

## บทที่ 2

### เอกสารที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
3. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท
4. แนวคิดโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย
5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
  - 5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท

#### 1.1 ความหมาย

ตามความหมายของ ICD-10 (The International Classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์แบบไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเขาวิปัญญามักคืออยู่แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

สมภพ เรืองตระกูล (2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

Fox & Kan (1996) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรโดยทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคนี้นี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะดี 8 เท่าและมากกว่าร้อยละ 40

เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์และความรู้สึก โดยไม่พบความผิดปกติโรคทางกายและโรคทางสมอง พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด พบได้ในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นทั้งในเพศชาย และเพศหญิง

## 1.2 สาเหตุ

Kaplan & Sadock (1995) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้และปัจจัยที่ได้รับการยอมรับอย่างมาก ได้แก่

### 1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) ได้แก่

1) พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาพบว่า ญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภทสมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป

2) สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกัน สารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่า การหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต

3) ด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี Ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการและช่วงที่ไม่ได้รับการรักษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 20-50 มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง (Taylor, 1994)

4) ด้านประสาทสรีรวิทยา พบว่า Cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

1.2.3 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Social-culture factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ

ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการ โรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (Downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (Social causation hypothesis) ครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อย ๆ พบว่า มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (Expressed emotion) ได้แก่ การตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (Hostility) หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป จนถึงปัจจุบันนี้ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลาย ๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ Stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีววิทยา จิตสังคมหรือหลายปัจจัยร่วมกัน

### 1.3 อาการทางคลินิกและการดำเนินโรค

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยคือ Delusion of persecution, Grandiose delusion, Delusion of reference อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็น Auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วยหรือสั่งให้ทำตาม การพูดขาดตอน (Disorganized speech)

1.3.2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่ 1) Alogia พูดน้อย 2) Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่สบตา 3) Avolition ขาดความกระตือรือร้นและเฉื่อยชาลง 4) Asociality เก็บตัว เฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออกหรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

### 1.4 การดำเนินโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล, 2542) คือ

1.4.1. ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนและโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลเองเรื่อย ๆ

1.4.2. ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์

การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

1.4.3. ระยะเวลาหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่าอาการ โรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิด อาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรกและแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (Complete remission) ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (Incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยังมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ

## 1.5 การรักษา

สาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ การรักษาทางด้านร่างกายเป็นการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวชและการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งวิธีนี้ใช้ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคมเป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัด เช่น ครอบครัวยุทธบำบัด จิตบำบัด (เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2536; Antai - Otong, 1995)

1.5.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นการรักษาที่มีความสำคัญมากและเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิตเป็นยาในกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก (เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2536)

ชนิดของยารักษาอาการทางจิตที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบัน (เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2536; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) แบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่

### 1) ยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิม (Typical anti-psychotics)

ก. Phenothiazines เป็นยารักษาโรคจิต กลุ่มที่ใช้กันแพร่หลายที่สุด ยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิด มีสูตรโครงสร้างเหมือนกันแต่มี Side chain แตกต่างกัน 3 แบบ ทำให้มีฤทธิ์แตกต่างกันคือ 1) Aliphatic เป็นกลุ่มที่มีฤทธิ์ทำให้ห้วงนอนสูงและมีฤทธิ์ข้างเคียงคือ ความดันโลหิตต่ำมากกว่ากลุ่มอื่น เช่น Chlorpromazine, Trifluoperazine 2) Piperidines มีฤทธิ์ทำให้ห้วงนอนปานกลาง ข้อดีคือ มีฤทธิ์ Extra-pyramidal side effect ต่ำกว่ากลุ่มอื่นแต่มีฤทธิ์ข้างเคียงด้าน Anticholinergic สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Thioridazine 3) Piperrazine เป็นยาในกลุ่มที่มี potency สูงมีฤทธิ์ sedative น้อยแต่มี Extra-pyramidal side effect สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Perphenazine, Trifluoperazine และ Fluphenazine ยาที่ได้รับความนิยมมากในกลุ่มนี้คือ Chlorpromazine และ Perphenazine (Fleischhacker, 1994)

ข. Thioxanthene เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ

Phenothiazines มากแต่มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกันเช่น Chlorprothixene, Thiothixene, Flupenthixol, Chopenthixol

ค. Butyrophenones เป็นยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์สูง มีฤทธิ์ระงับนอนน้อย และมี Extra-pyramidal side effect สูงคล้ายกับ Phenothiazines เช่น Haloperidol และ Triperidol  
 ง. Dibenzoxanzepines ยากลุ่มนี้มีใช้ในเมืองไทยตัวเดียว คือ Loxapine  
 จ. Diphenbutypiperidines ใช้ในประเทศไทย 2 ตัวคือ Pimozide และ Penfluridol

ฉ. Benzamides ตัวอย่าง เช่น Sulpiride

ช. Reserpine ปัจจุบัน ไม่ใช่เป็นยารักษาโรคจิตแล้ว แต่ใช้เป็นยาแก้ปวด

กลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตที่สำคัญคือ การ Block dopamine receptors ในสมอง นอกจากนั้นยังออกฤทธิ์ Block receptors ของ catecholamine ตัวอื่น ๆ และรบกวน catecholamine storage ด้วย ทั้งของ Serotonin, Nor epinephrine และ Dopamine เป็นผลให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงที่มีลักษณะคล้าย Parkinsonism ขึ้นและถ้า Receptor ถูก Block นาน ๆ ก็อาจทำให้เกิดการสังเคราะห์ Dopamine เพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุของ Tardive dyskinesia ซึ่งยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่ออกฤทธิ์สกัดกั้น dopamine ที่  $D_2$  receptor ออกฤทธิ์ต่อ Serotonergic noradrenergic cholinergic และ Histaminergic receptors ในสัดส่วนที่แตกต่างกันสำหรับยาแต่ละตัวทำให้มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน

2) ยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ (New anti-psychotics) ยาในกลุ่มนี้มี 2 ชนิด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) คือ

ก. Clozapine จะได้ผลดีในการรักษาโรคจิตเภท โดยได้ผลดีทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ รวมทั้งได้ผลดีพอสมควรในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งต่อต้านการรักษา โดยออกฤทธิ์สกัดกั้น Serotonin, Nor-adrenaline, Acetylcholine และ Histamine มากกว่า Dopamine และออกฤทธิ์  $D_1$  antagonist มากกว่าฤทธิ์  $D_2$  antagonist ด้วย โดยออกฤทธิ์ที่ Cortex และ Limbic system มากกว่า Basal ganglia ทำให้ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาท จึงเป็นยาที่ได้รับความนิยมมากเพราะยังไม่การศึกษาพบว่า มีฤทธิ์ข้างเคียงที่รุนแรง

ข. Risperidone เป็นยารักษาโรคจิตที่มีประสิทธิภาพเท่า haloperidol แต่ต้องให้ขนาดปานกลาง (4-10 มิลลิกรัมต่อวัน) และจะมีผลข้างเคียงน้อยกว่า Haloperidol

ฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตที่สำคัญ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) คือ

1) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effects) เป็นฤทธิ์ที่มักพบในตอนต้นของการให้ยามากกว่าเมื่อให้ยาไปนาน ๆ ซึ่งร่างกายมักปรับตัวได้ที่พบบ่อยได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ม่านตาหดหรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำ

ส่วน Extra - pyramidal side effect เป็นฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลางโดยตรง แบ่งเป็น 4 แบบ คือ

ก. Parkinsonian syndrome ผู้ป่วยอาจมีอาการสั่น (tremor) ที่มือ แขน ขา ลำตัว มีอาการตัวแข็ง (Rigidity) เดินตัวทื่อไม่แกว่งแขน เดินหรือเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) หน้าตาเฉยเมยเหมือนใส่หน้ากาก (Mask-like faces)

ข. Acute dystonia เป็นอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการ คอแข็ง (Oticollis) อาจพบคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ขากรรไกรแข็ง ลิ้นคัมปาก พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากสั่น บางรายอาจมีนัยน์ตาเหลือบขึ้นข้างบนตลอดเวลา อาการดังกล่าวไม่เป็นอันตรายแต่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน

ค. Akathisia เป็นอาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนขาสั่นมีลักษณะคล้ายกับอาการวุ่นวาย (Agitated)

ง. Tardive dyskinesia เป็นกลุ่มของการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน มีลักษณะที่สำคัญคือ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ 3 แห่ง คือ แก้ม หน้า ลิ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแก้มพองซึ่งเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก เคี้ยว สูดปาก

2) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจอาจเกิดขึ้นได้ เช่น มี T - wave กว้างและแบนลงและอาจมี QR interval ยาวขึ้นยาที่มีรายงานว่ามียาผลต่อคลื่นหัวใจได้บ่อยคือ Thioridazine

3) Central Anticholinergic Syndrom เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบน้อย อาจเกิดจากยาที่มีฤทธิ์ Anticholinergic สูงและในรายที่ให้ยา Antiparkison ร่วมด้วยก็อาจเป็นผลจากยาทั้ง 2 ตัว หรือจากตัวใดตัวหนึ่งก็ได้ อาการที่สำคัญคือ มีวุ่นวาย สับสน ประสาทหลอน ชัก เป็นไข้ ม่านตาขยายและสติสัมปชัญญะลดลงจนถึงโคม่าได้

4) Neuroleptic Malignant Syndrom (NMS) อาการสำคัญคือ มีไข้สูง กล้ามเนื้อมีความตึงตัวเพิ่มขึ้น หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติและความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะนี้มีอัตราการตายถึง 1 ใน 5 ต้องรีบให้การแก้ไข โดยหยุดยารักษาโรคจิตทั้งหมดให้การรักษาประคับประคอง เพื่อให้ไข้ลดและควบคุมความดันโลหิตให้คงที่

5) อาการชัก อาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูง ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลด Threshold ของการชักแต่ก็ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการใช้ยา ส่วนใหญ่สามารถแก้ไขได้โดยการลดขนาดของยา

6) อาการง่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ยาระยะแรก แต่มักลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ ฤทธิ์ของยาที่ทำให้ง่วงมักมีเพียง 2-3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์รักษาโรคจิตมีอยู่ตลอดเวลา

จึงสามารถให้ยารักษาโรคจิตโดยให้กินเพียงวันละครั้งก่อนนอนได้

7) อาการดีซ่าน (Jaundice) อาการดีซ่านที่เกิดจาก Phenothiazines เป็นที่รู้จักกันมาตั้งแต่เริ่มใช้ยาแต่ปัจจุบันลดน้อยลงโดยไม่ทราบสาเหตุและมีหลักฐานที่บ่งชี้ว่า อาการดีซ่านที่เกิดขึ้นเป็นผลของปฏิกิริยาภูมิแพ้มากกว่าเหตุอื่น ยาที่ทำให้เกิดอาการดีซ่านมักเป็น Phenothiazines โดยเฉพาะ Chlorpromazine พบมากที่สุด

8) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเลือด อาการที่พบบ่อยคือ Eosinophilia ซึ่งแสดงถึงปฏิกิริยาภูมิแพ้แต่ก็มักไม่ร้ายแรง อาการที่พบน้อยแต่เป็นอันตรายได้มากคือ Agranulocytosis, Leukopenia, Pancytopenia, Hemolytic anemia และ Thrombocytopenic purpura

9) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง อาจพบผื่น (skin eruptions) ได้หลายแบบ เป็นผลจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ อาการแพ้แสงแดด (Photosensitivity) มักพบจาก Chlorpromazine มากกว่าตัวอื่น บางครั้งพบเป็นรอยไหม้ในบริเวณที่โดนแสงแดด เช่น บริเวณหน้าและแขน ในระยะยาวผิวหนังบริเวณที่โดนแสงแดดอาจเปลี่ยนเป็นสีเทาฟ้าคล้ายโลหะ

10) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตา ผู้ป่วยที่ได้รับ Chlorpromazine ในขนาดสูงนาน ๆ อาจมีสารสีน้ำตาลแกมเหลืองไปจับบริเวณ Lens และ Cornea พบบ่อยในผู้ที่พบการเปลี่ยนแปลงที่ผิวหนังร่วมด้วย เชื่อว่า เกี่ยวข้องกับการได้รับแสงแดดและการให้ Thioridazine ในขนาดที่สูงอาจทำให้เกิด Pigmentary retinopathy ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้ ซึ่งอาจไม่หายแม้จะหยุดยาแล้วก็ตามจึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ Thioridazine เกินวันละ 800 มิลลิกรัม

11) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ ยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลายตัวด้วยกันที่พบบ่อยคือ การเพิ่มระดับ Prolactin ซึ่งเป็นผลให้มีนมคัดและบางรายมีน้ำนมไหล ผู้ป่วยบางรายมีระดูขาดไปเป็นระยะเวลานาน นอกจากนั้นยารักษาโรคจิตยังมีผลต่อฮอร์โมนอื่นแม้พบได้น้อย เช่น ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ ต่อมใต้สมอง เป็นต้น

### 1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า

ในผู้ป่วยจิตเภทนั้นไม่ได้ผลดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือผู้ป่วยที่มี Severe Depression ร่วมด้วย

### 1.5.3 การรักษาด้านจิตสังคม การรักษาด้านจิตสังคม ประกอบด้วย

1) การบำบัดรักษาทางจิต (Psychotherapy) แบ่งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม หมายถึง กระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับการบำบัด มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่มเป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญ การรักษาแบบกลุ่มให้มีประสิทธิภาพและได้ผลดีขึ้นอยู่กับ 3 ประการคือ

ความเข้าใจ ความรักและพฤติกรรม

2) กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy Groups) หมายถึง การบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมหลาย ๆ รูปแบบ เพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิดแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เนื่องจากการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดเป็นการใช้รูปแบบของการทำงานเป็นกลุ่ม

3) นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) หมายถึง การจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ค้ำกันให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจและพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคจิตเภท สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านทรัพยากรบุคคล สาเหตุของโรคจิตเภทเกิดจากด้านร่างกายและด้านจิตสังคม การรักษาต้องผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกายคือ การใช้ยาและการรักษาด้านจิตสังคมเข้าด้วยกันจึงจะได้ผลดี โดยสามารถนำการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบและให้การพยาบาลที่ครอบคลุมแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกลับเข้าสู่ชุมชนได้และเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย

## 2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการใช้คำและให้ความหมายไว้มากมาย ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยา ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งผู้ศึกษาในครั้งนี้ ต้องการศึกษาวรรณกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมในด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องและความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวชที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เช่นเดียวกับ เพชร คันทสายบัว (2544) ได้ศึกษาวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำพบว่า หนึ่งในตัวแปรจำแนกผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำคือ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งขาดยาเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำ

### 2.1 ความหมาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตาม



เกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทไว้หลายท่านแตกต่างกันไป ดังนี้

Draine (1997) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ การรับประทานยาและการรับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์

Farragher (1999) กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมที่ไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทว่าจะแสดงออกใน 5 ลักษณะคือ การไม่ใช้ยาต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าจะตนเองมีความผิดปกติ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาคิดเวลา การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษาและการใช้ยามากกว่าแผนการรักษา

สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาเป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยแสดงออกใน 5 ลักษณะคือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกันหรือไม่เกิน 2 มื้อสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

จากการในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากการศึกษาของสรินทร เชี่ยวโสธร (2545) และเพชร กัณธสายบัว (2545) จึงพอจะสรุปความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ว่า เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกซึ่งการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสังเกตอาการข้างเคียงจากยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาได้ โดยแสดงพฤติกรรมออกมา 5 ลักษณะคือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกันหรือไม่เกิน 2 มื้อสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

## 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการศึกษาถึงสาเหตุและปัจจัยของการเจ็บป่วยซ้ำจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีหลายหลายสาเหตุและหลายปัจจัย ได้แก่ ปัญหาจากการรักษา เช่น อาการข้างเคียงจากยา การไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล, 2541) การขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการและการรักษา รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยของญาติหรือผู้ดูแล การยอมรับจากสังคมและการปรับตัวของผู้ป่วยในการเข้าสังคมของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้น

จากการศึกษาของ Oehl, Hummer & Fleischhacker (2000) กล่าวว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีหลายปัจจัยแตกต่างกัน แบ่งกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อ

การใช้ยาตามเกณฑ์เป็น 4 ด้าน

2.2.1 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงออกถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคลที่ส่งเสริมให้มีการแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือป้องกันการป่วยซ้ำ หลังจากที่ได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้นและกลับไปอยู่ในชุมชนได้เป็นปัจจัยที่บอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย

2.2.1.1 ลักษณะประชากร จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ พบลักษณะประชากรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทมี 2 ประการ คือ อายุ และเพศ

2.2.1.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สร้างโดย Becker (1974) เป็นแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นทัศนคติและความเชื่อในการอธิบายการปฏิบัติของบุคคลต่อภาวะสุขภาพที่ได้รับการยอมรับในการทำนายพฤติกรรมประกอบด้วย การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติป้องกันโรค ซึ่งแนวคิดนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างตามการประเมินความเป็นไปได้ในการเกิดปัญหา โดยรับรู้จากความเสี่ยงและประสบการณ์ของตนเองทำให้มีการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือปัญหาสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเข้าใจถึงพฤติกรรมป้องกันโรคที่เคยเป็นมาก่อน และได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้น การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เช่น รับรู้ปัจจัยที่จะทำให้ตนเองมีอาการทางจิตมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง

2) การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived severity) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลถึงความรุนแรงของการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น ความรุนแรงนี้ขึ้นอยู่กับประเมินการเกิดโรคของตนเอง การที่บุคคลรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงานและบทบาททางสังคม จึงเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้นร่วมกับประสบการณ์การรักษาในโรงพยาบาลซ้ำว่า มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและการประกอบอาชีพของผู้ป่วยจะทำ

ให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นภาวะคุกคามเหล่านี้

3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefit) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของผู้ป่วยต่อการกระทำที่เป็นการป้องกันการเกิดโรคหรือการป้องกันการมี อาการเจ็บป่วยมากขึ้น เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่เชื่อว่า สามารถทำให้ ร่างกายมีความแข็งแรง มีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง อย่างเหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภทจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์กับ บุคคลอื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการ การดูแลตนเอง ที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการยอมรับ ลดความรังเกียจจากสังคม ทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสงบ สุขและมีส่วนช่วยในป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้

4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติดูแลสุขภาพ (Perceived barrier) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่างๆที่ขัดขวางการปฏิบัติดูแลสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ตนเอง มีร่างกายแข็งแรงในผู้ป่วยจิตเภทการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติของตนเองมีอุปสรรค เช่น การที่ ญาติช่วยเหลือติดตามมากเกินไป ไม่ปล่อยให้เป็นผู้อิสระ การถูกรังเกียจ ห้ามปราม กีดกันไม่ให้เข้า ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ การไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้ขัดขวางการดูแลตนเองและ ส่งผลต่อการเสื่อมถอยสมรรถภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

2.2.1.3 ลักษณะของการเจ็บป่วย Kaplan & Sadock (1995) กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้ ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนเกณฑ์ว่า เกิดขึ้นเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต เภทที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา 2 ลักษณะได้แก่

1) ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต หมายถึง การรับรู้ ความเชื่อของ ผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองเป็นคนสำคัญหรือมีอำนาจพิเศษ โดยผู้ป่วยจะเชื่อในความคิดนั้น โดยไม่ สามารถเปลี่ยนความเชื่อถือได้ด้วยคำอธิบาย โดยใช้เหตุผลตามธรรมดาได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการขาดการตระหนักรู้ในตนเอง (Lack of insight) คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา

2) อาการทางลบ เป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดคุณสมบัติบางประการ ที่บุคคลปกติควรมี เช่น การตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ แยกตัวจากสังคม ขาด ความสามารถในการคิด การแสดงอารมณ์และการทำหน้าที่ทางสังคมทำให้ขาดแรงจูงใจในการ รักษา ไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการพยากรณ์โรคไม่ดี (Oehl et al., 2000)

2.2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยจิต เภททั้งในครอบครัวและชุมชนที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งประกอบด้วย

1) ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพ เพื่อดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จากการศึกษาของภัทรา ธิรลลภ (2532) พบว่า ปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากยามีราคาแพงทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

2) การอยู่ร่วมกับครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนที่มีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือดและ / หรือทางกฎหมาย ได้แก่ พ่อ (สามี) แม่ (ภรรยา) ลูกและญาติพี่น้อง มีบทบาทหน้าที่ที่พึงปฏิบัติต่อกัน ให้ความรักและเอาใจใส่ต่อกัน เอื้ออาทร มีความปรารถนาดีต่อกันทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม (เพชร คันธสายบัว, 2544) นอกจากนี้จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนการดูแลทางด้านจิตใจแล้ว การสนับสนุนของครอบครัวยังมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

3) การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีบุคคลคอยช่วยเหลือให้ได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง บุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา การนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัดหรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาที่สำคัญคือ การดูแลของญาติให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า รวมทั้งการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแลเรื่องเหล่านี้

4) การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หมายถึง การแสดงลักษณะอารมณ์ของบุคคลมากเกินไป ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีผลต่อการสนับสนุนผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ไม่ดี (Oehl et al., 2000)

5) ทักษะคิดของสังคมและครอบครัว เป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิบัติการของบุคคลเหล่านี้ต่อการรักษาอาการทางจิต ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากการถูกตีตราจากสังคม เช่น การรับประทานยารักษาอาการทางจิต การมาตรวจที่โรงพยาบาลหรือผู้ป่วยที่อยู่ในสังคมที่ไม่เห็นความสำคัญของการรักษา ทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนให้รับการรักษาและมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Oehl et al., 2000)

2.2.3 ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการรักษาที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ได้แก่

1) วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย หมายถึง ช่องทางการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย คือ การกินการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดเข้าระหว่างชั้นกล้ามเนื้อและไขมัน การฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ

การอมยาใต้ลิ้นและการเหน็บยาทางช่องคลอดหรือทางทวารหนัก Kurmar & Sedgwick (2001) กล่าวว่า การได้รับยาเข้าสู่ร่างกายโดยใช้วิธีนี้จึงสามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าวิธีการรับประทานยา

2) ความซับซ้อนของการรักษา หมายถึง ความรู้สึกลังเลยากลำบากในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิดและมีจำนวนมาก อาจเกิดความสับสนในการรับประทานยา สัมผัสการใช้ยา การรับประทานยาที่ไม่เหมือนกัน จะทำให้ผู้ป่วยสับสน หมดความอดทนที่จะรับประทานยาต่อไป

3) ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ยารักษาโรคจัดเป็นกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มาก ผู้ป่วยจิตเภทบางรายขณะรับการรักษา อาจมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น ตัวแข็ง คอเอียง บิด เบี้ยว ง่วงนอน ปากและคอแห้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้นและความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ อาการเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานและหยุดการใช้ยาในที่สุด

2.2.4 ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ ซึ่งทีมสุขภาพ หมายถึง พยาบาล แพทย์ เภสัชกรและนักสังคมสงเคราะห์ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา ปัจจัยด้านทีมสุขภาพที่ส่งผลถึงพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ สัมพันธภาพที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยจะก่อให้เกิดการเรียนรู้และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี บุคลิกภาพที่อบอุ่น นำศรัทธาจะส่งผลดีต่อความร่วมมือในการรักษา

จะเห็นได้ว่า มีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท อาทิ ปัจจัยทางด้านผู้ป่วย เช่น ลักษณะประชากร แบบแผนความเชื่อด้าน ลักษณะของการเจ็บป่วย เช่น อาการทางลบ ความรู้เรื่องโรคและการรักษา ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น การอยู่ร่วมกับครอบครัว การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ปัจจัยด้านการรักษา เช่น ความซับซ้อนของการรักษา วิธีได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยาและปัจจัยด้านทีมสุขภาพ เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

ดังนั้น ในการศึกษานี้จึงมุ่งที่จะจัดการกับปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท โดยการสนับสนุนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและเกิดความตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านทางด้านผู้ป่วย และปัจจัยระหว่างทีมสุขภาพโดยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเพื่อนำไปสู่เป้าหมายเดียวกัน

## 2.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

เป็นการยากที่จะระบุคุณสมบัติหรือวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย ซึ่งการศึกษารายงานวิจัยต่าง ๆ พบว่า มีวิธีการประเมินการปฏิบัติตามเกณฑ์หลายวิธี (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536; สาธุพร พุฒขาว, 2541) ได้แก่

### 2.3.1 การประเมินโดยตรง (Direct method)

วิธีการประเมินโดยตรง คือการวัดระดับปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้โดยติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของระดับยาหรือปริมาณยาตามความเหมาะสมได้แก่

1) การวัดระดับยาในเลือด (Blood level monitoring) โดยใช้หลักการเปลี่ยนแปลงของยาในเลือดหรือพลาสมาจะมีความสัมพันธ์กับขนาดของยาที่ได้รับ เมื่อถึงระดับคงที่ของยาในเลือดและการที่ระดับของยาในเลือดมีผลโดยตรงต่อการรักษา ดังนั้น เมื่อทำการวัดระดับของยาก็ทราบว่าผู้ป่วยใช้ยาหรือไม่

2) การวัดปริมาณยาในปัสสาวะ ใช้หลักการเดียวกับการวัดระดับยาในเลือด แต่ยาที่จะวัดโดยวิธีนี้ต้องเป็นยาที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ มีผู้วิจัยโดยใช้วิธีนี้ เช่น กลุ่มยารักษาโรคจิต

3) การวัดปริมาณยาจากสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายอื่น ๆ เช่น น้ำลาย อุจจาระ สมหายใจ วิธีการประเมิน โดยตรงเป็นการตรวจโดยอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งเป็นวิธีที่มีข้อจำกัดคือ

ก. ความเข้มข้นของยาอาจจะได้รับผลจากความแตกต่างในการดูดซึมของยาและการขับออกของยาในร่างกายของแต่ละบุคคล ระดับความเข้มข้นของยาจึงอาจจะไม่ใช่ข้อบ่งชี้ของการปฏิบัติตามเกณฑ์ในการใช้ยาของผู้ป่วย

ข. ความเข้มข้นของยาที่ตรวจพบ สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาหรือไม่แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานว่ามีจำนวนทั้งหมดเท่าใด ครบตามแผนการรักษาหรือไม่

ค. การรับประทานยาก่อนการตรวจจะทำให้ค่าของความเข้มข้นของยาสูงซึ่งไม่ได้แสดงถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

ง. ต้องใช้อุปกรณ์ เครื่องมือและวิธีการที่ยุ่งยาก การวิเคราะห์ต้องเป็นระยะภายหลังการรับประทานยา วิธีการนี้จึงไม่อาจนำมาใช้ได้ในทุกกรณี

### 2.3.2 การประเมินทางอ้อม (Indirect method)

เป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย โดยประเมินจากวิธีการอื่นที่ไม่ใช่การวัดจากตัวยาโดยตรง แต่วิธีการประเมินนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย อาจทำได้หลายวิธี คือ

1) การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและใช้ง่ายที่สุด อาจสอบถามหรือสัมภาษณ์ จากตัวผู้ป่วยโดยตรงหรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย ข้อดีของการประเมินแบบนี้คือ ได้ ข้อมูลที่ละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัดของวิธีการนี้คือ พบว่าผู้ป่วยมักให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงคำถามให้มีความชัดเจน แม่นตรงและระหว่างการสัมภาษณ์ไม่ควรตำหนิเมื่อผู้ป่วยตอบว่าไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาหรือไม่รับประทานยา โดยผู้สัมภาษณ์เองต้องคำนึงถึงว่า แม้จะมีทักษะและมีความละเอียดในการสัมภาษณ์ก็ตามแต่ก็มักพบปัญหาในการประเมินเสมอ

2) การนับจำนวนเม็ดยา เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ใช้บ่อย การปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ประเมินได้จากการนับเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วยและจำนวนที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาหรือเมื่อ ใช้จ่ายไปแล้วระยะหนึ่ง จำนวนยาที่เหลือมากกว่าที่ควรเป็นการแสดงว่า ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตาม เกณฑ์การรักษา ข้อดีของวิธีการนี้คือ สามารถบอกถึงจำนวนเม็ดยาที่ใช้ไป แต่ก็มีข้อจำกัดคือ อาจ ได้ข้อมูลไม่ตรงกับความจริง หากผู้ป่วยทิ้งยาโดยไม่รับประทานยาหรือผู้ป่วยให้คนอื่นใช้จ่ายด้วย

3) การสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการประเมินวิธีนี้ ญาติ ผู้ป่วยหรือบุคลากรทีมสุขภาพที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านจะสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยว่า สามารถ ปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือแผนการรักษาได้ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่

4) พิจารณาจากการมาตรวจตามนัดโดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มารับรักษาตามนัดเป็นผู้ที่ไม่ปฏิบัติตาม เกณฑ์การรักษา และพิจารณาจากผลของการรักษาที่ควรเป็นไปตามการพยากรณ์ของโรคแต่ละ ระยะ

5) การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตนเอง (Self-report) ซึ่งวิธีการนี้มี ข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยอาจเขียนบันทึกไม่ตรงกับการปฏิบัติจริงและจากการทบทวนรายงานการศึกษา พบว่า เพซรี คันธสาขบว (2544) วัดพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ สร้างขึ้นเอง ส่วน Kumar & Sedgwick (2001) ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้ Compliance Rating Scale (CRS) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น โดยแสดงให้เห็นว่า การใช้ เครื่องมือที่มีองค์ประกอบของการตรวจทางห้องทดลองสามารถทำให้ผลการประเมินเชื่อถือได้มาก ขึ้นก็จริง แต่เหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย สามารถได้ข้อมูลจาก การสัมภาษณ์มากกว่า ดังนั้น ในการประเมินโดยการสัมภาษณ์อย่างเดียวจึงดีกว่าการใช้การตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจปัสสาวะหรือการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง (Self-report)

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า แม้ว่าการใช้การประเมินหลายวิธีจะทำให้ผลการประเมินน่าเชื่อถือ

แต่การสัมภาษณ์เป็นวิธีการที่นิยมและสามารถได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการวางแผนการช่วยเหลือ ดังนั้น ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จึงเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์พฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่สร้างขึ้นโดย สรินทร เชี่ยวโสธร (2545)

### 3. ระบบการบริการและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ในหน่วยงานบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชพบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้มารับบริการที่ถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่เป็นผู้ป่วยในส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่เคยมาได้รับการรักษาแล้ว ซึ่งบางรายเข้ารับการรักษามากกว่า 3 ครั้งภายใน 1 ปีและผู้ป่วยส่วนมากจะเป็นผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดและมีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชทั้งหมดคือ พบประมาณร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งร้อยละ 0.5-1.0 ของประชาชนทั่วไปมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทและมีอัตราการป่วยซ้ำสูงร้อยละ 70 (จำลอง ดิษยวณิชและคณะ, 2544) ซึ่งในทางเศรษฐศาสตร์ถือว่าเป็นการสูญเสียมากถึงร้อยละ 11 ของการสูญเสียจากการเจ็บป่วยทั้งหมด จากการศึกษาถึงสาเหตุและปัจจัยของการเจ็บป่วยซ้ำจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีหลายหลายสาเหตุและหลายปัจจัย ได้แก่ ปัญหาจากการรักษา เช่น อาการข้างเคียงจากยา การไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล, 2541) การขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการและการรักษา รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยของญาติหรือผู้ดูแล การยอมรับจากสังคมและการปรับตัวของผู้ป่วยในการเข้าสังคมของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้น

#### 3.1 หลักการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นพบว่าเน้นการรักษาด้วยยาเป็นหลัก แต่ทั้งนี้ต้องมีการดูแลทางด้านจิตสังคมด้วยร่วมด้วยซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้เร็วกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวโดยใช้ทีมสหวิชาชีพเข้ามาร่วมกันให้การดูแล โดยให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว รูปแบบการดูแลประกอบด้วยหลักการปฏิบัติที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสภาพ นั่นคือการดูแลครบทั้ง 4 มิติ

3.1.1 การส่งเสริมสุขภาพจิต (Promotion of Mental health) จัดเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น โดยมีหลักการว่า การมีสุขภาพจิตดีจะมีพื้นฐานจากการมีกำเนิดที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ได้รับความรักความอบอุ่นอย่างเหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมั่นคงทางจิตใจ ให้ความรักผู้อื่นได้ ยอมรับตนเอง ไม่มีปมด้อย บุคคลที่มีคุณสมบัติดังกล่าวจะมีพื้นฐานจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ดี อยู่ในสังคมได้ดี ทำประโยชน์แก่



## ตนเองและผู้อื่น

3.1.2 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาสภาวะทางสุขภาพจิตให้ดี (Prevention or maintenance of Mental health) ปัญหาสุขภาพจิตสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย อาจทำให้เกิดความคับข้องใจ ความเครียดและความวิตกกังวลได้

3.1.3 การบำบัดรักษา การที่บุคคลมีปัญหาสุขภาพจิต หากไม่ขจัดให้หมดไปโดยเร็วอาจทำให้เจ็บป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาท มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตใจจะขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจ ขาดความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งขาดการดูแลตนเองเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจึงเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (ยาใจ สัทธมมงคล, 2542) ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชไว้ดังนี้

1) รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัว (Psychoeducational Family Intervention Model) เชื่อว่าสภาพครอบครัวทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิต เน้นการรักษาจากบุคลากรในโรงพยาบาล การบำบัดรายบุคคลและการบำบัดครอบครัว บทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชในการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วย จึงควรประกอบด้วย การสอนครอบครัวและผู้ป่วยให้มีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย อาการทางจิต การรักษาและการให้คำแนะนำเพื่อการป่วยซ้ำ สอนครอบครัวและผู้ป่วยเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแก้ปัญหาและกระบวนการตัดสินใจ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) โดยคำแนะนำที่ให้จะเป็นคำแนะนำที่ครอบคลุมความต้องการการดูแลของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งประกอบด้วยคำแนะนำด้านต่าง ๆ ดังนี้

2) การดูแลกิจวัตรประจำวันด้านต่าง ๆ ที่สำคัญคือ ผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองมากที่สุดและผู้ดูแลคอยช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ สนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง

3) การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ การดูแลด้านจิตใจที่ผู้ดูแลต้องกระทำคือ พยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงให้มากที่สุดการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วยประกอบด้วย

ก. การป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความเปราะบางทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิหรือแสดงท่าทีไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดูแลป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย หาสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจให้ผู้ป่วย

ข. การป้องกันความเครียด ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติทางด้านจิตใจที่

ก่อให้เกิดความเครียด เพื่อที่จะได้หลีกเลี่ยงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด

ค. การประสานงานกับองค์กรของรัฐ เพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นเพื่อความช่วยเหลือต่อไป

ง. การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในคำปรึกษาพยาบาล ตลอดจนเงินค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

จ. การดูแลครอบครัว จากแนวคิดครอบครัวที่มีภาระในการดูแลผู้ป่วย (Family burden approach) ได้แก่ ภาระเชิงอัตวิสัย ภาระเชิงจิตวิสัย การเงินและด้านอารมณ์จิตใจ กิจกรรมประจำวันในเชิงลบ การพยาบาลครอบครัวมุ่งเน้นการลดความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระ ความอับอายและความรู้สึกผิดของครอบครัว

ฉ. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาธรรมชาติที่แท้จริงของครอบครัวในฐานะผู้ดูแล (Explanatory model of the nature of family caregiving) ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีความคิด ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชเฉพาะของครอบครัวเองและอาจต่างกับผู้รักษา เน้นการประเมิน ทำความเข้าใจครอบครัวตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อจัดรูปแบบการดูแลครอบครัวอย่างมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม จัดการกับสภาพความเครียดที่เกิดขึ้นจริงและค้นหาสิ่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกันได้

สรุปได้ว่า การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว / ผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด หลักการและกระบวนการทางการพยาบาลอย่างแท้จริง เพื่อจะได้เข้าใจในสิ่งที่ปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว / ผู้ดูแลและหาแนวทางในการดูแลได้อย่างเหมาะสมให้ครอบคลุมองค์รวมทั้ง 4 มิติ

### 3.2 ระบบบริการผู้ป่วยจิตเภทและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรงพยาบาล

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นหน่วยงานตติยภูมิที่ให้บริการงานด้านจิตเวชทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในซึ่งให้การรักษาพยาบาลและบำบัดผู้ป่วยตามระยะความรุนแรงของโรค จนมีอาการดีขึ้นและจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี ขณะรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วย ส่วนใหญ่มักมีอาการทางจิตรุนแรงทั้งอาการทางบวกและทางลบ มีความผิดปกติทางด้านความคิด การตัดสินใจ (Herz & Marder, 2002) ซึ่งในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตตามปกติสามารถทำได้โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ดังนี้

1. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล
2. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์และการแสดงออก การควบคุมอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมของตน
3. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคลด้านต่าง ๆ ดังนี้

(1) การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การดูแลการเคลื่อนไหวของร่างกาย การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น

(2) การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้างและการมีกิจกรรม เพื่อการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น

(3) การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิตเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก การแสดงออกและการกระทำ

(4) การมีสมรรถนะด้านร่างกายหรือมีความแข็งแรงของร่างกาย ได้แก่ การดำรงรักษาเสริมสร้างความแข็งแรงของระบบกายวิภาคและสรีรภาพของบุคคลให้ทำหน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคล สามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข ในการปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวชต้องมีการผสมผสานวิธีการปฏิบัติที่หลากหลาย ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพโดยกิจกรรมที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การจำแนกประเภทผู้ป่วย โดยมีการจำแนกประเภทผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม เป็นการประเมินอาการทางจิต เพื่อแยกประเภทในการให้การพยาบาลในปัจจุบันใช้เกณฑ์ในการจำแนกประเภทผู้ป่วยของกรมสุขภาพจิต ซึ่งตั้งเกณฑ์จำแนกไว้ 5 ระดับ แต่ในทางปฏิบัติปัจจุบันแบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) ประเภทฉุกเฉินวิกฤติ 2) ประเภทแรกรับ 3) ประเภทเร่งรัดบำบัด และ 4) ประเภทบำบัดระยะยาว

ซึ่งในการรับผู้ป่วยจิตเภทไว้รับการรักษาในโรงพยาบาลจะกระทำในกรณีต่อไปนี้ คือ (ไพรัตน์ พงกษชาติคุณากร, 2534)

- ก. มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นหรือก่อให้เกิดความเดือดร้อน รำคาญแก่ผู้อื่น
- ข. มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงรุนแรงจากยา
- ค. เพื่อควบคุมเรื่องยาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
- ง. มีปัญหาในการวินิจฉัย

ซึ่งบทบาทของพยาบาลมีความสำคัญในการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในด้านการบำบัด รักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านได้ ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกนั้น ได้แก่ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

1) การปฏิบัติการพยาบาลให้การพยาบาลโดยตรง โดยการประเมินภาวะสุขภาพ คัดกรองผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยและตัดสินใจทางคลินิกในการจัดการบริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละคน สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในปัญหาที่ซับซ้อนจนครบกระบวนการ ประสานงานกับพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมปรึกษาวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย

2) การให้การดูแลผู้ป่วยโดยทำงานเป็นทีม เสนอแนะแนวทางและปรับปรุงระบบบริการให้บริการพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลต้องเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ครบถ้วน

3) ด้านการให้ความรู้ โดยทำหน้าที่ในการให้ความรู้ สอน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวถึงการพัฒนาทักษะทางสังคม การปรับตัวและการสร้างทักษะต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง

4) เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

5) พยาบาลต้องติดตามงานวิจัยใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาขาการพยาบาล นำมาปรับใช้ในการบริการแก่ผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและจะต้องทำการวิจัยจากปัญหาที่พบเพื่อนำผลการวิจัยนั้นมาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

6) จัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตโดยการให้คำปรึกษาครอบครัว จัดกลุ่มให้ความรู้ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

7) ผู้นำบัด โดยวิธีจิตบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มให้การบำบัดครอบครัว รวมทั้งการบำบัดด้วยวิธีการบำบัดต่าง ๆ ครอบครัวซึ่งต้องอาศัยสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

การให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล ซึ่งในการให้การพยาบาลในแต่ละประเภทกรมสุขภาพจิตได้จัดทำมาตรฐานการพยาบาลไว้ซึ่งในการให้การพยาบาลแต่ละประเภทประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูล มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล เป็นกิจกรรมการพยาบาลสำหรับการให้การพยาบาลโดยทั่วไป เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้สิ่งแวดล้อมได้ถูกต้องและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้และการให้การพยาบาลด้านจิตใจเป็นการพยาบาลที่มุ่งเน้นการจัดกิจกรรมเพื่อการดูแลและให้การบำบัดทางด้านจิตใจ เช่น การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและการให้คำปรึกษาเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้น เพื่อประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยให้สามารถเผชิญปัญหาได้

### 3.3 ระบบการบริการผู้ป่วยจิตเภทและการปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยในชุมชน

แนวคิดของการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบันให้ความสนใจกับการบริการสุขภาพแก่ประชาชนที่เป็นองค์รวม (Holistic) ผสมผสาน (Integrate) และต้องมีความต่อเนื่อง (Continuing) เชื่อมโยงกันระหว่างสถานพยาบาลในระดับต่าง ๆ อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2544) เนื่องจากปัญหาของการบริการสุขภาพปัจจุบันเป็นการบริการแบบแยกส่วนขาดความเชื่อมโยงและประสานงานกัน ซึ่งเป้าหมายที่สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน ลดความกระจัดกระจายของการบริการ ได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ ในส่วนของประชาชนจะพบว่าสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานานมีจำนวนมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น การจัดบริการสุขภาพที่เน้นความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity of care) ถือว่าเป็นกลไกสำคัญในการกำหนดทิศทางหรืออนาคตของการบริการสุขภาพ

การบริการสุขภาพในยุคปฏิรูปนี้ได้มีการขยายขอบเขตการดูแลลงสู่ชุมชนมากขึ้น ซึ่งจะไม่นั้นการทุ่มเทงบประมาณในการรักษาโรคที่โรงพยาบาลอีกต่อไป การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังที่บ้านและการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นแนวนโยบายหลักในการดูแลสุขภาพในอนาคตภายใต้บริบทของการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป พยาบาลจำเป็นต้องปรับกระบวนการทัศน์และการวางแผนการตั้งรับการจัดบริการที่มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยงกันในทุกะดับของการดูแลสุขภาพทั้งในระดับที่เป็นการดูแลแบบเฉียบพลัน (Acute care) และการดูแลในชุมชน (Community care) ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานประสานกันอย่างเป็นระบบ พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในช่วงของการเปลี่ยนผ่านการดูแล (Transitional care) ซึ่งต้องขยายบทบาทจากเดิมที่ใช้ในโรงพยาบาลเป็นฐานในการให้บริการมาใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลมากขึ้น

องค์ประกอบของการดูแลโดยชุมชนเป็นฐานมีดังนี้ (Hunt & Zurek, 1997)

1. การดูแลตนเองของบุคคลและครอบครัว (Self-care) เป็นความรับผิดชอบเบื้องต้นของบุคคลและครอบครัวที่จะต้องตัดสินใจในเรื่องสุขภาพและการปฏิบัติพยาบาลเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ ให้สุศึกษาและสร้างเสริมให้เกิดความตระหนักด้านสุขภาพ
2. การป้องกันโรค (Prevention care) การปฏิบัติงานพยาบาลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานจะคำนึงถึงการป้องกันทั้ง 3 ระดับคือ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ
3. การดูแลภายในบริบทของชุมชน (Care within the context of community) การดูแลในลักษณะนี้จะพิจารณาถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างสังคมและสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นวัฒนธรรม คุณค่า ความเชื่อ ศาสนาและทรัพยากรในชุมชน บริบททางสังคมที่มีผลกระทบต่อกรดูแลสุขภาพ

และการเข้าถึงบริการเป็นสิ่งที่พยาบาลจะต้องคำนึงในการวางแผนและดำเนินกิจกรรม

4. การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) การกระจัดกระจายและไม่เป็นระบบของการดูแลสุขภาพเป็นตัวปัญหาที่ทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพเกิดความขัดแย้งในเรื่องการดูแลรักษาที่ไม่มีระบบการสื่อสารถึงกันและนอกจากนี้ยังสร้างความสับสนต่อผู้รับบริการที่จะต้องแสวงหาการดูแลด้วยตนเอง การดูแลต่อเนื่องที่มีการเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยบริการ เช่น จากโรงพยาบาลไปสู่อำเภอหรือจากโรงพยาบาลไปยังสถานบริการในระดับอื่น ๆ เช่น สถานีอนามัย หน่วยบริการการดูแลที่บ้านได้รับการยอมรับว่า เป็นวิธีการที่ก่อให้เกิดคุณภาพของการดูแล

5. การประสานการดูแล (Collaborative care) การทำงานประสานกันระหว่างทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล กายภาพบำบัดและนักโภชนาการ เป็นลักษณะที่สำคัญของการดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งเป้าหมายเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ

แนวโน้มการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในระยะนี้จะเน้นที่ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากการฟื้นฟูสภาพภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะเป็นหน้าที่ของญาติและครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะเป็นส่วนสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป้าหมาย เพื่อมุ่งให้ครอบครัวจัดการกับปัญหาได้ด้วยตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2541) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านเป็นทางเลือกใหม่ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้รับบริการเป็นผู้กำหนดรูปแบบซึ่งเป็นบริการเชิงธุรกิจที่ผู้ให้บริการจะต้องจัดบริการเพื่อสนองความต้องการ และปัญหาของผู้รับบริการให้ครอบครัวและตรงประเด็นกับปัญหาตลอดจนมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องซึ่งมีการรองรับด้วยบริการทางสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพภายหลังที่ผู้ป่วยจำหน่ายจากสถาบันแล้ว โดยความร่วมมือของสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจและกฤตยา แสงวงเจริญ, 2535) เป้าหมายการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนคือ การช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี โดยให้การดูแล “บุคคล” ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวมโดยการผสมผสานกาย จิต สังคม จิตวิญญาณในสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ โดยมีรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

1) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นการให้บริการเพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการดำเนินชีวิตนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

2) การเยี่ยมบ้านและครอบครัว (Home Care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือ ประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้อยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

3) การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ตลอดจนติดตามประเมินผลงานนั้นเอง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเอง มีการประกอบอาชีพตามศักยภาพและลดโอกาสในการป่วยซ้ำ โดยการจัดอบรม จัดกิจกรรมในชุมชน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น

4) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นรูปแบบการทำงานร่วมกันเป็นทีมของบุคลากรวิชาชีพ เป็นความร่วมมือทั้งโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน องค์กรเอกชนและครอบครัวให้มีความร่วมมือซึ่งกันและกัน โดยพยาบาลเป็นผู้นำในการวางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผลและปรับปรุงแผนงาน โดยมีกิจกรรมการดูแลที่สอดคล้องกับสภาพสังคมและวัฒนธรรม ผู้รับบริการมีอิสระในการเลือก การดูแลที่เหมาะสมกับตนเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นการพึ่งพาตนเอง การสนับสนุนและพัฒนารูปแบบการดำรงชีวิตที่มีคุณค่า ตระหนักถึงตนเอง การคงไว้ซึ่งความสุขสบาย การดูแลผู้ป่วยแบบนี้เน้นความเข้าใจ การยอมรับ การแสดงต่อผู้มีปัญหาและครอบครัวด้วยความเข้าใจและเห็นใจ ซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นคงและอยู่ในสังคมได้อย่างดียิ่ง (อรพรรณ ลือบุญวิชชัย, 2545)

### 3.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นหน่วยงานตติยภูมิที่ให้บริการงานด้านจิตเวชทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งให้การรักษาพยาบาลและบำบัดผู้ป่วยตามระยะความรุนแรงของโรคจนมีอาการดีขึ้นและจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี ซึ่งในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตตามปกติและการให้บริการในชุมชน แนวโน้มการรักษาพยาบาลในระยะนี้จะเน้นที่ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากการฟื้นฟูสภาพภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะเป็นหน้าที่ของญาติและครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะเป็นส่วนสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป้าหมายเพื่อมุ่งให้ครอบครัวจัดการกับปัญหาได้ด้วยตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2541) การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษานั้น เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญและต้องกระทำต่อเนื่องทั้งขณะให้การดูแลในโรงพยาบาลและขณะอยู่ที่บ้าน เนื่องจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นปัญหาที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำ การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการปรับตัวในสังคมที่ไม่ดี ซึ่ง Corrigan et al. (1990 cited in Forman, 1993) กล่าวว่า เป็นความเข้าใจที่ถูกต้อง

ที่เชื่อว่า การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีหรือไม่ เกิดจากแรงจูงใจหรือการต่อต้านของผู้ป่วยเองโดยบุคลากรสามารถเข้าไปเกี่ยวข้องได้น้อยมาก การสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง มีแนวทางในการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยดังนี้

1) ควรคำนึงถึงสาเหตุสำคัญของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา

2) ต้องทำความเข้าใจกับเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนจะหยุดใช้ยาเนื่องจากคิดว่าตนเองหายแล้ว ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดว่าตนเองใหญ่โตจะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขกับความคิดที่ผิดปกติดังกล่าว ทำให้ไม่ต้องการรับการรักษา รวมทั้งความคิดหลงผิดของตนเอง

3) การปฏิบัติการพยาบาล

Marland (1999) ได้กล่าวถึง แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้วิธีการเพิ่มความเป็นอิสระ (autonomy) และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

1. การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล พยาบาลสามารถใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของ Orem (1985) ในการประเมินความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ต้องอาศัยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญกับการรับรู้ความคิดของผู้ป่วย สิ่งพยาบาลจำเป็นต้องประเมินคือ อาการผิดปกติที่รบกวนผู้ป่วย ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการรักษา เป็นต้น

2. การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ขึ้นอยู่กับการได้รับข้อมูลการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการยินยอมรับการรักษา ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องการตัดสินใจ ดังนั้นสิทธิในการตัดสินใจอย่างถูกต้องด้วยตัวของผู้ป่วยเอง ยังเป็นเรื่องที่ถูกถกเถียงอย่างกว้างขวางและเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะของพยาบาลจิตเวช ในการส่งเสริมผู้ป่วยที่มีความสามารถในการตัดสินใจแตกต่างกัน ซึ่งผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการตัดสินใจและสามารถตัดสินใจอย่างอิสระ Marland (1999) เสนอแนวทางการปฏิบัติว่า ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย ควรให้แรงจูงใจเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อรักษา แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ ก่อนจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเองแต่สำหรับผู้ป่วยบางราย การใช้ยาเพื่อการรักษาเป็นการแสดงถึงการต้องพึ่งพา พยาบาลจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่ายาสสามารถควบคุมชีวิตให้ปกติ (Litrell, 1996 cited in Maland, 1999) เป็นเป้าหมายของการรักษาจะต้องเกิดการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพการส่งเสริมการร่วมมือ เหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องปฏิบัติตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับ



การรักษาในโรงพยาบาลและผู้ป่วยควรได้รับการติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การเรียนของผู้ป่วย เพื่อแยกอาการแสดงที่ผิดปกติ การจัดการกับความผิดปกติเกี่ยวกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา การรับรู้ของผู้ป่วยว่าสามารถพูดคุยถึงการปรับเปลี่ยนเวลาในการรับประทานยาที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต เช่น ต้องทำงานตอนกลางคืนอาจปรับยาก่อนนอนเป็นเวลากลางวันเป็นเรื่องที่พยาบาลและบุคลากรในทีมต้องคำนึงถึง นอกจากนี้ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องเหตุผลในการใช้ยาขึ้นอยู่กับความพร้อม ข้อจำกัดและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย การประเมินสภาพเหตุของผู้ป่วย แหล่งสนับสนุน การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในแหล่งบริการที่สะดวก

3. การประเมินผล การประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ การสังเกตการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยญาติผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพหรือการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจะต้องใช้ควบคู่กัน การเปิดเผยความจริงจากผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกไว้วางใจว่าสามารถบอกถึงความต้องการของตนเอง ดังนั้น บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดคุยอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้ยา การตรวจสอบผู้ป่วยอาจต้องมีการพูดคุยทำความเข้าใจว่า ผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร เพื่อรักษาสัมพันธภาพ ความรู้สึกไว้วางใจให้เกิดผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาต่อไป

4. การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน (Community programs) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์ รวมทั้งการติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองและได้รับการรักษาที่เหมาะสม ซึ่ง Olofson (1990 cited in Kay, 1998) กล่าวว่า การดูแลในชุมชนที่จะได้ผล ต้องสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งต้องมีการดูแลที่สามารถส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยด้วย จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติ

Kay (1998) กล่าวว่า วิธีให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อวางแผนเพิ่มการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและวิธีการเผชิญความเครียด ร่วมกับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพจิต เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม ลดการป่วยซ้ำ นอกจากนี้ วิธีการสอนที่ปฏิบัติในกลุ่มครอบครัวที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้แต่ละครอบครัวมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาจะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การสอนรายกลุ่มและรายบุคคลเกี่ยวกับการใช้ยา โดยกลุ่มจะต้องประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มีลักษณะความเจ็บป่วยและความสามารถในการทำหน้าที่คล้ายคลึงกัน โดยกระตุ้นให้กลุ่มเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาการใช้ยารักษาทางจิต โดยระหว่างกระบวนการกลุ่ม พยาบาลสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับยา ความเจ็บป่วยตามความบกพร่องของผู้ป่วยและสามารถทำให้เกิดกลุ่มความร่วมมือช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนได้อีกด้วย

#### 4. การวางแผนจำหน่าย

ระบบการดูแลสุขภาพในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเร็วขึ้น ๆ ที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่มีความพร้อมที่จะดูแลด้วยตนเอง เนื่องจากต้องการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ดังนั้น การวางแผนจำหน่ายจึงเป็นกลวิธีที่สำคัญในการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลลงสู่ชุมชนหรือบ้าน การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการในการดูแลตามความต้องการของผู้รับบริการที่ได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการ การวางแผน การดำเนินการให้การดูแลและประสานการดูแลเพื่อไม่ให้เกิดการรักษาขาดตอนเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการซึ่งจะมีเงื่อนไขในเรื่องลำดับเวลาพื้นที่ในการดูแล เช่น โรงพยาบาล สถานพักฟื้นและบ้าน เป็นต้น และการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพเข้ามาเกี่ยวข้อง

##### 4.1 ความหมาย

Rorden & Taft (1990) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นการปฏิบัติการตั้งแต่แรกเริ่มเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พบกับการช่วยเหลือจากการใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่หรือแหล่งทรัพยากรที่ให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสม อันนำไปสู่ความต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง

Marchette & Hoff (1994) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นการสนับสนุนด้านจิตใจ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งการสนับสนุนให้คำปรึกษาและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

Pichitpomchai W. (2000) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการที่รวมถึงเจตนาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งมีการร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ชลเวช ชวศิริ (2547) ให้ความหมายไว้ว่า การใช้ระยะเวลาที่พอเหมาะในการให้การรักษาผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดในผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อเกิดความพึงพอใจในการเข้ารับการรักษา

สรุปการวางแผนจำหน่าย หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ละรายให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ครอบคลุมองค์รวมตามบทบาทและมาตรฐานวิชาชีพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านหรือหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย

กิจกรรมต่าง ๆ ในการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่การประเมินปัญหา ความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติและการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้สูงสุดและพึ่งพาตนเองได้ โดยอาศัยความร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ ตัวผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลและแหล่งสนับสนุนในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยกระบวนการเริ่มจากการรู้จักตัวผู้ป่วยและโลกของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รวมทั้งสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวผู้ป่วยและปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายที่คุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลภายใต้บริบทในสังคมของผู้ป่วยเอง ซึ่งผลที่ตามมาคือ ค่าใช้จ่ายลดลง ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองหรือผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการดำเนินการกันมาโดยตลอดแต่มีความแตกต่างกันตามบริบทของโรงพยาบาลและยังพบว่า ในการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยนั้น ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติจริงได้ฝังลึกอยู่ในผู้ปฏิบัติ (Tacit Knowledge) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาตนเอง การพัฒนาวิชาชีพและองค์กร

#### 4.2 แนวคิดโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท

การวางแผนจำหน่ายโดย Rorden & Taft (1990) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายว่า เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่จัดกระทำขึ้นในระยะต่าง ๆ ของความเจ็บป่วย เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของความต้องการการดูแลที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีเป้าหมายระยะยาวคือ การได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม เป็นการดูแลที่มีจุดประสงค์ที่ชัดเจน รวมทั้งประเมินความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย นำไปสู่การดูแลที่ต่อเนื่อง โดยการดูแลไม่เพียงแต่เป็นการดูแลทางกายเท่านั้น แต่เป็นการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางกาย จิตและสังคม เพื่อมุ่งสู่การมีสุขภาพที่ดี (Well-being) โดยการดูแลต้องรวมทั้งผู้ป่วย ครอบครัว / ผู้ดูแลมี การปฏิบัติการพยาบาล โดยมีสัมพันธภาพที่ดี มีการสื่อสารการประสานงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพและมีการส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการดำเนินงานทุกขั้นตอนต้องอยู่บนพื้นฐานความรู้และวิทยาการทันสมัยเสมอ

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตมีปฏิสัมพันธ์โดยยึดผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางประกอบด้วยวางแผนจำหน่าย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมิน เป็นการรวบรวมข้อมูลซึ่งจะเกิดขึ้นในระยะแรกของการดูแลผู้ป่วยเป็นการประเมินคัดกรองเพื่อรวบรวมข้อมูลและนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยประเมินทั้งกาย จิต สังคม และต้องประเมินประสบการณ์ความเชื่อและเจตคติ ซึ่งมีอิทธิพลต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อใช้ในการตัดสินใจให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วยและผู้ดูแล

2. การสร้างแผนการจำหน่ายเป็นผลมาจากการได้รับข้อมูลในขั้นตอนแรก มีพื้นฐานความจำเป็นของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ประยุกต์ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการดูแลหรือเป้าหมายของการปฏิบัติมีการวางแผนเพื่อบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดการกับโรคและอาการ การดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการอยู่ในชุมชนได้ โดยเป็นการสอนผู้ป่วยและครอบครัว การอภิปรายถึงหัวข้อของการดูแลต่อเนื่องและการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วย มีการประสานงาน การสื่อสารและการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่

3. การยืนยันแผนการจำหน่ายเพื่อให้การกำหนดแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลที่ต่อเนื่อง เป็นการตรวจสอบระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินผลความสมดุลระหว่างความต้องการและสาเหตุของปัญหาที่จะมีผลต่อความเป็นอยู่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทไปอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน

ดังนั้น สรุปว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นการปฏิบัติโดยมีพยาบาลและทีมสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยและยังต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความมั่นใจและมีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยการวางแผนจำหน่ายต้องเริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาลและให้การดูแลต่อเนื่องจนถึงการดูแลที่บ้านและชุมชนหลังจำหน่าย มีการส่งเสริมการใช้แหล่งสนับสนุนในชุมชนแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในชุมชนอย่างปกติสุข เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการพยาบาลและกระบวนการวางแผนจำหน่ายพบว่าขั้นตอนของทั้งสองมีกระบวนการคล้ายกัน ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงเลือกที่จะใช้กระบวนการวางแผนจำหน่ายตามแนวคิด Rorden & Taft (1990) ซึ่งมีกระบวนการที่ครอบคลุมและชัดเจนส่งผลต่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

#### 4.3 ความสำคัญของการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลที่บ้านต่อการให้พยาบาลขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยมีผู้ศึกษาถึงความสำคัญของการวางแผนจำหน่าย ดังนี้

นุชจรินทร์ โมระเสริฐและคณะ (2549) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้นานขึ้น มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี มีความรู้ความเข้าใจ

และทัศนคติเกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น ผู้ดูแล / ญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ การดูแลรักษาเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนมีความพึงพอใจมากขึ้น

MacGilp (1991) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าได้รับการเตรียมตัวเป็นอย่างดีก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ได้รับการฝึกทักษะและให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทุกคนชอบที่ได้กลับมาใช้ชีวิตในชุมชนมากกว่าอยู่ในโรงพยาบาลและมีความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ แสดงให้เห็นว่า การจะให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุขนั้นจำเป็นต้องมีการเตรียมผู้ป่วยเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการฝึกทักษะทางสังคม

#### 4.4 วัตถุประสงค์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับสู่สังคม
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง และครอบครัวมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติและพึ่งพาตนเองได้
- 4) ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน

#### 4.5 ขั้นตอนกระบวนการของการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย

- 1) การประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย
- 2) การวางแผนเป้าหมายร่วมกันของทีมสุขภาพและผู้ป่วย
- 3) การวางแผนจัดกิจกรรมที่ส่งผลให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง
- 4) การปฏิบัติตามแผนภายในกำหนดเวลาและมีการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพทั้งในสถานบริการและใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ
- 5) การประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่าย

#### 4.6 ผลลัพธ์ของการวางแผนจำหน่าย / การดูแลต่อเนื่อง ได้แก่

- 1) ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดอัตราครองเตียง
- 2) ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน
- 3) ผู้ป่วยและครอบครัวพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ
- 4) เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย

5) ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

6) การใช้ทรัพยากรและแหล่งประโยชน์ในชุมชนคุ้มค่า ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยรวม

7) บุคลากรมีโอกาพัฒนาการปฏิบัติงาน การประสานงาน การทำงานเป็นทีม และการสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพของประชาชน

#### 4.7 การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการวางแผนจำหน่าย

ในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลนอกจากจะเตรียมผู้ป่วย เพื่อให้มีความพร้อมที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้กลับไปดำรงชีวิตปกติ เช่นเดิมให้มากที่สุดเพื่อไปอยู่บ้านนั้น สิ่งสำคัญคือ ครอบครัวและผู้ดูแลของผู้ป่วยจะต้องเข้าใจและยอมรับสภาพผู้ป่วย ดังนั้น บทบาทของพยาบาลจิตเวชที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งก็คือ การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการปฏิบัติดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยจะต้องมีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและของญาติอย่างชัดเจน เพื่อวางแผนในการดูแลและให้การพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการอย่างแท้จริง Bortol (1994) ได้ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่า มี 4 ด้าน ดังนี้

1. ต้องการฝึกทักษะครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยต่างแสดงความต้องการออกมาอย่างชัดเจนว่า เขาต้องการฝึกทักษะเพื่อช่วยในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย ควบคุมการใช้ยาและพร้อมที่จะจัดการกับเหตุฉุกเฉินต่าง ๆ ผู้ดูแลจะต้องจัดการกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่ายหรืออารมณ์ที่เหนือความคาดหมายของผู้ป่วย พฤติกรรมที่สังคมไม่พึงปรารถนาหรือพฤติกรรมที่ทำให้อับอายและอาการที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันซึ่งทำให้ตื่นตระหนกอีกปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยคือ ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับประชนยาซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกับเป็นซ้ำอีก

2. ต้องการความรู้และข้อมูลข่าวสาร ครอบครัวและผู้ดูแลต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและวิธีการรักษา พวกเขาต้องการรับรู้ความจริงและข้อมูลที่เปิดเผยตรงไปตรงมาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาโดยการใช้ยา แผนการรักษาและการพยากรณ์โรค จากการศึกษาของ Salomon และคณะ (1988) พบว่า 60% ของครอบครัวให้ข้อมูลว่า เจ้าหน้าที่ไม่ได้ให้ข้อมูลแก่พวกเขาให้เข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย โปรแกรมการรักษาหรือการพยากรณ์โรค ยิ่งกว่านั้น 80% ของครอบครัวเชื่อว่าพวกเขาไม่ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์หรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนจากเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอ

3. ต้องการมีส่วนร่วมในแผนการดูแล ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยเชื่อว่า ประสิทธิภาพของพวกเขาต่อผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่ประเมินค่าไม่ได้ แต่ในขณะที่เดียวกันพวกเขากลับถูกขัดขวางและปิดกั้นโอกาสที่จะแลกเปลี่ยนประสิทธิภาพดังกล่าวกับเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ข้อมูลที่เขาได้แลกเปลี่ยน

ไปแล้วก็ไม่ได้ได้รับความสนใจครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตแสดงความรู้สึกออกมาอย่างเปิดเผยว่า พวกเขาทำงานเกินกำลังรู้สึกเหมือนตกลงไปในหลุมพราง อับอายและขุ่นเคืองใจ ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาและมีการติดต่อสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอกับเจ้าหน้าที่

1. ต้องการสนับสนุนระดับประคอง Support group สำหรับครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งจำเป็นเพราะจะได้นำมาใช้ในการเปิดเผยความรู้สึกของพวกเขา นอกจากนั้น ยังเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละคนและเรียนรู้กลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาอีกด้วย

การรักษาในระยะสั้น (Short term therapy) อาจเป็นสิ่งที่ต้องการ เพื่อนำมาใช้ในการแก้ไข ความรู้สึกอับอายต่อสังคมและการกล่าวโทษความเจ็บป่วย ยิ่งไปกว่านั้นครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย ยังต้องการจะได้มีโอกาสผ่อนคลายจะช่วยลดความคับข้องใจในผู้ดูแลหลักและช่วยแบ่งเบาความต้องการอันมากมายของพวกเขาให้ลดน้อยลงได้ ข้อมูลทั้งหมดที่ได้กล่าวมาให้ความกระจ่างได้เป็นอย่างดีเกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย ข้อคิดเห็นต่อไปนี้มีพื้นฐานจากความต้องการของครอบครัว โดยได้รับการยืนยันจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพจิต กล่าวคือ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลสุขภาพ มักจะไม่ได้รับการเตรียมพร้อมให้มีการตอบสนองที่เหมาะสมกับครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้เกี่ยวกับพลวัตรของครอบครัวและความเครียดของผู้ดูแลจะช่วยทำให้มั่นใจได้ว่า พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพจิต มีความเข้าใจในความคับข้องใจและความยุ่งยากลำบากใจของครอบครัวและผู้ดูแลอย่างแท้จริง

Yamashita (1996) ได้ทำการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 14 คน ในญี่ปุ่นตอนใต้และพบว่า แหล่งสนับสนุนระดับประคองที่สำคัญของผู้ดูแลคือ สมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิด คู่สมรส หรือลูกหลาน ในขณะที่บางคนให้ความสำคัญกับ Support group ที่ Day care center ของโรงพยาบาล ใน Support group ความวิตกกังวลทั้งหลายจะถูกรับฟัง การเปรียบเทียบและทำความเข้าใจซึ่งกันและกันกับผู้อื่นซึ่งมีประสบการณ์เดียวกัน การได้เห็นพ้องกับผู้อื่นทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้สบายใจและคลายความวิตกกังวล การได้ฟังเรื่องราวของผู้อื่นทำให้ผู้ดูแลรับรู้ ว่า ผู้อื่นก็อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน จึงทำให้สามารถแสดงความรู้สึกร่วมออกมาได้อย่างจริงใจ รวมทั้งการสนับสนุนระดับประคองทางอารมณ์และการให้คำแนะนำภายในกลุ่ม ไม่เพียงแต่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันเท่านั้น แต่ยังเป็นการทำให้พวกเขาเกิดความมั่นใจได้ว่า พวกเขาสามารถจะปรับตัวให้เข้ากับบทบาทของผู้ดูแลได้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการวินิจฉัยพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ดูแล จึงต้องเพิ่มบทบาทของตนเองในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและช่วยให้พวกเขาจัดการกับประเด็นปัญหาต่าง ๆ เช่น การจัดการเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วย จากการศึกษาในอเมริกาเหนือ พบว่า

สมาชิกในครอบครัว มักจะขาดข้อมูลที่จำเป็นในการปรับตัวเมื่อต้องมีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงเกิด Psycho - educational programs สำหรับผู้ดูแลขึ้น โดยการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยทางจิตและเทคนิคในการแก้ไขปัญหาเพื่อใช้ในการปรับตัว โดยเชื่อว่า โปรแกรมการให้ความรู้จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลได้ โปรแกรมดังกล่าว เป็นรูปแบบที่สร้างขึ้น เพื่อให้ครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาโดยการคำนึงถึงประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นขณะให้การดูแล เมื่อครอบครัวได้รับความรู้เป็นอย่างดีเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแล้ว พวกเขาจะสามารถให้ความร่วมมือในการรักษา ควบคุมความเครียดและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาได้เป็นอย่างดี

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาจะเห็นว่า ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้านคือ ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาและการดำรงชีวิตประจำวันของเขา รวมทั้งการทำงานและการได้รับการดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล ปัญหาเหล่านี้ มีผลต่อทัศนคติของผู้ป่วยในการกลับเข้าสู่ครอบครัวและชุมชนเป็นอย่างมาก ในขณะที่เดียวกันครอบครัวของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลที่บ้านนั้นก็ได้แสดงความต้องการของพวกเขาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชว่า ต้องการฝึกทักษะในการดูแลและควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยต้องการความรู้และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคทางจิตและการดูแลผู้ป่วย ต้องการมีส่วนร่วมในแผนการดูแลผู้ป่วยและต้องการสนับสนุนระดับประคองจากบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งสภาพปัญหาที่ค้นพบนี้จะ เป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

#### 4.8 บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบของทีมสุขภาพร่วมกัน โดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งมีบทบาทความรับผิดชอบที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะการวางแผนจำหน่ายจะต้องให้การดูแลนับตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมาก โดยพยาบาลจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละราย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยมีบทบาทดังนี้

- 1) ประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ และทัศนคติต่อโรค ทีมสหวิชาชีพ แหล่งประโยชน์และศักยภาพของผู้ดูแลเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจำหน่ายร่วมกัน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย
- 2) ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและเป็นสื่อกลางระหว่างบุคลากรในทีมผู้ป่วยและผู้ดูแล ประชุมและวางแผนร่วมกัน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย



3) จัดกิจกรรมทั้งรายบุคคล และรายกลุ่มเพื่อฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละรายและครอบครัว

4) ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม โรคและแผนการรักษา

5) ให้คำปรึกษาทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

6) ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนเป็นระยะ ๆ และประเมินสรุปผลการพยาบาลก่อนจำหน่าย

7) บันทึกการวางแผนจำหน่าย

8) ส่งต่อแผนการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพไปยังหน่วยงานหรือแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง

9) ร่วมประชุมปรึกษา และให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัวให้แก่ทีมสหวิชาชีพ เพื่อประเมินความสำเร็จของกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อการปรับปรุงและพัฒนา

10) ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

โดยสรุป พยาบาลจิตเวชถือว่าเป็นสมาชิกของทีมสุขภาพที่สำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งญาติ / ผู้ดูแลทั้งกาย จิต วิญญาณและสังคม โดยมีบทบาทในการตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วย นับตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยต้องอาศัยความรู้ความชำนาญในการประเมิน วินิจฉัย การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์ร่วมกับการประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นด้วย เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและสัมฤทธิ์ผล

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จิติ เจริญสรรพ์ (2538) ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล สวนสรณธรรมย์ พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมารักษาซ้ำคือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคและการรักษา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน เรื่องการรับประทานยา การไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนบ้าน

สาธูพร พุฒขาว (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความถี่ในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 118 คน ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 72 และมารับการรักษาเมื่อมีอาการ ร้อยละ 51.7 ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 84.7 นอกจากนี้ ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ทักษะคิดต่อการใช้ยาและความพึงพอใจต่อบริการ

ของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยา ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

ราตรี อินทรีย์ (2541) ศึกษาการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยโรคจิตเภทและเหตุการณ์การไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในและผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนกลุ่มละ 36 คน พบว่า การไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่แตกต่างกัน โดยเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ร่วมมือในการรับประทานยาตามการรับรู้ของพยาบาล 5 อันดับแรก คือคิดว่าตนเองหายแล้ว การมีความรู้น้อยทำให้ไม่เข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องรับประทานยา ไม่ต้องการรับประทานยาทุกวัน สัมรับประทานยาและไม่อยากรับประทานยา ส่วนเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ร่วมมือในการรับประทานยาตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตเภท 5 อันดับแรก การมีความรู้น้อยทำให้ไม่เข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องรับประทานยา คิดว่าตนเองหายแล้ว ไม่ต้องการรับประทานยาทุกวัน สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและไม่อยากรับประทานยา

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต 260 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอยู่ระดับสูง และตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนคือ สัมพันธภาพผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยซ้ำและฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา

Kumar & Sedgwick (2001) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชอายุ 17-65 ปี ที่กลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เป็นระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 90 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง เป็นเวลา 30-45 นาที ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงให้ความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าเพศชาย ศาสนาฮินดูให้ความร่วมมือในการใช้ยาน้อยกว่าศาสนาอื่น ๆ การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงและการตัดสินใจเองว่าไม่อยากจะร่วมมือในการใช้ยามีผลสูงกว่าการตัดสินใจของคนอื่น ๆ นอกจากนี้ ปัจจัยด้านปัจจัยด้านประชากร สังคมวัฒนธรรม ลักษณะความเจ็บป่วยและปัจจัยด้านการรักษาไม่สามารถอธิบายความแตกต่างของผู้ป่วยที่ร่วมมือและไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้

Razali & Yahya (1995) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาด้านยาเกี่ยวกับการกลับเข้ารับรักษาในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาที่โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย Sains Malaysia จำนวน 165 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองจำนวน 85 คน ได้รับประทานยาโรคจิต 1-2 ครั้งต่อวัน ร่วมกับการให้คำปรึกษาด้านยา ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 80 คน ได้รับการบำบัดตามปกติ หลังจากติดตามผลเป็นเวลา 1 ปี พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลองกลับเข้ารับรักษา 11 คน คิดเป็นร้อยละ 13 ในขณะที่กลุ่มควบคุมกลับเข้ารับรักษาถึง 23 คน คิดเป็นร้อยละ 29 ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาของผู้ป่วยที่บ้านคือ การได้รับการกำกับดูแลและกระตุ้นเตือนให้รับประทานยาจากครอบครัว

Owen et al. (1996) ศึกษาการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาและการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า การไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษามีความเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดจะไม่มารับการตรวจตามนัดและมีความเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภท

Adam & Scott (2000) ศึกษาการทำนายการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง เป็นการศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประโยชน์ของแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการอธิบายการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้เครื่องมือที่เป็นที่รู้จัก 6 ชุด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวช 39 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีหรือมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้อง ส่วนใหญ่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและมีความเชื่อว่า ตัวเองสามารถควบคุมโรคได้และรับรู้ถึงความเสี่ยงในการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

## 5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

กาญจนา ชัยเจริญ (2547) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คน โดยพัฒนาโปรแกรมวางแผนจำหน่ายจากแนวคิดของ Rorden & Taft (1990) ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายและพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากผลการศึกษาแสดงว่า การใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

สมสกุล สุภัทรพันธ์และคณะ (2542) ศึกษาการเปรียบเทียบประสิทธิผลการวางแผนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการวางแผนจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา จำนวน 100 คน โดยใช้การเปรียบเทียบกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังการเข้าร่วมกลุ่มวางแผนจำหน่ายมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการเข้ากลุ่มการวางแผนจำหน่าย แต่ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วมกลุ่มวางแผนจำหน่าย ไม่มีความแตกต่างกันและผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากในการเข้าร่วมโครงการวางแผนจำหน่าย

ทานตะวัน เข้มบุญเรือง (2540) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว จำนวน 13 คู่ แต่มีผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ครบ 10 คู่ โดยพัฒนาโปรแกรมโปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช จากแนวคิดและกิจกรรมที่สังเคราะห์จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการบันทึกพฤติกรรมผู้ป่วย และครอบครัวเป็นรายกรณีและรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่สร้างขึ้นพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยเกิดขึ้นเป็นบางราย แต่สำหรับครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นและลดภาระของครอบครัวที่เป็นผลกระทบในด้านที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิต ผลที่เกิดขึ้นทางกายและผลที่เกิดขึ้นทางอารมณ์และความคิด

นุชจรินทร์ โมระเสริญและคณะ (2549) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทแบบทีมสหวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 61 คน โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบบทีมสหวิชาชีพ กระบวนการให้คำปรึกษาและโปรแกรมกลุ่มบำบัด ได้แก่ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มวางแผนจำหน่าย กลุ่มทักษะการดูแลตนเองเกี่ยวกับรับประทานยารักษาโรคจิต ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโครงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทแบบสหวิชาชีพสามารถอยู่ในสังคมได้นานขึ้น ไม่กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ใน 28 วัน มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี มีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น ผู้ดูแล / ญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ การดูแลรักษาเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนมีความพึงพอใจมากขึ้น

รพีพรรณ วัจนพงษ์ (2544) ได้ศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลจิตเวชในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชของแผนกผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลฝ้ายกายและใน โรงพยาบาลจิตเวช เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 125 คน โดยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นตามคิดของกระบวนการพยาบาล

พบว่า พยาบาลจิตเวชปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมกับผู้ป่วยจิตเวชทุกราย โดยมีการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนกับผู้ป่วยจิตเวชเกือบทุกราย ยกเว้นขั้นตอนของการประเมินผลที่มีการปฏิบัติกับผู้ป่วยจิตเวชเป็นบางราย โดยขั้นตอนของการปฏิบัติตามแผนการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติมากกว่าขั้นตอนอื่น ๆ ในทุกขั้นตอนมีการปฏิบัติกับผู้ป่วยจิตเวชมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ครอบครัวและผู้ดูแลและมีการปฏิบัติน้อยที่สุดในส่วนของสิ่งแวดล้อมและชุมชน สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชคือ การไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวผู้ดูแลและการสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์ในชุมชน ดังนั้น พยาบาลจิตเวชควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกับผู้ป่วยครอบครัวผู้ดูแลตั้งแต่วันแรกที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลควรมีการเพิ่มพูนความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ ในการจัดอบรมการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัวผู้ดูแลในการเตรียมตัวผู้ป่วยกลับบ้านไปพร้อม ๆ กัน

นวพร จีรังกร (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้พยายามฆ่าตัวตายซึ่งได้รับการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติจากผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลป่าโมก จำนวน 20 ราย ผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

นันทนา รัตนกร (2536) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความพร้อมของครอบครัวผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบข้อสังเกตอย่างหนึ่งว่า ครอบครัวผู้ป่วยร้อยละ 57.1 ไม่เคยได้รับคำแนะนำด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ทั้งนี้ผู้ศึกษากล่าวว่า อาจเป็นเพราะ การให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ป่วยก่อนกลับบ้านนั้น เป็นการให้คำแนะนำเฉพาะราย ซึ่งมีลักษณะเหมือนการพูดคุยธรรมดา ซึ่งเจ้าหน้าที่จะสอดแทรกคำแนะนำต่าง ๆ ไปด้วย ด้วยเหตุที่ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนอาจทำให้ญาติเข้าใจว่า ยังไม่ได้รับคำแนะนำใด ๆ จากเจ้าหน้าที่ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวนี้ ให้แนวทางในการศึกษาครั้งนี้ว่า รูปแบบการให้ความรู้และคำแนะนำที่ชัดเจนน่าจะเป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้ดีกว่าการให้คำแนะนำเฉพาะรายก่อนกลับบ้านเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านนั้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้และการให้คำแนะนำ ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุของการป่วยซ้ำได้ เช่น การไม่สนใจดูแลผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา การไม่มารับยาอย่างต่อเนื่อง เพราะคิดว่าผู้ป่วยหายแล้วและเข้าใจว่าโรคจิตหายขาดได้ ซึ่งเป็นผลที่สนับสนุนอย่างดีว่า การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

อารมณฺ์ บุญเกิด (2540) ศึกษาประสิทธิผลของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแผนกอายุรกรรมหญิงและอายุรกรรมชายในโรงพยาบาลตากสินจำนวน 50 คน พบว่า หลังได้รับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติตัวและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลสูงกว่าหลังมีการเตรียมความพร้อม

MacGilp (1991) ได้ทำการสำรวจผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำนวน 48 คน เพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเมื่ออยู่ในชุมชนและการดูแลจากพยาบาลจิตเวชชุมชน ผลสำรวจพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าการเตรียมตัวเป็นอย่างดีก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการฝึกทักษะและให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทุกคนชอบที่ได้กลับมาใช้ชีวิตในชุมชนมากกว่าอยู่ในโรงพยาบาลและมีความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ ผลการสำรวจครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการจะให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุขนั้น จำเป็นต้องมีการเตรียมผู้ป่วยเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการฝึกทักษะทางสังคม

Youssef (1987) ได้ทำการศึกษาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวช โดยศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวชก่อนการจำหน่าย จุดประสงค์เพื่อเตรียมความรู้และช่วยเหลือระดับประคองผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจครอบครัวมากขึ้น ตลอดจนทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นภายหลังที่ออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

Buckwalter (1982) ได้ศึกษาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยที่เข้าร่วมในกระบวนการวางแผนจำหน่าย ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีการยอมรับผู้ป่วยที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากขึ้น การส่งต่อในการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนมีความราบรื่น ครอบครัวมีความพึงพอใจ ระดับความเครียดลดลง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กล่าวได้ว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทมีความแตกต่างกัน เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ดังนั้น ผู้ศึกษาในฐานะบุคลากรที่มสุขภาพจึงมีความสนใจในการศึกษาการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งถือว่าเป็นการช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจสามารถดูแลและจัดการเกี่ยวกับอาการของโรค การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง มีความสามารถและทักษะในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว การพัฒนาทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสมและการใช้แหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคมและการเสริมสร้างความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาการใช้ยาหลังจำหน่าย

### กรอบแนวคิดการศึกษา

#### โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

##### 1. การประเมินปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรใช้ยา

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพบำบัด ประเมิน ค้นหาปัญหา และกำหนดเป้าหมาย ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา

##### 2. สร้างเสริมความรู้และพัฒนาทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การจัดการกับอาการทางลบ และโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา

กิจกรรมที่ 4 การส่งเสริมการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว การพัฒนาทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสมและการใช้แหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแล

##### 3. ติดตามและประเมินผลพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาการใช้ยาหลังจำหน่าย

#### พฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

- การใช้ยาตามแผนการรักษา
- ความสามารถในการสังเกต และจัดการกับอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวช