

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
ที่ใช้สารเสพติดร่วมต่อความสามารถและภาระการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล
อัตราการป่วยซ้ำและการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย*

**EFFECTS OF USING CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE
IN CARING FOR SCHIZOPHRENIA PATIENTS WITH SUBSTANCE
DEPENDENCE ON CAREGIVERS' CAPABILITIES AND BURDEN,
AND PATIENTS' RELAPSE RATE AND SUBSTANCE USE**

จลีย์ เจริญสรรพ, พย.ม. (Jalee Jaroensan, APN, MSN.)**

เสาวลักษณ์ ยิ้มเย็น, พย.ม. (Saowaluk Yimyuan, RN, MSN.)***

Abstract

Objectives: The purposes of this quasi-experimental research were to study the effects of using clinical nursing practice guideline in caring for schizophrenic patients with substance dependence on caregivers' capabilities and burden, and patients' relapsed rate and substance use.

Methods: The study samples were 40 schizophrenic patients with substance dependence and their caregivers who met the inclusion criteria. Subjects were divided into experimental and control group with 20 subjects for each group. Research instruments developed by the researchers were Clinical Nursing Practice Guideline (CNPG) in caring for schizophrenic patients with substance dependence, a manual of caring for schizophrenic patients with

substance dependence and caregivers for nurse, personal data questionnaire for patients and caregivers, and the caregiver capabilities and burden scales. The Cronbach's alpha coefficients of the two scales were .85 and .91, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, dependent t-test, and independent t-test.

Results: Results of this study were as follows: after the experiment, capabilities of caregivers in the experimental group were significantly higher than before participating in the CNPG and than those in the control group ($p < .01$). In addition, after the experiment, burden of caregivers in the experimental group were significantly lower than before the experiment and than those in the control group ($p < .05$). Thirty days after discharge from the hospital, patients in the experimental group had

* การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑารพ กมลาศน์ ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

**Corresponding author: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ E-mail: kjalee2501@hotmail.com

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

no relapse rate and showed no use of substance.

Conclusion: The results from this study imply that using CNPG in caring for schizophrenic patients could help nurse to strengthen their care for patients and caregivers.

Keywords: Clinical nursing practice guideline, Schizophrenic patients with substance dependence, Capabilities, Burden, Caregivers

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ใช้สารเสพติดร่วมต่อความสามารถและการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล อัตราการป่วยซ้ำและการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดสารเสพติดตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 40 คน และผู้ดูแล แบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ คู่มือการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลสำหรับพยาบาล แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยฯ และแบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลซึ่งหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติบรรยาย และการทดสอบ dependent t-test และ independent t-test

ผลการศึกษา: ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่ม

ทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และหลังการทดลองภาระการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติไม่มีการป่วยซ้ำและไม่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 30 วัน

สรุป: ผลที่ได้จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการที่พยาบาลมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด ความสามารถ ภาระ ผู้ดูแล

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีจำนวนมากขึ้น จากการศึกษาของ เจนเนอร์ และคณะ (Jenner et al., 1998) พบความชุกของความผิดปกติการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 47.0 โดยความชุกชั่วชีวิตของความผิดปกติของการใช้แอลกอฮอล์ ร้อยละ 33.7 และความชุกชั่วชีวิตของความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดอื่นๆ ร้อยละ 27.5 โดยบุหรี่เป็นสารเสพติดที่ใ้มากที่สุด ร้อยละ 73.2 ในเพศชาย และร้อยละ 56.3 ในเพศหญิง (Jablensky et al., 1999) ความชุกของความผิดปกติของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตมีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 1.0-51.0 (Jenner et al., 1998)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับการใช้

สารเสพติดชนิดต่างๆ การใช้สารเสพติดทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภท และอาการของโรคจิตเภทมีผลต่อการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย (ธวัชชัย ลีพพานาจ, 2549) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา (กรมสุขภาพจิต, 2557) เพราะนอกจากต้องให้การดูแลอาการทางจิตตามรายโรคแล้วยังต้องให้การดูแลอาการที่เกิดจากร่างกาย ขาดสารเสพติดและผลกระทบด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของผู้ป่วย นอกจากนี้แล้ว เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมกับผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมียุทธการเริ่มต้นเกิดโรคจิตเร็วกว่า มีอาการกำเริบและต้องเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลหลายครั้งมากกว่า ให้ความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่า มีการปรับตัวต่อสังคมยากกว่า เสี่ยงต่อโรคติดเชื้อ เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การฆ่าตัวตายและการไม่ตอบสนองต่อการรักษาโรคจิตมากกว่า รวมทั้งค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพื่อรักษาด้านอายุรกรรมและจิตเวชสูงกว่าด้วยเช่นเดียวกัน (ฐานันดร ปิยศิริศิลป์, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมเขียนโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ปี 2555 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วันเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงของการติดสารเสพติดมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป จากความบกพร่องของสมอง การเผชิญกับสิ่งแวดล้อมหรือครอบครัวที่เกี่ยวข้องสารเสพติด รวมถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยโรคจิตเภทซึ่งทำให้ความสามารถต่ำลงทั้งด้านทางสังคมและการทำงาน นอกจากนี้การใช้สารเสพติด มีผลทำให้มีอาการแย่ลง เกิดความ

อยากยา และติดการเสพติดอย่างรุนแรง (พิชัย แสงชาญชัย, 2549) อย่างไรก็ตาม สาเหตุของการป่วยซ้ำไม่ได้มาจากผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ระบบบริการที่จำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้น ขณะที่ผู้ป่วยยังมีความบกพร่องในการดูแลสุขภาพตนเองและการมีสัมพันธภาพกับคนอื่น (ปีทมา ศิริเวช, 2552) ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง อาการของผู้ป่วยอาจกำเริบหรือป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 50-90 (Suzuki, 2003) การป่วยซ้ำไม่เพียงมีผลต่อผู้ป่วยเท่านั้น ยังส่งผลต่อผู้ดูแลที่ต้องใช้เวลาในการช่วยเหลือ ดูแล และทำกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนานและต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลหลายครั้ง ผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยน้อยจะเกิดความเครียด ความกดดันและรับรู้ถึงความรู้สึกเบื้อหนายเป็นภาระ (burden)

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในปัจจุบัน ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง ผู้วิจัยจึงนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม สำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ซึ่งพัฒนาโดยเสาวลักษณ์ ยิ้มเหื่อน (2553) ลงสู่การปฏิบัติเพื่อให้พยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่ ประเมินอาการระยะเริ่มแรกวางแผนตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมช่วยลดความเสี่ยงและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากอาการของผู้ป่วย ลดการป่วยซ้ำและเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถและ
การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด
ร่วมของผู้ดูแลก่อนและหลังที่ได้รับการพยาบาล
ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วย
โรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถและ
การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด
ร่วมของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล
ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วย
โรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมกับกลุ่มที่ได้รับ
การพยาบาลตามปกติ

3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการป่วยซ้ำของ
ผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนว
ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่
ใช้สารเสพติดร่วม กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตาม
ปกติ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4. เพื่อเปรียบเทียบการใช้สารเสพติดของ
ผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนว
ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่
ใช้สารเสพติดร่วม กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตาม
ปกติ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยโรคจิตเภท
ที่ใช้สารเสพติดร่วม พัฒนาขึ้นโดย เสาวลักษณ์ ยิ้มเย็น
(2553) ตามกระบวนการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล
ของ อรพรรณ โตสิงห์ (2547) ประกอบด้วย

1. ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะเริ่มแรก
2. ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง
3. ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนกลับบ้าน

โดยในแต่ละระยะประกอบด้วย 3 ประเด็น คือ
ก. การประเมินปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่พบ
ในแต่ละลักษณะอาการของโรค

ข. การวางแผนและตัดสินใจเลือกใช้วิธีปฏิบัติ
การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล

ค. การประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติการ
พยาบาล

- ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย
ของผู้ดูแล
- การในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล
- อัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วย
- การใช้สารเสพติดของผู้ป่วย

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมของกลุ่มผู้ดูแลหลังได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ

2. ภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมของกลุ่มผู้ดูแลหลังได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมต่ำกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ

3. ผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. ผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

5. อัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

6. การใช้สารเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experiment research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่ติดสารเสพติดร่วมจำนวน 40 คน และผู้ดูแล แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนดได้แก่ 1) ผู้ป่วยอายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทร่วมกับติดสารเสพติดและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยชาย และ 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านและเป็นผู้พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม และกลุ่มควบคุมให้การพยาบาลตามปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการรักษาความลับสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือการปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษาและการรับบริการต่างๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะเสนอในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

ได้แก่

1.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม สำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พัฒนาขึ้นโดย เสาวลักษณ์ ยิ้มเย็น (2553) ตาม กระบวนการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลของ อรรถพรณ โดสิงห์ (2547) ตรวจสอบความตรง ของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 14 ท่าน โดยใช้เทคนิคเดลฟาย

1.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้ สารเสพติดร่วมและผู้ป่วยสำหรับพยาบาล เป็น เครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย และผู้ดูแลแต่ละระยะตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สาร เสพติกร่วม พัฒนาขึ้นโดย จลี เจริญสรรพ และ เสาวลักษณ์ ยิ้มเย็น (2556) โดยใช้แนวคิดการ วางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD (กอง การพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2539 อ้างใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2546) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา สำนวนภาษา โดยถือเกณฑ์ความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 10 ใน 12 ท่าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ของ ผู้ป่วยและผู้ดูแล

ตอนที่ 2 แบบวัดความสามารถในการ ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ของ นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ซึ่งพัฒนาจาก วันดี โตสุขศรี (2539) โดยใช้แนวคิดของ ดินเยส และ ฟิลเด (Denyes & Filday, 1986 อ้างใน นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544) จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบ

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ นำไปทดลอง ใช้กับผู้ดูแล แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวน สราญรมย์ จำนวน 10 คน หาค่าความเที่ยง โดย ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า ความเที่ยง เท่ากับ .85

ตอนที่ 3 แบบวัดภาระการดูแลของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ใช้ แบบวัดที่ นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) สร้างขึ้นจาก แนวคิดของ มอนโกเมอรี และคณะ (Montgomery et al., 1985) และจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่มี ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย ภาระเชิง ปรนัย (objective burden) จำนวน 12 ข้อ และ ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) จำนวน 12 ข้อ นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแล แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 10 คน หาค่า ความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัย มีขั้นตอนการดำเนินการ และเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย โดยใช้เครื่องมือ กรอบสมรรถนะพยาบาลจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วยโรค จิตเภทโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พัฒนาโดย จลี เจริญสรรพ (2555) ตามแนวคิดการสร้างกรอบ สมรรถนะของ จิตติพัฒน์ พิษุฑธาดางศ์ (2554) ซึ่งตรวจสอบหาค่าความตรงตามเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 15 คน เกณฑ์การยอมรับค่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของพฤติกรรมบ่งชี้ ความสามารถเป็นรายข้อเท่ากับ .80

โดยผู้ช่วยวิจัยต้องมีสมรรถนะระดับ L3: apply (สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ) ขึ้นไป และปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

1.2 ชี้แจง ผู้ช่วยผู้วิจัย เกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ การรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ผู้ช่วยผู้วิจัยวัดความสามารถและภาระของผู้ดูแล ในวันที่รับผู้ป่วยไว้ทำการรักษา

2.2 ผู้ช่วยผู้วิจัยให้การพยาบาล กลุ่มทดลอง ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

2.2.1 ระยะเริ่มแรก (initial phase) เป็นการประเมินและให้การพยาบาลในระยะที่มีอาการทางจิตรุนแรง เป้าหมายการพยาบาล มุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากความรุนแรงของอาการทางจิต ภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดจากภาวะถอนพิษหรือการออกฤทธิ์ของสารเสพติด และปลอดภัยจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ได้รับ (แรกรับ - วันที่ 15)

2.2.2 ระยะกลาง (interim phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบลง สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ ให้การดูแลเพื่อป้องกัน ฝักระวังการกลับเป็นซ้ำ เป้าหมายการพยาบาลมุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยไม่เป็นอันตรายจากภาวะหวาดระแวงหรือความคิดในการทำร้ายตนเอง สามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ การแสดงออกและการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สามารถปรับตัวต่อการไม่ได้เสพสารเสพติดได้ สามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ

(วันที่ 16 - วันที่ 30)

2.2.3 ระยะก่อนกลับบ้าน (pre-discharge phase) เป็นระยะฟื้นฟูและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน เพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ เป้าหมายการพยาบาล มุ่งเน้นที่กระบวนการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ และสังคม รวมทั้งครอบครัวบำบัดและการให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำแนะนำและการช่วยเหลือแบบสั้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหา และเป้าหมายในชีวิตของตนได้อย่างเหมาะสม (วันที่ 30 - วันที่ 45)

ทั้งนี้ในแต่ละระยะมีการประเมิน การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาลไว้ชัดเจน สำหรับกลุ่มควบคุมให้การดูแลตามปกติ

3. ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง ผู้ช่วยผู้วิจัยวัดความสามารถและภาระการดูแลผู้ป่วย หลังจำหน่าย 30 วัน เมื่อผู้ดูแลพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดที่คลินิกโรคจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พร้อมทั้งติดตามการกลับมารักษาซ้ำและผลการใช้สารเสพติด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป อัตราการป่วยซ้ำ และการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถและภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติทดสอบที (dependent t-test)

3. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถและภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทดสอบที (independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 35 และ 45 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1-5 ครั้ง ร้อยละ 80 และ 75 และมีระดับการพึ่งพาตนเองในระดับมาก ร้อยละ 40 และ 35 ตามลำดับ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55 และ 60 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60 และ 65 มีระดับการศึกษาในระดับประถม

ศึกษา ร้อยละ 60 เท่ากัน และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1-5 ปี ร้อยละ 50 เท่ากัน

2. คะแนนเฉลี่ยความสามารถและภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ($\bar{X} = 83.05$) สูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ($\bar{X} = 65.10$) และคะแนนภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ($\bar{X} = 56.20$) ต่ำกว่าก่อนได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ($\bar{X} = 69.45$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถและภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ใช้สารเสพติดร่วมในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม (n = 20)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย	65.10	7.62	83.05	7.38	13.93	.01
ภาระในการดูแลผู้ป่วย	69.45	15.11	56.20	14.89	4.98	.01

3. คะแนนเฉลี่ยความสามารถและภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ส่วนภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ($\bar{X} =$

83.05) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 67.50$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคะแนนภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 56.20$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 63.50$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถและภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 20)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	t	p-value	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย								
กลุ่มทดลอง	65.10	7.62	.84	.90	83.05	7.38	5.21	.01
กลุ่มควบคุม	67.60	10.87			67.50	11.64		
ภาระในการดูแลผู้ป่วย								
กลุ่มทดลอง	69.45	15.11	1.14	.163	56.20	14.89	4.89	.05
กลุ่มควบคุม	63.65	16.99			63.50	17.47		

4. ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 30 วัน ไม่มีการป่วยซ้ำและไม่กลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ แต่ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 30 วัน มีการกลับมารักษาซ้ำ และกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการป่วยซ้ำและการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	n	จำนวน	ร้อยละ	n	จำนวน	ร้อยละ
อัตราการกลับมารักษาซ้ำ	20	0	0.00	20	2	10.00
ผลการใช้สารเสพติด	20	0	0.00	20	2	10.00

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมหลังการทดลอง สูงวก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องจาก ทุกระยะของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้

สารเสพติดร่วม จะมีการประเมินภาวะอารมณ์ ความคาดหวัง ทักษะของผู้ดูแล รวมถึงการ ประเมินปัญหา ศักยภาพครอบครัว และเตรียม ความพร้อมผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย โดยการให้ ความรู้ สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัว มุ่งให้ สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ที่นำไปสู่เจตคติ และทักษะเบื้องต้น ที่เอื้อต่อการแก้ไขปัญหา สารส่วนใหญ่จะเน้นที่ความรู้เกี่ยวกับโรค กลไก การเสพติด ทำความเข้าใจกับเป้าหมายและวิธีการ บำบัด ภาวะเสพติดร่วม การป้องกันการเสพยา และผลดีของการมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัด รักษา การให้การปรึกษาครอบครัว เพื่อเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหาของสมาชิกในครอบครัว และครอบครัวบำบัด เพื่อให้ครอบครัวมีการ แก้ไขสถานการณ์และเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่าง เหมาะสม นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพ โดยการจัดหาปัจจัยที่สำคัญ ในการดำรงชีวิตหรือปกป้องอันตรายให้แก่ผู้ป่วย และให้การดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย การนำผู้ป่วย เข้าบำบัดรักษา การร่วมกิจกรรมในการบำบัด รักษา การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย เพื่อประโยชน์ในการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมในการดูแล ด้านความรัก ความ เอาใจใส่ การให้กำลังใจ การช่วยเหลือและ ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่า ทนใจทุกข์สุข ของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในด้านเศรษฐกิจ การ สนับสนุนในสิ่งจำเป็นที่จะต้องใช้ในการชีวิตประจำวัน เช่น ของใช้ส่วนตัว อาหาร เสื้อผ้า รวมถึงค่ารักษา พยาบาล ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลเหล่านี้ที่พยาบาล ปฏิบัติต่อผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลพัฒนาความ สามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

มากยิ่งขึ้น (เสาวลักษณ์ ยิ้มเย็น, 2553)

2. ภาระการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทาง คลินิกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมหลัง การทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วย โรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม มักจะมีผลกระทบ ต่อญาติและครอบครัวในการที่ต้องเผชิญปัญหา ในลักษณะเดิมซ้ำแล้วซ้ำอีก ดังเช่นผลการวิจัย ของ รุจิรา จงสกุล (2540, อ้างใน เพ็ญศรี ไชย และ นพรัตน์ ไชยขำ, 2551) พบว่า ครอบครัวมัก ทนต่ออาการและพฤติกรรมที่รุนแรงของผู้ป่วย ไม่ไหว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะทำให้ญาติ และครอบครัวเกิดความเครียดและรู้สึกเป็นภาระ ได้ ซึ่งแนวปฏิบัตินี้มีกิจกรรมการพยาบาล ใน การให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการ ดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้ สุขภาพจิตศึกษา การ ให้คำปรึกษาครอบครัว การทำครอบครัวบำบัด เพื่อให้การช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนความ คาดหวังตามสภาพความเป็นจริง การให้ข้อมูลที่ จำเป็นในส่วนที่ผู้ดูแลยังเข้าใจไม่ถูกต้อง ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติ และการเกิดทักษะ เบื้องต้นในการแก้ไขปัญหา จึงทำให้ความรู้สึก เป็นภาระของผู้ดูแลลดลงได้ สอดคล้องกับอัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) ที่กล่าวว่า “การที่ผู้ดูแลได้ ตรวจสอบความคาดหวังของตนเองเป็นสิ่งสำคัญ ในการดูแล” ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้มแข็ง มีพลัง ความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น เป็นผล ให้ความรู้สึกเป็นภาระลดลง และสอดคล้องกับ ผลงานวิจัยของ ลิฟเลย์ (Lefley, 1987) ที่พบว่า การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช จะทำให้

ภาระการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยต่ำลง และครอบครัวจะมีการปรับตัวและทำหน้าที่ในสังคมได้ดีขึ้น รวมทั้งการให้ผู้ดูแลเป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ได้เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับผู้ป่วยได้ฝึกทักษะต่างๆ จนสามารถดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมที่เหมาะสมได้ดี และสามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้ จะส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลลดลง

3. การป่วยซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 30 วัน ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมไม่มีการกลับมารักษาซ้ำ แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติมีการกลับมารักษาซ้ำร้อยละ 10 ทั้งนี้เนื่องจากในแนวปฏิบัติฯ มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทแบบองค์รวม ซึ่งเป็นการบำบัดทางจิตสังคมประกอบด้วย กิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาความมีคุณค่าและความเข้มแข็งของจิตใจ การให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท และการปรับพฤติกรรมการรับประทานยา การปรับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด การพัฒนาทักษะด้านสังคม การเสริมสร้างทักษะการดำเนินชีวิต และการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบ D-METHOD ร่วมกับการประเมินปัญหา ศักยภาพครอบครัว และเตรียมความพร้อมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยการให้ความรู้และให้คำปรึกษาครอบครัว ซึ่ง มธุรดา สุวรรณโพธิ์ (ม.ป.ป.) กล่าวไว้ว่า การรักษาทางจิตสังคมร่วมกับการรักษาด้วยยาจะช่วยพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา ช่วยเสริมทักษะด้านอารมณ์ การจัดการกับปัญหาการใช้

สารเสพติด และการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยได้ และสอดคล้องกับแนวคิดของ อัมพร เบญจพลพิทักษ์ (2549) และเกษม ดันติผลาชีวะ (2542) ที่กล่าวไว้ว่าการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยการให้ความรู้ แนะนำ สนับสนุน การให้คำปรึกษา หรือการบำบัดครอบครัว จะมีส่วนช่วยลดการกำเริบของโรค การคงอยู่ในระบบบำบัดรักษาสูงขึ้น และผลการบำบัดสารเสพติดดีขึ้น ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับสถิติการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จะพบว่า ในปี 2551 และ 2552 ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 14.89 และ 10.89 ตามลำดับ (เวชระเบียนโรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2552)

4. การใช้สารเสพติดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 30 วัน ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมไม่มีการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติมีการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ร้อยละ 10 ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมการพยาบาลในแนวปฏิบัติฯ มุ่งเน้นที่กระบวนการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ และสังคม รวมทั้งครอบครัวบำบัดและการให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำแนะนำและการบำบัดแบบสั้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาและเป้าหมายในชีวิตได้อย่างเหมาะสม มีการสอนและฝึกทักษะการปฏิเสธ การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นและวิธีการจัดการกับอารมณ์ ความเครียด สัญญาณเตือนของอาการทางจิตกำเริบ และการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ การประเมินวัฏจักรการเปลี่ยนแปลงและให้การช่วยเหลือใน

ระดับนั้นๆ และการให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผน และดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำและป้องกันอาการทางจิตกำเริบ ร่วมกับการส่งต่อการรักษาเพื่อติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ วิโรจน์ วีระชัย และวิมลวรรณ ตันติวงศ์ (2544) ที่กล่าวว่า การป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ที่สำคัญ คือ การช่วยให้ผู้ป่วยรู้เท่าทันโอกาสการกลับไปเสพซ้ำ จึงต้องให้ความรู้และฝึกในการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่อาจทำให้ความอยากเสฟเกิดขึ้น ร่วมกับการตั้งเป้าหมายที่เหมาะสม เช่นเดียวกับแนวคิดของกรมสุขภาพจิต (2552) ที่กล่าวว่าการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เน้นที่การเปลี่ยนแปลงความคิด การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการให้ผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้กลับไปเสพซ้ำ และทักษะการแก้ปัญหาที่เหมาะสมเจาะจง เช่น การจัดการกับความเครียด การคลายเครียด การจัดการกับความโกรธ การสร้างสัมพันธภาพ การปฏิเสธ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ และปริยศ กิตติธีระศักดิ์ (2551) พบว่าการให้ความช่วยเหลือโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะ เกี่ยวกับการรู้จักและเข้าใจตนเอง การรู้เท่าทัน เกี่ยวกับโทษของสารเสพติด การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การจัดการกับอารมณ์ ทักษะการปฏิเสธ การสร้างเป้าหมายในตนเอง จะสามารถช่วยเพิ่มระดับความรู้และทักษะต่างๆ ในการป้องกันการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำได้ นอกจากนี้การส่งต่อการรักษาเพื่อการติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากจำหน่าย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและสามารถอยู่ในสังคมได้โดยไม่มีการเสพสารเสพติดซ้ำ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับสถิติการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จะพบว่า ในปี 2551 และ 2552 ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม มีการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 14.89 และ 10.89 ตามลำดับ (เวชระเบียนโรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2552)

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกและให้สุขภาพจิตศึกษาตามคู่มือฯ แก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมและ ผู้ดูแลทุกราย เพื่อเพิ่มความสามารถและลดภาระการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ลดอัตราการป่วยซ้ำ และการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย

2. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมให้มีความรู้ความชำนาญเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์พงศ์เกษม ไข่มุกด์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต นายแพทย์จุมภฏ พรหมสีดา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินการวิจัย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยที่สนับสนุนทุนการวิจัย ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และขอขอบคุณผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมและผู้ดูแล

ทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2552). *คู่มือการให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุราในโรงพยาบาลจิตเวช ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
- กรมสุขภาพจิต. (2557). *เอกสารประกอบการประชุมปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพจิตและจิตเวชระยะที่ 2*. วันที่ 15-16 กันยายน 2557. นนทบุรี: โรงแรม ริชมอนด์.
- เกษม ตันติผลาชีวะ. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- งานเวชระเบียนโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2552). *สถิติผู้ป่วยใน*. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
- งานเวชระเบียนโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2555). *สถิติผู้ป่วยใน*. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
- จลิ เจริญสรรพ. (2555). *การพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช*. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์: สุราษฎร์ธานี.
- จลิ เจริญสรรพ และเสาวลักษณ์ ยิ้มเอื้อน. (2556). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมสำหรับพยาบาล*. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์: สุราษฎร์ธานี.
- ฐานันดร ปิยศิริศิลป์. (2557). *โรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม*. เอกสารประกอบการบรรยายการประชุมวิชาการนานาชาติครั้งที่ 13 ปี

2557. เชียงใหม่: กรมสุขภาพจิต.
- จิตติพัฒน์ พิษณุธาดาพงศ์. (2554). *การพัฒนากรอบสมรรถนะ เอกสารประกอบการอบรม วันที่ 5-6 กุมภาพันธ์ 2554 ณ ห้องประชุม 1 ชั้น 4 อาคารอำนวยการ*. สุราษฎร์ธานี : โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ และปรีศ กิตติธีระศักดิ์. (2551). ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความช่วยเหลือต่อระดับความรู้และทักษะในการป้องกันการติดยาของผู้ใช้สารเสพติด. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 22(2), 69-82.
- ธวัชชัย ลิพหานาจ. (2549). ระบาดวิทยาของโรคติดสารเสพติด, โรคจิตเวชที่เกิดร่วมกับโรคติดสารเสพติด และความผิดปกติที่เกิดจากการใช้สารเสพติด. ใน พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนพพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ), *ตำราจิตเวชศาสตร์ การติดสารเสพติด* (หน้า 3-115). กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน ป.ป.ส.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). *ผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปัทมา ศิริเวช. (2552). การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ในพิเศษ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์. *ตำราโรคจิตเภท* (หน้า 305-316). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2549). หลักการประเมินและการเข้าถึงผู้ป่วยติดสารเสพติด และการ

- สัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ. ในพิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนพพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ), *ตำราจิตเวชศาสตร์ การคิดสารเสพติด* (หน้า 77-163). กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน ป.ป.ส.
- เพ็ญศรี ไชย และนพรัตน์ ไชยขำนิ. (2551). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- มธุรดา สุวรรณโพธิ์. (ม.ป.ป.). *Dual diagnosis*. Retrieved March 30, 2009, from <http://www.thaifamilylink.net/mambo454/index.php>
- วิโรจน์ วีรัชย์, และวิมลวรรณ ตันติวงศ์. (2544). เป้าหมายของการบำบัดรักษา. ใน วิโรจน์ วีรัชย์, อังกูร ภัทธกร, ลำหำ ลักษณะนิพนธ์, จวีวรรณ ปัญจนุสย์, และนิภา ธีสกุล (บรรณาธิการ), *ตำรา การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด* (หน้า 136-144). ปทุมธานี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์.
- วันดี ไตสุศรี. (2539). ศึกษาความสามารถในการดูแลความเครียดและภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิต วิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ. (2546). *การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์นิยมวิทยา.
- เสาวลักษณ์ อิ่มเอื้อน. (2553). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. สารนิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อรพรรณ ไตสิงห์. (2547). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์*. เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง ความเป็นเลิศทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. วันที่ 20-21 กันยายน 2547, กรุงเทพมหานคร.
- อัญชลี ศรีสุพรรณ. (2547). *ผลการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมพร เบญจพลพิทักษ์. (2549). บทบาทของครอบครัวต่อปัญหาสารเสพติด. ใน พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม, และนพพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ), *ตำรา จิตเวชศาสตร์ การคิดสารเสพติด*, (หน้า 3-115). กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน ป.ป.ส.
- Jabensky, A., McGrath, J., & Herrman, H. (1999). *People living with psychotic illness; An Australian study 1997-98*. National Mental Health Strategy, Commonwealth Department of Health and Aged Care.

- Jenner, L., Kanavanagh, D. J., Greenway, L., & Saunders, J. B. (1998). *Dual diagnosis Consortium 1998 report*. Brisbane: Dual Diagnosis Consortium.
- Lefley, H. P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: An emerging social problem. *Hospital & Community Psychiatry*, 38(10), 1063-1070.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34, 90-26.
- Suzuki, Y. (2003). Associated factors of rehospitalization among schizophrenic patients. *Psychiatric Clinical Neurosis*, 57, 555-561.