

การบำบัดด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด :
การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

Psychosocial Intervention Among Drug-abusing Schizophrenic
Patients: Evidence Based

เอกอุมา อิมคำ*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12120

Ek-uma Imkome*

Faculty of Nursing, Thammasat University, Rangsit Centre,
Khleng Nueng, Khleng Luang, Pathum Thani 12120

บทคัดย่อ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรงและมีผลกระทบโดยตรงต่อประชากร 1 % ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โดยเกิดผลกระทบโดยตรงต่อบุคคล ครอบครัว การสูญเสียรายได้ และต้นทุนทางการรักษาพยาบาล เป็นจำนวนมาก องค์ความรู้การบำบัดรักษาด้านจิตสังคมเพื่อลดอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด พบว่าการจัดการรายกรณีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงจิตใจในการรักษา การบำบัดความคิดและพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มช่วยเหลือตนเอง และการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน เป็นรูปแบบที่ใช้ในการบำบัดรักษา ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดซึ่งมีความสำเร็จด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลในระดับหนึ่ง อีกทั้งยังมีข้อจำกัดหลายด้าน นอกจากนี้ยังมีข้อมูลน้อยของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือที่จะชี้กลยุทธ์/รูปแบบการบำบัดทางด้านจิตสังคมรูปแบบใดที่มีประสิทธิภาพที่สุด พยาบาลจิตเวชเป็นผู้มีความสำคัญยิ่งและมีผลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยเนื่องจากพยาบาลจิตเวชสามารถช่วยผู้ป่วยจัดการกับอาการหูแว่ว ประสาทหลอน และการรักษา โดยการใช้สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล นอกจากนี้อาการทางจิตเป็นสิ่งที่เข้าใจยากและซับซ้อน ซึ่งเป็นอีกด้านหนึ่งที่มีความจำเป็นที่พยาบาลจิตเวชควรศึกษา เพราะเชื่อว่าหากพยาบาลจิตเวชเข้าใจอย่างถ่องแท้ในปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการทางจิตแล้วจะสามารถหารูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพได้

คำสำคัญ : อาการทางจิต; โรคจิตเภท; สารเสพติด; การบำบัดทางจิตสังคม

Abstract

Schizophrenia is a devastating mental illness that directly affects about 1 % of the population worldwide and Thailand. Its indirect impact – measurable in distress of affected individuals and their families, lost wages, and health care costs – is greater still. The bodies of knowledge on the psychosocial intervention-studied aim to decrease psychotic symptoms among drug-abusing schizophrenic patients were case management, motivation Interview, cognitive behavior therapy, social support self-help group, and the assertive community treatment which has a success in term of nursing outcomes and remain limitation. In addition, less is known about which of these specific strategies are most helpful. Lack of strongly evidence based data signifies the need for more research about the psychosocial intervention. Psychiatric nurses can have a significant effect on various aspects of psychotic symptoms for persons with schizophrenia because they can help patients adjust to challenges of hallucination, delusion and treatment due to their interpersonal relationships. In addition, the relationship of psychotic symptoms is intricate and complex. Psychotic symptom is an essential aspect for psychiatric nurses to explore. It was believed that a clear understanding of factors related psychotic symptoms would facilitate the design of an optimal and effective nursing intervention.

Keywords: psychotic symptoms; schizophrenia; substance misuse; psychosocial intervention

1. บทนำ

ในปัจจุบันโรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อตรงประมาณ 1 % ของประชากรทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย และประมาณ 2.5 ล้านคนในสหรัฐอเมริกา ภาวะเจ็บป่วยนี้เกิดผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว การสูญเสียรายได้ และต้นทุนทางการรักษาพยาบาลจำนวนมาก [1] โรคจิตเภทพบบ่อยช่วงวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นโรคที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมีความรุนแรง เรื้อรัง และอัตราการกำเริบสูง

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของความคิด (thought) และการรับรู้ (perception) ไม่ตรงกับความเป็นจริง มีความผิดปกติของอารมณ์ การเข้าสังคม และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีโรคทางกาย สมอง หรือใช้

สารเสพติดเป็นสาเหตุหลัก เป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด แต่ในระยะหลังส่วนใหญ่มักมีกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พุดน้อยเฉื่อยชา แยกตนเองร่วมด้วย [2,3] ภาวะโรคร่วมเป็นสิ่งที่พบบ่อยในโรคจิตเภทรวมทั้งการใช้สารเสพติด โดยพบว่าอาการทางจิตและการใช้สารเสพติดนั้นมีความสัมพันธ์กัน พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท 31 % มีประวัติการใช้สารเสพติด [4] และอัตราการใช้สารเสพติดทวีความรุนแรงมากขึ้นประมาณ 50 % ของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท [5] รวมทั้งผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดมากกว่าผู้ที่ไม่มีความเจ็บป่วยถึง 5.3 เท่า [6] สำหรับสารเสพติดพบว่าแอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทใช้มาก

ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดสามารถกระตุ้นให้อาการทางจิตเพิ่มมากขึ้นได้ [7] และยังเป็นปัญหาสำคัญด้านสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองให้หยุดใช้สารเสพติดได้ซึ่งเกิดจากอาการทางจิต [8-10] รวมถึงส่งผลให้เกิดปัญหาหลาย ๆ ด้าน เช่น พฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น การปรับตัวบกพร่องและแบบแผนการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทบกพร่อง ไม่รวมมือในการรักษา มีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูง มีความสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเอง การถูกคุมขัง โรคตับอักเสบ การติดเชื้อ HIV การไม่มีที่อยู่อาศัย การมีพฤติกรรมก้าวร้าว ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสุขภาพ และการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล [11-16] นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อระบบประสาทและเกิดการพึ่งพาสารเสพติดมากยิ่งขึ้น จึงไม่น่าแปลกใจที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอัตราการใช้สารเสพติดในปริมาณสูงขึ้นและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

องค์ความรู้ในด้านรูปแบบการบำบัดรักษาที่ลดอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย มีทั้งการบำบัดรายกลุ่มและรายบุคคลซึ่งพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการ ตั้งข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ วางแผนการพยาบาล ให้การช่วยเหลือและประเมินผลตลอดโปรแกรมการรักษา รวมทั้งใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นกุญแจในการค้นหาปัญหาและเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา ดังนั้นหากมีรูปแบบการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด จะช่วยลดอาการทางจิต ลดระยะเวลาในการรับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

แนวคิดและทฤษฎีที่อธิบายปรากฏการณ์การใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นมีหลากหลายซึ่งแตกต่างกันไปโดยในบทความนี้ขอเสนอแนวคิดที่นิยมนำมาใช้โดยสังเขปดังตารางที่ 1

3. รูปแบบการบำบัดรักษาทางด้านจิตสังคมผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

ในอดีตนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดที่มีอาการรุนแรงจะต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล เมื่อรักษาจนอาการดีขึ้นแล้วจะถูกส่งตัวให้มารับยาใกล้บ้าน และเมื่ออาการทางจิตโดยทั่วไปดีขึ้นจึงจะเริ่มการรักษาด้านสารเสพติด บางครั้งรูปแบบการบำบัดรักษาจะรักษาควบคู่กันไปทั้งอาการทางจิตเวชและการรักษาด้านสารเสพติด โดยมุ่งเน้นการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางด้านจิตสังคม [20,21]

การบำบัดด้านจิตสังคมเป็นกระบวนการบำบัดร่วมกับการรักษาแบบอื่นในการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด โดยมุ่งพัฒนาการทากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมและการจัดการกับปัญหาอย่างมีเป้าหมาย การบำบัดมุ่งที่ความร่วมมือของผู้บำบัดและผู้ป่วยในด้านพัฒนาการมองโลก มุมมองต่าง ๆ การให้ความนับถือ การเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการพัฒนาสมรรถนะแห่งตน ลดความบกพร่องของกระบวนการคิดและส่งเสริมทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งการบำบัดทางด้านจิตสังคมมีดังตารางที่ 2-3

ตารางที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

ทฤษฎี	แนวคิด
Neural diathesis-stress models [17]	เชื่อว่า ระบบประสาทชีววิทยาที่มีปฏิกิริยาต่อสิ่งแวดล้อม เช่น การใช้สารเสพติดที่เป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดอาการทางจิตและอาการกลับเป็นซ้ำ การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภทในขณะที่ยังน้อย และพบว่า catechol O-methyltransferase polymorphism (Val/Val) มีความสัมพันธ์กับอัตราเสี่ยงสูงในการเกิดโรคจิตในผู้ใหญ่ตอนต้น นอกจากนี้ในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีผลการบำบัดในเชิงลบ เช่น กลับเป็นซ้ำกลับไปใช้สารเสพติด สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้การบำบัดมีประสิทธิภาพน้อย
สมมุติฐานที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยง	เชื่อว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเสี่ยงสูงในการใช้สารเสพติดเนื่องจากกระบวนการคิดที่บกพร่องซึ่งเกิดจากโรคที่เป็นอยู่ สังคม การศึกษา การประกอบอาชีพรวมถึงความยากจน การตกเป็นเหยื่อและอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางสังคมและครอบครัวที่ใช้สารเสพติด
The self-medication hypothesis [18]	เชื่อว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทใช้สารเสพติดเพื่อที่จะลดอาการของโรคที่เป็นอยู่หรือเพื่อลดผลข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต
Alternative model [19]	เชื่อว่าในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีส่วนการคิดในสมองผิดปกติ ซึ่งเป็นส่วนของ dopamine-mediated brain reward circuitry ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดจะทำให้ brain reward circuitry ทำงานผิดปกติโดยมีการกระตุ้นให้มีระดับ dopamine และ norepinephrine เพิ่มขึ้นในบริเวณปมประสาทซึ่งภายในบรรจสารเคมีต่าง ๆ เช่น dopamine ทำให้เกิดการกระตุ้นอารมณ์และความตื่นตัวรวมทั้ง mesolimbic dopamine system หรือ brain reward circuit เป็นส่วนของสมองที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับ reinforcing property ของสารเสพติดซึ่งทำให้ผู้เสพเกิดความพอใจและมีความต้องการใช้ซ้ำอีก

ตารางที่ 2 รูปแบบการบำบัดรักษาด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

รูปแบบการบำบัด	วัตถุประสงค์/แนวคิด	หลักการบำบัด/ขั้นตอน/รูปแบบ
การสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงใจในการรักษา (ทท motivation interview)	เป็นการบำบัดที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบำบัดนี้มีแนวคิดพื้นฐานว่า ถ้าผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงแล้วผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมได้ด้วยตัวเอง ดังนั้นผู้บำบัดต้องทำหน้าที่ในการกระตุ้นหรือเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง [22]	หลักการบำบัด ได้แก่ 1. Express empathy: ผู้บำบัดใช้การสื่อสารที่แสดงถึงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้ป่วย มีสิทธิที่จะเลือกอย่างอิสระและกำหนดทิศทางเป้าหมายของตนเอง โดยในกระบวนการบำบัดแต่ละขั้นตอน ผู้ป่วยเท่านั้นที่จะเป็นผู้ตัดสินใจ 2. Develop discrepancy: ผู้บำบัดส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างสถานภาพในปัจจุบันที่ใช้สารเสพติดกับเป้าหมายที่อยากเป็น แรงจูงใจของการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เป็นอยู่ กับสิ่งที่เขาต้องการจะเป็น 3. Avoid argumentation: ผู้บำบัดหลีกเลี่ยงการโต้แย้งในระหว่างบำบัด 4. Roll with resistance: ผู้บำบัดยอมรับความรู้สึกต่อต้านของผู้ป่วย 5. Support self-efficacy: ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพและความสามารถของตนเองที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด [22,23]
การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy)	เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาในปัจจุบันมีเป้าหมายในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน ผู้รับการรักษาจะต้องมีบทบาทในการวางแผนเป้าหมายของการรักษาไปกับผู้ป่วยบำบัดรักษาด้วย	หลักการบำบัด ได้แก่ 1. ความคิดมีผลต่อพฤติกรรม 2. ความคิดสามารถตรวจสอบและปรับเปลี่ยนได้ 3. การบำบัดเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถปรับโดยการบำบัดความคิดซึ่งแนวคิดนี้ก็ยังคงอยู่ในชุดที่ 3 ของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม [24]

ตารางที่ 2 (ต่อ)

รูปแบบการบำบัด	วัตถุประสงค์/แนวคิด	หลักการบำบัด/ขั้นตอน/รูปแบบ
การสนับสนุนทางสังคม (social support)	เป็นการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กันจนก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ไว้วางใจ ซึ้งกันและกัน ทำให้ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ [25]	การสนับสนุนทางสังคม 1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการให้ความรัก ความผูกพันห่วงใย ไว้วางใจและรับฟัง 2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยให้การยอมรับ ชกชอง ชมเชย เพื่อนำไปประเมินตนเอง 3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) เป็นการให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ 4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงในความเป็นทางด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การปรับสภาพแวดล้อม
กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self help group)	เป็นกลุ่มที่เกิดจากการรวมตัว ของบุคคลที่มีปัญหา คล้ายคลึงกัน มารวมกันด้วยความสมัครใจ และใช้ ประสิทธิภาพที่ผ่านมาจากกันแก้ปัญหาซึ่งกันและกัน กลุ่มเป็นของสมาชิก กิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินโดย สมาชิก เพื่อสมาชิก	บุคคลที่ประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาด้วยความเครียดหรือภาวะวิกฤตมาแล้วจะเป็นแบบอย่างให้กับผู้อื่นที่มีปัญหาประเภทเดียวกันที่อยู่ในสังคมหรือสิ่งแวดล้อมเดียวกันเพื่อลดระดับอารมณ์ ความรู้สึกต่างๆที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้กำลังใจ แก่กันและกัน ให้สมาชิกสามารถปรับตัวได้ ส่งเสริมความมีคุณค่า ในตนเองและควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
การจัดการรายกรณี (case management)	เป็นแนวคิดการให้บริการอย่างเป็นระบบ มีแนวคิด พื้นฐานมาจากการดูแลเชิงจัดการ (managed care) การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ เน้นผลลัพธ์ ของการบริการที่มีคุณภาพ เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและ ลดค่าใช้จ่าย [26] เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อ ตอบสนองความต้องการด้าน สุขภาพของผู้ป่วยแต่ละ รายอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยทีมสหสาขา วิชาชีพเพื่อประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตามและประเมินผลการดูแล ตลอด ระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล โดยมี case manager เป็นผู้ประสานงาน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่วางไว้ในเวลาที่ กำหนด โดยใช้ clinical Pathway เป็นเครื่องมือในการ กำกับกรปฏิบัติกิจกรรมการดูแลรักษาต่าง ๆ ตาม เป้าหมาย	รูปแบบการจัดการทางการพยาบาล (nursing case management) รูปแบบที่ 1 : การจัดการทางการพยาบาลที่เน้นระบบพยาบาล เจ้าของไข้ (primary nurse case management model) รูปแบบที่ 2 : การจัดการทางการพยาบาลที่เน้นการปฏิบัติตามระดับ ชั้น (leveled practice model) รูปแบบที่ 3 : การจัดการทางการพยาบาลที่เน้นระบบเจ้าของผู้ป่วย (primary case management model) รูปแบบที่ 4 : การจัดการทางการพยาบาลตามรูปแบบบูรณาการของ Saint Vincents Hospital and Medical Center (Saint Vincents Hospital and Medical Center integrated case management model) รูปแบบที่ 5 : การจัดการทางการพยาบาลตามรูปแบบของ Tuscon Medical Center (Tuscon Medical Center case management model)
รูปแบบการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (the assertive community treatment: ACT)	เป็นการบำบัดดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ที่ พัฒนาขึ้นอย่างครอบคลุม และเน้นการบำบัดดูแลผู้ที่มี ปัญหาทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรังในชุมชน โดยทีม สหวิชาชีพ มีการติดต่อประสานงานให้ความช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหา ได้อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ให้บริการที่สะดวกในลักษณะใกล้บ้านใกล้ใจ	ใช้ชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่เป็นสถานที่ในการบำบัดเพื่อเอื้อให้เกิดการ บำบัดดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด หลักการบำบัดเชิงรุกในชุมชน มุ่งเน้นในประเด็นดังต่อไปนี้ 1. การบำบัดดูแล ได้แก่ การดูแลโดยญาติ เช่น การดูแลเรื่องยา การ ให้การปรึกษา 2. การฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ วิธีการฟื้นฟูสภาพที่ เกี่ยวข้องกับทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน 3. การบริการสนับสนุนระดับประคอง ได้แก่ การสร้างโอกาสใน การทำงาน การจัดการเอกสาร การช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย การ จัดการเรื่องค่าใช้จ่าย [27]

ตารางที่ 3 การนำหลักการและแนวความคิดการบำบัดทางจิตสังคมมาใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสารเสพติด

รูปแบบการบำบัดและข้อเสนอแนะ
<p>การสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงจิตใจในการรักษา (motivation interview)</p> <p>เป็นการช่วยเหลือที่สำคัญในขั้นต้นของการรักษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดเนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่ได้ตระหนักถึงปัญหา สาเหตุและผลที่เกิดจากการใช้สารเสพติดที่เกิดขึ้นกับตนเองและบุคคลอื่น บางครั้งยังไม่คิดว่ามีปัญหาแม้ว่าปัญหาจะเกิดขึ้นแล้วและไม่คิดว่าจะหยุดใช้สารเสพติด การเข้ารับการบำบัดรักษา มีความสำคัญเท่า ๆ กับแรงจูงใจและการกระตุ้นให้เกิดการจัดการกับปัญหาในการดำรงชีวิต ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดนั้นจะต้องช่วยผู้ป่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการที่มีความคิดว่าจะเลิกหรือไม่เลิกใช้สารเสพติดไปสู่ความตั้งใจที่จะเลิกใช้สารเสพติดและสามารถเลิกใช้สารเสพติดได้อย่างถาวร [28]</p> <p>MI เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในระยะยาวและมีหลายขั้นตอนซึ่งเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ กระบวนการคิดและข้อจำกัดด้านทักษะสังคม [29] ทั้งนี้แรงจูงใจระดับน้อยในการเลิกใช้สารเสพติด การขาดพลังและมีปัญหาทางอารมณ์เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดซึ่งอาจเกิดจากการได้รับการรักษาด้วยยาจิตเวช ภาวะเจ็บป่วยการใช้ชีวิตในสภาวะที่ถูกจำกัดซึ่งทำให้ยากต่อการบำบัดให้ครบตาม โปรแกรมการบำบัดรักษา ยกต่อการตั้งเป้าหมายและการให้การบำบัดอย่างต่อเนื่อง การไม่มีสมาธิและ ขาดความสนใจ ความคิดเชิงนามธรรมและการที่ความคิดหยุดชะงักเป็นสิ่งที่ขัดขวางกระบวนการรับและส่งข้อมูลต่าง ๆ การแก้ไขปัญหและการวางแผนต่าง ๆ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น การให้การบำบัดรักษาจึงควรเป็นการตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยจิต อย่างไรก็ดีตามมีการทบทวนว่าผลการวิจัยเกี่ยวกับ MI ยังไม่เป็นที่น่าพอใจเนื่องจากยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้สามารถเลิกสารเสพติดได้อย่างถาวร [30]</p>
<p>การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy)</p> <p>เป็นวิธีการบำบัดที่ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้และช่วยลดภาวะหูแว่ว โดยการกลับเป็นซ้ำจะสัมพันธ์กับวิธีและการรับประทานยา เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่องจะมีความเสี่ยงที่อาการทางจิตและเกิดอาการด้านลบขึ้นอีกครั้ง ผลการวิจัยหลายเรื่องระบุว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรมให้ผลดีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้สารเสพติดในช่วง 12 เดือน [38] หลังจากการบำบัดแต่ไม่สามารถเลิกใช้สารเสพติดได้ถาวร</p>
<p>การสนับสนุนจากสังคม (social support)</p> <p>มีส่วนส่งเสริมการบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่มให้มีประสิทธิภาพ เมื่อครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษา เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดรวมทั้งช่วยเหลือค่าใช้จ่ายจะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดสามารถลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดลงได้ [31] ครอบครัวเป็นแหล่งช่วยเหลือที่ดีที่สุดแห่งหนึ่งและเป็นส่วนสำคัญที่มีผลต่อผลลัพธ์ทางการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูหายจากโรคและช่วยลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต [32]</p>
<p>กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self help group)</p> <p>กลุ่มช่วยเหลือกันเองเป็นกลุ่มที่สำคัญมากเนื่องจากสมาชิกได้ช่วยกันและกันซึ่งต่างจากการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่เข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดและเต็มใจที่จะให้การช่วยเหลือในด้านต่างๆ [33,34] ผลการวิจัยระบุว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือกันเองมากกว่า 1 ปี นั้น มีโอกาสสูงมากในการลดการใช้สารเสพติด [33]</p>
<p>การจัดการรายกรณี (case management)</p> <p>ผลการวิจัยการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยาต่อความพึงพอใจของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและกลุ่มตัวอย่างพยาบาลทั้งหมดพึงพอใจต่อการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในด้านความร่วมมือในการปฏิบัติงาน การประสานงาน การติดต่อสื่อสาร ความต่อเนื่องของการดูแล และการจัดสรรทรัพยากร นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดการผู้ป่วย รายกรณีมีผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและภาวะการดูแลของผู้ดูแล [35,36]</p>
<p>รูปแบบการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (the assertive community treatment: ACT)</p> <p>ผลการศึกษาเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน พบว่าประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ทำให้พฤติกรรมการดื่มสุราลดลงและลดอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำ [37]</p>

4. หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบำบัดรักษาทางด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

มีการพัฒนางานวิจัยหลายเรื่องเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด บางครั้งกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กและมีความแตกต่างกัน รูปแบบการออกแบบวิจัยยังไม่เหมาะสม ขาดการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง อัตราการตายสูงระหว่างการศึกษามีการติดตามผลการบำบัดรักษาแค่เพียงระยะสั้น ขาดความถูกต้อง เทียงตรงและแม่นยำในการวัดระดับการใช้สารเสพติด การแจกแจงของข้อมูลไม่ปกติ เครื่องมือการวัดผลลัพธ์ไม่ได้มาตรฐานหรือไม่สามารถวัดองค์ประกอบทั้งหมดของโปรแกรมการบำบัด นอกจากนี้แล้วการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดที่มีรูปแบบการบำบัดมากกว่า 1 อย่าง นั้น เป็นการยากมากที่จะตอบคำถามว่ารูปแบบการบำบัดใดมีประสิทธิภาพมากที่สุดเนื่องจากมีปัจจัยและตัวแปรต่าง ๆ ที่มีผลต่อการวัด รวมถึงระเบียบวิธีวิจัย การให้การบำบัดและการวัดผลลัพธ์หรือการวัดตัวแปรตามนั้นมีความแตกต่างกันในวิจัยแต่ละเรื่อง ซึ่งตารางต่อไปนี้เป็นวิเคราะห์งานวิจัยทางคลินิกที่ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด (ตารางที่ 4)

จากผลการวิจัยข้างต้น จะพบว่ารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีการพัฒนามานานมากกว่า 20 ปี บุคลากรมีความพยายามในการพัฒนารูปแบบการให้การบำบัดทางจิตสังคมให้มีประสิทธิภาพและผลการวิจัยระบุว่ามีรูปแบบการบำบัดรักษาจิตสังคมให้ผลเชิงบวก สามารถลดการใช้สารเสพติดทั้งในด้านปริมาณ ความถี่ และจำนวนวัน ส่วนด้านอาการทางจิตนั้น พบว่าสามารถลดอาการทางจิตทั้งด้านบวกและด้านลบรวมทั้งสามารถเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยในการทำหน้าที่ต่าง ๆ

ได้ แต่หากพิจารณาตามคุณภาพงานวิจัยที่เป็นเชิงทดลองในคลินิกที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับที่น่าเชื่อถือและการใช้วิธีการทางสถิติมาพิจารณานั้น พบว่าปัจจุบันนี้ยังไม่มีการวิจัยที่ชี้ชัดว่ารูปแบบการบำบัดใดที่มีประสิทธิภาพสูงสุด [44-45] ในด้านการนำผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติการทางคลินิกนั้น พบว่างานวิจัยที่เป็น randomized controlled trial (RCT) เป็นงานวิจัยที่ตอบคำถามในเชิงการบำบัดและเชิงสาเหตุในปรากฏการณ์ต่าง ๆ และมีความเชื่อถือมากที่สุด รองลงจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) เนื่องจากหลักฐานงานวิจัยที่น่าเชื่อถือมากที่สุดมาจากการสังเคราะห์งานวิจัยต่าง ๆ อย่างประณีต (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ [47]

5. ข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

5.1 ด้านปฏิบัติการพยาบาล : รูปแบบการบำบัดรักษาโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดควรจะใช้รูปแบบของทีมสหสาขาวิชาชีพ เน้นการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี รวมถึงการบำบัดด้วยยา ร่วมกับการบำบัดรักษาจิตสังคม เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคและผลข้างเคียงของยา การให้การสนับสนุนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

พยาบาลเป็นกุญแจหลักสำคัญที่จะติดตามภาวะของ คนไข้ที่จะสามารถประเมินได้เมื่อมีอาการนำของการ กลับเป็นซ้ำและสามารถให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการ กลับเป็นซ้ำ ซึ่งได้แก่ การติดต่อกับผู้ป่วยอย่าง สม่ำเสมอและให้การสนับสนุนเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นที่เกี่ยวข้องกับภาวะการ ฉีกเจ็บป่วย การจัดรูปแบบการบำบัดรักษาในผู้ป่วยโรค จิตเภทที่ใช้สารเสพติด ควรมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และสามารถเข้าถึงบริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง และมีการ ให้บริการรวมถึงการติดตามความก้าวหน้าของ

การบำบัดรักษาทั้งระยะสั้นและระยะยาว อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการบำบัดรักษา ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดนั้นควรมีการพัฒนา รวมทั้งการให้การพยาบาลผู้ที่มีภาวะทางจิตในระยะ เริ่มต้นจะสามารถช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับ การรักษาทางพยาบาล นอกจากนี้การพัฒนาแนว ทางการพยาบาลในคลินิกควรยึดหลักฐานเชิง ประจักษ์เป็นส่วนประกอบในการตัดสินใจเพื่อนำไปสู่การสร้างระบบบริการที่มีคุณภาพ

ตารางที่ 4 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบำบัดรักษาทางด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้ สารเสพติด

ผู้แต่ง/ปี	วัตถุประสงค์	การออกแบบวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
1. Barrowclough <i>et al.</i> , 2001 [38]	เพื่อตรวจสอบว่าโปรแกรม การบำบัดรักษามีผลดีต่อ ผลลัพธ์ของโรคที่เป็นอยู่และ การใช้สารเสพติดผล โดยมี ประสิทธิภาพมากกว่าการ ดูแลตามปกติ	การทดลองชนิด สุ่มปิดทางเดียว (single blind randomized controlled trial)	N = 36 ผู้ป่วยโรคจิต เภทที่ใช้สาร เสพติด	- Motivation counseling - Family psychoeducation - Cognitive behavior therapy ระยะเวลา 9 เดือน	กลุ่มทดลองมีจำนวนวันที่สามารถหยุดยาได้ มากขึ้น (median = 19.99, range = -25.6 to 83.4, versus median = -6.52, range = -67.9 to 53.2) (U = 86.5, p < 0.03) ลดอัตราการ กลับเป็นซ้ำ ($\chi^2 = 2.86$, df = 1, p < 0.09) ลด อาการด้านลบในช่วง 9 เดือนและ 18 เดือน ลดอาการด้านบวก ในช่วง 12 เดือน หลังการ บำบัดด้วย โดยการ ใช้ positive and negative Syndrome Scale (adjusted mean = 12.85, SE = 0.94, versus adjusted mean = 16.63, SE = 1.00) (F = 7.43, df = 1, 29, p < 0.01)
2. Baker <i>et al.</i> , 2002	ประเมินประสิทธิภาพของ motivational interview ใน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมจาก การใช้สารเสพติดเพื่อลดการ ดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สาร เสพติดชนิดอื่น ๆ	การวิจัยเชิง ทดลองแบบสุ่ม และมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial)	N = 160 ผู้ป่วยโรคจิต เภทที่ใช้สาร เสพติด	- motivational interviewing	motivational interviewing มีประสิทธิภาพใน การบำบัดแต่ระดับในการดื่มแอลกอฮอล์และ การใช้กัญชายังคงสูงในกลุ่มตัวอย่างในช่วง 12 ของระยะเวลาติดตาม
3. Haddock <i>et al.</i> , 2003 [39]	เพื่อตรวจสอบอาการ การใช้ สารเสพติด การทำหน้าที่ ต่างๆและผลลัพธ์ เศรษฐศาสตร์สุขภาพของ ผู้ป่วยโรคจิตเภทและญาติ ในช่วง 18 เดือนหลังจากการ บำบัดความคิดและพฤติกรรม	การวิจัยเชิง ทดลองแบบสุ่ม และมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial)	N = 66 ผู้ป่วยโรคจิต เภทที่ใช้สาร เสพติด	- motivational interviewing - individual CBT family intervention ระยะเวลา 9 เดือน	การประยุกต์ใช้โปรแกรมการบำบัดทั้ง 30 แบบ (MI+CBT+FI) ให้ผลดีในด้านการทำ หน้าที่ทั่วไปของผู้ป่วยซึ่งวัด โดย global assessment function (adjusted mean = 61.68 and s.e. = 3.32 v. adjusted mean = 51.77, s.e. = 3.42; F = {1,30} = 4.26; P = 0.048) สามารถลดอาการด้านบวก (positive symptoms) และสามารถหยุดยาลได้นานขึ้น

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี	วัตถุประสงค์	การออกแบบวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการบำบัด	ผลการศึกษา
4. Essock <i>et al.</i> , 2006 [20]	เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของ assertive community treatment และ standard clinical case management	การวิจัยเชิงทดลอง (experimental design)	N = 198 ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด	- assertive community treatment ระยะเวลา 3 ปี	ลดอัตราและจำนวนวันในการรักษาที่โรงพยาบาล โดยเปรียบเทียบกลุ่ม ACT และกลุ่ม case management (158+254 เทียบกับ 139+262 วัน ; Mann Whitley U = 713, p < 0.002; Mann Whitley U = 800, p < 0.02)
5. Barrowclough <i>et al.</i> , 2010 [41]	เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงจิตใจ และการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมกับการบำบัดมาตรฐานในผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติด	การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial)	N = 327 ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด	- motivational interviewing - cognitive-behavioral therapy (CBT)	โปรแกรมการบำบัด - ไม่สามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรืออัตราการตายได้ในช่วงติดตามผลการรักษา (adjusted odds ratio 1.16, 95 % confidence interval 0.68 to 1.99; P = 0.579). - ไม่มีผลต่อความถี่ในการใช้สารเสพติดและการรับรู้ผลเสียที่เกิดจากการใช้สารเสพติดแต่มีผลต่อปริมาณและจำนวนวันในการใช้สารเสพติด (adjusted ORs for main substance 1.50, 95 % CI 1.08 to 2.09; P = 0.016 ;) - มีผลต่อความพร้อมในการเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในช่วง 12 เดือนหลังการบำบัด (adjusted OR 2.05, 95 % CI 1.26 to 3.31; P = 0.004) แต่ไม่ถึง 24 เดือน (0.78, 95 % CI 0.48 to 1.28; P = 0.320) - ไม่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำ อาการทางจิต การทำหน้าที่ย่างๆ และการเกิดอันตรายต่อตนเอง
6. Bechdolf, Pohlmann <i>et al.</i> , 2012 [42]	เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของ motivational interviewing (MI) กับ supportive therapy (ST)	การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial)	N = 60 ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด	- motivational interviewing - supportive therapy (ST)	ผลการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรักษาแต่ไม่พบความเปลี่ยนแปลงด้านการใช้สารเสพติด พหุสุขภาพด้านจิตใจ การรับประทานยา และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระหว่างการบำบัด
7. Baker, 2006 [40]	เพื่อตรวจสอบว่า motivational interviewing และ cognitive-behavioral therapy (CBT) จำนวน 10 ครั้ง มีประสิทธิภาพมากกว่า การดูแลแบบปกติในการลดการใช้สารเสพติด ทำให้อาการและการทำหน้าที่ต่างๆของผู้ป่วยดีขึ้น	การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial)	N = 65 ผู้ป่วยโรคจิตที่ดื่มสุรา ใช้สารกัญชาและแอมเฟตามีน	- Motivational interviewing - Cognitive-behavioural therapy (CBT)	โปรแกรมกลุ่มบำบัดช่วยให้อาการซึมเศร้าดีขึ้น และลดการใช้กัญชา (การเสพติดกัญชาลดลง 0.36 starndarded unit ในกลุ่มทดลองเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ starndarded unit 0.02)
8. โพรวัลย์ ร่มซ้าย, 2552 [43]	เพื่อศึกษาผลการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตเภท	(ไม่ระบุ)	N = 13 ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุรา	- การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ระยะเวลา 4 เดือน	กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจเพิ่มขึ้นในระดับที่ 7.2 และมีพฤติกรรมลดการดื่มสุราลดลงอย่างต่อเนื่อง มีความร่วมมือในการรับประทานยาและอาการทางจิตสงบลง

5.2 ด้านวิจัย : จากการวิเคราะห์เกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดรักษาข้างต้น พบว่ายังไม่มีรูปแบบใดที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพสูงในการบำบัด ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบของการบำบัดรักษาพยาบาลเป็นสิ่งที่ท้าทายเพื่อหากลยุทธ์ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และสามารถที่จะให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในสังคมให้ได้ยาวนาน มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยที่เกิดโดยตรง และปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดอาการทางจิตและวิเคราะห์เส้นทางของความสัมพันธ์นั้น โดยกรอบแนวคิดมาจากทฤษฎีหรือแนวคิดที่น่าเชื่อถือ มีการทดสอบรูปแบบของความสัมพันธ์นั้นและทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของพยาบาลจิตเวชที่จะสามารถศึกษาวิจัยและหารูปแบบการบำบัดรักษาที่ได้มาตรฐาน มีความเที่ยงตรงเชิงสภาพการณ์ ต้นทุนต่ำ มีขั้นตอนการดูแลที่ชัดเจน และมีคุณภาพสูง

5.3 ด้านนโยบายและการบริหารจัดการ : ควรมีการวางแผนนโยบายในการพัฒนาบุคลากรในการศึกษาและฝึกอบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดเนื่องจากบุคลากรที่มีความรอบรู้และเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจะสามารถให้การพยาบาลที่มีผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี เกิดผลดีต่ออาการของโรค ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการให้การพยาบาลรวมถึงเศรษฐศาสตร์สุขภาพจะอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

6. บทสรุป

ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดเป็นภาวะที่ซับซ้อนและต้องการรูปแบบการบำบัดรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมเฉพาะราย บางรายอาจตอบสนองต่อรูปแบบการบำบัดแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการของแต่ละคน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรค

จิตเภทที่เริ่มมีอาการควรได้รับการบำบัดโดยเร็ว เพราะจะสามารถช่วยลดอัตราการใช้สารเสพติดได้ และสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ รวมถึงสามารถลดการไปใช้สารเสพติดชนิดอื่นอีกด้วย รูปแบบการบำบัดรักษาที่เหมาะสมนั้นควรมุ่งจัดการที่ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคโดยเฉพาะอาการทางจิต มุ่งที่การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ การพัฒนารูปแบบการบำบัดตามแผนนโยบายของประเทศและสถานบำบัดรวมทั้งพัฒนางานวิจัยที่มุ่งผลลัพธ์ทางการรักษาและการพยาบาล นอกจากนี้รูปแบบการบำบัดรักษาที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มนี้ยังต้องมีการพัฒนา แม้ว่ารูปแบบการบำบัดทางเภสัชวิทยาจะประกอบด้วย การบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม เช่น การสร้างเสริมแรงจูงใจ การให้สุขภาพจิตศึกษา การฝึกทักษะชีวิต รวมถึงการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยประสิทธิภาพการบำบัดรักษามุ่งเน้นที่จะวัดระดับอาการทางจิตระดับความรู้ ระดับทัศนคติและการดูแลตนเอง แต่อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดยังคงสูงอยู่ซึ่งอาจเกิดได้หลายสาเหตุ ควรมีการทำวิจัยหาปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดอาการทางจิต จะทำให้พยาบาลเข้าใจในความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้และสามารถหากลยุทธ์ในการลดการเกิดปัจจัยที่ทำให้เกิดหรือลดอาการทางจิตจะเป็นแนวทางที่สามารถจัดรูปแบบการบำบัดรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

7. เอกสารอ้างอิง

- [1] Comblatt, B.A., Green, M.F., Walker, E.F. and Mittal, V.A., 2009, Schizophrenia: Etiology and neurocognition, pp. 298-332, In Blaney, P.H. and Millon, T. (Eds.), Oxford Textbook of Psychopathology, Oxford University Press, New York.

- [2] American Psychiatric Association (APA), 2013, DSM-5 development, American Psychiatric Publishing, U.S.A.
- [3] Tandon, R., Bruijnzeel, D. and Rankupalli, B., 2013, Does change in definition of psychotic symptoms in diagnosis of schizophrenia in DSM-5 affect caseness ?, *Asian J. Psychiatry* 6: 330-332.
- [4] Thirthalli, J. and Benegal, V., 2006, Psychosis among substance users, *Curr. Opin. Psychiatry* 19: 239-245.
- [5] Gottlieb, J.D., Mueser, K.T. and Glynn, S.M., 2012, Family therapy for schizophrenia: Co-occurring psychotic and substance use disorders, *J. Clin. Psychol.* 68: 490-501.
- [6] Cantor-Graae, E., Nordstrom, L.G. and McNeil, T.F., 2001, Substance abuse in schizophrenia: A review of the literature and a study of correlates in Sweden, *Schizophr. Res.* 48: 69-82.
- [7] Curran, C., Byrappa, N. and McBride, A., 2004, Stimulant psychosis: Systematic review, *Br. J. Psychiatry* 185: 196-204.
- [8] Harris, D. and Batki, S.L., 2000, Stimulant psychosis: Symptom profile and acute clinical course, *Am. J. Addict.* 9: 28-37.
- [9] McKetin, R., McLaren, J., Lubman, D.I. and Hides, L., 2006, The prevalence of psychotic symptoms among methamphetamine users, *Addiction* 101: 1473-1478.
- [10] Scott, J.C., Woods, S.P., Matt, G.E., Meyer, R.A., Heaton, R.K., Atkinson, J.H. and Grant, I., 2007, Neurocognitive effects of methamphetamine: A critical review and meta-analysis, *Neuropsychol. Rev.* 17: 275-297.
- [11] Green, A.I., Drake, R.E., Brunette, M.F. and Noordsy, D.L., 2007, Schizophrenia and co-occurring substance use disorder, *Am. J. Psychiatry* 164: 402-408.
- [12] Compton, M.T., Weiss, P.S., West, J.C. and Kaslow, N.J., 2005, The associations between substance use disorders, schizophrenia-spectrum disorders, and Axis IV psychosocial problems, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 40: 939-946.
- [13] Donald, M., Downer, J. and Kavanagh, D., 2005, Integrated versus nonintegrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomized controlled trials, *Soc. Sci. Med.* 60: 1371-1383.
- [14] Tsuang, J., Fong, T.W. and Lesser, I., 2006, Psychosocial treatment of patients with schizophrenia and substance abuse disorders, *Addict. Disord. Treat.* 5: 53-66.
- [15] Green, A.I., Drake, R.E., Brunette, M.F. and Noordsy, D.L., 2007, Schizophrenia and co-occurring substance use disorder, *Am. J. Psychiatry* 164: 402-408.
- [16] Varcarolis, E. and Halter, M., 2013, *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*, 7th Ed., Saunders Elsevier,

- St. Louis.
- [17] Walker, E.F., Diforio, D., 1997, Schizophrenia: A neural diathesis-stress model, *Psychol. Rev.* 104: 667-685.
- [18] Khantzian, E.J., 1997, The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications, *Harvard Rev. Psychiatry* 4: 231-244.
- [19] Alan, I., Green, R.E., Drake, D., Mary, F.B. and Douglas, L.N., 2007, Schizophrenia and Co-occurring substance use disorder, *Am. J. Psychiatry* 164: 402-408.
- [20] Essock, S.M., Mueser, K.T., Drake, R.E., Covell, N.H., McHugo, G.J., Frisman, L.K., Kontos, N.J., Jackson, C.T., Townsend, F. and Swain, K., 2006, Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders, *Psychiatric Services*. 57: 185-196.
- [21] Cleary, M., Hunt, G.E., Matheson, S.L., Siegfried, N. and Walter, G., 2010, Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD001088.
- [22] Project MATCH Research Group, 1998, Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking. *Alcoholism: Clin. Exp. Res.* 22: 1300-1311.
- [23] Sellman, J.D., Sullivan, P.F., Dore, G.M., Adamson, S.J. and MacEwan, I., 2001, A Randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence, *J. Stud. Alcohol* 62: 389-396.
- [24] Dobson, K. (Ed.), 1988, *Handbook of Cognitive-behavioral Therapies*, The Guilford Press, New York.
- [25] House, J.S., 1981, *Work Stress and Social Support*: Reading, Addison-Wesley, Mass.
- [26] American Nurse' Association, 1988, *Nurse Case Management*, American Nurses' Association, Missouri.
- [27] พรรษา เศรษฐบุปผา, 2551, โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวช "ใกล้บ้านสมานใจ", *พยาบาลสาร* 35(3): 39-48.
- [28] Barrowclough, C. and Haddock, G., 2006, Treatment development for psychosis and co-occurring substance misuse: A descriptive review, *J. Mental Health* 6: 619-632.
- [29] Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. and Norcross, J.C., 1992, In search of how people change, *Appl. Addict. behave. Am. Psychol.* 47: 1102-1114.
- [30] Drake, R.E., McHugo, G.J., Xie, H., Fox, M., Packard, J. and Helmstetter, B., 2006, Ten-year recovery outcomes for clients with co-occurring schizophrenia and substance use disorders, *Schizophr. Bull.* 32: 464-473.
- [31] Clark, R.E., Samnaliev, M. and McGovern, M.P., 2007, Treatment of co-occurring mental and substance-use disorders in a five state Medicaid program, *Psychiatric Ser.* 58: 942-948.

- [32] Haddock, G., Barrowclough, C., Tarrier, N., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., Quinn, J., Palmer, S., Davies, L., Lowens, I., McGovern, J. and Lewis, S., 2003, Cognitive behavioral therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse, 18-month outcomes of a randomized controlled trial, *Br. J. Psychiatry* 183: 418-426.
- [33] Mueser, K., Drake, R., Sigmon, S. and Brunette, M.F., 2005, Psychosocial interventions for adults with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders: a review of specific interventions, *J. Dual Diagn.* 1: 57-82.
- [34] Tsuang, J., Fong, T.W. and Lesser, I., 2006, Psychosocial treatment of patients with schizophrenia and substance abuse disorders, *Addict. Disord. Treat.* 5: 53-66.
- [35] พรชนก จารุประกร, 2547, ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยาต่อความพึงพอใจของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย, วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- [36] อรวรรณ ษ์องต้อ, 2550, ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและการดูแลของผู้ดูแล, วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- [37] ยูวดี อัครลาวัณย์, 2555, ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตติสุรา อำเภอห้วยมสัก จังหวัดเพชรบูรณ์, วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- [38] Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S.W., Psych, F.R.C., Moring, J., O'Brien, R. Schofield, N. and McGovern, J., 2001, Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders, *Am. J. Psychiatry* 158: 1706-1713.
- [39] Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., Sly, K., Devir, H. and Terry, M., 2002, Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services, *Addiction* 97: 1329-1337.
- [40] Baker, A., Bucci, S., Lewin, T., Kay-Lambkin, F., Constable, P. and Carr, V., 2006, Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders in people with psychotic disorders: Randomized controlled trial, *Br. J. Psychiatry* 188: 439-448.
- [41] Barrowclough, C., Haddock, G., Wykes, T., Beardmore, R., Conrod, P., Craig, T., Davies, L., Dunn, G., Eisner, E., Lewis, S., Moring, J., Steel, C. and Tarrier, N., 2010, Integrated motivational interviewing and cognitive behavioral therapy for people with psychosis

- and comorbid substance misuse: Randomized controlled trial, *Bmj-British Med. J.* 341(c6325).
- [42] Bechdolf, A., Pohlmann, B., Güttgemanns, J., Geyer, C., Lindner, K., Ferber, C. and Gouzoulis-Mayfrank, E., 2012, *Stadienabhängige Motivationsbehandlung bei Patienten mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht: Ergebnisse einer randomisierten Studie, Nervenarzt* 83: 888-896.
- [43] ไพรวัดย์ ร่มซ้าย, 2552, การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยชายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสกลนคร สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- [44] Cleary, M., Hunt, G.E., Matheson, S., Siegfried, N. and Walter, G., Psychosocial treatment programs for people with both severe mental illness and substance misuse, *Schizophr. Bull.* 34: 226-228.
- [45] Mueser, K.T., Drake, R.E., Sigmon, S.C. and Brunette, M., 2005, Psychosocial interventions for adults with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders: A review of specific interventions, *J. Dual Diagnosis* 1:57-82.