

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ที่พบได้มากที่สุด ในบรรดาโรคทางจิตเวชทั้งหมด โดยพบร้อยละ 0.5-1 ของประชากรทั่วไป (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) จัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เพราะนอกจากจะมีอัตราการป่วยสูงสุดของโรคทางจิตเวชแล้ว ยังมีอัตราการป่วยซ้ำ (Relapse) สูงถึงร้อยละ 50 - 70 โดยอาการของโรคจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป จนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน และความสัมพันธ์กับสังคมของผู้ป่วยจะเสื่อมลงอย่างมาก และเมื่อเป็นโรคนี้มักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ต้องใช้เวลาในการรักษา (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี, 2536) ยิ่งการป่วยซ้ำมีความถี่มากขึ้น ก็ยิ่งทำให้เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพที่เพิ่มมากขึ้น (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการตั้งแต่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย ถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีโอกาสป่วยซ้ำได้หลายครั้ง และการพยากรณ์โรคไม่ดีเมื่อป่วยตั้งแต่อายุน้อย (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) ลักษณะของโรคที่เรื้อรังและการแสดงออกของโรคที่รุนแรง รวมถึงการป่วยซ้ำทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำแล้วซ้ำอีก ส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ภาระค่ารักษาพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการป้องกันให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด

ปัจจุบันวิธีการรักษาโรคจิตเภทที่ใช้มากที่สุด คือ การรักษาด้วยยาที่สามารถปรับสมดุลของสารชีวเคมีในร่างกาย และพบว่ามีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย (Horwath & Cournos, 1999; Kumar & Sedgwick, 2001b) โดยยาด้านโรคจิตจะช่วยลดความรุนแรงของโรค ควบคุมอาการให้เกิดผลการรักษาที่ดีในระยะยาว ป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดอาการครั้งใหม่ (Kaplan & Sadock, 1995) แต่จากรายงานการศึกษาถึงปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยแทบทั้งสิ้น เช่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง โดยหยุด เพิ่ม หรือลดขนาดยาเอง (สุพล รุจิรพิพัฒน์ และคณะ, 2528; วัชณี หัตถพนม และคณะ, 2529; จลี เจริญสรรพ, 2538) ปัญหาเหล่านี้ทำให้การควบคุมโรคของผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ มีผลให้ผู้ป่วยเกิดการป่วยซ้ำ ทำให้เกิดความเสื่อมของการทำหน้าที่สัมพันธ์ทางสังคม ส่งผลเสียทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และเป็นภาระในการรักษาพยาบาล

พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคนี้ โดย Agarwal et al. (1998) กล่าวว่า หากผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามแผนการรักษาสม่ำเสมอ นอกจากจะช่วยควบคุมอาการและป้องกันการป่วยซ้ำแล้ว ยังช่วยให้การพยากรณ์โรคในระยะยาวของ

ผู้ป่วยที่ขึ้นอีกด้วย ดังนั้นการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการ ลดความรุนแรงของโรค ป้องกันการกลับเป็นซ้ำจึงเป็นเป้าหมายหนึ่งที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพยาบาลจิตเวชที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยต้องให้ความสำคัญ

การศึกษาถึงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา จะอธิบายการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยว่าเป็นความร่วมมือในการรักษา (Compliance, Adherence) และพฤติกรรมปฏิบัติที่แตกต่างไปจากแผนการรักษาของแพทย์ เป็นการไม่ร่วมมือในการรักษา (Noncompliance, Non - adherence) (Dracup and Meleis, 1982; Razali and Yahya, 1995) ความร่วมมือในการรักษาจึงเป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษา (Dracup & Meleis, 1982), ซึ่ง Kumar & Sedgwick (2001a) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาสามารถอธิบายได้ด้วยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา หรือการใช้ยาที่อาจจะมีผิดพลาดได้บ้างเป็นบางครั้ง โดยการที่ใช้ยาที่ผิดพลาด 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ Kumar & Sedgwick ยังถือว่าเป็นการใช้ยาที่เป็นความร่วมมือในการรักษา แต่ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาเฉพาะเมื่ออาการแสดงของโรคมีความรุนแรงขึ้น หรือหยุดใช้ยาจะแสดงถึงการไม่ร่วมมือในการรักษา ส่วน Farragher (1999) กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ว่า จะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ (1) การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น หยุดใช้ยา หรือใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกตัวตนเองมีความผิดปกติ (2) การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา (3) การใช้ยามืดเวลา (4) การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา และ (5) การใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา

การศึกษาเหล่านี้ จะศึกษาพฤติกรรมแสดงออกเกี่ยวกับความร่วมมือของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยผู้วิจัยจะมีเกณฑ์ในการตัดสินพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วยตามความคิดเห็นของตนว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่ เช่น Smith, Hughes, & Budd (1999) หรือ Kumar & Sedgwick (2001a) จะใช้เกณฑ์การตัดสินความร่วมมือในการรักษาที่แตกต่างกัน แต่การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาถึงลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยาที่บุคลากรผู้เชี่ยวชาญในการดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเห็นว่าเป็นการปฏิบัติที่ทำให้ยาสามารถควบคุมสารชีวเคมีให้เกิดผลการรักษาที่ดี โดยการปฏิบัติของผู้ป่วยที่บุคลากรผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ายังสามารถทำให้ยาควบคุมอาการ ทำให้เกิดผลการรักษาที่ดีเป็นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญที่สามารถเกิดขึ้นได้ทุกระยะของการบำบัดรักษา โดย Blackwell (1997) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 25 ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และร้อยละ 50 ขณะกลับไปอยู่ในชุมชน ไม่ได้ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผล (Weiden et al., 1994) ซึ่งไม่ได้ส่งผลเฉพาะภาระในการดูแลของบุคคลในครอบครัว แต่ยังทำให้ประเทศต้องสูญเสียทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยทางเศรษฐศาสตร์นับเป็นการสูญเสียมากถึงร้อยละ 11 ของการสูญเสียจากการเจ็บป่วยทั้งหมด

(สมชาย จักรพันธ์, 2543) ดังนั้นพยาบาลจิตเวชที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็น ต้องหาวิธีการให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ กระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการรักษา ดูแลให้ได้รับความปลอดภัยจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา การประสานความร่วมมือกับบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการรักษาด้วยยา การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะยาวเมื่อต้องกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน โดยบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้สิ้นสุดลงเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังคงรวมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปใช้ชีวิตต่อในชุมชน เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำและทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของการรักษา

ถึงแม้จะพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นปัญหา แต่ก็สามารถส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นได้ (Blackwell, 1997; Frank & Gunderson, 1990) ดังนั้นพยาบาลจึงต้องคำนึงถึงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การออกแบบระบบบริการที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เพื่อการดูแล ป้องกันการป่วยซ้ำ และลดการสูญเสียต่อประเทศชาติ โดยระบบบริการจะต้องปรับปรุงทั้งในโรงพยาบาล และส่วนที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวและชุมชนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว

เนื่องจากพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นส่วนสำคัญที่สามารถทำนายการป่วยซ้ำได้ (Oehl, Hummer, & Fleischhacker, 2000) ดังนั้นพยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องมีข้อมูลที่สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ต้องทำความเข้าใจกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และสามารถทำนายได้ว่าปัจจัยอะไรจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยแต่ละราย

จากการทบทวนรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยารักษาอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยทั้งที่แตกต่างและสอดคล้องกันอยู่มากมาย เช่น Razali & Yahya (1995) กล่าวว่ามียปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง 20-200 ปัจจัย หรือ Oehl, Hummer, & Fleischhacker (2000) กล่าวว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ แต่อาจแบ่งปัจจัยหลัก ๆ เป็น 4 ด้าน คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการรักษา และด้านทีมสุขภาพ

ในประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท พบรายงานการวิจัย 3 ลักษณะ คือ ลักษณะแรกเป็นการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งหมายถึงความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 3 เรื่อง คือ การศึกษาของ อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์ และคณะ (2536) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล

ศรีธัญญา ภาตรี อินทรีย์ (2541) ศึกษาการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยโรคจิตเภท และ สาธุพร พุฒขาว (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ส่วนลักษณะที่สองเป็นการศึกษาในฐานะตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ มี 1 เรื่อง คือ การศึกษาของ เพชรรี คันธสายบัว (2544) ส่วนลักษณะสุดท้าย คือ การวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาผลการใช้วิธีสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ของ สุรินทร์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ซึ่งผลจากการทบทวนวรรณกรรมเหล่านี้พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท คือ ปัจจัยเรื่องการขาดความรู้เรื่องการรักษา โดยคิดว่าตนเองหายดีแล้ว และความรู้สึกเป็นภาระ ไม่ต้องการรับประทานยาทุกวัน (อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์ และคณะ, 2536 ; ภาตรี อินทรีย์, 2541) และ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ (ภาตรี อินทรีย์, 2541)

ซึ่งการศึกษาเหล่านี้ เป็นการศึกษาที่เลือกเฉพาะปัจจัยบางอย่าง ที่ผู้วิจัยคาดว่ามีส่วนต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ทั้ง ๆ ที่พฤติกรรมของผู้ป่วยเกิดจากองค์ประกอบหลาย ๆ อย่างร่วมกัน รวมทั้งยังเป็นการศึกษาแนวกว้างถึงความร่วมมือของผู้ป่วยต่อแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ซึ่งไม่ได้พิจารณาการปฏิบัติจริงของผู้ป่วย ที่อาจปรับเปลี่ยนแผนการรักษาเองบ้าง (Razali & Yahya, 1995; Kumar & Sedgwick, 2001a) ทำให้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชต้องการศึกษาว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับใด เมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่บุคลากรผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์ เภสัชกร มีความเห็นว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่ทำให้เกิดผลเสียต่อการรักษา หรือถือว่าผู้ป่วยยังปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาอยู่ และในประเทศไทยมีปัจจัยอะไรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาล ให้คำปรึกษาแนะนำ วิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยแต่ละราย กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของการรักษาในระยะยาว ป้องกันการป่วยซ้ำ รวมทั้งเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถคงไว้ซึ่งการรักษาด้วยยา ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงปัจจัยที่คาดว่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างครอบคลุม โดยใช้ผลการวิจัยของ Oehl, Hummer, & Fleischhacker (2000) เลือกตัวแปรในการศึกษา เพื่อทำความเข้าใจกับปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการรักษา และด้านที่มสุขภาพ ที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

Oehl, Hummer, & Fleischhacker (2000) ทบทวนงานวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และแบ่งกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วยตัวแปร จำนวน 20 ตัว ดังนี้ ปัจจัยแรก คือ ด้านผู้ป่วย ประกอบด้วยลักษณะประชากร (อายุ และเพศ) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามการดูแลสุขภาพ) ทักษะชีวิตของผู้ป่วยต่อการรักษาด้วยยา การใช้แอลกอฮอล์ ลักษณะของอาการเจ็บป่วย และความพึงพอใจในชีวิต ปัจจัยด้านที่สอง คือ ด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยรายได้ของผู้ป่วย การอยู่ร่วมกับครอบครัว การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา การแสดงอารมณ์ของครอบครัว และทัศนคติของสังคมต่อการรักษาทางจิต ปัจจัยที่สามเป็นด้านการรักษา ประกอบด้วย วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ความซับซ้อนของการรักษา และฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา ส่วนปัจจัยสุดท้ายเป็นด้านที่มสุขภาพ คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษาเมื่อพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรทั้งหมด พบว่ามีตัวแปรบางตัวมีความเกี่ยวข้องกัน คือ ทักษะชีวิตต่อการรักษาด้วยยา ที่สามารถเปลี่ยนแปลงตามฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยาที่ผู้ป่วยได้รับความซับซ้อนของการรักษา และ ความพึงพอใจในชีวิต ที่มีผลจากลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทอย่างชัดเจน นอกจากนั้นการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีผู้ดูแลด้านการใช้ยาซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นบุคคลในครอบครัว ดังนั้นการมีผู้ดูแลด้านการใช้ยาและการอยู่ร่วมกับครอบครัวจึงเป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกัน ในการศึกษาครั้งนี้จึงตัดตัวแปรทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรักษาด้วยยา ความพึงพอใจในชีวิต และการอยู่ร่วมกับครอบครัวออก และเลือกศึกษาตัวแปรที่เหลือเพียง 17 ตัว ที่คาดว่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

อายุ เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองจะถูกพัฒนามากขึ้นตามอายุ จากวัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลตนเองสูงสุด และจะลดลงและมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1985) ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาเป็นความสามารถในการดูแลตนเองอย่างหนึ่ง ที่จะเปลี่ยนแปลงตามอายุด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman (1994) และ Agarwal et al. (1998) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า

เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยา เนื่องจากเพศเป็นตัวกำหนดความแตกต่างระหว่างบทบาท บุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชนและสังคมโดยเพศหญิงสังคมกำหนดบทบาทในการเป็นแม่ ที่มีหน้าที่ในการดูแลลูกและบุคคลในครอบครัวทั้งในเวลาปกติหรือในยามเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลให้เมื่อเจ็บป่วยผู้ป่วยเพศหญิงจะมีความสามารถในการดูแลตัวเองมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย ทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าผู้ป่วยชาย ซึ่งสอดคล้องกับการ

ศึกษาของ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) และ Agarwal et al. (1998) ที่ผลการศึกษาพบว่าเพศหญิง ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าเพศชาย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล ที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม (Rokeach, 1970) การแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับ การมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับ และความเชื่อในผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำของตน (Maiman & Becker, 1974) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีและถูกต้อง จะทำให้เกิดพฤติกรรมการรักษาสุขภาพที่ถูกต้องสอดคล้องกับความเป็นจริง (Becker & Janz, 1984) แนวคิดเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งจากการศึกษาของ Adams and Scott (2000) ที่ศึกษาความเกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดี นอกจากนี้การศึกษานี้ของ เพชร คันธสายบัว (2544) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการป่วยซ้ำ ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดี คือ รับรู้ว่าโรคที่เป็นอยู่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการป่วยซ้ำ รับรู้ถึงความทุกข์ทรมานเมื่อมีอาการทางจิต รับรู้ว่าจำเป็นต้องดูแลตนเองในการ ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อดูแลสุขภาพตนเอง และรับรู้ว่าอุปสรรคที่ต้องพบในการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองมีน้อย ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้น

การใช้แอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์จะส่งผลต่อการเกิดปฏิกิริยาต่อต้านกับยาหลายชนิด เช่น จะเสริมฤทธิ์กับยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ทำให้เกิดการกดประสาทมากขึ้น (ทวีพร วิสุทธิ มรรค, 2544) จึงไม่ควรใช้แอลกอฮอล์กับยานิตอื่น ๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเกิดฤทธิ์ข้างเคียงบางอย่างมากขึ้น เช่น การศึกษาของ Dixon et al. (1995) พบว่าผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์จะมีอาการผิดปกติจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิต คือ กลุ่มอาการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อแบบไม่ได้ตั้งใจ (Tardive dyskinesia) และ อาการกระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง (Akathisia) มาก เป็นผลทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่ายและหยุดใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kofoed et al. (1986); Barbee et al. (1989); Drake, Osher, & Wallach (1989) ที่พบว่าการใช้แอลกอฮอล์และ สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ๆ มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด

ความคิดหลงผิดว่าตัวเองใหญ่โต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาที่ไม่ดี โดยความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โตจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการขาดการตระหนักรู้ใน

ตนเอง มีผลทำให้คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องรับการรักษ่า จะปฏิเสธการรักษาและหยุดใช้ยาในที่สุด (Agarwal et al., 1998; Kumar & Sedgwick, 2001 b)

อาการทางลบ ทำให้ผู้ป่วยเฉยเมย ขาดความพึงพอใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลให้ขาดแรงจูงใจในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งการค้นพบของ Schou (1997 cited in Oehl et al., 2000) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางลบที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา

ความเพียงพอของรายได้ มีผลต่อการที่ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนให้ได้รับการรักษาด้วยยา โดยผู้ป่วยที่ครอบครัวมีรายได้ที่เพียงพอสำหรับการใช้จ่าย จะสามารถได้รับยามากกว่าผู้ป่วยที่ครอบครัวมีรายได้ไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชนี หัตถพนม และคณะ (2529); ภัทรา ธิรลาภ (2532); สุพิศศรี รัตนสิน และ วีระ ดุลย์ชูประภา (2537); Kumar & Sedgwick (2001b) ที่พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุหนึ่งของการไม่ปฏิบัติตาม เกณฑ์การรักษา โดยผู้ป่วยให้เหตุผลที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาว่าเนื่องจากยามีราคาแพง ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคจิตเภทจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งการดูแลตนเองให้ได้รับประทานยา ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ (Health-deviation self-care requisites) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนให้ได้รับประทานยา เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งบุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Razali & Yahya (1995) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีบุคคลในครอบครัวดูแลด้านการใช้ยา มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีครอบครัวดูแล

การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ทักษะการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวมีความสำคัญและส่งผลต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดสูง ทำให้ขาดแรงกระตุ้นให้ได้รับการรักษาที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tamminga & Schulz (1997 cited in Oehl et al., 2000); Hogarty et al. (1986) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์สูงจะเกี่ยวข้องกับการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา

การรับรู้ทัศนคติของสังคมต่อการรักษาทางจิต ทัศนคติมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ และความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละคน ถ้าบุคคลในครอบครัวและสังคมมีทัศนคติว่าการรักษาด้วยยาสามารถรักษาอาการเจ็บป่วยทางจิต ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ได้รับกำลังใจในการปฏิบัติ การไม่แสดงความรังเกียจ นอกจากนั้นยังมีผลต่อการสนับสนุนด้วยสื่อต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่จะส่งผลต่อทัศนคติในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย

ในทางกลับกันผู้ป่วยที่อยู่ในสังคมที่ไม่เห็นความสำคัญของการรักษาจะไม่สนับสนุนให้ผู้ป่วยรับการรักษา อาจแสดงออกถึงความรังเกียจผู้ที่มีอาการทางจิต ผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงการแสดงให้บุคคลอื่นรู้ว่าตนเองป่วย เช่น การรับประทานยารักษาอาการทางจิต การมาตรวจที่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Oehl et al. (2000) และงานวิจัยในประเทศไทยของ สาโรจน์ คำรัตน์ และคณะ (2513 อ้างถึงใน สาธุพร พุฒขาว, 2541) ที่ศึกษาทัศนคติของชาวอีสานต่อผู้ป่วยจิตเวช พบว่าชาวอีสานส่วนใหญ่เชื่อว่าสาเหตุ ที่ก่อให้เกิดโรคจิตมาจากเวทมนต์คาถาและมาจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งความเชื่อดังกล่าวจะส่งผลให้สังคมไม่ให้ความสำคัญกับการรักษาอาการทางจิตด้วยการใช้ยา ดังนั้นผู้ป่วยที่อยู่ในสังคมที่มีทัศนคติต่อการรักษาดังกล่าวจะไม่เห็นความสำคัญของการรักษาโดยใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์และหยุดใช้ยาในที่สุด

วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย วิธีการได้รับยาที่แตกต่างกันมีผลต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยการใช้ยาชนิดทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องรับประทานยาทุกวัน ทำให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติน้อยกว่าการได้รับยาโดยการกิน และการใช้ยาชนิดที่สามารถออกฤทธิ์ได้นานมีประโยชน์ในการทำให้ผู้ป่วยสามารถได้รับยาติดต่อกัน (Kumar & Sedgwick, 2001a) ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าวิธีการรับประทานยาโดยการกิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dencker (1981 cited in Kumar & Sedgwick, 2001a) ที่พบว่าการใช้ยาชนิดสามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ร่วมมือในการรักษามีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มมากขึ้น

การรับรู้ความซับซ้อนของการรักษา ความรู้สึของผู้ป่วยว่าแผนการรักษามีความซับซ้อน เช่น การรับประทานยาหลายชนิด หลายเวลา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนหรือลืมวิธีการใช้ยา และเลิกใช้ยาในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Razali & Yahya (1995) และ Gravaley & Oseasohn (1991) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ต้องรับประทานหลายครั้ง หรือรับรู้ว่าการใช้ยาส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตตามปกติของผู้ป่วย ทำให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยลดลง โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะพึงพอใจต่อการรับประทานยารวันละเม็ดเดี๋ยวมกกว่ายาหลายเม็ด และพอใจที่จะรับประทานยารวันละครั้งเดียวหรือไม่เกินวันละ 2 ครั้ง มากกว่าวันละหลาย ๆ ครั้ง

ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา ยาด้านโรคจิตสามารถทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น ตัวแข็ง คอเอียงบิดเบี้ยว ง่วงนอน ปากและคอแห้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้น และความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ อาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานและหยุดการใช้ยาในที่สุด จากการศึกษาของ Kumar & Sedgwick (2001b) พบว่าเหตุผลของการไม่ใช้ยาในกลุ่มที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาคือ ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา และทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการรักษาที่ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Agarwal et al. (1998) ที่พบว่าปัจจัยที่สามารถแยกผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาออกจากผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา คือ การที่ผู้ป่วยได้รับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อทีมสุขภาพ จะรู้สึกพึงพอใจ ก่อให้เกิดการรับรู้ เรียนรู้ และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี รวมทั้งทำให้เกิดทัศนคติทางบวกต่อการรักษา ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมัยพร อาซาล (2543) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลจะปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้น และผลการศึกษาของ Frank & Gunderson (1990) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รักษาภายใน 6 เดือนแรกที่เริ่มมีอาการผิดปกติทางจิต จะปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับบุคลากรทีมสุขภาพ

จากการศึกษาปัจจัยทั้ง 4 ด้าน รวมทั้งแนวคิดงานวิจัยต่างๆ ข้างต้น คาดว่าปัจจัยทั้ง 4 ด้าน น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการรักษา และด้านทีมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน และมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต

3. ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้

3.1 ตัวแปรทำนาย มี 17 ตัว ได้แก่

3.1.1 อายุ

3.1.2 เพศ

3.1.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

3.1.4 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

3.1.5 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ

3.1.6 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกรดูแลสุขภาพ

3.1.7 การใช้แอลกอฮอล์

3.1.8 ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต

3.1.9 อาการทางลบ

3.1.10 ความเพียงพอของรายได้

3.1.11 การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา

- 3.1.12 การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว
 - 3.1.13 การรับรู้ทัศนคติของสังคมต่อการรักษาทางจิต
 - 3.1.14 วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย
 - 3.1.15 การรับรู้ความซับซ้อนของการรักษา
 - 3.1.16 ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา
 - 3.1.17 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ
- 3.2 ตัวแปรเกณฑ์ คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต ซึ่งวัดจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Farragher (1999) และเพชรี คันธสายบัว (2544) แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1.1 การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยไม่หยุดใช้ยาเอง การเข้ายาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลด หรือเพิ่มขนาดยามากกว่าแผนการรักษา

1.2 ความสามารถในการสังเกต และการจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิตที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยา ให้ทีมสุขภาพจิตได้ถูกต้อง

2. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย

2.1 ลักษณะประชากร หมายถึง คุณสมบัติอันเป็นลักษณะเฉพาะบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท คือ

2.1.1 อายุ หมายถึง ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม โดยจำนวนอายุของผู้ป่วยจิตเภทคิดเป็นจำนวนปีเต็มในวันที่ตอบแบบสอบถาม

2.1.2 เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าเป็นหญิงหรือชาย

2.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความเชื่อ และการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อสุขภาพของตนเอง และภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ รวมทั้งผลกระทบและการดำเนินชีวิตในแง่มุมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิต หรือความทุกข์ทรมานจากการมีอาการทางจิตมากขึ้น ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ของ เพชรี คันธสายบัว (2545) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Becker et al. (1974) ร่วมกับแบบวัดความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

2.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ หมายถึง ความคิด ความเชื่อของผู้ป่วยจิตเภทต่อปัจจัยหรือสาเหตุที่ทำให้ตนเองมีอาการทางจิตรุนแรงมากขึ้น รวมทั้งภาวะต่าง ๆ ที่จะนำมาสู่การมีอาการทางจิตมากขึ้น

2.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความคิด ความเชื่อของผู้ป่วยจิตเภทถึงความทุกข์ทรมาน หรือผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและสังคมของผู้ป่วยจิตเภทจากอาการทางจิต

2.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความเชื่อของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีต่อการกระทำและการแสดงออกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ตัวเองมีความสมบูรณ์แข็งแรง เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความตึงเครียด

2.2.4 การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความเชื่อของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ตนเองมีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การไม่เป็นอิสระจากการถูกเฝ้ามอง หรือการไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ การเข้าถึงระบบบริการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

2.3 การใช้แอลกอฮอล์ หมายถึง จำนวนและความถี่ ของการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งวัดได้จากแบบสัมภาษณ์การใช้แอลกอฮอล์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาของทรงเกียรติ ปิยะกะ (2543) ที่รวบรวมความรู้ วิธีการประเมินลักษณะการใช้แอลกอฮอล์ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก

2.4 ลักษณะของอาการเจ็บป่วย ในงานวิจัยนี้ หมายถึง

2.4.1 ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท ว่าตนเองมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง โดยรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถ มีความสำคัญ อยู่ในสถานะใหญ่โตเกินความเป็นจริง ซึ่งวัดโดยใช้แบบประเมินความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต ที่ผู้วิจัยสร้าง โดยอาศัยแนวคิดของ Kay, Fiszbein & Opler (1987)

2.4.2 อาการทางลบ หมายถึง การรับรู้หรือความคิดของผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงออกในลักษณะเฉื่อยชา การขาดความสนใจและความรู้สึกเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต การบกพร่องในการสร้างมนุษยสัมพันธ์ แยกตัวออกจากสังคม การขาดความสนใจและการคิดริเริ่มในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีปัญหาในการใช้ความคิดเชิงนามธรรม การสนทนาที่ขาดการสนทนาไหลไม่เป็นไปตามธรรมชาติ มีความคิดที่ตายตัวและซ้ำซาก ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบประเมินอาการทางด้านลบ ที่ผู้วิจัยสร้างโดยอาศัยแนวคิดของ Kay, Fiszbein & Opler (1987)

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง องค์ประกอบที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภททั้งในครอบครัวและชุมชน ที่มีความเกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต หรือการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรักษา สำหรับงานวิจัยนี้ประกอบด้วย

3.1 ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับความเพียงพอของจำนวนเงินรายได้ของตนเองและครอบครัว สำหรับข้อของใช้ที่จำเป็น การร่วมกิจกรรมทางสังคม การเดินทางไปพบแพทย์ การซื้อยา และการมีเหลือเก็บเพื่อความมั่นคงของครอบครัว

3.2 การมีผู้ดูแลด้านการใช้จ่าย หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่ผูกพันทางสายโลหิต หรือคู่สมรส หรือผู้รับผิดชอบช่วยเหลือให้ได้รับยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง ในเรื่องการดูแลให้รับประทานยา หรือฉีดยาตามเวลา การมารับยาจากโรงพยาบาลและช่วยเหลือจ่ายค่ายา

3.3 การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หมายถึง ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลในครอบครัวที่ส่งผลเสียต่อผู้ป่วย โดยการตำหนิ ไม่ยอมรับ การวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย และการที่ญาติมีความห่วงใยผู้ป่วยมากเกินไป ซึ่งวัดได้โดยใช้แบบวัดการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ของ เพชรี คันธสายบัว (2544) ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวของ ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี (2536)

3.4 การรับรู้ทัศนคติของสังคมต่อการรักษาทางจิต หมายถึง ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับความรู้สึกของครอบครัวและสมาชิกในชุมชน ทั้งที่ใกล้ชิดและไม่ใกล้ชิดซึ่งอยู่แวดล้อมผู้ป่วย เกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพในการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง วัดได้จากแบบวัดการรับรู้ทัศนคติของสังคมต่อการรักษาทางจิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4. ปัจจัยด้านการรักษา หมายถึง องค์ประกอบของการบำบัดด้วยยารักษาอาการทางจิตที่สนับสนุนหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการปฏิบัติให้ตัวเองได้รับยารักษาอาการทางจิต ตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต ซึ่งวัดโดยแบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านการรักษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ปัจจัยด้านการรักษาสำหรับงานวิจัยนี้ประกอบด้วย

4.1 วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย หมายถึง การได้รับยารักษาอาการทางจิตเข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยจิตเภท สำหรับงานวิจัยนี้มี 3 ลักษณะ คือ วิธีการกิน วิธีการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ และการได้รับทั้งวิธีการกินและฉีด

4.2 การรับรู้ความซับซ้อนของการรักษา หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับความยุ่งยากของการได้รับยารักษาทางจิต

4.3 ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทถึงความรู้สึกผิดปกติ ความทุกข์ทรมาน หรือไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากการได้รับยารักษาอาการทางจิต เช่น

อาการง่วงซึม ปากและคอแห้ง งงสับสน หน้ามืด ทำงานเชื่องช้า ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบวัดอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ

5. ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ หมายถึง องค์ประกอบที่เกิดจากบุคลากรที่ให้บริกรบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษาและคำแนะนำที่ถูกต้อง สำหรับงานวิจัยนี้หมายถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ซึ่งคือความรู้สึกทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อการติดต่อระหว่างตัวผู้ป่วยจิตเภทและบุคลากรทีมสุขภาพ ที่ประกอบด้วย พยาบาล แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร เกี่ยวกับบริการการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การใช้เวลาในการตอบข้อสงสัยหรือความวิตกกังวลต่าง ๆ ประเมินโดยใช้แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารการพยาบาล และพยาบาลระดับปฏิบัติการในการออกแบบระบบบริการและกำหนดแผนการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เพื่อควบคุมอาการ ป้องกันการป่วยซ้ำ และเพิ่มคุณภาพของการปฏิบัติงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และระบบการดูแลที่บ้าน
2. เป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย