

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่มีทั้งอาการเฉียบพลันรุนแรงและการดำเนินโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ความจริง อารมณ์และสังคม (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545) อีกทั้งเป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับต้นของการเจ็บป่วยทางจิต โดยมีความชุกร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลก และมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5 ต่อประชากรแสนคนต่อปี (Kaplan & Sadock, 1998) โดยในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 2 ล้านคน (มาโนช หล่อตระกูล และคณะ, 2544) และจากข้อมูลเชิงระบาดวิทยาของประเทศไทยพบว่าโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุดเมื่อเทียบกับโรคจิตชนิดอื่น เช่นกัน โดยพบถึงร้อยละ 23.34 ของการเจ็บป่วยทางจิตทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2550) เพศหญิงและเพศชายพบได้พอกัน ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ (มาโนช หล่อตระกูล และคณะ, 2550) ซึ่งผลจากการเจ็บป่วยก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ รัฐต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้เนื่องจากหากอาการกำเริบรุนแรง ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ, 2544) ในทางเศรษฐศาสตร์นับเป็นการสูญเสียทางตรงและทางอ้อม และสูญเสียมากถึงร้อยละ 11 ของการสูญเสียจากการเจ็บป่วยทั้งหมด (สมชาย จักรพันธุ์, 2543) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็โรคจิตเภท ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ

ปัจจุบันการรักษาโรคจิตเภทด้วยยาต้านโรคจิต เป็นวิธีการรักษาที่ใช้ในลำดับแรกเนื่องจากจะสามารถปรับสมดุลของสารชีวเคมีในร่างกายและมีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย ช่วยลดความรุนแรงของโรค (Kumar & Sedwick, 2001) ควบคุมอาการและส่งผลระยะยาวต่อการรักษาโดยเฉพาะการป่วยซ้ำหรือเกิดอาการใหม่ ผู้ป่วยต้องรับการบำบัดด้วยยาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน จึงทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำในอัตราที่สูง สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ พบว่า หนึ่งในตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำคือพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำมีลักษณะของพฤติกรรมการใช้ยาคือ มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดจนสามารถสังเกตอาการจากผลข้างเคียงของยาได้ ส่วนในกลุ่มที่ป่วยซ้ำนั้นพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยาเป็นปัจจัยทำนายที่ทำให้ ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา และจากการที่ผู้ป่วยเกิดการป่วยซ้ำเนื่องจากมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษานั้น เกิดจากผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาทางจิต

(สาธุพร พุฒขาว, 2541 และ วาสนา ปานดอก, 2545) รวมทั้งมีปัญหาการจัดการกับอาการทางกาย และการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) ซึ่งปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่พบในผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ มีการหยุดการใช้ยาหรือใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติ ใช้ยาน้อยหรือเพิ่มมากกว่าแผนการรักษา (มาโนช หล่อตระกูล, 2541: 761; Farragher, 1999) ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องนี้เป็นสาเหตุสำคัญให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการป่วยซ้ำ โดยมีอาการผิดปกติทางบุคลิกภาพมากขึ้น เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเอง ต่อผู้อื่น และญาติผู้ดูแล ซึ่งทำให้ญาติเดือดร้อน ลำบากใจในการแก้ปัญหา จนเป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงาน ดังนั้นปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา จึงยังเป็นปัญหาที่มีความสำคัญซึ่งพบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ในชุมชนที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำตามมา

การที่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนมีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษานั้นพบว่าสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากครอบครัว เนื่องจากนโยบายของประเทศในปัจจุบัน สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชใช้ระยะเวลาสั้นในการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับการรักษาดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวที่บ้าน ส่งผลให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนเร็วขึ้น (สุวิมล สมัตถะ, 2541) ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยตรง ในการดูแลผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของนพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ และนารัต เกษตรทัต (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ผลวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ได้แก่ การขาดผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยานอกจากนี้ยังพบว่าจากการที่สมาชิกในครอบครัวต้องมาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานย่อมส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ดูแล ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง วิตกกังวล จนเกิดความเครียด (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) ทำให้ครอบครัวเกิดความรู้สึก การไม่ยอมรับและทัศนคติไม่ดีต่อผู้ป่วย เกิดสัมพันธภาพไม่ดีในครอบครัว และปัญหาภายในครอบครัวตามมา ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ด้วยกันไม่มีความสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนดูแลจากครอบครัวเท่าที่ควรส่งผลให้มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาตามมา ซึ่งจากการศึกษาของ Ran, Xiang & Chan (2003) ทำการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของประเทศจีน โดยทำการสุ่มในครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภท ทั้งหมด 326 ราย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ให้ทั้งโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยา, กลุ่มที่ 2 รักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว และกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุม ผลการศึกษพบว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาพร้อมกับได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา มีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว ญาติมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วย ส่งผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และป้องกันการป่วยซ้ำ

สังคมไทยให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัวมาเป็นเวลาช้านาน การดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกแต่ละคนภายในครอบครัว เป็นสิ่งที่ปฏิบัติกันมาอย่างต่อเนื่อง สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวเป็นหน่วยหนึ่งของระบบความสัมพันธ์ และการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ครอบครัวจึงกลายเป็นหน่วยสำคัญของการช่วยเหลือฟื้นฟู ไม่ว่าจะเป็นการฟื้นฟูทางสังคมหรือการแพทย์ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ทั้งนี้เพราะการเจ็บป่วย ไม่ได้เกิดขึ้นเองตามลำพังแต่เกิดขึ้นมาในบริบทโดยเฉพาะครอบครัว (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ดังนั้นเมื่อมีสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัวเกิดความเจ็บป่วยขึ้น การทำหน้าที่ของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จะเป็นแหล่งช่วยเหลือผู้ป่วย ได้แก่ การให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย คอยดูแลหรือเตือนให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอและไปรับการตรวจรักษาตามที่แพทย์นัด การเฝ้าสังเกตอาการต่างๆของผู้ป่วย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ดังนั้นครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ ชำชอง (2547) ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแล้ว พบว่า ประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยๆ การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว การได้รับการยอมรับจากครอบครัว การได้รับความอบอุ่น กำลังใจและความช่วยเหลือจากบุคคลที่รัก ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่ามีความสำคัญต่อผู้ที่อยู่รอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีที่พึ่ง จึงมีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่มีอาการกำเริบ

สถานีนามัยบ้านหนองปรือ เป็นสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายดูแลสถานีนามัยลูกข่ายในเขตอำเภอหนองปรือ ซึ่งจากการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน พบปัญหาที่มีผู้ป่วยจิตเภทในความรับผิดชอบจำนวน 35 คน มีอัตราป่วยซ้ำ 25 คน (ร้อยละ 71.42) จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมพบว่าสาเหตุเนื่องมาจาก หลังจากมีการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลกลับมาดูแลต่อในชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัว ไม่ได้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรด้านสาธารณสุข ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการรักษาจากแพทย์ การใช้จ่าย การจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้จ่าย การมีกิจกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุพัตรา พุ่มพวง (2547) ในผู้ใช้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขต 6 กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดกาญจนบุรี สุพรรณบุรี ราชบุรี และ นครปฐม พบว่าผู้ใช้บริการและครอบครัวมีความต้องการในด้านต่างๆ ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดี การบริการดูแลครอบคลุมทุกมิติ การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และ การสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสาเหตุสำคัญของการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือการที่ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ สอดคล้องกับการศึกษาของเพชรรัตนสายบัว (2544) ศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วย จิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่

ป่วยซ้ำ ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ มี 5 ตัว คือพฤติกรรมการใช้ยา การดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา ด้านการแสดงอารมณ์ สถานภาพสมรส และความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงทำการสำรวจพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ทั้ง 25 คนซึ่งมีการป่วยซ้ำต่างข้างต้น ด้วยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของอุมพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่าผู้ป่วยเกือบทุกรายมีปัญหาพฤติกรรมใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ โดยมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องตามเกณฑ์ระดับปานกลาง 16 คน (ร้อยละ 64) และระดับต่ำ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 28) ซึ่งจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม พบว่าสาเหตุของปัญหาการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่มาจากตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการใช้ยาทางจิต ไม่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา และเบื่อหน่ายการรับประทานยา โดยผู้ป่วยคิดว่าการป่วยทางจิตดีขึ้น จึงหยุดยาเอง นอกจากปัญหาจากตัวผู้ป่วยแล้ว สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องนั้น มีส่วนเกี่ยวข้องกับครอบครัว โดยพบว่าผู้ป่วยบางรายเมื่อมีปัญหาในครอบครัว ก็จะแก้ปัญหาโดยดื่มสุรา ซึ่งการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด เป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยที่สร้างปัญหาให้แก่ครอบครัว (Jenings, et.al., 1987 อ้างใน อุมพร กาญจนรักษ์, 2545) และผลของการดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นสารกระตุ้นทำให้เกิดอาการผิดปกติทางจิตมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตให้คงที่ ส่งผลต่อการรักษาที่ไม่ดี (อุมพร กาญจนรักษ์, 2545) เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามมา

นอกจากปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องตามเกณฑ์จะมีสาเหตุมาจากตัวผู้ป่วยเองแล้ว พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากครอบครัวเท่าที่ควร ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอหนองปรือ เป็นลักษณะครอบครัวขยาย จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวัยทำงานจะออกไปทำงานต่างจังหวัด ดังจะเห็นได้จากผลการสัมภาษณ์ผู้ดูแลในครอบครัว พบว่าผู้ป่วยบางรายไม่มีผู้ดูแลในเรื่องการรับประทานยาที่บ้าน เพราะ ต้องออกไปประกอบอาชีพจึงไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลบางรายไม่เข้าใจผู้ป่วยทำให้แสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม เช่น เบื่อหน่าย ท้อแท้ ในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนผู้ดูแล ขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ และการดูแลรักษาผู้ป่วยจึงไม่พาผู้ป่วยไปรับยาตามแพทย์นัด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ประกอบกับผู้ดูแลขาดทักษะในการสังเกตอาการเตือนอาการแสดงที่รุนแรงของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ตลอดจนปัญหาสัมพันธภาพด้านการสื่อสารในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษานำไปสู่การ เกิดปัญหาการป่วยซ้ำตามมา ดังนั้นจึงจำเป็นที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวให้ได้รับการรับประทานยาเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ครอบครัวจึงกลายเป็นหน่วยสำคัญมากที่จะช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประไพศรี บูรณางกูร (2541) พบว่า เมื่อมี

อาการผิดปกติหรือมีเรื่องไม่สบายใจผู้ป่วยจะปรึกษาครอบครัวคือบิดา มารดา มากที่สุด และการสนับสนุนทางครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

ดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้นว่าการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนั้น ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการรักษาผู้ป่วยจิตเภทให้ได้ผลดีที่สุดจึงต้องมองในแง่บริบทของครอบครัว โดยเฉพาะความสัมพันธ์ซึ่งสมาชิกมีต่อกัน เพราะเมื่อสมาชิกคนหนึ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงเช่นมีการเจ็บป่วย ก็จะทำให้สมาชิกคนอื่นๆ ได้รับผลกระทบไปด้วย (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, 2545) อีกทั้งบุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมักเป็นบุคคลในครอบครัว โดยทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยด้านต่างๆ ที่นอกเหนือจากสิ่งที่ปฏิบัติประจำ (สกาวรัตน์ ภูผา, 2543) จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ให้มีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ด้วยเหตุนี้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ในการสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ และการรักษา และการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะการเผชิญความเครียด ทักษะด้านการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัว เพราะจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะการเผชิญความเครียด รวมทั้งมีทักษะในการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

การศึกษาและทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ผู้ศึกษาพบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) สามารถช่วยในการแก้ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ เนื่องจากเป็นรูปแบบของการปฏิบัติการสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล โดยกิจกรรมหลักของการบำบัดในรูปแบบนี้ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยอาศัยหลักการของการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper, Leff & Lam, 1992 อ้างใน จิราพร รักการ, 2549) คือการมีส่วนร่วมด้วยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการบำบัด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งทำให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำลดลง

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

แนวเหตุผลและสมมติฐานโครงการศึกษาอิสระ

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมักมีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาอาทิ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง มีการหยุดการใช้ยาหรือใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าตนเองมีความผิดปกติ ผู้ป่วยลี้มรับประทานยา รับประทานยาไม่ครบทุกมื้อตามแพทย์สั่ง (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ และนารัต เกษตรทัต, 2550) โดยสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์นี้เกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท การขาดทักษะในการจัดการกับอาการ รวมทั้งการขาดการสนับสนุนระดับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมจากครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (สาธุพร พุฒขาว, 2541; อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ที่เน้นการประคองประคองและการบริการด้านความรู้ มีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) และเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping skills) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น และมีพฤติกรรมการใช้ยาได้ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น (Ran, Xiang & Chan, 2003; Pitschel-Walz, Bauml, Bender et al., 2006) โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ตามแนวของ Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับให้ความรู้แก่ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ประกอบด้วยการดำเนินการต่างๆ ได้แก่ การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ประยุกต์มาจากการศึกษาของ สุรวุฒิ เฟิงเกร็ด (2550) ซึ่งพัฒนามาจากโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ จิราพร รักการ (2549) และแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วยการดำเนินการ 5 กิจกรรม ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว และระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว (joining) โดยเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย บอกวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมที่ใช้ใน

การศึกษา ถ้ามองถึงลักษณะครอบครัวและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวเพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ ในโปรแกรม เพื่อช่วยให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น นอกจากนี้การสร้างความหวังให้กับครอบครัวสำหรับอนาคตที่ดีกว่า จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมและมีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ซึ่งได้นำแนวคิดของ Oehl, Hummer and Fleischhacker (2000) มาศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในประเทศไทย พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เป็นหนึ่งในตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจิตเภทได้ นอกจากนี้สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการก็จะทำให้เกิดผลทางบวกในการรักษาเช่นกัน คือ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจจนส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น (สาธิตพร พุฒขาว, 2541) ดังนั้นสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

2. การพัฒนาความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท (family education) โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในเรื่องการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและ ผลเสียการใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษา อีกทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับยา พฤติกรรม การใช้ยาที่เหมาะสม และอาการข้างเคียงจากยา เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (สาธิตพร พุฒขาว, 2541; อุมพร กาญจนรักษ์, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ Favrod (1993, อ้างถึงใน กาญจนนา ชัยเจริญ, 2547) ทำการศึกษาผลของการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต เพื่อเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต สามารถเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ และการให้ความรู้แก่ครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัว หรือผู้ดูแลได้ปรับปรุงประสิทธิภาพการดูแลและการปรับตัวกับอาการของผู้ป่วยได้ (Forman, 1993 อ้างถึงใน กาญจนนา ชัยเจริญ, 2547) อีกทั้งช่วยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา

ของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้การได้รับความรู้เกี่ยวกับผลเสียการใช้แอลกอฮอล์ ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด จะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา มีพฤติกรรมที่ไม่เป็นมิตรและต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่จะมีผลทำให้ขาดสติและลืมการรับประทานยา (นพวรรณ เอกสุวิรพงษ์ และ นารัต เกษตรทัต, 2550)

3. การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) เนื่องจากสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ คือ การเกิด อาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตและผู้ป่วยเมื่อหน้าต่อการรับประทานยาหยุดยาเอง ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นที่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวจะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือน อาการข้างเคียงของยา สามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาดังกล่าว และทราบทักษะเกี่ยวกับการจัดการยาให้ผู้ป่วย ตลอดจนการเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Todd (1981) พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่หยุดรับประทานยาเมื่อรู้สึกว่าการรับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น โดยไม่ทราบว่าเป็นผลข้างเคียงของยา ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการกำเริบ ดังนั้นการพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา โดยการให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวฝึกทักษะในการสังเกตอาการ การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา การเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันค้นหาวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทราบแนวทางจัดการกับปัญหา และเกิดความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับปัญหาอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง เมื่อผู้ป่วยรวมทั้งผู้ดูแลมีทักษะในการจัดการกับปัญหาดังกล่าวที่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา และทำให้อัตราการป่วยซ้ำลดลง (Ran, Xiang & Chan, 2003)

4. การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) ที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลงมา (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพนี้จะส่งผลต่อพฤติกรรมใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภท ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Ross et al. (2002) ซึ่งพบว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่เหมาะสม

5. การพัฒนาทักษะด้านสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เน้นทักษะการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัว และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับการพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร

(communication skills) มาใช้ ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเองและสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชลีศรีสุพรรณ, 2547) การฝึกการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว มีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารเป็นความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม การสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่เป็นประโยชน์กับตัวผู้ป่วยเอง การพัฒนาทักษะในด้านนี้จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการแสดงทางอารมณ์ที่เหมาะสม ไม่แสดงออกทางอารมณ์สูงกับผู้ป่วย เช่น การดูค่า การแสดงความเบื่อหน่าย ซึ่งผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์สูงจะมีความเกี่ยวข้องกับการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา (อุมพร กาญจนรักษ์, 2545) และการพัฒนาทักษะการสื่อสารทำให้ผู้ป่วยรู้จักหาแนวทางแก้ปัญหาที่ตนเองไม่สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ อาการผิดปกติจากการใช้ยาทางจิต อาการข้างเคียงจากการใช้ยารวมถึงอาการผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และยังทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้างในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและกลายเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) นอกจากนี้การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นคงทางอารมณ์และการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (Thompson & Doll, 1993 อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเขียว, 2543) ดังนั้น การพัฒนาทักษะด้านสังคมและการหาแหล่งทรัพยากร เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมาใช้ในการลดปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานในการศึกษา ครั้งนี้คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวดีขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดี่ยววัดก่อน-หลังการศึกษา โดยทำการศึกษ การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภท ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้ คือ

1. ประชากรในการศึกษา คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV หรือ ICD-10 และสมาชิกในครอบครัว โดยมีภูมิลำเนาในเขตอำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี แต่ในการศึกษาครั้งนี้ จะประเมินผลเฉพาะที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเท่านั้น

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่

- 1) ตัวแปรต้นคือ การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
- 2) ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หมายถึงการดำเนินกิจกรรมที่ผู้ศึกษา จัดขึ้น เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งประยุกต์มาจากการศึกษาของ สุรวุฒิ เพ็งเกร็ด (2550) ที่พัฒนามาจากโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ จิราพร รักการ (2549) และแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นส่วนร่วม (partnership) ในทุกกิจกรรมที่จัดขึ้น ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายครอบครัวที่บ้านของผู้ป่วย สัปดาห์ละ 1 กิจกรรมๆละ 45-60 นาทีใช้ระยะเวลาดำเนินการติดต่อกัน 5 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษา กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนมีการประเมินสภาพครอบครัว ได้แก้ปัญหาและความพร้อมของครอบครัวในการเข้าร่วมกิจกรรม และนำปัญหาที่ได้มาวางแผนและแก้ไขปัญหาร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท (family education) การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง

กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวได้ทราบถึงสาเหตุของ ปัญหาและ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท พฤติกรรมที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์ อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต วิธีการดูแล เบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา รวมทั้งผลเสียการใช้แอลกอฮอล์ และสารเสพติด

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท และทักษะเกี่ยวกับการดูแลจิตยา การเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้าใจถึงอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น มีทักษะในการ จัดยาทางจิต และสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทราบถึงความสำคัญของการเผชิญ ความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคมหมายถึงกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทาง สังคมและมีการสื่อสารภายในครอบครัว อย่างมีประสิทธิภาพ

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่ บ้าน เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวชตามการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต ซึ่งวัดจากแบบ วัด พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และการศึกษาของเพชร คันธสายบัว (2544) แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1. การใช้ยาตามแผนการรักษา หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับประทานยาทาง จิตอย่างถูกต้อง ซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การรับประทานอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ตามเวลา และการไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ ได้ ปรึกษาแพทย์

2. ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา และการบอก เล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ การวินิจฉัยใน DSM-IV หรือ ICD-10 และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนอำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี และ เดินทางมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ณ สถานบริการสาธารณสุขเป็นครั้งคราว

สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 ครอบครัว โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้ เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรเพียงคนใดคนหนึ่งที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใดๆ เป็นเพศชายหรือหญิงวัยผู้ใหญ่อายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ เป็นผู้สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้

สมาชิกอื่นๆ หมายถึง สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวละ 1 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้ เป็นผู้มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมายกับผู้ป่วยจิตเภท อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ มีการพ้องพังกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วยและผู้ดูแล อายุระหว่าง 20 ปีขึ้นไป สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ครอบครัว จะมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการจัดการกับปัญหาจากการใช้ยาทางจิต นำไปสู่การปรับปรุงตนเองให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนและดูแลช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น ส่งผลให้ลดอัตราการป่วยซ้ำ

2. ด้านบริการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยมีสมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนและดูแลช่วยเหลือจนสามารถ มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการป่วยซ้ำลดลง

3. ด้านการพัฒนากระบวนการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในบริการระดับปฐมภูมิ โดยสามารถนำการบำบัดด้วยสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวประยุกต์ใช้ในงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

4. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยด้านการพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ