอบด้วยตัวแปร

ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย ลักษณะประชากร (อายุ และ เพศ) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามดูแลสุขภาพ) การใช้แอลกอฮอล์ ลักษณะของอาการเจ็บป่วย (ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต อาการทางลบ)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ความเพียงพอของรายได้ การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว การรับรู้ทัศนคติของสังคมต่อการรักษาทางจิต

ปัจจัยด้านการรักษา ประกอบด้วย วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย การรับรู้ความซับซ้อนของการรักษา และฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา

ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ ซึ่งคือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ



## กรอบแนวคิดในการวิจัย

