

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการรักษา และด้านที่มสุขภาพที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน และมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท อายุ 20-59 ปี ที่ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน และมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนปรุง สถาบันสมเด็จพระยา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 260 คน ที่ได้มาโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ จำนวน 5 ชุดประกอบด้วย ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านผู้ป่วย มี 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบวัดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ เพชรี คันธสายบัว (2544) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีคำตอบลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้เลือกตอบ จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การใช้แอลกอฮอล์ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทฤษฎี ตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินลักษณะอาการเจ็บป่วยทางจิต 2 ตอน คือ แบบประเมินความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต และแบบประเมินอาการทางลบ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Kay, Fiszbein, & Opler (1987) ร่วมกับการใช้แนวคำถามของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (ม.ป.ป.) จาก Positive and Negative Syndrome Scale โดยผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามที่เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ซึ่งแบบประเมินความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต มีจำนวน 3 ข้อ และแบบประเมินอาการทางลบ มีจำนวน 13 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มี 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านครอบครัว เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 2 ตอน คือ แบบสัมภาษณ์รายได้ของครอบครัว และแบบสัมภาษณ์การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตอนละ 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ทัศนคติของสังคมต่อการรักษาทางจิต เป็นแบบ สัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร และรายงานการวิจัยต่าง ๆ ลักษณะข้อ คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว เป็นแบบ สัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยนำมาจาก แบบวัดการแสดงอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ของ เพชรี คันธสายบัว (2544) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านการรักษา มี 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความซับซ้อนของการรักษา เป็นแบบสัมภาษณ์ ที่มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 13 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น โดยอาศัยแนวคิดของ Risser (1975) ซึ่งข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 9 ข้อ

ชุดที่ 5 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ตามเกณฑ์การรักษา เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้าง ขึ้นจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้บริการปรึกษาทางจิตเวช จำนวน 6 คน โดย ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 18 ข้อ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน แล้วนำ มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปทดสอบกับกลุ่มประชากรจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำมาหาค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ทุกชุด ซึ่งแบบสัมภาษณ์ 3 ส่วน มีค่าความเที่ยง ในระดับต่ำ คือแบบวัดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบวัดการรับรู้ทัศนคติของสังคมต่อการ รักษาทางจิต และแบบวัดอาการจากฤทธิ์ของยา ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับประชากรที่มี ลักษณะคล้ายกับกลุ่มประชากร เพิ่มอีก 10 คน ในส่วนของแบบสัมภาษณ์ที่มีค่าความเที่ยงต่ำทั้ง 3 ส่วน ซึ่งทั้ง 3 ส่วน มีค่าความเที่ยงเพิ่มขึ้น โดยค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์แต่ละส่วนมี ดังนี้ แบบวัดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบประเมินความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต แบบ ประเมินอาการทางลบ แบบสัมภาษณ์รายได้ของครอบครัว แบบสัมภาษณ์การมีผู้ดูแลด้านการใช้ ยา แบบวัดการรับรู้ทัศนคติของสังคมต่อการรักษาทางจิต แบบวัดการรับรู้การแสดงออกทาง อารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความซับซ้อนของการรักษา แบบวัด

อาการจากฤทธิ์ของยา แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เท่ากับ .57, .89, .80, 87, .71, .54, .76, .73, .61, .83, 89 ตามลำดับ การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมผู้วิจัย จำนวน 5 ท่าน โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์ จำนวน 260 คน ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 3 สัปดาห์ ได้แบบสัมภาษณ์ที่สมบูรณ์จำนวน 256 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98.46 ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 4 ฉบับ จนได้แบบสัมภาษณ์ที่สมบูรณ์ครบ 260 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณเพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย (ร้อยละ 59.2) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 40.8) มีอายุเฉลี่ย 36.6 ปี ได้รับความทุกข์ทรมานสูงสุด (ร้อยละ 59.2) รองลงมา คือ การใช้ทั้งวิธีกินและฉีด (ร้อยละ 40) และการได้รับยา โดยวิธีฉีดมีน้อยที่สุด (ร้อยละ 0.8)
2. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อยู่ในระดับดีสูงสุด (ร้อยละ 61) รองลงมาคือ ระดับดีมาก (ร้อยละ 29) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 25) และ ระดับต่ำน้อยที่สุด (ร้อยละ 3.9) และไม่มีผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาในระดับต่ำสุด
3. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เมื่อนำตัวแปรทั้งหมด คือ อายุ เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติดูแลสุขภาพ การใช้แอลกอฮอล์ ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต อาการทางลบ รายได้ของครอบครัว การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว การรับรู้ทัศนคติของสังคมต่อการรักษาทางจิต วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย การรับรู้ความซับซ้อนของการรักษา ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ มาทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าสามารถทำนายได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ร้อยละ 49.20 ($R^2 = 0.492$) และเมื่อพิจารณาตัวค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ทั้งหมดในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน ปรากฏว่าตัวแปรทำนายที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ (Beta = .217) อาการทางลบ (Beta = -.139) การใช้แอลกอฮอล์ (Beta = -.136) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (Beta = .129)

เมื่อวิเคราะห์โดยใช้วิธีการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน พบว่าตัวแปรทำนายที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 7 ตัวแปร คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ร้อยละ 47.20 ($R^2 = .472$) ตัวแปรทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางบวก มี 3 ตัวแปร โดยตัวแปรที่มีความสำคัญในการพยากรณ์ทางบวก คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ($Beta = .251$) รองลงมา คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ($Beta = .124$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($Beta = .108$) ส่วนตัวแปรที่มีความสำคัญในการพยากรณ์ทางลบ เรียงลำดับความสำคัญในการพยากรณ์ ดังนี้ อาการทางลบ ($Beta = -.182$) การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ($Beta = -.153$) การใช้แอลกอฮอล์ ($Beta = -.149$) และฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา ($Beta = -.129$) ซึ่งสามารถเขียนสมการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา = $51.330 + .485$ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ - $.208$ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว - $.650$ อาการทางลบ - 1.182 การใช้แอลกอฮอล์ + $.602$ การรับรู้ความรุนแรงของโรค + $.450$ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ - $.175$ ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$Z_{\text{พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา}} = .251 Z_{\text{สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ}} - .153 Z_{\text{การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว}} - .182 Z_{\text{อาการทางลบ}} - .149 Z_{\text{การใช้แอลกอฮอล์}} + .108 Z_{\text{การรับรู้ความรุนแรงของโรค}} + .124 Z_{\text{การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ}} - .129 Z_{\text{ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา}}$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผล เป็น 3 ตอน ดังนี้

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย = 3.50 – 4.49) และไม่มีผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาในระดับต่ำสุด

ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สารุพร พุฒิขาว (2541) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง ร้อยละ 72 ให้ความร่วมมือในการรักษา ระดับดี และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 28 เท่านั้นที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา นอกจากนั้น อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์ และคณะ (2537) ซึ่งศึกษากลุ่มผู้ป่วยจิตเวชซึ่งในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภท ขณะมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาต่อเนื่องมีจำนวนมากกว่า ผู้ป่วยที่ใช้ยาไม่ต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 59 : 41

แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Kumar and Sedgwick (2001) ที่ศึกษาผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลทางตะวันตกของอินเดีย ภายในระยะเวลา 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษา 90 คน มีผู้ป่วยเพียง 29 คนที่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ในขณะที่ผู้ป่วย 61 คนไม่ได้ปฏิบัติตามแผนการรักษา หรือ การศึกษาของ Razali and Yahya (1995) ที่ศึกษาผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล 3 แห่งของมาเลเซีย พบว่าในจำนวนผู้ป่วย 225 คน มีเพียง 27% ที่ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ 73% ไม่ได้ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน กับกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ อาจทำให้ได้รับผลการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาที่แตกต่างกัน ในการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้โดยไม่มีอาการทางจิตที่รุนแรง ผลการศึกษาจึงพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับที่ดีมากที่สุด (ตารางที่ 5)

นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยของระยะเวลาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 4.69 เดือน (ตารางที่ 4) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงน่าจะต้องมีพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับดี จึงทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้โดยไม่ป่วยซ้ำ เนื่องจากการรักษาด้วยยาเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Horwath and Cournos (1999) ที่กล่าวว่า การรักษาด้วยยา เป็นการควบคุมอาการของโรควิธีเดียวที่สามารถป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ (ตารางที่ 6) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการปฏิบัติในระดับดี โดยผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องเกี่ยวกับการไม่ได้ซื้อยาทางจิตกินเองโดยไม่มาพบแพทย์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=4.57$) รองลงมาคือไม่ได้รับประทานยานอนหลับเพิ่มโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง ($\bar{X}=4.51$) และไม่ได้รับประทานยามากกว่าที่แพทย์

สั่ง ($\bar{X}=4.45$) ตามลำดับ สำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายข้อของผู้ป่วยจิตเภทที่มีค่าคะแนนต่ำสุด 4 ข้อ คือ การปรึกษากับทีมสุขภาพเมื่อมีปัญหาหรืออาการผิดปกติจากการใช้ยา ($\bar{X}=3.75$) การรีบไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติรุนแรงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ($\bar{X}=3.39$) การขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษาเมื่ออาการทางจิตไม่ดีขึ้น ($\bar{X}=3.18$) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การรับประทานยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาทางจิต ($\bar{X}=3.10$) ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าส่วนใหญ่ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ เป็นเรื่องของการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับทีมสุขภาพ และการปฏิบัติที่ต้องได้รับความรู้ หรือคำแนะนำจากทีมสุขภาพทั้งสิ้น ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เมื่อผู้วิจัยซักถามถึงปัญหาเหล่านี้ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างหลายคนบอกว่า “ไม่กล้าบอกทีมสุขภาพ” หรือ “เจ้าหน้าที่จะให้ทำอะไรก็ต้องทำ” ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าในวัฒนธรรมแบบไทย บุคลากรทีมสุขภาพยังมีอิทธิพลเหนือผู้รับบริการ ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพกับทีมสุขภาพในลักษณะที่ต้องพึ่งพาผู้ให้บริการ ไม่มีส่วนในการตัดสินใจหรือจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Kumar and Sedgwick (2001b) ที่ศึกษาการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศอินเดีย พบว่าผู้ป่วยในประเทศอินเดียส่วนใหญ่ให้ความเคารพต่อผู้ให้บริการและไม่กล้าซักถาม โดยเฉพาะแพทย์จะได้รับความเคารพจากพระเจ้า

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาอย่างถูกต้อง รวมทั้งสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง พยาบาลจิตเวชจะต้องส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา โดยการให้ข้อมูลที่เพียงพอ รับฟังปัญหาในการปฏิบัติของผู้ป่วย ส่งเสริมการวางแผนกำหนดการรักษาที่ไม่เป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิต เช่น สามารถกำหนดเวลาที่เหมาะสมในการรับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาได้

2. การศึกษาตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ขั้นตอนในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ด้วยวิธี Stepwise เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์พบว่าตัวแปรทำนาย คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นร้อยละ 22.90 และเมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์การรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัว สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น ร้อยละ 13.6 และเมื่อเพิ่มตัวแปรอาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยาที่ละตัวแปร สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.90, 3.00, 1.60, 1.10 และ 1.00 ตามลำดับ (ตารางที่ 16) อธิบายได้ว่าตัวแปรทั้ง 7 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ ร้อยละ 47.20 ($R^2 = .472$) โดยตัวพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ทางบวก มี 3 ตัวแปร ซึ่งตัวแปรที่มีความสำคัญในการพยากรณ์ทางบวก คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ รองลงมา คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และ การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ตามลำดับ ดังนี้ .251, .124 และ .108 ส่วนตัวแปรที่มีความสำคัญในการพยากรณ์ทางลบ เรียงลำดับความสำคัญในการพยากรณ์ ดังนี้ อาการทางลบ การรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัว การใช้แอลกอฮอล์ และฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา (Beta = -.182, -.153, -.149, และ -.129) ตามลำดับ ในงานวิจัยนี้จะอภิปรายผลตัวแปรทำนาย ตามลำดับการเข้าสู่สมการทำนาย ดังนี้

1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดอันดับแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 22.9 ($R^2 = .229$)

อธิบายได้ว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพจะมีผลให้ผู้ป่วยมีต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Frank & Gunderson (1990) ที่ทำการศึกษาเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษาต่อผลการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รักษาตั้งแต่ 6 เดือนแรกของการรักษา หลังจากติดตามผู้ป่วยในระยะเวลา 2 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังคงปฏิบัติตามแผนการรักษาและมีผลลัพธ์ของการรักษาที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่าผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้รักษา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุนันท์ จารุณสวัสดิ์ (2536) ที่ศึกษาเรื่องผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ จะมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาอธิบายได้ว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพที่เกิดขึ้น จากความรู้สึกไว้วางใจ การได้รับความรู้ จะเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ และจะเกิดผลดีต่อการรักษา (Risser, 1975) โดยจากการศึกษานี้พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพที่คะแนนสูงสุดรายชื่อ คือ ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีทีมสุขภาพมีท่าทางเป็นมิตร การพูดคุยกับทีม

สุขภาพทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจมากขึ้น และ ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าทีมสุขภาพมีความรู้เรื่องที่ทำให้คำแนะนำ (ตารางที่ 8) การรับรู้ถึงสัมพันธภาพที่ดีของผู้ป่วยต่อทีมสุขภาพจึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษานี้มีระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับดี และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพจึงมีความสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

2. การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยเมื่อตัวแปรการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวร่วมกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 36.5 ($R^2 = .365$) โดยการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ไม่ดีของผู้ป่วยจิตเภท ($Beta = -.153$)

ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Hogarty et al. (1986); Tamminga & Schulz (1997 cited in Oehl et al., 2000) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์สูงจะเกี่ยวข้องกับการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา

อธิบายได้ว่าในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ทักษะการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวมีความสำคัญและส่งผลต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง เช่น การดุด่า การแสดงความรังเกียจ รวมทั้งการควบคุมผู้ป่วยมากเกินไป มีผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดสูงทำให้ขาดแรงกระตุ้นให้ได้รับการรักษาที่ดี โดยการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง โดยสมาชิกในครอบครัวแสดงความห่วงใยต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย จนกระทั่งไม่ยอมให้ผู้ป่วยออกจากบ้าน ($\bar{X} = 2.55$) รองลงมาเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิต สมาชิกในครอบครัวรู้สึกไร้ค่า เบื่อหน่าย หรือกลัว ($\bar{X} = 2.38$) และสมาชิกในครอบครัวเจ้ากี้เจ้าการกับผู้ป่วยทุกเรื่อง ($\bar{X} = 2.13$) และผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์สูงจะมีความเกี่ยวข้องกับการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งคาดว่าจะมีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการป่วยซ้ำสูง ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนจากการศึกษา ของ เพชรี คันธสายบัว (2544) ที่พบว่าการแสดงอารมณ์ของครอบครัวเป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้

3. อาการทางลบ เป็นตัวแปรตัวที่ 3 ที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และทำให้สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 63.6 ($R^2 = .365$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน ($Beta$) = $-.182$ (จากตาราง 17) แสดงว่าอาการทางลบจะมีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ดี

ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Schou (1997 cited in Oehl et al., 2000) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางลบมีการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ไม่ดี

อธิบายได้ว่าความรุนแรงของการเจ็บป่วยโรคจิตเภท คือ อาการทางลบ (Negative symptom) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการผิดปกติที่ทำให้ ผู้ป่วยมีการตอบสนองทางอารมณ์น้อย ไม่สนใจและแยกตัวจากสังคม (ธนา นิลชัยโกวิท, ม.ป.ป.; Kay, Opler, & Lindenmayer, 1989) มีผลทำให้ผู้ป่วยขาดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตตนเอง ขาดแรงจูงใจในปฏิบัติกิจวัตรต่าง ๆ และการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยเฉยเมย ขาดความพึงพอใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยของลักษณะอาการเจ็บป่วยด้านอาการทางลบ ในข้อสี่หน้าเฉยเมยสูงสุด ($\bar{X} = 0.35$) รองลงมา คือ มักอยู่คนเดียวเสมอ ($\bar{X} = 0.31$) ซึ่งคาดว่าลักษณะเช่นนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

4. การใช้แอลกอฮอล์ เป็นตัวแปรทำนายตัวที่ 4 ที่เข้าสู่สมการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีสัมประสิทธิ์การทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) = -0.149 แสดงว่าการใช้แอลกอฮอล์มีน้ำหนักในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ไม่ดี = 0.149 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kofoed et al. (1986); Barbee et al. (1989); Drake, Osher, & Wallach (1989) ที่พบว่าการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ๆ มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด

อธิบายได้ว่าการใช้แอลกอฮอล์จะมีผลต่อการควบคุมตัวเอง ส่งผลให้ผู้ใช้อัลกอฮอล์มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนั้นการใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทยังมีผลต่อการเสริมฤทธิ์ของยารักษาทางจิต (ทวิพร วิสุทธิมรรค, 2544) โดยทำให้ยาออกฤทธิ์มากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความรู้สึกไม่สุขสบาย ทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่ายจึงหยุดใช้ยาในที่สุด

5. การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นตัวแปรที่เข้าสู่สมการทำนายลำดับที่ 5 โดยเมื่อตัวแปรทำนายตัวนี้เข้าสู่สมการทำนายสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้นเป็น 45.1 % โดยมีสัมประสิทธิ์การทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) = 0.108 แสดงว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ 0.108

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Adams & Scott (2000) ที่ศึกษาเรื่องการทำนายการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง เพื่ออธิบายประโยชน์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (The health belief model) ต่อการอธิบายการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับที่ดี หรือ

มีพฤติกรรมให้ยาถูกต้องเป็นส่วนใหญ่อันเนื่องมาจากความรุนแรงของโรคอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้มีความเชื่อว่าพวกเขาสามารถควบคุมโรคของตนเองได้ และรับรู้ถึงความเสี่ยงในการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ นอกจากนี้ผลการศึกษาดังกล่าวยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

อธิบายได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภท (Perceived severity) เป็นการรับรู้ถึงระดับความทุกข์ทรมานจากการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยที่เชื่อว่าการป่วยทางจิตจะทำให้เกิดผลเสียต่ออาชีพ ชีวิตสมรส สังคม จะมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เพื่อป้องกันการเกิดอาการป่วยซ้ำ

6. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เป็นตัวแปรตัวที่ 6 ที่เข้าสู่สมการทำนาย โดยเมื่อตัวแปรทำนายตัวนี้เข้าสู่สมการทำนายสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้นเป็น 47.2 % โดยมีสัมประสิทธิ์การทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) = .124 แสดงว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำมีน้ำหนักในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ = .124

ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ การศึกษาของ Kelly et al. (1987); Hogan et al. (1983) และ การศึกษาของ เพซรี คันธสายบัว (2544) พบว่าการรับรู้ความลำบากในการกลับมา รักษาซ้ำเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของความร่วมมือในการรักษา แต่การศึกษาของ Pan&Tantam (1989) พบว่าไม่มีความแตกต่างในเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับการป่วยซ้ำโดยเฉพาะเมื่อเป็นการรักษาที่ควบคุมอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน

อธิบายได้ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ซึ่งเป็นการอธิบายความคิด ความเชื่อของบุคคลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการรับรู้ที่ขึ้นอยู่กับความเข้าใจ หรือความตระหนักต่อภาวะคุกคามต่อการเกิดโรค ในผู้ป่วยจิตเภทการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ จะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลค้นหาหนทางที่จะหลีกเลี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้น (Baker, 1995) ซึ่งการศึกษานี้เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ แบบแผนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ที่ตรงกับความคิดของผู้ป่วยสูงสุด คือ การเสพยาบ้า เฮโรอีน กัญชา ทำให้อาการทางจิตมากขึ้น ($\bar{X}=4.22$) ซึ่งความเชื่อนี้จะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง และทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ถูกต้อง

7. ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยเมื่อตัวแปรฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยาร่วมกับตัวแปรอื่น ๆ ทั้ง 6 ตัว คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว อารมณ์ทางลบ การใช้อัลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาร้อยละ 47.2 ($R^2 = .472$) โดยฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ไม่ดีของผู้ป่วยจิตเภท (Beta) = -.129

ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Reilly et al. (1967); Hoffman et al. (1994); Weiden et al. (1986) ที่พบว่าเหตุผลที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยา เหตุผลแรกที่พบ คือ ผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา หรือ การศึกษาของ Falloon et al. (1978); Hogan et al. (1983); Kelly et al. (1987); Pan & Tantam (1989) และ Buchanan (1992) ที่พบว่าฤทธิ์ข้างเคียงเกี่ยวข้อง หรือ สามารถทำนายการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา แต่ Hogan (1983) พบว่าฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยาไม่มีความแตกต่าง หรือมีความเกี่ยวข้องเล็กน้อยกับการร่วมมือในการรักษาเพื่อควบคุมอาการของผู้ป่วย

อธิบายได้ว่าการรักษาด้วยยาที่ต้องใช้เวลานานในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และการที่ยารักษาอาการทางจิตเป็นยากลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก (เกษม ดันติผลชีวะ, 2536) เช่น นอนหลับมาก อารมณ์ตัวและมือสั่น ปากและคอแห้ง ผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ทำให้ไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยบางรายทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยาไม่ได้จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา

โดยการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา โดยอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับสูงสุด คือ ปากและคอแห้งกระหายน้ำบ่อย ($\bar{X} = 2.38$) อาการจากฤทธิ์ข้างเคียงที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับรองลงมา คือ อ่อนเพลีย ง่วงนอนจนทำงานไม่ได้ ($\bar{X} = 2.32$)

จากผลการวิจัยดังกล่าว สามารถนำมาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งจะส่งผลต่อการควบคุมอาการรุนแรงของโรค ลดการป่วยซ้ำ และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนี้

1. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมสุขภาพ เกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ โดยเริ่มจากการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลจิตเวช โดยใช้เทคนิคทางวิชาชีพ การสร้างสัมพันธภาพที่มุ่งให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ เช่น การให้ข้อมูลข่าวสาร การตอบคำถาม การอธิบายให้ผู้รับบริการ

เข้าใจสิ่งที่ส่งสัยต่าง ๆ และ การสร้างสัมพันธภาพที่สร้างความไว้วางใจ โดยการให้บริการในลักษณะที่มีความเอื้ออาทร เอาใจใส่ ซึ่งมุ่งก่อให้เกิดความสบายแก่ผู้รับบริการ

2. การวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ญาติของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แนะนำทักษะการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวผู้ป่วยที่ไม่แสดงออกทางอารมณ์สูง เพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งบุคคลในครอบครัวมีส่วนกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดี

3. พยาบาลจิตเวชจะต้องคำนึงถึงอาการทางลบ ที่ส่งผลต่อการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภท ให้การพยาบาลที่กระตุ้นการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย การให้แรงจูงใจจากทั้งบุคลากรทีมสุขภาพและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และสามารถมีกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติมากที่สุด

4. พยาบาลจิตเวชจะต้องคำนึงถึงการใช้อัลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภท ที่จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องได้รับการดูแลที่เน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลเสียของการใช้อัลกอฮอล์ ทักษะการติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคม หรือการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยไม่ต้องพึ่งพาแอลกอฮอล์ รวมทั้งการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน การหาเครือข่ายช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน

5. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคจิตเภท ที่สามารถส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เพื่อป้องกันการเกิดการป่วยซ้ำ

6. จัดบริการแก่ผู้ป่วยจิตเภท โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการป่วยด้วยโรคจิตเภทมีโอกาสเกิดการป่วยซ้ำสูง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องสามารถลดการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งการที่ต้องให้ความสนใจต่อผู้ป่วยกลุ่มที่มีระยะเวลาการป่วยนาน เนื่องจากผู้ป่วยจะลดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (Pan&Tantam, 1989)

7. การให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภท โดยพยาบาลจิตเวชจะต้องคำนึงถึงการได้รับฤทธิ์ข้างเคียงจากยาของผู้ป่วยจิตเภทว่าจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน การเลิกใช้ยา พยาบาลจะต้องให้ข้อมูลถึงอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยข้อมูลที่ให้ต้องระมัดระวังไม่ให้ผู้ป่วยวิตกกังวล กลัวจนไม่ยอมใช้ยา การให้ความรู้ให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการของฤทธิ์ข้างเคียงที่สามารถพบได้บ่อย ๆ เช่น การดื่มน้ำ การอมลูกอม หรือหมากฝรั่งที่มีน้ำตาลน้อย ในผู้ป่วยที่มีอาการปากและคอแห้ง การระมัดระวังอันตรายจากอุบัติเหตุในผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนเพลีย รวมทั้งการแนะนำแหล่งช่วยเหลือเมื่อมีอาการรุนแรงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการวิจัยสามารถนำมาเป็นแนวทางการปรับปรุงบริการพยาบาลได้ ดังนี้

1. นำผลการวิจัยเป็นข้อมูลในการปรับปรุงลักษณะการบริการพยาบาล ด้านการวางแผนก่อนการจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยให้การพยาบาลที่เน้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ด้วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยป่วยรับรู้ถึงสิทธิในการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาอาการเจ็บป่วยของตน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ความสามารถในการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา รวมทั้งการพยาบาลที่ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ และผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์
2. แนะนำให้ผู้ป่วยตระหนักและเข้าใจถึงความสำคัญของการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องรวมทั้งมีทักษะในการสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
3. ให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว ซึ่งเป็นทักษะในการสื่อสารภายในครอบครัวอย่างหนึ่ง และแสดงถึงการเผชิญปัญหาของครอบครัวที่อยู่กับผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัย

1. เนื่องจากการศึกษาวิจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่ายังมีปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกันและไม่ได้นำมาศึกษาอีกมากมาย เนื่องจากข้อจำกัดที่มีในการดำเนินการวิจัย ดังนั้นจึงควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่คาดว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
2. พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลและผู้ดูแล เกี่ยวกับการใช้ยาให้ครอบคลุมทั้งด้านความรู้และวิธีการปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการป้องกันการป่วยซ้ำ
3. ควรศึกษาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำอย่างละเอียด เพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลที่เพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง