

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่บ้านต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้า ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.1 ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท

1.2 การรักษา

1.3 ปัญหาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

1.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทใน

ชุมชน

2. แนวคิดและหลักการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว

2.2 บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.4 หลักการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

3. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

3.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต

3.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

3.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ

รักษา

4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

5. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ

ผู้ป่วยจิตเภท

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช เป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต ส่วนมากเริ่มเป็นในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น สามารถพบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง

ตามความหมาย ของ ICD 10 โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไป คือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือทื่อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเซาว์ปัญญามักดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้ (เกษม ตันติผลาชีวะ , 2536)

1.1 ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท แบ่งตามการดำเนิน โรคออกเป็น 3 ระยะ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ได้แก่

1.1.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal) ระยะนี้เป็นระยะที่เริ่มมีอาการน้อยๆ ส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ฉลาดหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไป ไม่เหมือนเดิม เริ่มแรกส่วนใหญ่เก็บตัวมากขึ้น อยู่แต่ในห้อง อาจหันไปสนใจเรื่องทางด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือไสยศาสตร์ บางคนมุ่งไปสนใจเรื่องบางอย่าง เช่น สะสมของต่างๆ ทั้งๆที่เดิมไม่เคยสนใจมาก่อน หากเป็นนักเรียนจะมีผลการเรียนต่ำลง ครูอาจรายงานว่าเด็กมักเหม่อลอยไม่สนใจเรียน มีความคิด คำพูด หรือพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ยังไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน การสนใจตัวเองเริ่มลดลง เช่น ไม่สนใจความสะอาดของร่างกาย มีการใช้ถ้อยคำ หรือสำนวนแปลกๆ ระยะนี้อาจนานเป็นเดือนถึงเป็นปี ในบางคนอาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจน เมื่อมีเรื่องกดดันจิตใจ ก็เกิดอาการทางจิตรุนแรงขึ้นมาทันที

1.1.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ผู้ป่วยบางคนมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน อาการก็เป็นมากขึ้นเรื่อยๆจนถึงขั้นอาการกำเริบเลย ส่วนใหญ่อาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ ในระยะนี้ความผิดปกติจะมีมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด พบว่าคนที่เป็โรค จิตเภทมักมีอาการในระยะกำเริบที่พบได้บ่อยๆ ดังนี้

1.1.2.1 อาการหลงผิด (Delusions) ได้แก่การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริงและเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่ว่าจะมืเหตุผลมาหักล้าง ผู้ป่วยก็ไม่เปลี่ยนความเชื่อของตน

1.1.2.2 อาการประสาทหลอน (Hallucinations) คือการมีการรับรู้ต่างๆที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นได้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อย คือ เสียงแว่ว ผู้ป่วยมักได้ยินเสียงคนพูดเป็นเรื่องราว และขณะที่ได้ยินก็รู้ตัวคิดตลอด ลักษณะที่พบบ่อย

คือหูแว่วเสียงคนคุยกัน หรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย ประสาทหลอนที่พบรองลงมา คือ ภาพหลอน อาจเป็นคนใกล้ชิด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ ส่วนใหญ่จะเห็นรายละเอียดชัดเจน และมักมีหูแว่วร่วมด้วย

1.1.2.3 อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งอาจเป็นจากความหลงผิด ประสาทหลอน หรือเป็นความคิดแปลกๆของผู้ป่วย บางรายเก็บตัวมากขึ้น ไม่อาบน้ำหลายวันติดๆกัน กลางคืนไม่นอน ชอบเดินไปมา หรือทำท่าทางแปลกๆ บางครั้งก็ตะโกนโวยวายหรือหัวเราะขึ้นมา แต่งตัวแปลกๆ บางคนควบคุมอารมณ์ไม่ค่อยได้ กลายเป็นคนหงุดหงิดง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน โดยเฉพาะเมื่อญาติจิตใจหรือเข้าไปห้ามไม่ให้ทำอะไรบางอย่าง ซึ่งอาการเช่นนี้มักก่อความเดือดร้อนให้ญาติ จนต้องพามาพบแพทย์

1.1.2.4 อาการด้านอารมณ์ อาจพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางคนมีอาการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะคิกคักคนเดียว ทั้งๆที่ไม่มีเรื่องที่น่าขำ อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการโรคจิตดีขึ้น

1.1.3 ระยะอาการทุเลา (Stabilization phase) หรือ ระยะอาการคงที่ (stable phase) ระยะนี้เป็นระยะที่อาการต่างๆ เริ่มคงที่ หรือหากมีก็ไม่รุนแรงเท่ากับระยะอาการกำเริบผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการเลยในขณะที่บางรายอาการไม่ได้ออกเป็นอาการโรคจิตชัดเจน เช่น อาการเครียด หงุดหงิด วิตกกังวลง่าย หรือนอนไม่หลับเป็นครั้งคราว บางรายอาจมีอาการด้านบวกหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น มีความคิดแปลกๆ เชื่อในเรื่องไสยศาสตร์ หรือโซคลาง อาการด้านลบมักพบบ่อยในระยะนี้

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทรายเก่า ซึ่งการดำเนินของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระยะอาการทุเลา ไม่มีอาการกำเริบ หรือ ไม่มีอาการทางบวก เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน กลัว ระแวง มีประวัติการกลับเป็นซ้ำจากการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ไม่เหมาะสม

1.2 การรักษา

โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีสาเหตุจากปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน การรักษาส่วนใหญ่จึงมักใช้วิธีการหลายอย่างร่วมกันไป โดยที่แต่ละวิธีก็มีส่วนช่วยรักษาอาการและเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคโดยกลไกต่างกัน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ได้มาหาจิตแพทย์เอง แต่ถูกพามารักษาโดยญาติหรือบุคคลอื่น จะมีบ้างก็เป็นส่วนน้อยที่ผู้ป่วยมารับการรักษาเองตั้งแต่ต้น การชักประวัติส่วนใหญ่จึงมักได้จากญาติผู้ป่วย โดยที่ข้อมูลจากผู้ป่วยเองอาจเชื่อถือไม่ค่อยได้ หรือบางครั้งเรื่องที่เล่าก็เป็นอาการหลงผิดของผู้ป่วย ผู้รักษาจำเป็นต้องวินิจฉัยให้ได้โดยเร็วและวางแผนการรักษาทันที หากการวินิจฉัยยังไม่

แน่นอน ก็ต้องประเมินความเสี่ยงในการที่ผู้ป่วยจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ปัญหาแรกที่ต้องตัดสินใจก็คือการที่จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ หากเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ไม่ร่วมมือในการรักษา และมีความเสี่ยงในการที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นก็ต้องพิจารณารับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโดยที่ผู้ป่วยไม่สมัครใจนี้ควรมีญาติผู้ป่วยเซ็นชื่อให้ความยินยอม หากไม่มีญาติก็ควรมีเจ้าหน้าที่ตำรวจดำเนินการส่งตัวมาเป็นลายลักษณ์อักษร การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจแบ่งได้ดังนี้

1.2.1 Biological treatments การรักษากลุ่มนี้ ได้แก่การรักษาด้วยวิธีการใด ๆ ที่กระทำต่อร่างกายโดยใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่างๆ ในอดีตเคยมีวิธีการที่นำมาใช้หลายอย่าง แต่ในปัจจุบันนี้มีเพียงการรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้าเท่านั้นที่ใช้กันอยู่ สำหรับการผ่าตัดสมองเพื่อรักษาอาการทางจิต (psychosurgery) มีทำกันอยู่บ้างเป็นบางแห่งซึ่งไม่มากนัก

1.2.1.1 การใช้ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic drugs) เป็นวิธีการรักษาที่จำเป็นที่สุดใน active phase ของโรคจิตเภท สามารถรักษาอาการที่สำคัญต่างๆ เช่น ประสาทหลอน และหลงผิด ให้หายได้ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ โดยกลไกการออกฤทธิ์เชื่อว่าไปยับยั้ง postsynaptic dopamine receptors ในสมอง ยารักษาโรคจิตเป็นตัวช่วยให้ผู้รักษาสามารถพูดคุยและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น การให้ยาในขนาดต่ำๆ เมื่ออาการของโรคสงบแล้วเพื่อเป็น maintenance treatment ยังช่วยป้องกันการกลับเป็นอีกได้ด้วย

1.2.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy, ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าในโรคจิตเภทแม้ว่ายังมีการถกเถียงกันมาก และไม่ได้เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปแต่จิตแพทย์ส่วนใหญ่ก็ยอมรับว่าเป็นการรักษาที่มีประโยชน์มาก และบางครั้งก็ขาดไม่ได้เลย หากต้องการช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ การรักษาด้วยไฟฟ้าทำให้อัตราการหาย (remission rate) ในกลุ่มที่ใช้การรักษานี้ดีกว่ากลุ่มที่ใช้ยารักษาเท่านั้น อย่างไรก็ตามการรักษานี้ก็ไม่ควรที่จะนำมาใช้เป็นการรักษาอันดับแรกในโรคจิตเภท นอกจากนี้มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น

1.2.2 Psychosocial treatments การรักษากลุ่มนี้ใช้วิธีการทางจิตเป็นสำคัญ โดยเน้นที่การพูดคุยทั้งกับตัวผู้ป่วยโดยลำพังและเป็นกลุ่ม การพูดคุยกับญาติ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ตลอดจนนำหลักการของพฤติกรรมบำบัดมาประยุกต์ใช้ด้วย ซึ่งโดยทั่วไปการรักษาทางใจมักใช้ควบคู่ไปกับการให้ยารักษาโรคจิต การรักษาในกลุ่มนี้ได้แก่

1.2.2.1 Individual psychotherapy จิตบำบัดรายบุคคลในโรคจิตเภทมีข้อจำกัด และไม่สามารถทำได้ในทุกระยะของโรค บางครั้งผู้ป่วยอาจไม่พูดเลยหรือพูดนอกเรื่องจนไม่สามารถสื่อสารกันได้ การรักษาจึงต้องใช้วิธีการที่แตกต่างไปจากแบบที่ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคจิต การรักษาส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคอง เน้นที่การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สื่อสารกับ

ผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย พยายามดึงผู้ป่วยให้กลับสู่โลกของความเป็นจริง ช่วยแก้ไขหน้าที่ของ ego ที่บกพร่อง เสริมสร้าง ego ที่อ่อนแอให้เข้มแข็งขึ้น ให้รู้จักใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสมเปลี่ยนแปลงแก้ไขกลไกทางจิตที่เป็นพยาธิสภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยอาจเรียนรู้วิธีการเลียนแบบ ego ของผู้รักษา บางครั้งผู้รักษาอาจใช้คำแนะนำแบบตรงไปตรงมา ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการคิดอย่างมีเหตุผล คล้ายกับเป็นการสอนเด็กให้เติบโตขึ้นอย่างเหมาะสมซึ่งโดยมากผู้ป่วยก็มีการถดถอยไปสู่สภาวะเหมือนเด็กอยู่แล้ว การพูดคุยถึงเรื่องที่เป็นอาการหลงผิดของผู้ป่วย ไม่ควรไปโต้แย้งกับผู้ป่วยจนเกินควร เพราะไม่เกิดประโยชน์ และไม่ควรพูดอะไรที่เป็นการสนับสนุนความคิดของผู้ป่วย ควรหลีกเลี่ยงการถกเถียงเรื่องเหล่านี้จนกว่าอาการผู้ป่วยจะทุเลาโดยฤทธิ์ของยาเสียก่อน หากผู้ป่วยพูดถึงสิ่งใดที่ผู้รักษาเห็นว่าไม่เกิดประโยชน์ที่จะไปโต้แย้งด้วยก็อาจรับฟังไว้เฉยๆ หากผู้ป่วยพูดนอกเรื่อง ผู้รักษาก็อาจเตือนได้ ผู้รักษาไม่จำเป็นต้องไปตอบคำถามของผู้ป่วยทั้งหมด เพราะบ่อยครั้งก็เป็นการถามโดยไม่มีจุดหมายหรือไม่ได้ต้องการคำตอบจริงจัง ผู้รักษาควรพยายามเข้าใจว่าผู้ป่วยต้องการอะไร และพูดถึงเรื่องนั้นมีความหมายอย่างไรสำหรับผู้ป่วยจะเป็นประโยชน์กว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการวางแผนอนาคตอย่างเหมาะสมเป็นสิ่งที่ควรทำเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตให้เหมือนปกติมากที่สุด ทั้งด้านการเรียน การงาน ครอบครัวและสังคม

1.2.2.2 Family therapy การรักษาผู้ป่วยโรคจิต ต้องยึดหลักในการที่จะให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น ญาติผู้ป่วย นอกจากจะให้ประวัติและข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยแล้ว ยังช่วยให้ผู้รักษาได้เห็นปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ตลอดจนพยาธิสภาพของครอบครัว อันมีส่วนเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยผู้รักษาจะเข้าใจ psychodynamics ได้ชัดเจนขึ้น การทำครอบครัวบำบัด มีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้เป็นไปในลักษณะที่ถูกต้องเหมาะสม และสร้างสรรค์ความสัมพันธ์ที่ผิดปกติควรได้รับการแก้ไข เช่น ควบคุมผู้ป่วยมากเกินไปหรือปฏิบัติต่อผู้ป่วยในลักษณะที่ก่อให้เกิดความเครียด การพบผู้ป่วยและญาติร่วมกัน จะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยมีผู้รักษาเป็นคนกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจกันดีขึ้น และเรียนรู้ที่จะปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม มีการแสดงออกของอารมณ์ในลักษณะที่ไม่เป็นอันตรายต่อกัน

1.2.2.3 Group therapy จิตบำบัดแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในด้านต่างๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น การเข้าสังคม การแก้ปัญหา การคิดโดยใช้เหตุผลตามสภาพความเป็นจริง การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม และการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง วิธีการส่วนใหญ่เป็นแบบประทับประคอง ไม่ใช่จิตวิเคราะห์ที่ลึกซึ้งหรือมุ่ง

แก้ไขถึงระดับจิตใจสำนึกแต่อย่างไร รูปแบบที่ใช้อาจทำได้หลายแบบ เช่น กลุ่มพูดคุยแก้ปัญหา กลุ่มฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) กลุ่มสนทนาการ ฯลฯ

1.2.2.4 Milieu therapy การรักษาโดยอาศัยสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการที่ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตใจ การงานและสังคมให้ผู้ป่วย เป็นการป้องกันการเสื่อมของบุคลิกภาพ ซึ่งในสมัยก่อนมีเกิดขึ้นมากจากการอยู่โรงพยาบาลนานๆ โดยขาดการกระตุ้น วิธีการทำได้โดยการจัดสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยให้ดีไม่ว่าจะเป็นหอผู้ป่วยในหรือโรงพยาบาลกลางวัน ให้มีบรรยากาศดี มีสภาพน่าอภิรมย์ ไม่แลดูเหมือนห้องขัง บุคลากรผู้รักษามีการทำงานเป็นทีม มีการแบ่งหน้าที่กันทำ และประสานงานกัน มีการประชุมปรึกษาและวางแผนการรักษาาร่วมกัน โดยมีจิตแพทย์เป็นหัวหน้าทีม มีการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยเป็นหลายๆรูปแบบ โดยบุคลากรผู้รักษาแบ่งหน้าที่กันรับผิดชอบเป็นอย่างไร้ไป กิจกรรมกลุ่มแต่ละอย่างมีจุดมุ่งหมายในการช่วยเหลือผู้ป่วยในแง่มุมต่างกันออกไป แต่โดยส่วนรวมแล้วจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวดีขึ้น ทั้งด้านสังคม การงาน และการช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่แยกตนเองออกจากสังคม หรือเป็นภาวะแก่ครอบครัวยาวเกินไป ผู้ป่วยหลายรายที่มีอาการเรื้อรังและไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาแล้ว การรักษาด้วยวิธีนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางดีขึ้นได้เป็นอย่างมาก หรืออย่างน้อยก็ช่วยไม่ให้มีการเสื่อมของบุคลิกภาพต่อไปอีก

การรักษาทั้งหมดที่กล่าวมานี้ การรักษาด้วยยาโรจิตเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากนี้เพื่อควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมาป่วยซ้ำส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา โรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยจิตเวชเห็นความสำคัญของการรักษามีการผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกาย คือการใช้ยาและการรักษาด้านจิตสังคมเข้าด้วยกัน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้

1.3 ปัญหาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การป่วยซ้ำ (Relapse) เป็นการที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงอาการของโรคอีกครั้งหลังจากที่ได้รับ การรักษาจนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้ว และมีอาการแย่ลง (เพชรี คันทศายบัว, 2544) ซึ่งการป่วยซ้ำเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มีอาการเตือนก่อนเสมอ มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองได้ จึงต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก ในผู้ป่วยแต่ละคน อาการที่แสดงออกแตกต่างกันออกไป และมีลักษณะเฉพาะของแต่ละคน

อาการของการป่วยซ้ำที่พบในผู้ป่วยจิตเภทคือ การนอนหลับถูกรบกวน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึมเศร้าบ่อย ความอยากอาหารลดลง มีอาการทางด้านร่างกาย เช่น รู้สึกไม่สบายปวดศีรษะ ในผู้ป่วยจิตเภทการป่วยซ้ำมักมีอาการเด่นชัดที่เป็นลักษณะของแต่ละบุคคล มีความ

สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมได้ในสิ่งแวดล้อมปกติ หรือเป็นการกลับมามีอาการที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก

อาการที่เกิดขึ้นก่อนการป่วยซ้ำ ในระยะแรกเป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต แต่เป็นอาการที่เตือนให้รู้ว่ากำลังจะมีอาการทางจิตเกิดขึ้น ที่พบบ่อยได้แก่ นอนไม่หลับ เครียด วิตกกังวล แยกตัวออกจากสังคมและไม่มีสมาธิ ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดขึ้นก่อนมีอาการป่วยซ้ำเป็นวัน หรือเป็นสัปดาห์ก็ได้

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน และมักมีปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำเสมอ มีการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ (Videbeck , 2001)

1. ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

- 1.1 มีความบกพร่องในการรับรู้ถึงสาเหตุและผลกระทบ
- 1.2 มีความบกพร่องในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
- 1.3 ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน
- 1.4 นอนหลับไม่เพียงพอ
- 1.5 ขาดการออกกำลังกาย
- 1.6 อ่อนเพลีย

2. ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

- 2.1 มีปัญหาด้านการเงิน
- 2.2 มีปัญหาด้านที่อยู่อาศัย
- 2.3 มีเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต
- 2.4 ไม่มีทักษะในการทำงาน
- 2.5 ขาดแหล่งสนับสนุน
- 2.6 ไม่มีทักษะทางสังคม แยกตัวออกจากสังคม โดดเดี่ยว
- 2.7 ขาดการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3. ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ได้แก่

- 3.1 ควบคุมตัวเองไม่ได้ ก้าวร้าวหรือมีพฤติกรรมรุนแรง
- 3.2 อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย
- 3.3 ได้รับการรักษาไม่เพียงพอ
- 3.4 มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองต่ำ
- 3.5 มีพฤติกรรมเปลี่ยนไป

3.6 มีความรู้สึกสิ้นหวัง

3.7 ขาดแรงจูงใจ

การป้องกันการป่วยซ้ำเป็นสิ่งปฏิบัติได้ยาก แต่การให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำสามารถลดการป่วยซ้ำลงได้ (Videbeck , 2001)

1.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช ต้องมีการผสมผสานวิธีการปฏิบัติที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับสถานการณ์แวดล้อม สถานที่และภาวะสุขภาพของผู้รับบริการในขณะที่พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในด้านสถานที่ปฏิบัติงาน สำหรับผู้ป่วยจิตเภท หากแบ่งความต้องการการได้รับการพยาบาลตามสถานที่ที่ให้บริการสามารถแบ่งได้ เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1.4.1 ระบบบริการในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มักมีอาการทางจิตที่รุนแรง (Active phase) มีความผิดปกติด้านความคิด การตัดสินใจ โดยการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จะทำในกรณีต่อไปนี้ (ไพรัตน์ พงกษชาติคุณากร, 2534)

1. มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นหรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่บุคคลอื่น

2. มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น อาการข้างเคียงที่รุนแรงจากยา

3. เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา

4. มีปัญหาในการวินิจฉัย

ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตตามปกติสามารถทำได้โดยใช้แนวคิดทางการพยาบาลที่ปกติสุข (จินตนา ยูนีพันธุ์, 2542) ดังนี้

1. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคล

2. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออก การควบคุมอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมของตน

3. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยเสริมสร้าง ศักยภาพส่วนบุคคล ด้านต่างๆดังนี้

3.1 การดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การดูแลการเคลื่อนไหวของร่างกายและการขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น

3.2 การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่อยู่รอบข้าง และการมีกิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่น

3.3 การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ ความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิต เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก การแสดงออกและการกระทำ

3.4 การมีสมรรถนะด้านร่างกาย หรือมีความแข็งแรงด้านร่างกาย ได้แก่ การดำรงรักษา เสริมสร้างความแข็งแรงของระบบกายวิภาคและสรีรภาพของบุคคล ให้ทำหน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคล สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล สามารถช่วยลดความตึงเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง จะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช ซึ่งจะช่วยในด้านอื่นๆที่นอกเหนือไปจากเรื่องยา ในการให้การพยาบาลนั้นสิ่งที่พยาบาลควรคำนึงถึงคือ ต้องเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม คือ หน้าที่การพยาบาลต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ คำนึงถึงครอบครัว และชุมชนของผู้รับบริการควบคู่กับการดูแลบุคคล ดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วย คือ การช่วยให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป ด้วยการบำบัด รักษา บรรเทาอาการของโรคฟื้นฟูสภาพ เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การป้องกันสุขภาพ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542)

1.4.2 การบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 505 เตียง มีการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทโดยคลินิกจิตเวช ให้บริการแบบผู้ป่วยนอกในวันจันทร์ วันอังคารและวันพุธ ทีมการรักษาพยาบาลประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 4 คน โดยมีรูปแบบการให้บริการ ตั้งแต่การซักประวัติ การคัดกรองผู้ป่วย ประเมินสภาพจิตก่อนพบแพทย์ การให้คำแนะนำในความรู้เรื่องโรคการรักษา การปฏิบัติตัวทั้งแบบรายบุคคล ครอบครัว และรายกลุ่มตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย การเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย และมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่เครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชนในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภททุกวันศุกร์ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 25-55 ปี และอยู่ในระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชแล้วมารับการรักษาและรับยาต่อเนื่องใกล้บ้านตามสิทธิหลักประกันสุขภาพโดยมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกตามขั้นตอนการบริการตรวจรักษาโดยจิตแพทย์และรับยากลับบ้าน ซึ่งเป็นลักษณะของงานผู้ป่วยนอก มีดังนี้

1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชและมารับการรักษาต่อแบบผู้ป่วยนอก

2. การประสานงานกับ โรงพยาบาลจิตเวช เพื่อส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง

3. การประสานงานกับหน่วยงานทางด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา และให้บริการปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับอาการและการรักษาของผู้ป่วย

ซึ่งในบทบาทของพยาบาล ซึ่งมีความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในด้านการบำบัดรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านได้ ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกนั้น มีดังนี้ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลให้การพยาบาลโดยตรง โดยการประเมินภาวะสุขภาพ คัดกรองผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย และตัดสินใจทางคลินิก ในการจัดระบบการบริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละคน สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในปัญหาที่ซับซ้อนจนครบกระบวนการ ประสานงานกับพยาบาลแพทย์ บุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมปรึกษาวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย

2. ให้การดูแลผู้ป่วยโดยการทำงานเป็นทีม เสนอแนะแนวทางและปรับปรุงระบบบริการให้บริการพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลต้องเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ครบถ้วน

3. ด้านการให้ความรู้ โดยทำหน้าที่ในการให้ความรู้สอน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวถึงการพัฒนาทักษะทางสังคม การปรับตัว และการสร้างทักษะต่างๆในการดูแลตนเอง

4. เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว

5. พยาบาลต้องติดตามงานวิจัยใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาขาการพยาบาล นำมาปรับใช้ในการบริการแก่ผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และจะต้องทำการวิจัยจากปัญหาที่พบเพื่อนำผลการวิจัยนั้นมาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

6. จัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต โดยการให้คำปรึกษาครอบครัว จัดกลุ่มให้ความรู้ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

7. ผู้บำบัด โดยวิธีจิตบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ให้การบำบัดครอบครัว รวมทั้งวิธีการบำบัดด้วยการบำบัดวิธีต่างๆ ครอบครัว ซึ่งต้องอาศัยสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

จากบทพาทดังกล่าว พยาบาลจิตเวชผู้ให้การดูแลแก่ผู้ป่วยในลักษณะผู้ป่วยนอก จึงควรมีการจัดการบริการที่ครอบคลุมถึงตัวผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เมื่ออยู่ที่บ้าน ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการวางแผนการดูแล

1.4.3 ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แนวโน้มการรักษาพยาบาลในระยะนี้จะเน้นที่ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากการฟื้นฟูสภาพภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะเป็นหน้าที่ของญาติหรือครอบครัว ซึ่งครอบครัวเป็นส่วนสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) โดยญาติและครอบครัวจะดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับไปอยู่ที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวมีความจำกัดทางด้านกำลังกายและความคิด จึงต้องการพึ่งพาหน่วยงานของภาครัฐและเอกชนที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อนำมาเป็นแหล่งประโยชน์ และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป ซึ่งหน่วยงานที่สามารถให้การช่วยเหลือที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ศูนย์ฝึกอาชีพ รวมทั้งมูลนิธิต่างๆ ที่ตั้งขึ้นมาโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนมีความต่อเนื่อง จึงมีการใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้รับบริการ ได้รับการดูแลเบื้องต้นในท้องถิ่น หรือสถานบริการที่ใกล้บ้านมากที่สุด ซึ่งเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยลง ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือซับซ้อน ควรได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้มีความชำนาญเฉพาะทาง โดยใช้ระบบการส่งต่อซึ่งเป็นการส่งต่อจากระดับล่างสู่ระดับบน ส่วนการส่งต่อจากระดับบนลงล่าง คือการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลในระดับจังหวัดจนอาการทุเลาแล้ว แต่ยังคงดูแลอย่างต่อเนื่อง ก็อาจส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้าน โดยไม่จำเป็นต้องนอนค้างในสถานบริการนั้น ซึ่งรูปแบบการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ได้แก่ การดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งมีแนวคิดในการดูแลดังนี้ (กัลยาณี โนนินทร์, 2542)

1. เป็นการบริการเชิงรุก ที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการทั้งที่มีสุขภาพดี เจ็บป่วย พิกัด หรือป่วยหนัก เพื่อทุเลาความเจ็บปวดทรมาน
2. เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพร่วมกัน
3. เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้รับบริการแบบผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

4. เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ขอมรับภาวะสุขภาพและกระดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

5. เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

6. เป็นบริการที่มีระบบบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว

7. เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีลักษณะของการให้บริการแบบผสมผสานและต่อเนื่องด้านสุขภาพ ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพที่บ้าน เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือและการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ก็ใช้หลักการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านดังกล่าวข้างต้น ซึ่งปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบอย่างกว้างขวางทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โดยดำเนินการตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ (Pelletier, 1988; Klebnoff, 1989 อ้างใน อรพรรณ ลีอนุญช วัชชัย, 2549)

1. ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและลดความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

2. ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

3. พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน

4. ให้บริการอย่างมีความรู้ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และผู้ป่วยกับผู้บำบัด

5. ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล

6. ประสานงานติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน

7. เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว

8. ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว

9. เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์ การใช้ยา การมีกิจกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

10. จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลรักษา ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีลักษณะการบริการแบบผสมผสานด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพที่บ้าน โดยทีมสุขภาพ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบของการให้บริการที่บ้านและในชุมชนเพื่อให้ได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ เน้นการบริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรง มีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ และการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและชุมชน อีกทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลอีกด้วย

2. แนวคิดและหลักการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแล ดังนี้

Davis (1992) ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน อาจเป็นบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญคนอื่นๆ มุ่งเน้นการดูแลช่วยเหลือโดยไม่ได้รับการตอบแทน และให้การดูแลที่บ้านหรือชุมชนแหล่งอาศัย

Horowitz (1985 อ้างใน เสาวลักษณ์ ยาสุวรรณ, 2545) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมในการดูแลคือ

1. ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการทำกิจกรรมในการดูแลโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
2. ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง เป็นบุคคลอื่นที่มีหน้าที่ทำกิจกรรมในการดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

Orem (1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ให้ความหมายผู้ดูแล หมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแลช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ให้ความหมายผู้ดูแลหมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน ทำการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจาก โรค

ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลและในสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดที่บ้านหรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ

จอม สุวรรณโณ (2541) ให้ความหมายของญาติผู้ดูแลในครอบครัว ไว้ว่า เป็นผู้ปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทน และการดูแลนั้นไม่เกี่ยวข้องกับผูกพันทางวิชาชีพ

ดังนั้น ผู้ดูแล คือ บุคคลที่ให้การช่วยเหลือในการการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ และมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งผู้ดูแลอาจมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะสมาชิกในครอบครัว เป็นบุคคลใกล้ชิดอื่น หรือบุคคลในวิชาชีพ (formal caregiver)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแล พิจารณาตัดสินใจ ปรับเปลี่ยน และลงมือปฏิบัติการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัยและต่อเนื่อง การดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัวเป็นการดูแลโดยการสร้างสัมพันธภาพ มีความห่วงใยและสนใจมากที่สุด มีความผูกพันและพยายามให้ความใกล้ชิด และแสดงความห่วงใย แต่ก็ยังต้องการการดูแลและคำแนะนำเพื่อให้เกิดความรู้และทักษะในการปฏิบัติ จากพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางสุขภาพ (ศิริอร สินธุ และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2542) พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทในการดูแลครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้อย่างเหมาะสมตามสภาพของแต่ละครอบครัว

2.2 บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ตามปกติ ครอบครัวจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมีความเมตตาตลอดจนมีความอดทนต่อผู้ป่วย ชะฤทธิพงษ์อนุตรี (2536) ได้กล่าวถึงเหตุที่ญาติจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนในการช่วยเหลือผู้ป่วยดังนี้

2.2.1 ญาติเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดใช้เวลาอยู่ร่วมกับผู้ป่วยนานที่สุด และมีความผูกพันกับผู้ป่วยมากกว่าคนอื่น ๆ ญาติจึงเป็นบุคคลที่รู้ปัญหาของผู้ป่วยมากกว่าคนอื่น ๆ

2.2.2 บ้านถือเป็นสังคมแห่งแรกของผู้ป่วยและเป็นเป้าหมายพฤติกรรมที่ดีแก่ผู้ป่วย

2.2.3 การรักษาโรคทางจิตไม่เหมือนการรักษาโรคทางกายการรักษาโรคทางจิตจำเป็นต้องใช้กลวิธีในการช่วยลดยุทธศาสตร์ของผู้ป่วยและปัญหาของผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่อบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวการหมั่นมาปรึกษากับแพทย์บุคลากรจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสดีขึ้นได้

มากกว่าการปล่อยปัญหาทิ้งไว้เฉยๆและอาจเป็นทางหนึ่งที่จะลดภาระความเดือดร้อนของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัวได้

2.2.4 ญาติเป็นผู้รับภาระในด้านการใช้จ่ายของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยป่วยเรื้อรังยิ่งทำให้ญาติเดือดร้อนในการรับภาระค่าใช้จ่าย

2.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรัง (APA ,1994 อ้างใน ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและต้องการการดูแลจากแพทย์พยาบาลรวมทั้งครอบครัวจนตลอดชีวิต และ ร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆหาย ๆ และจากการนำนโยบายการจำหน่ายผู้ป่วยออกสู่ครอบครัวโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้นั้น ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ครุณิศพรหม, 2543) ได้กล่าวถึงการให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหรือที่บ้านดังนี้

2.3.1. การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆในการดูแลมีหลักที่สำคัญคือผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภท การคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยอาจกระทำด้วยตนเองไม่ได้ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และกิจวัตรประจำวันและผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

1) การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ แปรงฟัน การสระผม การรักษาความสะอาดของเล็บ

2) การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนช่วยทำงานเล็กๆน้อยๆภายในบ้าน เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน แม้จะไม่ใช่งานอาชีพที่มีรายได้ตอบแทนที่เลี้ยงตนเองได้แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเป็นการเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้มาอยู่ที่งานหรือกิจกรรมที่มอบให้ทำ หรือในรายที่ผู้ป่วยซึมเศร้า แยกตัวเอง ถ้าได้ทำงานจะทำให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจไปอยู่ที่การทำงานได้

3) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมอาการของโรคจิตได้ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานอาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย คือ ซัดจีน ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลต้องเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน และติดต่อกับโรงพยาบาลเพื่อขอรับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

4) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ตรงเวลาและให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทั้งนี้การรับประทานอาหารที่ตรงเวลาจะทำให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาหลังอาหาร ได้ครบตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารที่ไม่มีคุณค่านอกจากจะไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยแล้วอาจทำให้ผู้ดูแลต้องมีภาระทางด้านการเงินเพิ่ม ควรให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่อร่อยง่าย รับประทานผักและผลไม้เพื่อจะช่วยให้ระบบขับถ่ายสะดวก

5) การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยหญิงบางรายอาจแต่งหน้าเข้ม ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด ไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า พฤติกรรมต่างๆเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำผู้ป่วยปฏิบัติตนให้เหมาะสม ถูกกาลเทศะ

6) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน ผู้ดูแลต้องคอยสังเกต หาสาเหตุหรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

7) การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยอาจเป็นการให้ช่วยทำงานบ้าน ชุดดิน คายหญ้า จะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้ร่างกายแข็งแรง

8) การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานจะมีความบกพร่องในการออกสู่สังคมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นทักษะการรับประทานอาหาร การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้ถูกกาลเทศะ ซึ่งทักษะเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

9) การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่แวดล้อมผู้ป่วย

10) การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตร รวมทั้งการไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา การสวดมนต์ ไหว้พระ

11) การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ควรให้คำชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

2.3.2. การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ (emotional and psychological support) ผลจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆเกิดขึ้นในชีวิต เช่น ว่างงาน

ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก เสี่ยงภาพลักษณ์ของตนเอง โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว เคยประกอบอาชีพมีรายได้ค่าจ้างครอบครัว เมื่อป่วยทำให้สูญเสียรายได้และสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป การดูแลด้านจิตใจผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุด การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วยประกอบด้วย

1) การป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเปราะบางทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิหรือแสดงท่าทีไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นๆสำเร็จแม้จะเป็นเพียงกิจกรรมเล็กน้อย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2) การป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย โดยการลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หาสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจให้ผู้ป่วย

3) การป้องกันความเครียด ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียดเพื่อจะได้หลีกเลี่ยงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด

2.3.3. การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น เพื่อขอความช่วยเหลือต่อไป

2.3.4. การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในคำรักษาพยาบาล ตลอดจนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

2.4 หลักการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พบว่าเน้นการรักษาด้วยยาเป็นหลัก แต่ทั้งนี้ต้องมีการดูแลทางด้านจิตสังคมร่วมด้วยซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้เร็วกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว โดยใช้ทีมสหวิชาชีพ เข้ามาร่วมกันให้การดูแล โดยให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว รูปแบบการดูแลจึงต้องประกอบด้วยหลักการปฏิบัติที่ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ นั่นคือให้การดูแลครบทั้ง 4 มิติ

1. การส่งเสริมสุขภาพจิต (Promotion of Mental Health) จัดเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น โดยมีหลักการว่าสุขภาพจิตดีจะมีพื้นฐานจากการมีกำเนิดที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ได้รับความรัก ความอบอุ่นอย่างเหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมั่นคงทางจิตใจ ให้ความรักผู้อื่นได้ ยอมรับตนเอง ไม่มีปมด้อย บุคคลที่มีคุณสมบัติดังกล่าว จะมีพื้นฐานจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ดี อยู่ในสังคมได้ดี ทำประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้

2. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาภาวะทางสุขภาพจิตให้ดี (Prevention or maintenance of Mental Health) ปัญหาสุขภาพจิตสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย อาจทำให้เกิดความคับข้องใจ ความเครียดและความวิตกกังวล ได้

3. การบำบัดรักษา การที่บุคคลมีปัญหาสุขภาพจิต หากไม่ขจัดให้หมดไปโดยเร็ว อาจทำให้เจ็บป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาท มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตใจ จะขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจ ขาดความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งขาดการดูแลตนเอง

เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจึงเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ยาใจ สิทธิมงคล (2542) ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้

1. รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัว (Psychoeducational Family Intervention Model) เชื่อว่าสภาพครอบครัวทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิต เน้นการรักษาจากบุคลากรในโรงพยาบาล การบำบัดรายบุคคล และการบำบัดครอบครัว บทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชในการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วย จึงควรประกอบด้วย การสอนครอบครัวและผู้ป่วย ให้มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย อาการทางจิต การรักษาและการให้คำแนะนำเพื่อการป่วยซ้ำ สอนครอบครัวและผู้ป่วยเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแก้ปัญหาและกระบวนการตัดสินใจ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) โดยคำแนะนำที่ให้จะเป็นคำแนะนำที่ครอบคลุมความต้องการการดูแลของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งประกอบด้วยคำแนะนำด้านต่างๆดังนี้

1.1 การดูแลกิจวัตรประจำวันด้านต่างๆ หลักสำคัญ คือผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองมากที่สุดและผู้ดูแลคอยช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ สนับสนุน ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง

1.2 การประทับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ การดูแลด้านจิตใจที่ผู้ดูแลต้องกระทำ คือ พยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงให้มากที่สุด การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย

1.2.1 การป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความเปราะบางทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิ หรือแสดงท่าทีไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดูแลป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย หาสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจให้ผู้ป่วย

1.2.2 การป้องกันความเครียด ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียด เพื่อที่จะได้หลีกเลี่ยงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด

1.3 การประสานงานกับองค์กรของรัฐ เพื่อขอความช่วยเหลือ เช่นการขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น เพื่อขอความช่วยเหลือต่อไป

1.4 การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในคำรักษาพยาบาล ตลอดจนเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

2. การดูแลครอบครัวจากแนวคิดครอบครัวที่มีภาระในการดูแลผู้ป่วย (Family Burden Approach) ได้แก่ ภาระเชิงอัตวิสัย ภาระเชิงจิตวิสัย การเงินและด้านอารมณ์จิตใจ กิจกรรมประจำวัน ในเชิงลบ การพยาบาลครอบครัว มุ่งเน้นการลดความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระ ความอับอาย และความรู้สึกผิดของครอบครัว

3. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาธรรมชาติที่แท้จริงของครอบครัว ในฐานะผู้ดูแล (Explanatory Model of the Nature of Family Caregiving) ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีความคิด ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชเฉพาะของครอบครัวเอง และอาจต่างกับผู้รักษา เน้นการประเมิน ทำความเข้าใจครอบครัวตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อจัดรูปแบบการดูแลครอบครัวอย่างมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม จัดการกับสภาพความเดือดร้อนที่เกิดขึ้นจริง และค้นหาสิ่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกันได้

สรุปได้ว่า การให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นพยาบาลจะต้องทำความเข้าใจและให้การดูแลช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสมดุลของสุขภาพในการทำหน้าที่ ในการดูแลช่วยเหลือในครอบครัว แนวคิดการพยาบาลครอบครัว จึงเป็นพื้นฐานในการที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวไปพร้อมๆกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

โดยทั่วไปโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง อาการทางจิตของผู้ป่วยมีผลต่อความคิดและการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของผู้ป่วยจิตเภท แนวคิดในปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุที่สำคัญอีกสาเหตุหนึ่งของการป่วยเป็นโรคจิตเภท คือ ปัจจัยด้านชีวเคมีของสมอง ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่

ได้ตามปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากยาสามารถควบคุมอาการทางจิตได้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

3.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

Oehl et al. (2000) กล่าวว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มีหลายปัจจัยแตกต่างกัน ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาว่าเกิดจากปัจจัย 4 ด้าน และจากการศึกษาของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) คือ

1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย เป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงออกถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคลที่ส่งเสริมให้มีการแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกัน โรค หรือป้องกันการป่วยซ้ำ หลังจากที่ได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้นและกลับไปอยู่ในชุมชนได้ เป็นปัจจัยที่บอถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีรายงานการศึกษาที่เกี่ยวกับปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทว่าประกอบด้วย

(1) ลักษณะประชากร จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบลักษณะของประชากรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มี 2 ประการ คือ

ก. อายุ อายุของบุคคลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองจะถูกพัฒนาขึ้นตามอายุจากวัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลตนเองสูงสุด และจะลดลงและมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1985) ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาเป็นความสามารถในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยสอดคล้องกับการ ศึกษาของ Hoffman (1994) และ Agarwal et al.(1998) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

ข. เพศเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบทบาท บุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยสังคมกำหนดให้เพศหญิงมีบทบาทในการดูแลลูกและบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรินทร์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ที่ผลการศึกษาพบว่าเพศหญิงปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าเพศชาย

(2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสร้างขึ้นโดย Backer (1974) เป็นแนวคิดที่เน้นทัศนคติและความเชื่อ ในการอธิบายการปฏิบัติของบุคคลต่อภาวะสุขภาพ ที่ได้รับการยอมรับในการทำนายพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค เมื่อนำแนวคิดมาศึกษาเพื่ออธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทสามารถอธิบายได้ ดังนี้

ก. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยซ้ำ (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันตามการประเมินความเป็นไปได้ที่จะเกิดปัญหาโดยรับรู้จากความเสี่ยงและประสบการณ์ของตนเอง ทำให้มีการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือปัญหาสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำจะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคล ค้นหาทางที่จะหลีกเลี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้น (Baker, 1995) และปัจจัยสำคัญที่จะเข้าถึงพฤติกรรมป้องกันการโรคที่เคยเป็นมาก่อน และได้รับการรักษามีอาการดีขึ้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงโอกาสที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำอีก เช่น รับรู้ว่าอะไรเป็นปัจจัยทำให้ตนมีอาการทางจิตมากขึ้น รวมทั้งภาวะต่างๆที่นำไปสู่การมีอาการทางจิตมากขึ้น เกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของความร่วมมือในการรักษา (เพชร คันธสายบัว, 2544) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยตระหนักในความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง

ข. การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived severity) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลถึงความรุนแรงของการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น ความรุนแรงนี้ขึ้นอยู่กับ การประเมินการเกิดโรคของตนเอง การที่บุคคลรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบรุนแรง และเกิดผลเสีย ต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ชีวิตสมรส อาชีพ ความสามารถในการทำงานและบทบาททางสังคม จึงเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ในผู้ป่วยจิตเภทการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้น ร่วมกับประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลว่ามีผลกระทบตนเองอย่างไรจะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นสิ่งคุกคามเหล่านี้ (Adams & Scott, 2000) มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

ค. การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefit) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของผู้ป่วยต่อการกระทำที่เป็นการป้องกันการเกิดโรคหรือป้องกันการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้นเป็นการตัดสินใจลงมือกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่เชื่อว่าสามารถทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีสุขอนามัยที่ดี การรับรู้ผลประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภท จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต และการส่งเสริมการทำหน้าที่ตามพัฒนาการ การดูแลตนเองที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการลดความรังเกียจจากสังคม ทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่น ได้อย่างปกติสุขและมีส่วนช่วยป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

ง. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติการดูแลตนเอง (Perceived barrier) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่างๆ ที่ขัดขวางการปฏิบัติการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีร่างกายที่แข็งแรง ในผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ป่วยรู้ว่าการปฏิบัติของตนมีอุปสรรค เช่น การที่ญาติช่วยเหลือติดตามมากเกินไปไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นอิสระ การถูกรังเกียจ การขัดขวางการเข้าสังคม การที่ญาติดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่มากเกินไป สิ่งเหล่านี้ขัดขวางการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีสมรรถภาพในการดูแลตนเองลดลง และส่งผลต่อการเสื่อมถอยสมรรถภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

(3) ลักษณะของการเจ็บป่วย Kaplan & Sadock (1995) กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาว่าเกิดจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษามี 2 ลักษณะ คือ

ก. ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต เป็นการรับรู้ ความเชื่อของผู้ป่วยที่คิดและเชื่อไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจะเชื่อในความคิดนั้น โดยไม่สามารถเปลี่ยนความเชื่อด้วยการอธิบายด้วยเหตุผลตามธรรมชาติได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการขาด การตระหนักรู้ในตนเอง คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องรับการรักษา และในผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิดจะปฏิเสธการรักษา

ข. อาการทางลบ เป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดคุณสมบัติบางประการที่บุคคลปกติควรมี เช่น การตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ แยกตัวจากสังคม ขาดความสามารถในการคิด การแสดงอารมณ์ และการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ขาดแรงจูงใจในการรักษา ไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการพยากรณ์โรคไม่ดี (Oehl et al, 2000)

2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย จิตเภททั้งในครอบครัว และชุมชน ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วย

(1) ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพ เพื่อดูแลตนเองได้ดีกว่าที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ภัทรา ธิรลาภ (2532) และ Kumar & Sedgwick (2001) พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากขามีราคาแพงทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

(2) การอยู่ร่วมกับครอบครัว หมายถึงกลุ่มคนที่มีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือด เลหรือทางกฎหมาย ได้แก่ พ่อ (สามี) แม่ (ภรรยา) ลูก และญาติ พี่น้องมีบทบาทหน้าที่ที่พึงปฏิบัติต่อกัน ให้ความรักและความเอาใจใส่ต่อกัน ใช้อาหาร มีความปรารถนาดีต่อกันทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม (เพชร คันธสายบัว, 2544) นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนการดูแล

ทางด้านจิตใจแล้ว การสนับสนุนของครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาของ Razali & Yahya, (1995) พบว่าในผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับญาติจะมีการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับญาติหรืออาศัยอยู่ตามลำพัง

(3) การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา หมายถึงการที่ผู้ป่วยมีบุคคลคอยช่วยเหลือให้ได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง บุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ที่ช่วยให้สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา การนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด หรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยให้รับประทานยา ที่สำคัญ คือ การดูแลของญาติให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า รวมทั้ง การตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแลในเรื่องเหล่านี้

(4) การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หมายถึง ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแสดงลักษณะอารมณ์ของบุคคลในครอบครัวที่มีมากเกินไป (Baker, 1993) เช่น การคร่ำครวญ การแสดงท่าทางรังเกียจ รวมทั้งการควบคุมผู้ป่วยมากเกินไปมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดสูง ทำให้ขาดแรงกระตุ้นให้ได้รับการรักษาที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรคันธสาขบัว (2544) ที่พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวเป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ และพบว่าในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีผลต่อการสนับสนุนผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ดีและการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Oehl et al, 2000)

(5) ทักษะ ทักษะของสังคมและครอบครัว เป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิบัติการของบุคคลเหล่านั้นต่อการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลถึงการยอมรับความเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษาอาการทางจิต ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากการรู้สึกรังเกียจหรือการถูกตีตราจากสังคม

3) ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการรักษาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย จิตเภท เป็นปัจจัยที่ได้รับความสนใจและศึกษาอย่างกว้างขวาง ปัจจัยด้านนี้ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทได้แก่

(1) วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย หมายถึง ช่องทางการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย คือ การกิน การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดยาเข้าระหว่างชั้นกล้ามเนื้อและไขมัน การฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ การอมยาใต้ลิ้น และการเหน็บยาทางช่องคลอด หรือทางทวารหนัก Kumar & Sedgwick (2001) กล่าวว่า การได้รับยาเข้าสู่ร่างกายโดยใช้วิธีฉีดสามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าวิธีการรับประทานยา

(2) ความซับซ้อนของการรักษา หมายถึง ความรู้สึกลำบากลำบากในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย ที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิดและมีจำนวนมาก อาจเกิดความสับสนในการใช้ยา ลืมวิธีการใช้ยา การรับประทานยาที่ไม่เหมือนกันจะทำให้ผู้ป่วยสับสน หมคความอดทนที่จะรับประทานยาต่อไป การศึกษาของ Razali & Yahya (1995) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะร่วมมือในการรักษาที่ดีเมื่อรับประทานยา 1-2 ครั้ง/วัน แต่ถ้าได้รับยามากกว่า 2 ครั้ง/วัน ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ดี และการศึกษาของ Gravaley & Oseasohn (1991) พบว่าการรับประทานยารวันละหลายๆครั้ง จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมปกติของผู้ป่วยทำให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยลดลง โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะ ฟังพอใจ ต่อการรับประทานยารวันละเม็ดเดียวมากกว่ายาหลายเม็ด และรับประทานยารวันละครั้งเดียวหรือไม่เกินวันละ 2 ครั้งมากกว่าวันละหลายๆครั้ง

(3) ฤทธิ์ข้างเคียงของยา การรักษาด้วยยาที่ต้องใช้เวลานานในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและการที่ยารักษาอาการทางจิตเป็นกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มาก (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2537) ผู้ป่วยจิตเภทบางรายขณะรับการรักษาโดยใช้ยารักษาอาการทางจิต อาจมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น ตัวแข็ง คอเอียงบิดเบี้ยว ง่วงนอน ปากและคอแห้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้น และความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ (Agarwal et al, 1998) อาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และหยุดใช้ยาในที่สุด โดยการศึกษาของ Kumar & Sedgwick (2001) พบว่าเหตุผลของการไม่ใช้ยาในกลุ่มที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในกลุ่มที่ไม่ร่วมมือ คือ ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา ส่วน Agarwal et al. (1998) พบว่าปัจจัยที่สามารถแยกผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษารอกจากผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ปัจจัยหนึ่งคือ การที่ผู้ป่วยได้รับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา

4) ปัจจัยด้านทิมสุขภาพ หมายถึง บุคลากร คือ พยาบาล แพทย์ เภสัชกร ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2527) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทิมสุขภาพ เป็นกระบวนการระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในทิมสุขภาพ ที่มีปฏิสัมพันธ์กันแบบผู้ประกอบวิชาชีพและผู้รับบริการ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการ ได้รับการดูแลบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วย โดยสัมพันธภาพที่ดีจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรู้ว่าทิมสุขภาพให้ความช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ รู้สึกไว้วางใจและฟังพอใจในพฤติกรรมดูแล (Caring behavior) ที่ได้รับจากทิมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของตนเอง (Risser, 1975) ก่อให้เกิดการเรียนรู้ รับรู้ และจดจำการปฏิบัติ ตามแผนการรักษาได้ดี (สมัยพร อาชาล, 2543) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทิมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ให้บริการและผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น (สาธิตพร พุฒขาว, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ Frank & Gunderson (1990) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เรื้อรังซึ่ง

มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รักษาภายใน 6 เดือนแรก ที่เริ่มมีอาการทางจิตจะมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาและผลลัพธ์ที่ดีของการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งที่จะจัดการกับปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้เห็นความสำคัญและเกิดความตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านผู้ป่วย สัมพันธภาพภายในครอบครัว ความรักความห่วงใยช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การสังเกตและการจัดการอาการจากฤทธิ์ของยาทางจิต เป็นปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยระหว่างทีมสุขภาพโดยการสร้าง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเพื่อนำไปสู่เป้าหมายเดียวกัน

ผู้ศึกษาเชื่อว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย จะสามารถทำให้ ผู้ศึกษาได้ข้อมูลจากผู้ป่วย ซึ่งเป็นข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง ความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด โดยในการศึกษานี้ใช้เครื่องมือสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่สร้างขึ้นโดย อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จึงเป็นสิ่งสำคัญต้องประเมินพฤติกรรมให้สอดคล้องกับเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท คือ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและความสามารถในการสังเกต และจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

3.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิต แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ การดูแลในระยะก่อนรับการรักษา และการดูแลในระยะหลังได้รับการรักษา (ปิยาณี คล้ายนิล, 2547)

3.2.1 การดูแลในระยะก่อนรับการรักษา การดูแลในระยะนี้ควรเน้นในด้าน การรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ดังนี้

1) สภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Status) ข้อมูลพื้นฐาน เกี่ยวกับอาการทางจิตเวช รวมทั้งสภาวะสุขภาพกาย สังคม จิตวิญญาณของผู้ป่วย ก่อนได้รับการรักษา

2) ความคิดและแผนการฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation and Plans) ประมาณ 20-50% ของผู้ป่วยที่มีอาการจิตประสาทมีความคิดที่จะทำลายชีวิตตนเอง พยาบาลจิตเวชจึงควรประเมินความเสี่ยงของความคิดที่จะทำร้ายตนเองเพื่อวางแผนในการดูแลที่เหมาะสม

3) การใช้ยาและสารเสพติด (The Use of Medication and Substance Abuse) เนื่องจากยาต้านโรคจิตมีปฏิกริยากับยาและสารเสพติดหลายชนิด พยาบาลจึงต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาและสารเสพติดทุกชนิดที่ผู้ป่วยใช้อยู่ ทั้งที่แพทย์สั่งและที่ซื้อรับประทานเอง รวมทั้งอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น

4) ประวัติการปฏิบัติตามแผนการรักษา (History of Compliance to Medical Regimen) ข้อมูลที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาในการรักษาครั้งก่อนๆ เป็นสิ่งที่ช่วยทำนายความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษาสำหรับการเจ็บป่วยปัจจุบัน และเป็นสิ่งที่กำหนดวิธีการ พยาบาลจิตเวชจึงจำเป็นต้องประเมินว่า ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาในครั้งก่อนได้ดีเพียงไร และอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างไร

5) ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยและแผนการรักษา ข้อมูลส่วนนี้มีความสำคัญในการทำนายการปฏิบัติตามแผนการรักษาในการเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ป่วยที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของแผนการรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

3.2.2 การดูแลในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต หน้าที่ของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิต มีดังนี้

1) ประเมินประสิทธิภาพของการรักษา (Assessment of Therapeutic Effects) ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านโรคจิต พยาบาลควรประเมินและบันทึกประสิทธิภาพในการรักษาของยา (Therapeutic Effects) โดยการสังเกตอาการและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพที่รวบรวมไว้ก่อนได้รับการรักษา

2) ประเมินผลข้างเคียงที่เกิดจากยา (Assessment of Medication Side-effects) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตควรได้รับการประเมินผลข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านโรคจิตทุกราย เนื่องจากในช่วงแรกของการรักษา อาจมีอาการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินทุกวัน หลังจากนั้นค่อยๆ ลดความถี่ในการประเมินเป็นสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง และเมื่ออาการของผู้ป่วยคงที่แล้วอาจลดลงเหลือเพียงหนึ่งครั้งในทุกๆ เดือน หรือในทุกๆ 3 เดือน

3) การพยาบาลเพื่อลดผลข้างเคียงที่เกิดจากยา (Nursing Intervention for reducing side effects) พยาบาลจิตเวชให้การพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านโรคจิตและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยให้สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้

4) การดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Promotion of compliance) ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานว่า 30-55% ของผู้ป่วยจิตเวชไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้อาการจิตประสาทกำเริบและต้องกลับเข้ามารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล (Laraia, M .T, 1991 อ้างใน ปิยาณี คล้ายนิล, 2547) สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาดังกล่าว ได้แก่ สัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา การได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน การที่ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการรักษา ประวัติการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องในครั้งก่อนๆ การขาดแหล่งสนับสนุนทาง

สังคม การไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา อาการจิตประสาทของผู้ป่วย การใช้สารเสพติด และยาต้านโรคจิตที่มีราคาแพง พยาบาลจิตเวชควรประเมินและระบุปัจจัยเสี่ยงต่อการที่ผู้ป่วยไม่รับการรักษา รวมทั้งวางแผนการแก้ไขหรือลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น

5) การให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว (Patient and family education) เป้าหมายหลักของการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาที่ถูกต้อง ถูกวิธี

3.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบวิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พอสรุปได้ คือ (เพชร คันธสายบัว, 2544)

1. การประเมินโดยตรง (Direct method) วิธีการประเมินโดยตรง คือการวัดระดับปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้ โดยติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของระดับยาหรือปริมาณยาตามแต่ความเหมาะสมได้แก่

1.1 การวัดระดับยาในเลือด (Blood level monitoring) โดยใช้หลักการเปลี่ยนแปลงของยาในเลือด หรือพลาสมา จะมีความสัมพันธ์กับขนาดของยาที่ได้รับ เมื่อถึงระดับคงที่ของยาในเลือด และการที่ระดับของยาในเลือดมีผลโดยตรงต่อการรักษา ดังนั้นเมื่อทำการวัดระดับของยา ก็ทราบว่าคุณป่วยใช้ยาหรือไม่

1.2 การวัดปริมาณยาในปัสสาวะ ใช้หลักการเดียวกับการวัดระดับยาในเลือด แต่ยาที่จะวัด โดยวิธีนี้ต้องเป็นยาที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ มีผู้วิจัยโดยใช้วิธีนี้ เช่น กลุ่มยารักษาโรคจิต ยารักษาวัณโรค

1.3 การวัดปริมาณยาจากสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายอื่นๆ เช่น น้ำลาย อุจจาระ ทมหายใจ

วิธีการประเมินโดยตรงเป็นการตรวจ โดยอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งเป็นวิธีที่มีข้อจำกัดคือ

1. ความเข้มข้นของยาอาจจะได้รับผลจากความแตกต่างในการดูดซึมของยา และการขับออกของยาในร่างกายของแต่ละบุคคล ระดับความเข้มข้นของยาจึงอาจจะไม่ใช่ข้อบ่งชี้ของการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในการใช้ยาของผู้ป่วย

2. ความเข้มข้นของยาที่ตรวจพบ สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานว่ามีจำนวนทั้งหมดเท่าใด ครอบคลุมแผนการรักษาหรือไม่

3. การรับประทานยาก่อนการตรวจ จะทำให้ค่าของความเข้มข้นของยาสูง ซึ่งไม่ได้แสดงถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

4. ต้องใช้อุปกรณ์ เครื่องมือและวิธีการที่ยุ่งยาก การวิเคราะห์ต้องเป็นระยะ ภายหลังการรับประทานยา วิธีการนี้จึงไม่อาจนำมาใช้ได้ในทุกกรณี

2. การประเมินทางอ้อม (Indirect method) เป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย โดยประเมินจากวิธีการอื่นที่ไม่ใช่การวัดจากตัวยาโดยตรง แต่วิธีการประเมินนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย อาจทำได้หลายวิธี คือ

2.1 การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและใช้ง่ายที่สุด อาจสอบถามหรือสัมภาษณ์ จากตัวผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย ข้อดีของการประเมินแบบนี้ คือ ได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัดของวิธีการนี้ คือ พบว่าผู้ป่วยมักให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงคำถามให้มีความชัดเจน แม่นตรง และระหว่างการสัมภาษณ์ไม่ควรตำหนิเมื่อผู้ป่วยตอบว่าไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา หรือไม่รับประทานยา โดยผู้สัมภาษณ์เองต้องคำนึงถึงว่า แม้จะมีทักษะและมีความละเอียดในการสัมภาษณ์ก็ตาม แต่ก็มักพบปัญหาในการประเมินเสมอ

2.2 การนับจำนวนเม็ดยา เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ใช้บ่อย การปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาประเมินได้จากการนับเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วย และจำนวนที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยา หรือเมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง จำนวนยาที่เหลือมากกว่าที่ควร เป็นการแสดงว่าผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ข้อดีของวิธีการนี้คือ สามารถบอกถึงจำนวนเม็ดยาที่ใช้ไป แต่ก็มีข้อจำกัด คืออาจได้ข้อมูลไม่ตรงกับความจริง หากผู้ป่วยทิ้งยาโดยไม่รับประทานยา หรือผู้ป่วยให้คนอื่นใช้ยาด้วย

2.3 การสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการประเมินวิธีนี้ ญาติผู้ป่วยหรือบุคลากรที่มสุขภาพที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จะสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือแผนการรักษาได้ถูกต้องครบถ้วน หรือไม่

2.4 พิจารณาจากการมาตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มารับรักษาตามนัดเป็นผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา และพิจารณาจากผลของการรักษาที่ควรเป็นไปตามการพยากรณ์ของโรคแต่ละระยะ

2.5 การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตนเอง (Self-report) ซึ่งวิธีการนี้มีข้อจำกัด คือผู้ป่วยอาจเขียนบันทึกไม่ตรงกับการปฏิบัติจริง

จากการทบทวนรายงานการศึกษาพบว่า เพชร คันทสายบัว (2544) วัตถุประสงค์ของการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ส่วน Kumar & Sedgwick (2001) ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้ Compliance Rating Scale (CRS) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น โดยแสดงให้เห็นว่าการใช้เครื่องมือที่มีองค์ประกอบของการตรวจทางห้องทดลอง สามารถทำให้ผลการประเมินเชื่อถือได้มากขึ้นก็จริง แต่เหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย สามารถได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มากกว่า ดังนั้นในการประเมินโดยการสัมภาษณ์อย่างเดียวจึงคิดว่าการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่นการตรวจเลือดหรือการตรวจปัสสาวะ หรือการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง (Self-report) (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545)

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า แม้ว่าการใช้การประเมินหลายวิธีจะทำให้ผลการประเมินน่าเชื่อถือ แต่การสัมภาษณ์เป็นวิธีการที่นิยม และสามารถได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการวางแผนการช่วยเหลือ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่สร้างขึ้นโดย อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545)

3.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา สามารถสรุปพฤติกรรมในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การใช้ยาตามความต้องการของตนเอง ใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม นำยาผู้อื่น มารับประทาน หรือแบ่งยาของตนเองให้ผู้อื่นรับประทาน ใช้ยาผิดวิธี ในเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับการรักษา หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่เพียงพอ การที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นปัญหาที่สำคัญ และมีความเกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภท มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลหลากหลายวิธี เช่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547)

1. การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education) Kay (1998) กล่าวว่า วิธีการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อวางแผนเพิ่มการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและวิธีการเผชิญความเครียด ร่วมกับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพจิต เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาดีขึ้น ลดการป่วยซ้ำ

2. การดูแลในชุมชน (Community programs) Kay (1998) กล่าวว่า การดูแลในชุมชนที่จะได้ผล ต้องสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วรวมทั้งต้องมีการดูแลที่สามารถส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพของผู้ป่วยด้วย จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติ เป็นการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งการติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ให้คำแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยตระหนักถึงการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองและ การได้รับการรักษาที่เหมาะสม และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

3. การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมโดย Marland (2001) ได้กล่าวถึงแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้วิธีการเพิ่มความมีอิสระ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโดยมีขั้นตอนการปฏิบัติคือ

1) การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล พยาบาล ใช้แนวคิดทฤษฎีพยาบาลของ Orem (2001) โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ ความคิดของผู้ป่วย สิ่งที่พยาบาลจำเป็นต้องประเมิน คือ อาการผิดปกติที่รบกวนผู้ป่วย ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการรักษา

2) การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล ขึ้นอยู่กับการได้รับข้อมูลการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและยินยอมรับการรักษา ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีปัญหาการตัดสินใจ ดังนั้นสิทธิในการตัดสินใจอย่างถูกต้องด้วยตัวของผู้ป่วยเอง Marland (2001) เสนอแนวทาง การปฏิบัติว่าถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย การให้แรงจูงใจเพื่อการกระตุ้นการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อการรักษา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ ก่อนจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง แต่สำหรับผู้ป่วยบางราย การใช้ยาเพื่อรักษาเป็นการแสดงถึงการต้องพึ่งพา พยาบาลจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และรับรู้ว่าเขาสามารถควบคุมชีวิตให้ปกติ (Marland, 2001) และเป้าหมายของการรักษาต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ญาติ พยาบาลและทีมสุขภาพ

3) การส่งเสริมความร่วมมือ เหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องปฏิบัติตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยควรได้รับการติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การเรียนรู้ของผู้ป่วยเพื่อแยกอาการแสดงที่ผิดปกติ การจัดการกับความผิดปกติเกี่ยวกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นเรื่องที่พยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพต้องคำนึงถึง นอกจากนั้นความสามารถในการเรียนรู้เรื่องเหตุผลการใช้ยา ขึ้นอยู่กับความพร้อม ข้อจำกัดและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย การประเมินสภาพผู้ป่วยแหล่งสนับสนุน การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในแหล่งบริการที่สะดวก

4) การประเมินผล การประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ การสังเกตการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยญาติผู้ดูแล พยาบาล และทีมสุขภาพ หรือการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจะต้องใช้ควบคู่กัน

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดคุยอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้ยา การตรวจสอบผู้ป่วยอาจต้องมีการพูดคุยทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร เพื่อรักษาสัมพันธภาพ ความรู้สึกไว้วางใจ ให้เกิดผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาต่อไป โดยใช้กิจกรรมกลุ่มและการดูแลเป็นรายบุคคล

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จะช่วยให้พยาบาลจิตเวชเข้าใจผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว และชุมชนได้ดีขึ้น

5. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation)

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ถือว่าเป็นการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การประคับประคอง และการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Abramowitz & Coursey, 1989) การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษารูปแบบนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากผลการวิจัยเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว (expressed emotion) ที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย Brown (1972) ได้เสนอผลงานวิจัยว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ซึ่งได้แก่ การแสดงความเป็นมิตรระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย (hostility) มีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมาก (criticism) และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional overinvolvement) จะมีสถิติการกลับมาเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย

จากผลการวิจัยดังกล่าว ทำให้ผู้ศึกษาดังข้อสันนิษฐานว่า ครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย รวมทั้งขาดทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ความไม่รู้และไม่เข้าใจของครอบครัวในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากโรคของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด และกลับเป็นซ้ำอีก ดังนั้น รูปแบบของการบริการจึงให้จัดในรูปแบบของ โปรแกรมการให้ความรู้กับครอบครัว โดยมุ่งเน้นในการให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของโรคจิต สาเหตุของโรค การรักษา การพยากรณ์โรคแก่ครอบครัว การฝึกทักษะเกี่ยวกับการแก้ปัญหา (problem solving skills) การอยู่ในสังคม (social skills) และการติดต่อสื่อสาร (communication skills) แก่ครอบครัว

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พัฒนาขึ้นโดย Anderson, Hogarty & Reiss (1980) เป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ประกอบด้วย

- 1) การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) คือ การที่ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ซึ่งไม่ใช่การทำความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว แสดงความห่วงใย เอาใจใส่ เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และยอมรับในตัวผู้รักษา

2) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) คือ การที่ผู้รักษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและพวกเขาสามารถทำอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ได้บ้าง

3) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) คือ การที่ผู้รักษาทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของพฤติกรรม ความคิด และเทคนิคการติดต่อสื่อสาร

4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือ การที่ผู้รักษาชี้ให้เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้โดยอาศัยหลักการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper et al, 1992)

สรุปได้ว่า สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทางจิตและครอบครัว ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการที่กำเริบหรือรุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ รวมถึงการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิต ส่งผลให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัว และพยาบาล

6. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่บ้านต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

ในโครงการศึกษาอิสระนี้ ผู้ศึกษาได้พัฒนาโปรแกรมโดยปรับปรุงจากการศึกษาของจิราพร รักรการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson et al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิตประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคมดำเนินการเป็นครอบครัวที่บ้านโดยการนำผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมทุกกิจกรรม ในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาและเพิ่มกิจกรรมการ สอดตามข้อมูลทางโทรศัพท์อีก 1 กิจกรรม รวมเป็น 6 กิจกรรม เพื่อชี้แนะและเสริมแรงให้ผู้ป่วย จิตเภทและผู้ดูแลมี

พฤติกรรมที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ติดการกำเริบของโรคและการกลับป่วยซ้ำโดย โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่บ้านประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 : การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว (joining) ซึ่งนำมาจากแนวคิดของ Anderson et al. (1980) โดยการศึกษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย ยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทการชี้ให้เห็นประโยชน์จากการเรียนรู้ให้ความร่วมมือ และเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 : การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยเป็นการให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) ซึ่งนำมาจากแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริงผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาและเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมรับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้

กิจกรรมที่ 3 : การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท จากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นเรื่องที่สำคัญ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล จำเป็นที่จะต้องทราบถึงอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) มาใช้ในการให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง (Montgomery et al., 1985)

กิจกรรมที่ 4 : การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลงมา (Lazarus & Folkman, 1984) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด(coping skills) มาใช้ในการส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียดสามารถหลีกเลี่ยงสถานะที่ทำให้เกิดความเครียดรวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น (ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

กิจกรรมที่ 5 : การพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับการพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร (communication skills) มาใช้ ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเองและสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) การฝึกการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม เป็นการสร้างเครือข่าย การดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม นำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (เพชรรัตนสาขบัว, 2544) การพัฒนาทักษะในด้านนี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้จักหาแนวทางแก้ปัญหาที่ตนเองไม่สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ อาการผิดปกติจากการใช้ยาทางจิตอาการข้างเคียงจากการใช้ยารวมถึงอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และยังทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้างในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 6 : การสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์ หมายถึง เป็นการให้ความรู้ คำแนะนำ ทบทวนในแผนการรักษา การนัดหมายการบริการ โดย Mc Donald et al. (2002) ได้ทำการศึกษาเรื่องการใช้โทรศัพท์ติดตามในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (Salzer et al., 2004) โดยมีโปรแกรมการติดตามเรื่องยาทางโทรศัพท์ ซึ่งมีการออกแบบให้มีการกระชับโดยใช้ระยะเวลาไม่เกิน 10 นาที ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเข้าใจในภาวะของโรคที่เป็นอยู่ และเกิดความร่วมมือในการรักษา (Gatehel, 2004) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาทำการสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์กับผู้ดูแลหลัก ภายหลังเสร็จสิ้นแต่ละกิจกรรม ภายใน 3 วัน ระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์นาน 15 นาที

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 260 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์

ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วย และผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจำนวน 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ที่กำหนดจากผู้ป่วยจิตเภทที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยภายนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยการดำเนินกิจกรรมเป็นครอบครัว พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทหลังการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ .01

พรสวรรค์ พูลกระจ่าง (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมให้ความรู้และระดับประคองต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมให้ความรู้และระดับ ประคองเหมาะสม มากกว่าโปรแกรมให้ความรู้และระดับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมลักษณ์ เขียวสด (2550) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลราชบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 คน ที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

Ran et al. (2003) ทำการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของประเทศจีน โดยทำการสุ่มในครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 326 ราย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ให้ทั้งโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ในครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยา, กลุ่มที่ 2 รักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวและกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุมผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว ญาติมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วยส่งผลดีต่อพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

สุภาภรณ์ ทองคารา (2545) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วย จิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มา รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วย จิตเภทของญาติ สูงกว่าก่อนการได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาแล้วพบว่ากลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย สูงกว่าก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิราพร รักการ (2549) ได้ศึกษาผลของการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัฒนาทอง กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่า ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการเข้าร่วม โปรแกรมการให้ความรู้ครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่การเข้าร่วม โปรแกรมการให้ความรู้ครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Pit-Walz et al. (2006) ทำการศึกษาถึงโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา และการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในเมืองมิวนิค ประเทศเยอรมัน โดยทำการสุ่มในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 236 ราย ผู้ป่วยและญาติที่ได้รับ โปรแกรมจะได้รับการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม เป็นระยะเวลามากกว่า 4-5 เดือน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือกลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มญาติ มีการเข้ากลุ่มเป็นเวลา 8 ครั้ง อีกกลุ่มจะเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลลัพธ์ที่ได้จะถูกนำมาเปรียบเทียบกับช่วงเวลา 1-2 ปีที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาคิดว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิด

