

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่รุนแรงพบได้มากที่สุดและมีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นๆ ประชากรเป็นโรคนี้อัตราร้อยละ 1.3 (Boyd, 2005) มีความเสี่ยงตลอดช่วงชีวิตประมาณร้อยละ 1 (Norton et al, 2006) โดยพบความชุกประมาณ 2.5-5.3 ต่อประชากร 1,000 คน และมีความชุกตลอดชีพ(Lifetime Prevalence)7.00-9.00 ต่อประชากร 1,000 คน ในแต่ละปีจะพบผู้ป่วยใหม่ประมาณ 2 ล้านคน(มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548) ส่วนในประเทศไทย จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต โรคจิตเภทเป็น การเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 23.34 (กรมสุขภาพจิต, 2550) ซึ่งโรคนี้นี้มีความผิดปกติทางจิตที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการที่มาจากหลายๆสาเหตุโดยจะแสดงอาการผิดปกติทางด้านความคิดอารมณ์พฤติกรรมและการรับรู้ ทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการยังรู้ตัว (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548)

ปัจจุบันการรักษาโรคจิตเภทโดยการใช้ยาต้านโรคจิต เป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพช่วยลดความรุนแรงของโรค ควบคุมอาการและส่งผลระยะยาวต่อการรักษา (สุรวุฒิ เฟิงกรี๊ด, 2550) พฤติกรรมการใช้ยารักษาอาการทางจิตที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท แสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาไม่ถูกขนาด การใช้ยาผิดเวลา และการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา ตลอดจนการละเลยไม่มาตรวจตามกำหนดนัด (เพชร คันธสาขบัว, 2544) ผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ส่วนใหญ่ไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาในด้านการตัดสินใจ การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในครอบครัวและในสังคมเสื่อมลงอย่างมาก ซึ่งเหล่านี้เป็นผลจากการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Laidlaw et al., 2002)

จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ร้อยละ 26 หยุดรับประทานยาในระหว่างปีแรกของการรักษา และร้อยละ 30 หยุดรับประทานยาในระหว่างที่มีอาการกลับเป็นซ้ำครั้งแรก สาเหตุของการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบ (Gillmer et al., 2004) และเมื่อเกิดอาการกำเริบซ้ำบ่อย ๆ ก็จะทำให้อาการทางจิตรุนแรงและเรื้อรัง ทำให้การดูแลยากขึ้นตามลำดับ การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจึงมีความสำคัญต่อการรักษามาก ผู้ป่วยที่รับประทานยาและปฏิบัติตามแผนการ

รักษาอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผลการรักษาออกมาดีและมีประสิทธิภาพ (Haynes et al., 2005) ดังนั้นการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท จึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการทำให้การรักษาโรคจิตเภทมีประสิทธิภาพ

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ได้นำแนวคิดของ Oehl et al.(2000) มาศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับไปอยู่บ้านมักมีปัญหาในเรื่องของการดำเนินชีวิต ทั้งภายในครอบครัวและชุมชน จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆอย่าง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาเป็นปัญหาที่สำคัญส่งผลต่อการเกิดอาการป่วยซ้ำ

ปัญหาที่พบบ่อยในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คือ การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะเรื่องการรักษาด้วยยา (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ซึ่งลักษณะของพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท คือ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น หยุดใช้ยาหรือใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติ ใช้ยามืดเวลา ใช้ยาน้อยหรือเพิ่มมากกว่าแผนการรักษา (Farragher, 1999) รวมทั้งการไม่มาตรวจตามนัด การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องโดยการหยุดยาเอง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำร้อยละ 70 (สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ, 2544) ซึ่งการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องทำให้อาการทางจิตสงบสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ บรรลุถึงผลลัพธ์ของการดูแลที่พึงประสงค์ ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ลดโอกาสในการกลับมารักษาในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Dolder et al., 2003)

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 505 เตียง มีการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทโดยคลินิกจิตเวช ให้บริการแบบผู้ป่วยนอกในวันจันทร์ วันอังคารและวันพุธ ทีมการรักษาพยาบาลประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 4 คน โดยมีรูปแบบการให้บริการตั้งแต่การซักประวัติ การคัดกรองผู้ป่วย ประเมินสภาพจิตก่อนพบแพทย์ การให้คำแนะนำในความรู้เรื่องโรคการรักษา การปฏิบัติตัวทั้งแบบรายบุคคล ครอบครัว และรายกลุ่มตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย การเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย และมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่เครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชนในการติดตามเยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยจิตเภททุกวันศุกร์ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 25-55 ปี และอยู่ในระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จิตเวชแล้วมารับการรักษาและรับยาต่อเนื่องใกล้บ้านตามสิทธิหลักประกันสุขภาพโดยมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกตามขั้นตอนการบริการตรวจรักษาโดยจิตแพทย์และรับยากลับบ้าน มีผู้ดูแลในครอบครัวคอยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ยังไม่มีรูปแบบการให้ความรู้ที่ชัดเจนในเรื่องของการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภททั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล และมีความแตกต่างของรูปแบบการให้ความรู้ของบุคลากรแต่ละคน พยาบาลจะให้คำแนะนำเมื่อมีข้อซักถามหรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งจากข้อมูลสถิติของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช ปีงบประมาณ 2549-2551 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทมาใช้บริการตรวจรักษามากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับโรคทางจิตเวชชนิดอื่นๆ ถึงร้อยละ 55 ซึ่งได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตในลักษณะผู้ป่วยนอก การรักษาใช้ระยะเวลาานทำให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดการรักษาเมื่ออาการดีขึ้นถึงร้อยละ 61 ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบจากการขาดยาและเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในร้อยละ 12.5 และพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50 ได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต และไม่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวชซึ่งมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวได้นำข้อมูลสถิติที่ได้มาศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมพบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าวเป็นปัญหาการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จึงได้ทำการเยี่ยมบ้าน และประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน ในตำบลท่างาม อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของอุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2552 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำจำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.67) และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มเติมพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องหลายลักษณะ เช่นหยุดใช้ยาเอง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และมักลดหรือเพิ่มยาเอง ทั้งนี้สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องนั้น มีส่วนเกี่ยวข้องกับครอบครัว โดยผู้ป่วยบางรายไม่มีผู้ดูแลในเรื่องการรับประทานยาที่บ้าน และในผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลบางรายมักแสดงท่าทีรำคาญ เบื่อหน่าย หรือไม่สนใจผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นภาระหน้าที่ที่หนัก และส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางอารมณ์ของครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียด ซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง กังวลใจเกี่ยวกับการดูแล (ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิด

การเพิกเฉยต่อบทบาท หลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วย ไม่ไปรับยาให้ ไม่จัดเตรียมยาให้เพียงพอ ไม่เตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่หาวิธีให้ผู้ป่วยรับประทานยาเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิต ไม่เอาใจใส่ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ไม่พาผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยา รวมทั้งไม่มีการปลอบใจ ให้กำลังใจผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นผลเสียต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แต่หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวมีการปฏิบัติและการแสดงออกที่เหมาะสม ซึ่งผู้ดูแลสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยให้ถูกต้องตามชนิด ระยะเวลาและขนาดที่รับประทาน การสังเกตอาการข้างเคียงของยาและให้การดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยา รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (ทูลภา นุปผาสังข์, 2545)

จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลมีบทบาทที่สำคัญมาก ในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา มาจากการที่ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งผลกระทบจากอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ในการส่งเสริมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ควรให้ครอบครัวมีส่วนในการช่วยเหลือในเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ให้ได้รับประทานยาตามแผนการรักษา (Leo et al., 2005) รวมถึงการให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ถูกต้อง รู้จักใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ และมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ศิริวรรณ พอนบุญ, 2548)

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา (สมลักษณ์ เขียวสด, 2550) และเพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติกรพยาบาลจิตเวชให้เข้ากับสภาพปัญหา เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทให้ถูกต้องและเหมาะสม ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะหาวิธีการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ดูแล สามารถแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบว่า การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (joining) ในทุกขั้นตอนตามกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว เกิดความร่วมมือของครอบครัวในการวางแผนการรักษา การค้นหาวิธีการ

แก้ปัญหา และการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท สามารถพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภท มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม (Pitschel-Walz et al., 2006)

Mc Donald et al. (2002) ได้ทำการศึกษาเรื่องการใช้โทรศัพท์ติดตามในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (Salzer et al., 2004) โดยมีโปรแกรมการติดตามเรื่องยาทางโทรศัพท์ ซึ่งมีการออกแบบให้มีการกระชับโดยใช้ระยะเวลาไม่เกิน 10 นาที ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเข้าใจในภาวะของโรคที่เป็นอยู่ และปฏิบัติตามแผนการรักษา(Gatehel, 2004)

ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบ การปฏิบัติกรพยาบาลจิตเวชให้เข้ากับสภาพปัญหาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทให้ถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลถึงการลดอัตราการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทลงได้ ผู้ศึกษาจึงได้ศึกษา การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่บ้านต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรีขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

การศึกษการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่บ้านต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ผู้ศึกษาจึงได้ประยุกต์จากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตสำหรับครอบครัวของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วย 5 กิจกรรมได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรม ที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคมและเพิ่มกิจกรรมการสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์อีก 1 กิจกรรม รวมเป็น 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมที่บ้านโดยการนำผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมทุกกิจกรรมในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อให้

ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ลดการกำเริบของโรคและการกลับป่วยซ้ำ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ครอบคลุมประกอบด้วย 6 กิจกรรมโดยมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 : การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีอบอุ่น ยอมรับ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยที่ผู้ศึกษาทำความรู้จักคุ้นเคยกันกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพื่อให้ทราบถึงลักษณะและปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละครอบครัว และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ได้พูดถึงปัญหาในครอบครัว ปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและปัญหาพฤติกรรมการใช้ยา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกไว้วางใจ การได้รับความรู้จะเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจ ต่อบริการที่ได้รับและจะเกิดผลดีต่อการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับดี (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545)

กิจกรรมที่ 2 : การพัฒนาความรู้ความเข้าใจของครอบครัวเกี่ยวกับโรคและการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยทำให้ผู้ดูแลได้เข้าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ผู้ศึกษาทำการสอนผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่องสาเหตุ อาการและการรักษา สอบถามประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับเรื่องยาที่ใช้ในการรักษา ผู้ป่วยให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิตฤทธิ์ข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วย จิตเภทและผู้ดูแลได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี McDonald et al.(2002) ได้ทำการทบทวนหลักฐานอย่างเป็นระบบเรื่องวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่าการให้คำแนะนำความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและประโยชน์ของการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยมองเห็นแผนการรักษาและเป้าหมายของการรักษา ซึ่งจะเป็วิธีการหนึ่งที่จะส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจดูแลตนเองมากขึ้น สามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้

กิจกรรมที่ 3 : การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลจำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย เพื่อให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค โดยผู้ศึกษานำแนวคิดของ Anderson et al.(1980) เกี่ยวกับการให้ความรู้ครอบครัวเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต (family education) ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) มาใช้ในการสอนผู้ป่วยจิตเภทและ

ผู้ดูแลในเรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทและวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น จากการศึกษาของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่า ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยาเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman et al. (1994) ที่พบว่าเหตุผลที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยา เหตุผลแรกที่พบ คือผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาจึงเชื่อว่าการสนับสนุนให้ความรู้เกี่ยวกับยา พฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม และอาการข้างเคียงจากยาสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ของผู้ป่วยจิตเภทได้ และเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องรับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้

กิจกรรมที่ 4 : การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแล และการเจ็บป่วยประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด ผู้ศึกษาให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เรื่องความเครียด ความหมายสาเหตุ อาการและวิธีการจัดการกับความเครียด สาธิตเทคนิคในการคลายความเครียดด้วยตนเอง และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม ซึ่งการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลงมา (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลต่อพฤติกรรมใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Ross et al. (2002) ซึ่งพบว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม และประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่เหมาะสม และทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมในการเผชิญความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ทีปประพิณ สุขเจียว, 2543)

กิจกรรมที่ 5 : การพัฒนาทักษะทางสังคมในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเองและสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) การฝึกการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์สูง จะเกี่ยวข้องกับการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาโดยในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง เช่น การดุด่า การแสดงความรังเกียจ รวมทั้งการควบคุมผู้ป่วยมากเกินไป มีผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดสูงทำให้ขาดแรงกระตุ้นให้ได้รับการรักษาที่ดี ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุน

จากการศึกษาของเพริ คันธสายบัว (2544) ที่พบว่า การแสดงอารมณ์ของครอบครัวเป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ การสื่อสารเป็นความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเองและยังทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคม ในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (จิราพร รักการ, 2549)

กิจกรรมที่ 6 : การสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการภายใน 3 วัน หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ถึง 5 ระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์นาน 15 นาที เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาใช้การพูดคุยสอบถามข้อมูลกับผู้ดูแลหลัก การสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์ถือเป็นการจัดสิ่งเร้าใหม่เข้าไปจัดกระทำในกระบวนการทางปัญญา ตามแนวคิดของ McIntosh & Worley (1994) เพื่อให้ผู้ดูแลงไว้ซึ่งความรู้ คำแนะนำต่างๆ และจากการศึกษาของ Mc Donald et al. (2002) ได้ทำการศึกษาเรื่องการใช้โทรศัพท์ติดตาม ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีโปรแกรมการติดตามเรื่องยาทางโทรศัพท์ ระยะเวลาไม่เกิน 10 นาที ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเข้าใจในภาวะของโรคที่เป็นอยู่ และเกิดความร่วมมือในการรักษา (Gatehel, 2004)

สมมติฐานการศึกษา

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (The One Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่บ้านต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลเจ้าพระยา อภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้

1. ประชากรที่ศึกษาเป็นครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

2.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้น เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (joining) ในทุกกิจกรรมที่จัดขึ้น ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support)

ซึ่งผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งประยุกต์มาจากการศึกษาของ จิราพร รักรการ (2549) ให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่บ้าน ประกอบด้วย 6 กิจกรรมได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการ ที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม และกิจกรรมที่ 6 การสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์ ผู้ศึกษาใช้โทรศัพท์สอบถามข้อมูลโดยผู้ดูแลหลักเป็นผู้ตอบคำถามทางโทรศัพท์ กระทำกิจกรรมที่ 6 ภายใน 3 วัน ภายหลังจากสิ้นสุดแต่ละกิจกรรมการสอน จำนวน 5 ครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้งนาน 15 นาที ซึ่งผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมที่ 1-5 ตามโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่บ้านใช้เวลาดำเนินการกิจกรรมละ 45-60 นาที โดยมีการดำเนินกิจกรรมติดต่อกันรวม 5 สัปดาห์ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวชตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่สร้างตามแนวคิดของ Farragher (1999) และเพชร คันธสายบัว (2544) แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1.) การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยไม่หยุดใช้ยา การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยามากกว่าแผนการรักษา 2.) ความสามารถในการสังเกต และจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิต

ที่เกิดขึ้น ได้อย่างเหมาะสมรวมทั้งสามารถบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้น ในระหว่างรับการรักษาด้วยยา ให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ การวินิจฉัยใน ICD 10 ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) และได้รับการจำหน่ายจาก โรงพยาบาลกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปและมารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บิดาหรือมารดา สามเณรหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียง คนใดคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการ ดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน หรือ ค่าจ้างเป็นรางวัลใด ๆ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และลดอัตราการกลับป่วยซ้ำ ของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อประโยชน์ในด้านการวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ