

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นๆ คือพบร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (Boyd, 2005) จากการสำรวจข้อมูลทั่วโลกพบว่าร้อยละ 1 ของประชากรในเกือบทุกประเทศป่วยเป็นโรคจิตเภท โดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยดังกล่าวมากกว่า 2 ล้านคน (Joanna Briggs Institute, 1999) สำหรับประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วย ร้อยละ 23.34 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดซึ่งมีมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตชนิดอื่น และพบว่าโรคนี้เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขตลอดมา (กรมสุขภาพจิต, 2550) เนื่องจากก่อให้เกิดภาวะสูงถึงร้อยละ 11 โดยพิจารณาตามเกณฑ์จำนวนปีที่สร้างความเสียหายให้กับชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคนั้นๆ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) ซึ่งทางเศรษฐศาสตร์นับว่าเป็นการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม อีกทั้งเป็นโรคที่ก่อปัญหาและส่งผลกระทบต่อภาระการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคม (สินชัย วสุนธรา, 2547)

ปัจจุบันนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล ได้มุ่งที่การรักษาในระยะเฉียบพลัน เพื่อบรรเทาอาการทางจิตที่รุนแรงหรือกำเริบเท่านั้น เมื่ออาการรุนแรงต่างๆ ของผู้ป่วยสงบลง ผู้ป่วยเหล่านี้ จะได้รับการจำหน่ายออกสู่ครอบครัวและชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2550) เนื่องจากแนวคิดว่าการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลนานๆจะทำให้เกิดผลเสียต่อการดำรงชีวิตในสังคมของผู้ป่วย (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) สำหรับรูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในปัจจุบันมีหลายรูปแบบ ซึ่งการรักษาด้วยยาเป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุด โดยผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วยังต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการและให้เกิดผลการรักษาในระยะยาว ป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดอาการครั้งใหม่ (Kaplan & Sadock, 2000) เนื่องจากการรักษาด้วยยามีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย และช่วยลดความรุนแรงของโรค (Horwath & Coumos, 1999; Kumar & Sedgwick, 2001) แต่จากการศึกษาของ Sullivan et al. (1995) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชนแล้ว ส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องของพฤติกรรมที่ไม่รับผิดชอบต่อตนเองตามเกณฑ์การรักษา สำหรับประเทศไทยก็เช่นกัน พบว่าพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ก็เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ เพชรี คันธสายบัว (2544) ได้ศึกษาวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำพบว่า หนึ่งในตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ คือ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยการขาดยาเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำถึงร้อยละ

ละ 63.33 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมชาย จักรพันธ์ (2543) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 โดยการป่วยซ้ำนี้ในทางเศรษฐศาสตร์นับเป็นการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลการศึกษาดังกล่าว เป็นเครื่องบ่งบอกถึงความจำเป็นของการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา หากผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับมารักษาซ้ำ และไม่สามารถคงไว้ซึ่งสมดุลของชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาจึงมีความสำคัญต่อการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นอย่างมาก

จากการทบทวนตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทมี 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยด้านทีมสุขภาพ (Oehl et al., 2000) นอกจากนี้อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ได้นำแนวคิดของ Oehl et al. (2000) มาศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในประเทศไทย พบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว อากาศทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา อีกทั้งจากการศึกษาของ Pitschel-Walz et al. (2006) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีหลายปัจจัย โดยปัจจัยแรกที่สำคัญที่สุดคือตัวผู้ป่วยเองที่ต้องยอมรับว่าตนเองมีอาการทางจิตและเปิดใจทำการรักษา ปัจจัยที่สองคือครอบครัวของผู้ป่วยที่ให้ความเข้าใจ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยอมรับว่าคนในครอบครัวเป็นโรคจิตเภท ซึ่งการส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือที่ถูกต้อง การยอมรับในพฤติกรรมและปัญหาของผู้ป่วย สามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับการรักษาและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง (Hammond & Deans, 1995) จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและหากไม่ได้รับการแก้ไขก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการป่วยซ้ำได้ ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาคือ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเองและปัจจัยด้านครอบครัว ซึ่งหากผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรครวมทั้งการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา ก็จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

โรงพยาบาลบ้านหมอ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงมีหน้าที่รับดูแลผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ จากข้อมูลงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลบ้านหมอ พบว่าผู้ป่วยจิตเวช มีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 36 ราย เป็น 44 ราย และ 53 ราย ในปี พ.ศ. 2549-2551 ตามลำดับ สำหรับข้อมูลปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 42 ราย คิดเป็น ร้อยละ 78.20 ในจำนวนนี้

เป็นผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบรุนแรง 6 ราย และไม่มารับใบส่งตัวตามนัดจำนวน 16 ราย (โรงพยาบาลบ้านหมอ, 2551) ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ จึงได้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหาดังกล่าว จำนวน 20 รายในเดือนพฤษภาคม 2552 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา จึงใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) เพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยทั้ง 20 รายนี้ พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ในระดับดี 2 ราย ระดับปานกลาง 8 ราย ระดับต่ำ 7 ราย และระดับต่ำสุด 3 ราย

ผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์เพิ่มเติมพบว่าในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในระดับดี จะอาศัยอยู่ในครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา และเข้าใจวิธีการดูแลเมื่อผู้ป่วยเกิดฤทธิ์ข้างเคียงของยา ส่วนในผู้ป่วย 3 รายซึ่งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาระดับต่ำสุด จะเป็นผู้ป่วยที่ขาดความรู้ในการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ผู้ป่วยอีก 15 รายซึ่งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับปานกลางและต่ำจะให้ข้อมูลว่าตนเมื่อการรับประทานยา คิดว่าตนเองขาดขีดความสามารถความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ขาดความรู้เรื่องความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิต อีกทั้งมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดการอาการข้างเคียงภายหลังการรับประทานยา นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวข้องกับครอบครัว ในลักษณะต่างๆ อาทิ มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ครอบครัวขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการกำเริบ และครอบครัวส่วนใหญ่ใช้วิธีการหลีกเลี่ยงเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการดังกล่าว

จะเห็นได้ว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ในเขตอำเภอบ้านหมอมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษานั้น นอกจากจะมาจากตัวผู้ป่วยเองแล้วยังเกี่ยวข้องกับสมาชิกในครอบครัวด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lin & Ahn (2003) กล่าวว่าครอบครัวมีความสำคัญอย่างมากในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท หากสมาชิกในครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ย่อมส่งผลให้ขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ได้รับ การดูแลอยู่ที่บ้าน และในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาตามมา นอกจากนี้ผลการศึกษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) พบว่า ความรู้เรื่องโรค และการใช้ยา ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภท ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่ตนเป็น และการรักษารวมทั้งขาดทักษะในการจัดการกับอาการ จะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา จากสาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะหาวิธีการดูแล

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหอันเกิดจากตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวซึ่งเป็นสาเหตุของพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า ได้มีการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น การให้กลุ่มปรึกษาประคองและจิตศึกษาตามโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง (Fowler, 1992; Hammond&Deans, 1995; Yamashita, 1996) และการให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ซึ่งแบ่งได้เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (individual psychoeducation) รายกลุ่ม (group psychoeducation) และการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาวิธีต่างๆ เหล่านี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย การรักษา เกิดการยอมรับ อีกทั้งสามารถจัดการกับอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้และมีการปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตเพื่อลดความตึงเครียด (Williams, 1989) โดยเฉพาะรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเป็นวิธีการที่มีประโยชน์มาก เนื่องจากมีการเล็งเห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว โดยยอมรับการแสดงบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตมากขึ้น ประกอบกับในปัจจุบันแนวคิดและรูปแบบของการดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตนั้น เน้นในเรื่องของการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา จึงมีผู้สนใจและพยายามที่จะนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การเสริมสร้างความร่วมมืออันดีระหว่างเจ้าหน้าที่ ครอบครัวและผู้ป่วย (Anderson, Hogarty & Reiss, 1980; Lucksted, 2003) ส่งผลให้ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Ran, 2003)

สำหรับประเทศไทย จากการศึกษาของ จิราพร รักการ (2549) พบว่าการดูแลผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ทำให้ครอบครัวเกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เกิดการสร้างความร่วมมือของครอบครัวในการวางแผนการรักษา การค้นหาวิธีการแก้ปัญหาและการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ครอบครัวมีความรู้ในการแก้ปัญหาเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และการจัดการกับอาการกำเริบ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข รวมทั้งทำให้อัตราการกลับเป็นซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ถือเป็นกิจกรรมการพยาบาลลักษณะหนึ่งในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่บ้าน พัฒนาขึ้นโดย Anderson, Hogarty & Reiss (1980) เป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็น

หุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยอาศัยหลักการของการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper et al., 1992) คือ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การส่งเสริมสัมพันธ์ภายในครอบครัว การช่วยเหลือในด้านการวางแผนการรักษาตามความเหมาะสม ลดความสับสนและความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยการให้ข้อมูลและการช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์ การช่วยเหลือในระยะวิกฤต การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว ตลอดจนการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะนำการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) มาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในเขตอำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี เนื่องจากเป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (Joining) ในการดูแล ดำเนินการเป็นรายครอบครัวที่บ้าน โดยนำผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมทุกกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วย มีพฤติกรรม การใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาคืบขึ้น อัตราการป่วยซ้ำลดลง (Ran et al., 2003) และครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (นิศากร แก้วพิลา, 2545)

คำถามโครงการศึกษาอิสระ

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานโครงการศึกษาอิสระ

จากนโยบายกรมสุขภาพจิต (2550) ที่มุ่งเน้นการรักษาในระยะเฉียบพลันเพื่อบรรเทาอาการทางจิตที่รุนแรงหรือกำเริบเท่านั้น เมื่ออาการรุนแรงต่าง ๆ ของผู้ป่วยสงบลง ผู้ป่วย จะได้รับการจำหน่ายออกสู่ครอบครัวและชุมชนอย่างรวดเร็ว เนื่องจากแนวคิดว่าการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลนานๆจะทำให้เกิดผลเสียต่อการดำรงชีวิตในสังคมของผู้ป่วย (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) โดยผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วยังต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการและ

ให้เกิดผลการรักษาในระยะยาว ป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดอาการครั้งใหม่ (Kaplan & Sadock, 1995) แต่จากการศึกษาของ Sullivan et al. (1995) พบว่าผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชนแล้ว ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องของพฤติกรรมที่ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจึงเป็นปัญหาสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยพบว่ามีสาเหตุสำคัญจากการที่ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการขาดทักษะในการจัดการกับอาการ (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) อีกทั้งสมาชิกในครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย (Lin & Ahn., 2003) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นรูปแบบที่เน้นการประคับประคองและการบริการด้านความรู้ มีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล และเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวที่ดีขึ้น และมีพฤติกรรมใช้ยาได้ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น (Pitschel-Walz et al., 2006)

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (joining) ในการดูแล ประกอบด้วยการสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยในการศึกษารุ่นนี้ผู้ศึกษาได้ใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งปรับปรุงมาจากการศึกษาของ จิราพร รักรการ (2549) ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Anderson et al. (1980) ในโปรแกรมประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม โดยมีการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวให้แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายครอบครัวที่บ้านด้วยการนำผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกกิจกรรมในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งผู้ศึกษาได้ดัดกิจกรรมที่ 1, 2 และ 4 ไว้แต่มีการปรับเนื้อหาของกิจกรรมที่ 3 และ 5 เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาในครั้งนี้ เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในเขตอำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี มีปัญหาเกี่ยวกับการจัดการอาการข้างเคียงภายหลังการรับประทานยา ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวและขาดทักษะในการสื่อสารที่ดีภายในครอบครัว อีกทั้งขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการกำเริบ นอกจากนี้ยังใช้วิธีการหลีกเลี่ยงเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการกำเริบและ

พฤติกรรมไม่ใช่ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงมีการปรับสาระในโปรแกรมให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบ โดยเพิ่มเติมเนื้อหาเรื่องการตระหนักในความสำคัญของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำในกิจกรรมที่ 3 และปรับเรื่องการพัฒนาทักษะการสื่อสารและทัศนคติของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยมุ่งเน้นที่การสนับสนุนจากครอบครัวในกิจกรรมที่ 5 ซึ่งการดำเนินกิจกรรมแต่ละกิจกรรมคาดว่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างเสริมสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว (joining) โดยการที่ผู้ศึกษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีจะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมและความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น (จิราพร รักการ, 2549)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจของครอบครัว (family education) เกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยเป็นการให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545)

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา (Problem solving skills) การตระหนักในความสำคัญของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาโดยเฉพาะปัญหาจากการใช้ยาและอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและครอบครัว จำเป็นที่จะต้องทราบถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช ซึ่งจะทำให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์รวมทั้งอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ร่วมกับการฝึกฝนทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill) มาใช้ในการให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมค้นหาปัญหาและวิธีการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งการได้รับความรู้และการฝึกฝน

ทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และทักษะการจัดการกับอาการกำเริบที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (Lazarus & Folkman, 1984) เมื่อผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ทำให้อัตราการป่วยซ้ำลดลง (Ran et al., 2003) นอกจากนี้การตระหนักถึงความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภท ซึ่งนอกจากผลต่อตัวผู้ป่วยคือทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทรมานจากอาการทางจิตที่เพิ่มมากขึ้น ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ต่อสังคมและต่อประเทศอีกด้วย อีกทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ซึ่งเป็นความวิตกกังวลของบุคคลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการรับรู้ขึ้นอยู่กับความเข้าใจ หรือความตระหนักต่อภาวะคุกคามต่อการเกิดโรคเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคล ค้นหาหนทางหลีกเลี่ยงต่ออาการทางจิตมากขึ้น (Baker, 1995) ซึ่งการตระหนักในความสำคัญของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) อีกทั้งมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (เพชร คันทสายบัว, 2544)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ (Effective Coping) ซึ่งการเผชิญความเครียด เป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลงมา (Lazarus & Folkman, 1984) ทั้งนี้การนำการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skill) มาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถหลีกเลี่ยงภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดรวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญกับความเครียดอันเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและการใช้ยาทางจิต (Cohen & Will, 1985 อ้างใน ทีปประพิณ สุขเจียว, 2543)

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและทัศนคติของครอบครัว โดยมุ่งเน้นที่การสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเองและสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) การฝึกฝนให้เกิดการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม การสื่อสารเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (เพชร คันทสายบัว, 2544) การสื่อสารของผู้ป่วย

จิตเภทนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยเอง การพัฒนาทักษะในด้านนี้ จะทำให้ผู้ป่วย รู้จักแนวทางแก้ปัญหาที่ตนเองไม่สามารถแก้ไขได้ นอกจากนี้ทัศนคติของครอบครัว มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการรับประทานยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เช่น ผู้ป่วยถูกแสดงความรังเกียจ จึงพยายามหลีกเลี่ยงการแสดงให้เห็นว่าตนเองป่วย หรือผู้ป่วยอยู่ในครอบครัวที่ไม่เห็น ความสำคัญของการรักษาทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนให้รับประทานยาตามแผนการรักษา (Oehl et al., 2000) การพัฒนาทักษะการสื่อสารและ ทัศนคติที่ดีของครอบครัว ความรู้สึกไม่ถูกแยกออกจาก ครอบครัวที่อยู่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของ ครอบครัว ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Brandt & Weinert, 1985)

จะเห็นได้ว่ากิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งผู้ศึกษาได้ประยุกต์มาจาก โปรแกรมของ จิราพร รักการ (2549) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการ ให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีหุ้นส่วน (Partnership) ใน การดูแลโดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุก ขั้นตอนในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวดังกล่าวข้างต้น สามารถเพิ่มความรู้ในการใช้ ยาของผู้ป่วยและ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ทักษะในการจัดการเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการ ข้างเคียงจากการรับประทานยาตามแผนการรักษาและทักษะการจัดการกับอาการกำเริบ ซึ่งจะส่งผล ให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่น สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข มี พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและ ลดอัตราการป่วยซ้ำได้ ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงได้กำหนด สมมติฐานการศึกษาไว้ดังนี้

สมมติฐานการศึกษา

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการได้รับโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผล ก่อนและหลังการศึกษา เพื่อศึกษาผล ของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้

1. ประชากรคือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท อันประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และ สมาชิกในครอบครัว ที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี
2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่

2.1 ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

2.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะให้แก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว โดยใช้โปรแกรมของจิราพร รักรการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการกิจกรรมละ 45 – 60 นาที ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 – 2 กิจกรรม ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ซึ่งผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมที่ 1-5 ตามโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาเป็นรายครอบครัวที่บ้าน โดยแต่ละครอบครัวประกอบด้วยสมาชิก 3 คน คือ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ หมายถึง กิจกรรมการพูดคุย สร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม สอบถามครอบครัวเกี่ยวกับปัญหาในครอบครัว และให้ความรู้เรื่องโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว พูดคุยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี และเกิดแรงจูงใจในการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ศึกษาให้ความรู้ทั่วไปกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการ อาการผิดปกติ และการรักษา ยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา การตระหนักในความสำคัญของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดให้มีการพูดคุยถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันอาการกำเริบให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท การสังเกตอาการเตือน พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา ให้สมาชิกยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว อีกทั้งเป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ในการ

เจ็บป่วย สอบถามถึงความรุนแรงของการป่วยซ้ำ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วย เกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง การรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา และดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดความรุนแรงของโรค และป้องกันการป่วยซ้ำ

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง กิจกรรมให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง นำผลมาอภิปรายร่วมกัน เปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญความเครียดและการจัดการกับความเครียด ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ และอาการ และวิธีการจัดการกับความเครียด มีการสาธิตเทคนิคในการคลายความเครียดด้วยตนเอง และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและทัศนคติของครอบครัว หมายถึง กิจกรรมที่ให้ผู้สมาชิกได้แสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางลบ” และ “การสื่อสารทางบวก” และร่วมกันแสดงความคิดเห็น ผู้ศึกษาให้ความรู้ในเรื่องการสื่อสารในครอบครัว ให้ความรู้เรื่องทัศนคติของครอบครัวที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภท ขณะที่อยู่บ้านเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวช โดยเน้นเรื่องการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในเรื่องการรับประทานยา การปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง สม่าเสมอ ซึ่งไม่ได้มาจากการควบคุมหรือสั่งการให้ทำ แต่เป็นความยินดี หรือเต็มใจ ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชื้อว โสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และการศึกษาของ เพชร คันธสายบัว (2544) แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1. การใช้ยาตามแผนการรักษา หมายถึง การรับประทานยาถูกต้อง ซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การรับประทานยา ต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

2. ความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการ จากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากการได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหามือเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา การบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้แก่ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า เป็น โรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD 10 คือมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้และบุคลิกภาพ โดยแสดงความผิดปกติในการทำหน้าที่ด้านการรับรู้การเชื่อมโยงความคิดการควบคุมตัวเอง การแสดงออกทาง

อารมณ์การสื่อสารและขาดแรงจูงใจ ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวมีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ

สมาชิกในครอบครัว หมายถึง บุคคลที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

1. ผู้ป่วยจิตเภทได้รับความรู้และพัฒนาให้สามารถดูแลตนเองได้ รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยผู้ดูแลผู้ป่วยและสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว ให้การสนับสนุนและดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย อีกทั้งเกิดความเข้าใจและสัมพันธ์ภาพที่ดี ภายในครอบครัว

2. ด้านบริการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการดูแลผู้ป่วย โดยการนำโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มาประยุกต์ในการบริการพยาบาล

3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยด้านการพยาบาล เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท