

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัย นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของการเกิดโรคจิตเภท
 - 1.2 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท
 - 1.3 ลักษณะอาการทางคลินิก
 - 1.4 การดำเนินโรค
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 - 2.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 - 2.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 3.1 ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 3.3 บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชน
 - 3.4 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.5 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
 - 3.6 ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
 - 3.7 บทบาทของครอบครัวในการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับยาและการรักษา
 - 3.8 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.9 ผลกระทบของครอบครัวจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 3.10 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
4. บริบทการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภท อำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี
5. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา
 - 5.1 แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา
 - 5.2 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

5.3 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

6. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องรูปแบบของสุขภาพจิตศึกษา

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง จิตเภทมาจากคำศัพท์ว่า จิต บวกกับคำว่า เกท จิต แปลว่าจิตใจ เกทแปลว่า แยกแยกหรือทำลาย ดังนั้น จิตเภท จึงแปลว่า จิตใจที่แตกแยก ในภาษาอังกฤษใช้คำว่า Schizophrenia ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษากรีก และถูกนำมาใช้ครั้งแรก โดยจิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ชื่อ Eugen bleuler เมื่อปี ค.ศ.1980 และได้ใช้คำนี้มาจนถึงปัจจุบัน (สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2545)

1.1 ความหมายของการเกิดโรคจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีผู้ให้ความหมายของโรคจิตเภทดังนี้

ตามความหมายของ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์ไม่เหมาะสม สติสัมปชัญญะและเซาว์ปัญญามักคืออยู่ แม้ว่าจะสูญเสียการรับรู้ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

สมภพ เรืองตระกูล (2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

โรคจิตเภท หมายถึง กลุ่มอาการที่แสดงความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้ ด้านสติปัญญา การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสาร และการขาดแรงจูงใจ โดยอาการแสดงมักจะปรากฏครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมักจะเกิดอยู่นานอย่างน้อย 6 เดือน (WHO, 1992)

สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิดการรับรู้ พฤติกรรม และอารมณ์ ส่งผลให้มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความจริง มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ การทำหน้าที่ทางสังคมและการประกอบอาชีพ

1.2 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโรคจิตเภทมีปัจจัยส่งเสริมหลายปัจจัยสรุปได้ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ

1.2.1.1 ด้านพันธุกรรมการศึกษาพันธุกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยการศึกษาครอบครัวการศึกษาบุตรบุญธรรม และการศึกษาในคู่แฝด พบว่าพันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญของโรคนี้ โดยการศึกษาในครอบครัวพบว่าญาติสนิทและบุตรของผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคถึงร้อยละ 5-10

1.2.1.2 ด้านชีวเคมี สมมุติฐานเกี่ยวกับสาร Dopamine สมมุติฐานนี้เชื่อว่า มีสาร Dopamine หลั่งออกมามากในสมอง โดยพบว่าสาร Amphetamine ทำให้เพิ่มการหลั่งของสาร Dopamine มากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดอาการทางจิต สมมุติฐานทางชีวเคมีอื่น (Other Biochemical Hypothesis) จากการศึกษาพบว่าความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองหลายตัวเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทได้ เช่น Norepinephrine, Serotonin, Acetylcholine

1.2.1.3 ด้านสรีรวิทยา เช่น การติดเชื้อไวรัส ความผิดปกติทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางเนื้อเยื่อ โรคบางอย่าง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาสมองในผู้ป่วยจิตเภทที่เสียชีวิตแล้ว พบว่าสมองมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะคล้ายการติดเชื้อโรคบางชนิด เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ ในทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เชื่อในกระบวนการคิดเริ่มแรก ว่าการคิดเพื่อฝัน และเผด็จการ มีความสัมพันธ์กับกระบวนการคิดในโรคจิตเภท (Sullivan, 1953) เชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างเด็ก และครอบครัวที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลสูง ซึ่งทำให้เด็กปฏิเสธว่าไม่ใช่ฉัน (not me) แต่เป็นคนอื่นซึ่งมีผลกระทบต่อระบบความเป็นตนเอง และเป็นพื้นฐานของการเกิดโรคจิตเภท อิริคสัน (Erikson, 1963) อธิบายว่าในระยะที่หนึ่ง ความไว้วางใจแย้งกับความสงสัยในน้ำใจคนอื่น (trust versus mistrust) ถ้าพัฒนาการในระยะนี้หยุดพัฒนา ทำให้บุคคลนั้นมีลักษณะหวาดระแวง ไม่ไว้วางใจผู้อื่น แยกตัว สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นยาก ซึ่งเป็นจุดอ่อนที่ก่อให้เกิดความผิดปกติทางจิต

1.2.3 ปัจจัยทางครอบครัว จากการศึกษาพบว่า การเกิดโรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับ การทำหน้าที่ของระบบครอบครัวบกพร่อง โดยเฉพาะการขัดแย้งกันของสัมพันธภาพในชีวิตคู่ ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลภายในครอบครัว ทำให้เด็กเกิดความสับสนทางจิตใจ นอกจากนี้การที่ครอบครัวมีการสื่อสารแบบสองนัย ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีข่าวสารสองอย่างซึ่งส่งโดยบุคคลเดียวกันเวลาเดียวกันแต่ขัดแย้งกัน ข่าวสารอย่างหนึ่งมักจะเป็นคำพูดแต่อีกอย่างหนึ่งเป็นท่าทางการแสดงออก ทำให้ผู้รับสารตัดสินใจไม่ถูกว่าจะเลือกตอบสนองต่อข่าวใด ผู้รับสารที่เป็นเด็กจะเกิดความวิตกกังวล กลัว ขาดความมั่นคงทางจิตใจ (Kaplan & Sadock, 1998)

1.2.4 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม มีการศึกษาพบว่าภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต อาจเป็นสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทได้ โดยบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจต่ำ มีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจสูง (Sadock & Sadock, 2000)

1.3 ลักษณะอาการทางคลินิก ลักษณะอาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) ดังต่อไปนี้

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) แสดงออกในด้านความคิดผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการ ดังนี้

1.3.1.1 อาการหลงผิด (delusion)

1.3.1.2 อาการประสาทหลอน (hallucination)

1.3.1.3 Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด

1.3.1.4 Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปลก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด

1.3.2 อาการบ่งชี้ทางลบ (Negative symptoms/ Type II syndrome) คือการที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ทำเฉยนาน ๆ โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Catatonic schizophrenia or Waxy Flexibility) ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เหมือนกลุ่มอาการด้านบวกมีอาการอีกรูปแบบหนึ่งคืออาการทางลบ (Negative symptoms) คือผู้ป่วยขาดในสิ่งที่ควรจะมีในคนทั่วไป ได้แก่ กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptom) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น logia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ Affective flattening การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย

1.4 การดำเนินโรค ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินโรคจะเกิดขึ้นช้าๆ แรก ๆ อาการจะน้อยและไม่ชัดเจน และเมื่ออาการเกิดชัดเจนขึ้นผู้ดูแลจึงนำมาพบแพทย์ ปัจจุบันมีการรักษาหลายวิธี การดำเนินโรคจึงเปลี่ยนไป ผู้ป่วยจิตเภทมีการดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงเป็น 5 แบบ ดังนี้ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

1.4.1 หายขาดโดยไม่กลับเป็นซ้ำอีก

1.4.2 หายโดยกลับเป็นอีก

1.4.3 หายโดยไม่สมบูรณ์ คือพอจะเข้าสังคมได้ แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพ จะต้องได้รับการช่วยเหลือ

1.4.4 เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง ระยะเวลาป่วย 2 ปี เป็นตัวบ่งบอกความเรื้อรังของผู้ป่วย จิตเภท

1.4.5 มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคจิตเภทมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวชและโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของ

ประเทศ สาเหตุของโรคเกิดจากด้านร่างกายและจิตสังคม การรักษาต้องผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกาย คือการใช้ยาและการรักษาจิตสังคมเข้าด้วยกันจึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด รวมถึงผู้ป่วยจิตเภทต้องสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตได้ และเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการพยากรณ์โรค จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วย ทำให้ทราบแนวโน้มของการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก สามารถนำมาวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ เป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

Farragher (1999) กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทว่าจะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาคิดเวลา การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา และการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา

เพชร คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งวิธี การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ นอกจากนี้พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในการรับประทานอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตนในสอดคล้องกับแผนการรักษา และการสังเกตอาการตนเองจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาไว้มากมาย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจากการศึกษาของ อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และเพชร คันธสายบัว (2544) จึงพอจะสรุปความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ว่าเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกซึ่งการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสังเกตอาการข้างเคียงจากยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาได้ โดยแสดงพฤติกรรมออกมา 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาดำเนินการ โดยอาจ

ผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มือติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มือสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีผู้สนใจศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังนี้

การศึกษาของ Oehl, Hummer & Fleischhacker (2000) กล่าวว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มีหลายปัจจัยแตกต่างกัน ดังนี้

2.2.1 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงออกถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคลที่ส่งเสริมให้มีการแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือป้องกันการป่วยซ้ำ หลังจากที่ได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้นและกลับไปอยู่ในชุมชนได้ เป็นปัจจัยที่บอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

2.2.1.1 ลักษณะประชากร

2.2.1.1.1 อายุ ซึ่งเป็นจำนวนระยะเวลาทั้งหมดของการนับตามปฏิทิน ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน (Orem, 2001:373) อายุของบุคคลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองจะถูกพัฒนาขึ้นตามอายุจากวัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลตนเองสูงสุด และจะลดลงและมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman (1994 อ้างใน สรินทร เขียวโสธร, 2545) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

2.2.1.1.2 เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างระหว่างบทบาทบุคลิกภาพในครอบครัวชุมชนและสังคม โดยกำหนดบทบาทของเพศหญิงในการเป็นแม่ที่มีหน้าที่ในการดูแลลูกและบุคคลทั้งในเวลาปกติหรือยามเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลให้เมื่อเจ็บป่วยเพศหญิงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ จารุณสวัสดิ์ (2536) ที่พบว่า เพศหญิงปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าเพศชาย

2.2.1.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สร้างโดย Becker (1974) เป็นแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นทัศนคติและความเชื่อ ซึ่งแนวคิดนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

2.2.1.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างตามการประเมินความเป็นไปได้ในการเกิดปัญหา โดยรับรู้จากความเสี่ยงและประสบการณ์ของตนเองทำให้มีการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือปัญหาสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเข้าใจถึงพฤติกรรมป้องกันการโรคที่เคยเป็นมาก่อนและได้รับการรักษามืออาการดีขึ้น การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง

2.2.1.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived severity) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลถึงความรุนแรงของการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น ความรุนแรงนี้ขึ้นอยู่กับประเมินการเกิดโรคของตนเอง การที่บุคคลรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคม จึงเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้นร่วมกับประสบการณ์การรักษาในโรงพยาบาลซ้ำว่ามีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นภาวะคุกคามเหล่านี้

2.2.1.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefit) หมายถึงความคิด ความเชื่อ ของผู้ป่วยต่อการกระทำที่เป็นการป้องกันการเกิดโรค หรือการป้องกันการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่เชื่อว่าสามารถทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วย เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภทจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต

2.2.1.2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติดูแลสุขภาพ (Perceived barrier) หมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่างๆที่ขัดขวางการปฏิบัติดูแลสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีร่างกายแข็งแรง ในผู้ป่วยจิตเภทการที่ผู้ป่วยรู้ว่าการปฏิบัติของตนเองมีอุปสรรค เช่น การที่ญาติช่วยเหลือติดตามมากเกินไป ไม่ปล่อยให้ เป็นอิสระ การถูกรังเกียจ ห้ามปราม กีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ การไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้ขัดขวางการดูแลสุขภาพ และส่งผลต่อการเสื่อมถอยสมรรถภาพในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

2.2.1.3 ลักษณะประชากร ลักษณะของการเจ็บป่วย Kaplan & Sadock (1995) กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนเกณฑ์การรักษาว่าเกิดขึ้นเนื่องจาก

พยาธิสภาพของโรค ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา 2 ลักษณะ ได้แก่

2.2.1.3.1 ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต หมายถึงการรับรู้ ความเชื่อของผู้ป่วยที่คิดว่าตนเอง เป็นคนสำคัญ หรือมีอำนาจพิเศษ โดยผู้ป่วยจะเชื่อในความคิดนั้น โดยไม่สามารถเปลี่ยนความเชื่อถือได้ด้วยการอธิบาย โดยใช้เหตุผลตามธรรมดาได้ (สมกพ เรื่องตระกูล, 2542) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการขาดการตระหนักรู้ในตนเอง (Lack of insight) คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา

2.2.1.3.2 อาการทางลบ เป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดคุณสมบัติบางประการที่บุคคลปกติควรมีเช่น การตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ แยกตัวจากสังคม ขาดความสามารถในการคิด การแสดงอารมณ์ และการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ขาดแรงจูงใจในการรักษา ไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการพยากรณ์โรคไม่ดี (Oehl et al., 2000)

2.2.2 ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการรักษาที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้แก่

2.2.2.1 วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย หมายถึง ช่องทางการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย คือการกิน การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดเข้าระหว่างชั้นกล้ามเนื้อและไขมัน การฉีดยเข้าสู่เส้นเลือดดำ

2.2.2.2 ความซับซ้อนของการรักษา หมายถึงความรู้สึกลังเลยากลำบากในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิดและมีจำนวนมาก อาจเกิดความสับสนในการรับประทานยา สัมวิธีการใช้ยา

2.2.2.3 ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ยารักษาโรคจิตเป็นกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มาก ผู้ป่วยจิตเภทบางรายขณะรับการรักษา อาจมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น ตัวแข็ง คอเอียง บิดเบี้ยว ง่วงนอน ปากและคอแห้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้น และความคิดปกติทางเพศสัมพันธ์ ออการเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน และหยุดการใช้ยาในที่สุด

2.2.3 ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ ซึ่งทีมสุขภาพ หมายถึง พยาบาล แพทย์ เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ สัมพันธภาพที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี บุคลิกภาพที่อบอุ่น น่าศรัทธา จะส่งผลดีต่อความร่วมมือในการรักษา

2.2.4 ปัจจัยด้านความรู้

ความรู้เป็นปัจจัยนำส่งเสริมให้บุคคลนำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งความรู้ที่ดีที่ถูกต้องนั้น จะเกิดขึ้นเมื่อมีความรู้ที่ถูกต้องมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้น (ดวงใจ รัตนธัญญา, 2545) ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจในโรคจิตเภทมีผลให้ผู้ป่วยมารับยาสม่ำเสมอส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังเช่นการศึกษาของ อ่ำไพพรชนิษฐ สมานวงศ์ไทย (2544)

ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ พบว่า ความรู้มีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการให้ความรู้กับผู้ป่วยเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลที่จะต้องให้กับผู้ป่วย (สารุพร พุฒขาว, 2541)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ความรู้เรื่องโรคและการรักษาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา (Tauglicozzo, 1970) มีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท อาทิ ปัจจัยทางด้านผู้ป่วย เช่น ลักษณะประชากร แบบแผนความเชื่อด้าน ลักษณะของการเจ็บป่วย เช่น อาการทางลบ ความรู้เรื่องโรคและการรักษา ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น การอยู่ร่วมกับครอบครัว การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ปัจจัยด้านการรักษา เช่น ความซับซ้อนของการรักษา วิธีได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา ปัจจัยด้านที่มสุขภาพ และปัจจัยด้านความรู้ที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งที่จะจัดการกับปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท โดยการสนับสนุนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและเกิดความตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค

2.2.5 ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัว

การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท ให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

2.2.5.1 ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพ เพื่อดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ที่ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ซึ่ง Kumas & Sedgwick (2000) พบว่า ปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากยามีราคาแพง ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

2.2.5.2 การอยู่ร่วมกับครอบครัว หมายถึงกลุ่มคนที่มีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือดและ/หรือทางกฎหมาย ได้แก่ พ่อ (สามี) แม่ (ภรรยา) ลูก และญาติพี่น้อง มีบทบาทหน้าที่ที่พึงปฏิบัติต่อกัน ให้ความรักและเอาใจใส่ต่อกัน เอื้ออาทร มีความปรารถนาดีต่อกันทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม (เพชร คันธสายบัว, 2544) นอกจากนี้จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนการดูแลทางด้านจิตใจแล้ว การสนับสนุนของครอบครัวยังมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

2.2.5.3 การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา หมายถึงการที่ผู้ป่วยมีบุคคลคอยช่วยเหลือให้ได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง บุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา การนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด หรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ที่สำคัญคือการดูแลของญาติให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า

2.2.5.4 การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หมายถึงการแสดงลักษณะอารมณ์ของบุคคลมากเกินไป ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีผลต่อการสนับสนุนผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ไม่ดี (Oehl et al., 2000)

2.2.5.5 ทักษะคิด ทักษะคิดของสังคมและครอบครัว เป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิกริยาของบุคคลเหล่านี้ต่อการรักษาอาการทางจิต ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรม การปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากการถูกตีตราจากสังคม เช่นการรับประทานยา รักษาอาการทางจิต การมาตรวจที่โรงพยาบาล หรือผู้ป่วยที่อยู่ในสังคมที่ไม่เห็นความสำคัญของการรักษา ทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนให้รับการรักษา และมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Oehl et al., 2000)

2.2.5.6 สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึงสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในลักษณะต่างๆ เช่น มีความรัก ความห่วงใย เอื้ออาทร เมื่อสมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ครอบครัวจะเป็นแหล่ง ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น (ผลทิพย์ ปานแดง, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของประไพศรี บุรณางกูร (2541) ที่พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

2.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

วัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของผู้ป่วย ซึ่งการศึกษารายงานวิจัยต่างๆพบว่า มีวิธีการประเมินการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาหลายวิธี (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536; สาธุพร พุฒขาว, 2541) ได้แก่

2.3.1 การประเมินโดยตรง (Direct method)

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

2.3.1.2 การวัดปริมาณยาในปัสสาวะ ใช้หลักการเดียวกับการวัดระดับยาในเลือด แต่ยาที่จะวัดโดยวิธีนี้ต้องเป็นยาที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ มีผู้วิจัยโดยใช้วิธีนี้ เช่น กลุ่มการรักษาโรคจิต

2.3.1.3 การวัดปริมาณยาจากสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายอื่นๆ เช่น น้ำลาย อุจจาระ ลมหายใจ

วิธีการประเมินโดยตรงเป็นการตรวจ โดยอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งเป็นวิธีที่มีข้อจำกัดคือ

2.3.1.4 ความเข้มข้นของยาอาจจะได้รับผลจากความแตกต่างในการดูดซึมของยา และการขับออกของยาในร่างกายของแต่ละบุคคล ระดับความเข้มข้นของยาจึงอาจจะไม่ใช่ข้อบ่งชี้ของการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในการใช้ยาของผู้ป่วย

2.3.1.5 ความเข้มข้นของยาที่ตรวจพบ สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานว่ามีจำนวนทั้งหมดเท่าใดครบตามแผนการรักษาหรือไม่

2.3.1.6 การรับประทานยาก่อนการตรวจ จะทำให้ค่าของความเข้มข้นของยาสูง ซึ่งไม่ได้แสดงถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

2.3.1.7 ต้องใช้อุปกรณ์ เครื่องมือและวิธีการที่ยุ่งยาก การวิเคราะห์ต้องเป็นระยะภายหลังจากรับประทานยา วิธีการนี้จึงไม่อาจนำมาใช้ได้ในทุกกรณี

2.3.2 การประเมินทางอ้อม (Indirect method) เป็นวิธีการประเมินพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย โดยประเมินจากวิธีการอื่นที่ไม่ใช่การวัดจากตัวยาโดยตรง แต่วิธีการประเมินนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย อาจทำได้หลายวิธี คือ

2.3.2.1 การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและใช้ง่ายที่สุด อาจสอบถามหรือสัมภาษณ์จากตัวผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย ข้อดีของการประเมินแบบนี้ คือ ได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัดของวิธีการนี้ คือ พบว่าผู้ป่วยมักให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงคำถามให้มีความชัดเจน แม่นตรง

2.3.2.2 การนับจำนวนเม็ดยา เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ใช้บ่อย การปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาประเมินได้จากการนับเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วย และจำนวนที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยา หรือเมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง จำนวนยาที่เหลือมากกว่าที่ควร เป็นการแสดงว่าผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ข้อดีของวิธีการนี้คือ สามารถบอกถึงจำนวนเม็ดยาที่ใช้ไป

2.3.2.3 การสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการประเมินวิธีนี้ ญาติผู้ป่วยหรือบุคลากรทีมสุขภาพที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จะสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือแผนการรักษาได้ถูกต้องครบถ้วน หรือไม่

2.3.2.4 พิจารณาจากการมาตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มารับการตรวจตามนัดเป็นผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา

2.3.2.5 การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตนเอง (Self-report) ซึ่งวิธีการนี้มีข้อจำกัด คือผู้ป่วยอาจเขียนบันทึกไม่ตรงกับการปฏิบัติจริง

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า แม้ว่าการใช้การประเมินหลายวิธีจะทำให้ผลการประเมินน่าเชื่อถือ แต่การสัมภาษณ์เป็นวิธีการที่นิยม และสามารถได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการวางแผนการช่วยเหลือ เนื่องจากบทบาทของพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างใกล้ชิดมากกว่าวิชาชีพอื่น ผู้ศึกษาเชื่อว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย จะสามารถทำให้ผู้ศึกษาได้ข้อมูลจากผู้ป่วยข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง ความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่สร้างขึ้นโดย อุมพร กาญจนรักษ์ (2545)

2.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2.4.1 การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education) Kay (1998) กล่าวว่า วิธีการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อวางแผนเพิ่มการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและวิธีการเผชิญความเครียด ร่วมกับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพจิต เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาดีขึ้น ลดการป่วยซ้ำ นอกจากนี้วิธีการสอนที่ปฏิบัติในกลุ่มครอบครัวที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้แต่ละครอบครัวมีเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.4.2 การดูแลในชุมชน (Community programs) (Olofson, 1990 cited in Kay, 1998) กล่าวว่า การดูแลในชุมชนที่จะได้ผล ต้องสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งต้องมีการดูแลที่สามารถส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพของผู้ป่วยด้วย จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติ เป็นการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งการติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง และการได้รับการรักษาที่เหมาะสม และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ได้แก่

2.4.2.1 คำนึงถึงสาเหตุสำคัญของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา 3 ปัจจัย คือ ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา การขาดความรู้ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ

2.4.2.2 ทำความเข้าใจกับเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย

2.4.2.3 การปฏิบัติกรพยาบาล เช่น การสอนผู้ป่วยรายกลุ่มและรายบุคคล เกี่ยวกับการใช้ยา โดยกลุ่มจะต้องประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีลักษณะความเจ็บป่วยและความสามารถในการทำหน้าที่คล้ายคลึงกัน โดยกระตุ้นให้กลุ่มเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาการใช้ยา

รักษาทางจิต และระหว่างกระบวนการกลุ่ม พยาบาลสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับยา ความเจ็บป่วย ตามความพร้อมของผู้ป่วย

2.4.2.4 ความร่วมมือจะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และพยาบาล

2.4.3 การเสริมสร้างการมีส่วนร่วม โดย (Marland, 1999 อ้างถึงในงามตา อักษรไพพร, 2548) ได้กล่าวถึงแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้วิธีการเพิ่มควมมีอิสระและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ คือ

2.4.3.1 การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล พยาบาลใช้แนวคิดทฤษฎีพยาบาลของ Orem ในการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ต้องอาศัยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ ความคิดของผู้ป่วย สิ่งที่พยาบาลจำเป็นต้องประเมิน คือ อาการผิดปกติที่รบกวนผู้ป่วย ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการรักษา

2.4.3.2 การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล ขึ้นอยู่กับการได้รับข้อมูลการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและยินยอมรับการรักษา ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีปัญหาการตัดสินใจ ดังนั้นสิทธิในการตัดสินใจอย่างถูกต้องด้วยตัวของผู้ป่วยเอง ยังเป็นเรื่องที่ถกเถียงอย่างกว้างขวางและเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะของพยาบาลจิตเวช ในการส่งเสริมผู้ป่วยที่มีความสามารถในการตัดสินใจที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่มีความบกพร่องในการตัดสินใจและสามารถตัดสินใจอย่างอิสระ Marland (1999) เสนอแนวทางการปฏิบัติว่าถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย การให้แรงจูงใจเพื่อการกระตุ้นการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อการรักษา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ ก่อนจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง

2.4.3.3 การส่งเสริมความร่วมมือ เหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องปฏิบัติตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยควรได้รับการติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การเรียนรู้ของผู้ป่วยเพื่อแยกอาการแสดงที่ผิดปกติ การจัดการกับความผิดปกติเกี่ยวกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา การรับรู้ของผู้ป่วยว่าสามารถพูดคุยถึงการปรับเปลี่ยนเวลาในการรับประทานยาที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต เช่น ต้องทำงานตอนกลางคืน อาจปรับยาก่อนนอนเป็นเวลากลางวัน เป็นเรื่องที่พยาบาลควรและบุคลากรในทีมสุขภาพต้องคำนึงถึง นอกจากนั้นความสามารถในการเรียนรู้เรื่องเหตุการณ์ใช้ยา ขึ้นอยู่กับความพร้อม ข้อจำกัดและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย การประเมินสภาพผู้ป่วย แหล่งสนับสนุน การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในแหล่งบริการที่สะดวก เป็นต้น

2.4.3.4 การประเมินผล การประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอ การสังเกตการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยญาติผู้ดูแล พยาบาล และทีมสุขภาพ หรือการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจะต้องใช้ควบคู่กัน การเปิดเผยความจริงจากผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกไว้วางใจว่าสามารถบอกถึงความต้องการของตนเอง

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจะ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดคุยอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้ยา โดยใช้กิจกรรมกลุ่มและการดูแลเป็นรายบุคคล เพื่อรักษาสัมพันธภาพ ความรู้สึกไว้วางใจ ให้เกิดผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาต่อไป โดยจะเห็นว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความสามารถในการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ลดการป่วยซ้ำ

3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.1 ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีผู้ให้ความหมายแตกต่างกันดังนี้

Watson (1889) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นการดูแลบุคคลที่เน้นการเป็นมนุษย์แบบองค์รวม ที่มีจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบสำคัญ มีเป้าหมายของการพยาบาลเพื่อให้บุคคลมีภาวะสมดุลของกาย จิต และจิตวิญญาณ

จินตนา ยูนีพันธ์ (2542) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพ ตั้งแต่ร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการ และครอบครัว ในลักษณะที่คำนึงถึงคนทั้งคนเป็นหน่วยเดียว นั่นคือการยึดหลักปัจเจกบุคคลหรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าความหมายการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเป็นการดูแลบุคคลที่เน้นการเป็นมนุษย์แบบองค์รวม เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการ และครอบครัวในลักษณะที่คำนึงถึงคนทั้งคนเป็นหน่วยเดียว โดยมีเป้าหมายของการพยาบาลเพื่อให้บุคคลมีภาวะสมดุลของกาย จิต และจิตวิญญาณ

3.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การรักษาพยาบาลในระยะนี้จะเน้นที่ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากการฟื้นฟูสภาพภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะเป็นหน้าที่ของญาติหรือครอบครัว ซึ่งครอบครัวเป็นส่วนสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540) โดยญาติและครอบครัวจะดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับไปอยู่ที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวมีความจำกัดทางด้านกำลังกายและความคิด จึงต้องการพึ่งพาหน่วยงานของภาครัฐและเอกชนที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อนำมาเป็นแหล่งประโยชน์ และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยละครอบครัวต่อไป ซึ่งหน่วยงานที่สามารถให้การช่วยเหลือที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาล

ชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ศูนย์ฝึกอาชีพ รวมทั้งมูลนิธิต่างๆ ที่ตั้งขึ้นมาโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนมีความต่อเนื่อง จึงมีการใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลเบื้องต้นในท้องถิ่น หรือสถานบริการที่ใกล้บ้านมากที่สุด ซึ่งเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยลง ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือซับซ้อน ควรได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้มีความชำนาญเฉพาะทาง โดยใช้ระบบการส่งต่อซึ่งเป็นการส่งต่อจากระดับล่างสู่ระดับบน ส่วนการส่งต่อจากระดับบนลงล่าง คือการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลในระดับจังหวัดจนอาการทุเลาแล้ว แต่ยังคงดูแลอย่างต่อเนื่อง ก็อาจส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้าน โดยไม่จำเป็นต้องนอนค้างในสถานบริการนั้น ซึ่งรูปแบบการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ได้แก่ การดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งมีแนวคิดในการดูแลดังนี้ (กัลยาณี โนอินทร์, 2542)

1. เป็นการบริการเชิงรุก ที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการทั้งที่มีสุขภาพดี เจ็บป่วย พิกัด หรือป่วยหนัก เพื่อทุเลาความเจ็บปวดทรมาน
2. เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพพร้อมกัน
3. เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้รับบริการแบบผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ
4. เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและกระดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข
5. เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
6. เป็นบริการที่มีระบบบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว
7. เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

หลักในการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวช สามารถให้บริการตามหลักเดียวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปที่บ้าน โดยดำเนินการตามวัตถุประสงค์ คือ (Klebnoff, 1989 ; Pelletier, 1988 อ้างในอรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545)

1. ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด
2. ลดอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล
3. พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน

4. ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และผู้ป่วยกับผู้บำบัด
5. ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วน ซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล
6. ประสานการติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน ระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว
7. เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการรักษาจากแพทย์ การใช้ยา การมีกิจกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม
8. จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลรักษาด้านสุขภาพและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่อง

3.3 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน

บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชน ในการปฏิบัติการในชุมชนนั้น มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งหน้าที่ การศึกษา ซึ่งประเทศสหรัฐอเมริกาได้แบ่งพยาบาลจิตเวชชุมชนเป็น 2 ระดับ คือ พยาบาลจิตเวชขั้นพื้นฐานและการพยาบาลจิตเวชขั้นสูงและได้มีการกำหนดบทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชน ที่สำคัญไว้ 4 บทบาท ดังนี้ (จารุวรรณ ต. สกุล, 2544)

3.3.1 บทบาทการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยมีวิธีที่จำเป็นสำหรับพยาบาลจิตเวชชุมชน ดังนี้

3.3.1.1 การประเมินสภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินความต้องการและจำเป็นของร่างกาย จิตใจ สังคม รวมทั้งสมรรถนะของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนและดำเนินการบำบัดรักษาในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงควรรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินทางการพยาบาล เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย การรักษา ประวัติด้านจิตสังคม

3.3.1.2 การดูแลช่วยเหลือเพื่อการบำบัด ซึ่งพยาบาลจิตเวชชุมชนจะเน้นการเจรจามากกว่าการกำหนดกิจกรรมให้ผู้ป่วยปฏิบัติ พยาบาลจิตเวชชุมชนจะเป็นผู้เข้าหา พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นด้วยความคิดที่ยืดหยุ่น เปิดใจกว้าง มีทางออก หรือมีแนวทางให้เลือกหลายวิธี

3.3.2 บทบาทการให้คำปรึกษา พยาบาลจิตเวชชุมชนจะมีบทบาท คือ การให้คำปรึกษาผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

3.3.3 บทบาทการบริหารจัดการ เป็นการบริหารจัดการภายใต้นโยบายและแผนการดำเนินงานขององค์กร บทบาทการบริหารจัดการเน้นการประสานความร่วมมือระหว่างผู้เกี่ยวข้องในชุมชน พร้อมกับการชักนำให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรม

3.3.4 บทบาทการศึกษาวิจัย เพื่อสร้างความรู้จริง นำมาปรับปรุง พัฒนาวิธีการ และแนวทางปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชชุมชนให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยบทบาทของการพยาบาลสุขภาพจิตเวชชุมชนมีบทบาททั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งนี้ต้องปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพและบุคลากรวิชาชีพอื่นๆ องค์กรในชุมชนและประชาชน จึงยึดหลักการป้องกัน 3 ระยะ ดังนี้

3.3.4.1 การป้องกันในระยะแรก (Primary prevention) เป็นการป้องกันเพื่อขจัดโรคภัยไข้เจ็บหรือปัญหาสุขภาพไม่ให้เกิดขึ้น เน้นการค้นหาการเจ็บป่วยทางจิต ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดกลไกการต่อต้าน

3.3.4.2 การป้องกันในระยะที่สอง (Secondary prevention) สามารถตรวจสอบโรคได้ในระยะแรก การวินิจฉัยโดยไม่ล่าช้า เพื่อการลดการเจ็บป่วยทางจิตให้น้อยลง โดยถือหลักการดำเนินการรักษาแต่เริ่มแรกคือการป้องกันที่ดี

3.3.4.3 การป้องกันในระยะที่สาม (Tertiary prevention) การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรค หรือปัญหาทางจิตให้หายหรือทุเลาขึ้นจนสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนได้ โดยให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจหรือการกลับเป็นซ้ำ ด้วยวิธีเฝ้าระวัง ดูแลติดตามผู้ป่วยที่จำหน่ายอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับแมรี นายส์และเมลนี แมคอีเวน (Mary Nies & Melanie Mc Ewen, 2001) ได้กล่าวไว้ว่าบทบาทของพยาบาลจิตเวชประกอบด้วย 2 บทบาทที่สำคัญ ได้แก่ บทบาทในการเป็นผู้สอน หรือเป็นนักกิจกรรม และบทบาทการเป็นนักประสานความร่วมมือ

สรุปได้ว่า การรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการรักษาพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งญาติและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วย เป็นการเชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด การส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติ ครอบครัว และชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะต้องอาศัยความร่วมมือและการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ จึงสามารถนำแหล่งประโยชน์จากญาติ ครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ในชุมชน มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

3.4 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัว หรือ ผู้ดูแลที่บ้าน คือ สมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน (Horowitz, 1985 cited in Horowitz & Reinhard, 1995) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

3.4.1 ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย

3.4.2 ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง โดยตรงดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า ยูพาฟิน ศิริ โพรซิงาม (2539) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่ น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลที่สำคัญในชีวิต ทำการดูแลผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแล คือ ผู้ที่ช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องดังนั้น ในการเลือกบุคคลให้เป็นผู้ดูแลในครอบครัวต้องพิจารณาหลาย ๆ ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพหรืองานประจำที่ทำอยู่ นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาร่วมกับแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลด้วย

3.5 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน การเจ็บป่วยทางจิตต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวผู้ดูแล และการที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ตามปกตินั้น ครอบครัวจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเมตตา และอดทนต่อผู้ป่วย (สุวิมล สมัตถะ, 2541)

3.5.1 ด้านความเป็นอยู่ ผู้ดูแลต้องคอยให้ความช่วยเหลือ กระตุ้นเตือนให้ทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ

3.5.2 ด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลควรชมเชยและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยแก้ปัญหา ให้คำปรึกษาแนะนำ

3.5.3 ด้านสังคม ผู้ที่มีพฤติกรรมเฉื่อยชา แยกตัวเอง ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมากขึ้น

3.5.4 ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมของบุคลิกภาพอาจจะไม่สามารถประกอบอาชีพที่มั่นคงได้ ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

3.5.5 ด้านการรักษา ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือนหรือดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมาพบแพทย์ตามนัด

3.5.6 ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและฝึกทักษะการปรับตัวให้กับผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบมากมายดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีที่เข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจ

ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการการดูแลให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท

3.6 ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

3.6.1 ความหมายของครอบครัว

สนิท สมัครงการ (2535 อ้างถึงใน สมลักษณ์ เจียวสด, 2550) ได้ให้ความหมายของครอบครัวคือ เป็นกลุ่มเครือญาติสนิทกลุ่มหนึ่งซึ่งอยู่รวมกันหลังคาเดียวกัน หรืออยู่ในรั้วบ้านเดียวกันหรืออยู่บริเวณบ้านเดียวกันครอบครัวจะทำหน้าที่ที่จำเป็นต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (2537) ได้ให้ความหมายของครอบครัวว่าครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกันรวมทั้งพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต

จากความหมายดังกล่าวสรุปว่า ครอบครัวหมายถึงกลุ่มบุคคลที่มีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือดหรือทางกฎหมายมีการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ

3.6.2 โครงสร้างครอบครัว (Family structure) ประกอบด้วย 3 ด้านคือ

3.6.2.1 โครงสร้างตามลำดับชั้น (hierarchy) สะท้อนถึงอำนาจในครอบครัว ได้แก่ ลำดับชั้นพ่อแม่เหนือกว่าลำดับชั้นลูก พ่อแม่ก็มีอำนาจเหนือกว่าลูกและสามารถดูแลฝึกระเบียบวินัยให้ลูกได้

3.6.2.2 ระบบย่อย (subsystem) ในแต่ละครอบครัวมีหลายระบบย่อย ได้แก่ ระบบย่อยคู่สมรส ระบบย่อยพ่อแม่ ระบบย่อยพี่น้อง ระบบย่อยปู่ตาชาย ระบบย่อยพ่อแม่ทำหน้าที่เลี้ยงดูลูก ดูแลสมาชิกในครอบครัวและบริหารจัดการระบบครอบครัว ให้คำปรึกษา แนะนำสอนและฝึกระเบียบวินัยให้เด็ก ส่วนระบบย่อยพี่น้องซึ่งประกอบด้วยสมาชิกที่มีวัยใกล้เคียงกันก็จะเข้าใจกันได้ง่ายทำให้รู้จักช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

3.6.2.3 ขอบเขต (boundary) ได้แก่ขอบเขตที่ล้อมรอบตัวบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวแต่ละคน ขอบเขตที่ล้อมรอบแต่ละระบบย่อย แบ่งเป็น 3 ลักษณะดังนี้

3.6.2.3.1 ขอบเขตที่แข็งปิดกั้น (rigid boundary) มีลักษณะคล้ายมีเกราะหรือกำแพงห้อมล้อม ถ้าสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนใช้ขอบเขตชนิดนี้ล้อมรอบตัวเองก็จะทำให้แทบจะไม่มีมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิกครอบครัวเดียวกัน ไม่มีเวลาพูดคุยกับลูก ไม่มีเวลาให้คำปรึกษาแก่ลูก

3.6.2.3.2 ขอบเขตที่หลวม (diffuse boundary) มีลักษณะคล้ายขอบเขตที่โปร่งใส จนบางครั้งแทบจะไม่มีขอบเขตขวางกั้นระหว่างครอบครัว ไม่มีควมลับ

ระหว่างคนในครอบครัวทุกอย่างโปร่งใสหมด ขอบเขตชนิดนี้มีข้อเสียคือ การขาดความเป็นส่วนตัว ซึ่งแต่ละบุคคลควรมีสิทธิส่วนบุคคล มากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับวัย อายุ หรือวุฒิภาวะ

3.6.2.3.3 ขอบเขตที่ชัดเจน (clear boundary) จะอยู่ระหว่างกึ่งกลางที่กั้นและขอบเขตที่หลวม สมาชิกแต่ละคนมีความเป็นส่วนตัวมีสิทธิส่วนบุคคล ในขณะเดียวกันก็รู้ความเป็นไปของสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวในเรื่องที่บุคคลทั่วไปควรจะรู้เมื่อมีอะไรเกิดขึ้นก็สามารถช่วยเหลือได้ทันที

3.7 บทบาทของครอบครัวในการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับยาและการรักษา

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของครอบครัวบำบัด มีองค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว โดย Friedman (1992 อ้างถึงใน กุมมาภิชาติ แสงเขียว, 2542) กล่าวถึงองค์ประกอบในการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวไว้ 5 ด้านดังนี้

3.7.1 ด้านอารมณ์ ให้สมาชิกทุกคนได้รับความรัก ความอบอุ่น ตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ของสมาชิก

3.7.2 ด้านการอบรมสั่งสอนให้รู้ระเบียบทางสังคม

3.7.3 ด้านการสร้างสมาชิกใหม่ เพื่อความต่อเนื่องของครอบครัว และดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ในสังคม

3.7.4 ด้านการดูแลสุขภาพ

3.7.5 ด้านเศรษฐกิจ การตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ การจัดอาหาร เครื่องแต่งกาย ที่พัก และมีการดูแลเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้น ความรับผิดชอบของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวป่วย ครอบครัวต้องทำหน้าที่หลักในการดูแลและเป็นตัวประสานในการบำบัดรักษา มีบทบาทในการหารายได้มาค้ำจุนครอบครัว ให้ความมั่นคงทางจิตใจ อารมณ์ และ สังคมแก่สมาชิกในครอบครัว (อัมรา พงศาพิชญ์, 2538 อ้างถึงใน สถิต วงศ์สุรประภิต, 2542)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระหนักของครอบครัว โดยเฉพาะในช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง มีอาการวุ่นวาย ก้าวร้าว แต่หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวมีการปฏิบัติและการแสดงออกที่เหมาะสม ผู้ป่วยก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข ครอบครัวสามารถในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (ทุกา บุญผาสังข์, 2545)

3.7.6 สนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยการเตรียมและตรวจสอบให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด

3.7.7 จัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยตามชนิดของยาที่ผู้ป่วยรับประทาน ระยะเวลาและขนาดที่รับประทานแต่ละครั้ง และเตือนหรือพาผู้ป่วยไปฉีดยาตามวันนัดทุกครั้ง

3.7.8 สังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น อาการที่พบบ่อยแต่ไม่มีอันตรายต่อชีวิต เช่น ง่วงซึม ตาแห้ง คอแห้ง เดินที่เหมือนหุ่นยนต์ แขน ขาและมือสั่น อยู่นิ่งไม่ได้ กระสับกระส่าย อาการข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เช่น กล้ามเนื้อเกร็งอย่างรุนแรง จนผู้ป่วยรู้สึกปวดมาก ถ้าคอ บิด ตาเหลือกขึ้นข้างบน ลิ้นแลบออกมานอกปาก ไข้สูง เหงื่อออกมากและหัวใจเต้นเร็วโดยไม่รู้สาเหตุ และ อาการอื่นๆ เช่น หิวบ่อย รับประทานอาหารได้มากขึ้น มีผื่นแดง ผิวคล้ำง่ายเมื่อถูก แสงแดด ตาพร่า ปากคอแห้ง เพศหญิงประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ

3.7.9 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยการพูดคุยให้ผู้ป่วยเห็น ประโยชน์ของการรักษาด้วยยา ชมเชย ให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือคอยสังเกตหรือสอบถาม ผู้ป่วยเรื่องอาการข้างเคียงของยา และถ้าพบต้องรีบให้การช่วยเหลือ แต่ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการ รับประทานยา ควรปฏิบัติดังนี้ (จินตนา ลีละไกรวรรณ, 2542)

3.7.9.1 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการไม่รับประทานยารักษาโรคจิตจะทำให้ อาการกำเริบ และต้องกลับเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลอีก

3.7.9.2 พยายามให้การรับประทานยาของผู้ป่วยเป็นเรื่องปกติ เช่น ถ้ามี สมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องรับประทานยา อาจเป็นโรคจิตหรือโรคอื่น ควรให้รับประทานยานั้น พร้อมผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักว่าเป็นเรื่องปกติที่ต้องรับประทานยา

3.7.9.3 ไม่ซ่อนยาไว้ในอาหารเพราะผู้ป่วยจะความไว้วางใจ

3.7.9.4 ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา ควรอธิบายว่าจะต้องพาไปปรึกษา แพทย์ เพื่อเปลี่ยนลักษณะยาใหม่

3.7.9.5 มีวิธีติดต่อกับแพทย์ผู้รักษาหรือแหล่งบริการ ใกล้บ้าน กรณีมี ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วย

3.7.10 ดูแลป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติดโดยการพูดคุยและทำข้อตกลงกับ ผู้ป่วยเรื่องการงดเว้นสารเสพติดทุกชนิด ควรปรึกษาทีมสุขภาพถ้าพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อ การใช้สารเสพติด

3.7.11 สังเกตอาการเตือนเบื้องต้นก่อนจะเกิดอาการกำเริบ ให้ครอบครัวสังเกต อาการเตือนเบื้องต้นของผู้ป่วย ถ้ามีให้รีบพามาพบแพทย์

3.7.12 ไม่ควรให้ยาทั้งหมดกับผู้ป่วย ครอบครัวควรรับผิดชอบในการให้ยาแก่ ผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์

จะเห็นว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา ถ้าครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ใช้แหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ จะทำให้ ครอบครัวมั่นใจมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพ

3.8 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยเป็นจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นเวลาระยะนาน การที่ครอบครัวจะทำหน้าที่ได้ดีก็ต้องการเตรียมความพร้อมของครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ ซึ่งความรับผิดชอบของผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในชุมชนหรือที่บ้านมีดังนี้ (Horowitz , 1982 cite in Davis , 1992)

3.8.1 การดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ในการดูแลมีหลักที่สำคัญ คือ ผู้ดูแลและครอบครัวต้องพยายามกระตุ้น ให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองมากที่สุด กิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วย มีดังนี้

3.8.1.1 การรักษาความสะอาดของร่างกาย

3.8.1.2 การให้ผู้ป่วยมีส่วนช่วยทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ภายในบ้าน

3.8.1.3 การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

3.8.1.4 การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร

3.8.1.5 การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ให้ปฏิบัติตนให้เหมาะสมถูก

กาลเทศะ

3.8.1.6 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับ

สภาพผู้ป่วย

3.8.1.7 การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย

สม่ำเสมอ

3.8.1.8 การฝึกทักษะทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

3.8.1.9 การปรับตัวในการเผชิญปัญหา รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับ

ผู้อื่น

3.8.1.10 การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ

3.8.1.11 การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย

3.8.2 การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional and psychological support) ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ เกิดขึ้นในชีวิต การดูแลด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุด การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การป้องกันภาวะซึมเศร้า การป้องกันความเครียด ดังนี้

3.8.2.1 การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแปลงประโยชน์ที่จำเป็นเพื่อขอความช่วยเหลือต่อไป

3.8.2.2 การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ในตัวรักษาพยาบาล ตลอดจนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

3.9 ผลกระทบของครอบครัวจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

3.9.1 ผลกระทบด้านร่างกาย (Physical impact) จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจวัตรส่วนตัวตามที่ต้องการ ไม่มีเวลาพักผ่อน เพราะเป็นงานที่ไม่รู้จักจบสิ้น (วรกช นิติกุล, 2535 Gopinath & Chaturvedel, 1992) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลจะรู้สึกอ่อนเพลีย อ่อนล้า ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อยลง (รัชนิกร อุปเสน, 2541; เพ็ญพัทธ์ อูทิส, 2544 ; ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543; เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543; นพรัตน์ ไชย-ธานี, 2544)

3.9.2. ผลกระทบด้านจิตใจ (Psychological impact) ทำให้เกิดความสับสนใจในการดูแล วิตกกังวล เครียด ความรู้สึกเศร้า รู้สึกอับอายจากพฤติกรรมแปลก ๆ ของผู้ป่วย และรู้สึกกลัวว่าผู้ป่วยจะทำร้าย (ชนิตา มณีวรรณ, 2537; สกิต วงศ์สุระประภิต, 2542; เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543; ทีป-ประทีน สุขเขียว, 2543; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543)

3.9.3 ผลกระทบด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social relationship impact) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกขาดความเป็นอิสระ ไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามต้องการ ทำให้ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือเข้าร่วมกิจกรรมกิจกรรมทางสังคมลดลง มีเวลาพบปะสังสรรค์กับเพื่อนลดลง (ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี, 2536 ; ยาใจ สิทธิมงคล, 2538 ; ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539 ; ชฎาพร ประเสริฐทรง, 2543 ; เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543)

3.9.4 ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (Environment impact) การที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมต่อผู้ดูแลและบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนทั้งด้านความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิตภายในสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายจะมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร ผู้ดูแลต้องคอยระมัดระวังพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้น (ไกรวรรณ เจริญกุล, 2539 ; ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540 ; เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) นอกจากนี้ยังพบว่าภาระเจ็บป่วยทางจิตทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว (เพชร อินอิม, 2531)

3.10 บทบาทพยาบาลดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ตามแนวคิด Klebanoff (1997 อ้างในมารศรี ปาณีวัตร. 2548) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยทางจิตที่บ้าน ไว้ว่าควรจะครอบคลุมบทบาท 3 ด้าน คือ บทบาทผู้ให้การพยาบาลโดยตรง บทบาทที่ปรึกษา และบทบาทผู้ให้ความรู้ หรือข้อมูล รวมทั้งได้กำหนดแนวทางและกิจกรรมเพื่อให้พยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างชัดเจน เช่น การประเมินภาวะทางจิตใจและสังคมของผู้ป่วยการตรวจสอบสภาพจิตของผู้ป่วย การทำจิตบำบัด

รายบุคคล รายกลุ่ม การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการให้ความรู้ในเรื่องการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งบทบาทเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องปฏิบัติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ที่บ้านมีอาการดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ แนวคิดของ Klebanoff จึงเป็นแนวคิดอีกแนวทางหนึ่ง ที่จะนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดบทบาทของพยาบาล ที่ให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านเพื่อให้พยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างชัดเจน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.10.1 บทบาทของการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง

พยาบาลจะเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลักปฏิบัติ ซึ่งเป็นวิธีการปฏิบัติที่นำเอาทฤษฎี หลักการหรือมโนทัศน์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์เพื่อให้เกิดแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 4 ขั้นตอน การประเมินทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติตามแผน การประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยพยาบาลควรทำหน้าที่และกิจกรรมที่ปฏิบัติภายใต้บทบาทการให้การพยาบาลโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนที่บ้าน มีดังนี้

3.10.1.1 การประเมินสภาวะด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย

3.10.1.2 การตรวจสภาพจิต

3.10.1.3 การทำจิตบำบัดรายบุคคลและครอบครัว

3.10.1.4 การประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต จากโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมตามศักยภาพ และให้ผู้ป่วยได้ประกอบอาชีพ

3.10.1.5 ประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวชเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการเฉพาะทางเฉพาะสาขาตามสิทธิพึงได้รับ

3.10.1.6 บริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง โดยสร้างความตระหนักให้ญาติและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล สร้างและเห็นความสำคัญของการรักษา และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ให้เห็นปัญหาและพฤติกรรมของผู้ป่วยมา ยกตัวอย่างให้ได้เรียนรู้จากประสบการณ์และหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ โดยให้ญาติคอยดูแลเรื่องการรักษาและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

3.10.1.7 บริหารจัดการนำตัวผู้ป่วยไปยังแหล่งบริการสุขภาพอื่น ๆ คือ การนำผู้ป่วยให้เข้าถึงการบริการเฉพาะทางเฉพาะสาขาจากโรงพยาบาลจิตเวชเลขวราชนครินทร์

3.10.2 บทบาทที่ปรึกษา

3.10.2.1 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ในเรื่องความไม่สบายใจ และความคับข้องใจจากการดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัว เน้นการระบายอารมณ์และความรู้สึก โดยใช้ขั้นตอนและกระบวนการให้คำปรึกษา

3.10.2.2 การให้คำปรึกษาแก่ญาติ รับฟังปัญหาความคับข้องใจ ความรู้สึก ความคับข้องใจที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งผลกระทบของชุมชนที่แสดงท่าทีและพฤติกรรมกับญาติ

3.10.2.3 การคำปรึกษาแก่ผู้นำและแกนนำชุมชน รับฟังปัญหาหรือผลกระทบที่ได้รับจากการมีผู้ป่วยทางจิตอยู่ในชุมชน

3.10.2.4 ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดการตำหนิตืดคนผู้ป่วย ลดความขัดแย้งภายในครอบครัวให้ผู้ป่วยและญาติมีการสื่อสารที่เหมาะสมและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

3.10.2.5 การเป็นที่ปรึกษาด้านการจัดการในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านกับญาติ และชุมชน

3.10.3 บทบาทผู้ให้ความรู้หรือข้อมูล

3.10.3.1 การให้ความรู้ และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานยาที่ถูกต้อง การสังเกตอาการข้างเคียงของยาและการจัดการเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา รวมทั้งการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาที่ถูกต้อง

3.10.3.2 ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ญาติในเรื่องการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในเรื่องโรคจิตเวช การรักษา เรื่องยา ผลข้างเคียงของยาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อเกิดผลข้างเคียงของยา

3.10.3.3 ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน เพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น สถานีอนามัยใกล้บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล

3.10.3.4 ให้ความรู้หรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วย

3.10.3.5 ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการในปริมาณของหน่วยงานเช่น การให้บริการคลายเครียด

3.10.3.6 กระทำตัวเป็นแบบอย่างให้ผู้ป่วยญาติและชุมชน เพื่อจะไปปฏิบัติเช่น ทักษะการพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การสื่อสารที่เหมาะสม การกล่าวชื่นชมให้กำลังใจเพื่อสร้างความมั่นใจ

4. บริบทการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอหนองปรือ

อำเภอหนองปรือ มีสถานีนามัย จำนวน 7 แห่ง รับผิดชอบให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ในระดับปฐมภูมิ สถานีนามัยบ้านหนองปรือ มีการปฏิบัติงานบริการสุขภาพแบบศูนย์แพทย์ชุมชน ในส่วนองงานสุขภาพจิตและจิตเวช ลักษณะของผู้ป่วยที่มารับบริการ เป็นผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อมารักษาต่อใกล้บ้านตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนคือ มีผู้ป่วยมีอาการป่วยซ้ำ จำนวน 25 ราย โดยพบว่าสาเหตุเนื่องมาจาก หลังจากมีการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลกลับมาดูแลต่อในชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัว ไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรด้านสาธารณสุข และหน่วยงานที่สามารถให้การช่วยเหลือที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ สถานีนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ทำให้ไม่ทราบปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ซึ่งจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการรักษาจากแพทย์ การใช้ยา การจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การมีกิจกรรมและสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม และจากการใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่าผู้ป่วยเกือบทุกรายมีปัญหาพฤติกรรมใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งมีสาเหตุจากตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการใช้ยาทางจิต ไม่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา เมื่อหน่วยการรับประทานยา และสาเหตุที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา มีส่วนเกี่ยวข้องกับครอบครัว โดยครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยรับประทานยาเช่น บางรายไม่มีผู้ดูแลในเรื่องการรับประทานยาที่บ้าน เพราะ ต้องออกไปประกอบอาชีพจึงไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลบางรายไม่เข้าใจผู้ป่วยทำให้แสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม เช่น เมื่อหน่าย ท้อแท้ ในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนผู้ดูแล ขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ และการดูแลรักษาผู้ป่วยจึงไม่พาผู้ป่วยไปรับยาตามแพทย์นัด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ตลอดจนปัญหาสัมพันธภาพด้านการสื่อสารในครอบครัว นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัวพบว่าการที่ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา มีส่วนเกี่ยวข้องกับลักษณะบริการ การดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน ที่มีอยู่ในปัจจุบัน เช่น สถานีนามัย ไม่ได้ให้การดูแลโดยบริการเชิงรุก เช่นการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยกลับมาจากโรงพยาบาล ไม่ได้แนะนำเมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดปัญหาจากการใช้ยา นอกจากนี้ในส่วนของแหล่งสนับสนุนอื่นๆ เช่นองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท ทำให้การสนับสนุนเบี่ยงยังชีพ ตลอดจนงบประมาณสนับสนุนช่วยเหลือผู้พิการทางจิตยังไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ที่เหมาะสม เกิดปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาตามมา

5. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation)

5.1 แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา

การให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นกระบวนการในการสื่อสาร (Communication Process) มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริม ป้องกัน จนถึงแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต มีมุมมอง 2 ส่วน คือ ระดับบุคคล (Individual) และระดับชุมชน (Community) มีการผสมผสานกิจกรรมต่างๆ เพื่อสร้างการตระหนักรู้ (Awareness) การให้ความรู้ (Knowledge) รวมทั้งสร้างทักษะชีวิตและเป้าหมายในการวัดพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลง (พิทักษ์พล นุชยามาลิก และดาราร การะเกสร, 2550) รูปแบบของการให้ความรู้อยู่ 2-3 รูปแบบ สำหรับญาติผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการยอมรับ ซึ่งรวมถึงการประคับประคอง (support) และการบริการด้านความรู้ (educational services) โดยมีเป้าหมายที่จะให้ข้อมูล (information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (network) (Anderson, Hogarty, and Reiss, 1980) ซึ่งในที่นี้จะหมายถึงรูปแบบของการปฏิบัติการ (intervention) ซึ่งพยายามที่จะแก้ไขปัญหาและจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยการสร้างความร่วมมือ และสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวของผู้ป่วย

5.2 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

การให้สุขภาพจิตศึกษามีความแตกต่างกันในด้านรูปแบบ โดยแบ่งได้ดังนี้ Anderson et al. (1980)

5.2.1 การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะขณะที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้ฝึกทักษะ และสามารถดูแลตนเองได้

5.2.2 การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Group psychoeducation) เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย หรือญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

5.2.3 การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) เป็นรูปแบบจำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะสำคัญ คือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม และมีการร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

5.3 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation)

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวถือว่าการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การประคับประคอง และการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Abramowitz & Coursey,

1989) การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษารูปแบบนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากผลการวิจัยเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว (expressed emotion) ที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย Brown et al. (1972) ได้เสนอผลงานวิจัยว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ซึ่งได้แก่ การแสดงความเป็นมิตรในระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย (hostility) มีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมาก (criticism) และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional overinvolvement) จะมีสถิติการกลับมาเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย จากผลการวิจัย ทำให้ผู้ศึกษาดังข้อสันนิษฐานว่าครอบครัวขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย รวมทั้งขาดทักษะในการเผชิญปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับป่วยซ้ำอีก ดังนั้นครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นรูปแบบของการบริการโปรแกรมจึงจัดในรูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของโรค อาการ การรักษา การฝึกทักษะเกี่ยวกับการแก้ปัญหา (problem solving skill) การอยู่ในสังคม (social skills) และการติดต่อสื่อสาร (communication skills)

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พัฒนาขึ้นโดย Anderson, Hogarty & Reiss (1980) เป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (joining) ในการดูแล ประกอบด้วย

5.3.1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว คือ การที่ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ซึ่งไม่ใช่การทำควมรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว แสดงความห่วงใย เอาใจใส่เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และยอมรับในตัวผู้รักษา รวมทั้งการสร้างความหวังให้กับครอบครัวเพื่ออนาคตที่ดีกว่า

5.3.2 การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) คือ การที่ผู้รักษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และพวกเขาสามารถทำอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ได้บ้าง

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

5.3.4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือ การที่ผู้รักษาชี้ให้เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

5.3.5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน

5.3.6 การให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ โดยอาศัยหลักการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper, Leff & Lam, 1992) ดังนี้

5.3.6.1 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการรักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

5.3.6.2 การช่วยเหลือทางด้านสังคมตามความต้องการของผู้ป่วย

5.3.6.3 การจัดการในเรื่องการใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วย

5.3.6.4 รับฟังครอบครัวและช่วยเหลือในด้านการวางแผนการรักษาตาม

ความเหมาะสม

5.3.6.5 ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับ โปรแกรม

การรักษาสำหรับผู้ป่วย

5.3.6.6 ประเมินความเข้มแข็งของครอบครัวและความสามารถในการ

ดูแลผู้ป่วย

5.3.6.7 ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์

5.3.6.8 การให้ข้อมูลที่ตรงประเด็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับ

การเจ็บป่วยทางจิต การรักษาการปรับประคองในเวลาที่เหมาะสม

5.3.6.9 การวางแผนการช่วยเหลือในระยะวิกฤต การพัฒนาทักษะในการ

ติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว

5.3.6.10 การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว

5.3.6.11 ส่งเสริมครอบครัวในการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

5.3.6.12 สอบถามถึงความรู้สึกสูญเสียภายในครอบครัวของสมาชิกใน

ครอบครัวและผู้ป่วย

5.3.6.13 การลดความสับสนความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และผู้รักษาดังนี้

ผู้ป่วย

1. ช่วยสร้างเครือข่ายในการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ
2. ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
3. ลดปริมาณการใช้จ่าย
4. พัฒนาทักษะทางสังคมและการติดต่อสื่อสาร
5. ช่วยเพิ่มรายได้และโอกาสในการประกอบอาชีพ
6. สร้างความแข็งแกร่งให้กับครอบครัว
7. ลดความขัดแย้งภายในครอบครัว

ครอบครัว

1. เป็นการเตรียมทักษะในการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ

2. พัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต
3. พัฒนาทักษะในการเผชิญความเครียด
4. ลดความรู้สึกรับผิดชอบและการแยกตัว
5. ลดความตึงเครียด
6. พัฒนาสัมพันธภาพภายในครอบครัว

ผู้รักษา

1. พัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ภายในชุมชนและการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย

2. สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตที่หลากหลาย
3. ช่วยเพิ่มความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย
4. สามารถลดการดูแลในภาวะวิกฤตได้
5. พัฒนาสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว

จะเห็นได้ว่า เมื่อได้รับการประคับประคองจากบุคลากรทางสุขภาพจิต ได้รับการเข้าไปช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ และได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค เป็นแนวทางที่ดีในการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นการส่งเสริมความสามารถแก่ผู้ดูแล การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยนั้นนับว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985) สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (Williams, 1989) สุขภาพจิตศึกษาไม่ใช่การบำบัด แต่เป็นวิธีการที่ถูกออกแบบมาเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการบำบัดรักษาทั้งหมด ตัวอย่างเช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นย่อมจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและระบบสนับสนุนของผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัวและผู้ดูแล ทำให้รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย จนสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และสามารถหาวิธีป้องกันการป่วยซ้ำได้ วิธีการนี้มักนิยมใช้ก่อนหรือร่วมกับการทำครอบครัวบำบัด (family therapy)

6. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยประยุกต์มาจากการศึกษาของ สรวุฒิ เฟ็งเกร็ด (2550) ซึ่งพัฒนามาจากโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ จิราพร รักการ (2549) และแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et

a1. (1980) โดยผู้ศึกษานำผู้ดูแลและสมาชิกอื่นๆในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาในรูปแบบนี้ เนื่องจากครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้แก่ การให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย คอยดูแลหรือเตือนให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอและไปรับการตรวจรักษาตามที่แพทย์นัด การเฝ้าสังเกตอาการต่างๆของผู้ป่วย (อุมพร ตรังสมบัติ, 2544) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ ชำชอง (2547) ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ประสพการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยๆ การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว การได้รับการยอมรับจากครอบครัว การได้รับความอบอุ่น กำลังใจและความช่วยเหลือจากบุคคลที่รัก ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญต่อผู้ที่อยู่รอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีความหวัง จึงมีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่มีอาการกำเริบ นอกจากนี้การนำผู้ดูแลและสมาชิกอื่นๆในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา จะทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้นเนื่องจากการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงของสมาชิกในครอบครัว (expressed emotion) มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Brown et al. (1972) ได้เสนอผลงานวิจัยว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ซึ่งได้แก่ การแสดงความเป็นมิตรในระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย (hostility) มีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมาก (criticism) และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional overinvolvement) จะมีสถิติการกลับมาเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย

โปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัวและ การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (joining) ในทุกกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้น โปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ปรับให้มีความแตกต่างจากโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาของ สุรวุฒิ เฝิงเกร็ด (2550) ดังนี้ ในส่วนของระยะเวลาดำเนินกิจกรรม จากเดิมระยะเวลาดำเนินการ 3 สัปดาห์ติดต่อกันโดย สัปดาห์แรกดำเนินกิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และ 3 และ สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 และ 5 ดำเนินการใช้เวลากิจกรรมละ 45-60 นาที เปลี่ยนแปลงมาเป็นระยะเวลาดำเนินการ 5 สัปดาห์สัปดาห์ละ 1 กิจกรรมติดต่อกันใช้เวลากิจกรรมละ 45-60 นาที เนื่องจากจากการทบทวนวรรณกรรมผลการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2544) พบว่าการใช้แอลกอฮอล์และ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้ศึกษาจึงได้เพิ่มเนื้อหาในกิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยเพิ่มเนื้อหาผลเสียของการใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด

คิด และโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ดังนั้นโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวหลังปรับปรุงแล้ว จึงใช้ระยะเวลาดำเนินการ 5 สัปดาห์สัปดาห์ละ 1 กิจกรรมติดต่อกันใช้เวลากิจกรรมละ 45-60 นาที มีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว (joining) ซึ่งนำมาจากแนวคิดของ Anderson et al. (1980) โดยการที่ผู้ศึกษาพยายามสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว พยายามเข้าถึงครอบครัวเพื่อให้ทราบถึงลักษณะ และปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การชี้ให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ รวมทั้งการสร้างความหวังให้กับครอบครัว เป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมและมีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2540)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยเป็นการให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) ซึ่งนำมาจากแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เป็นการใช้ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว จำเป็นที่จะต้องทราบถึงอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค โดยผู้ศึกษานำแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) มาใช้ในการให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมี

ความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ตลอดจนสอดคล้องกับของกิจกรรม

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลงมา (Lazarus & Folkman, 1984) โดยผู้ศึกษานำแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) มาใช้ในการส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดรวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา (Cohen & Wills, 1985 อ้างถึงในทีประพิณ สุขเจียว, 2543) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะด้านสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยผู้ศึกษานำแนวคิด Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับการพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร (communication skills) มาใช้ ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเองและสามารถรับรู้รับความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) ถ้าการสื่อสารมีความคลุมเครือและอ้อมค้อมมากเกินไป ครอบครัวก็จะทำหน้าที่ได้ไม่ดีเท่าที่ควร (อุมาพร ตรงสมบัติ, 2544) การฝึกการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (เพชรี คันธสายบัว, 2544) การสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่เป็นประโยชน์กับตัวผู้ป่วยเอง การพัฒนาทักษะในด้านนี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้จักหาแนวทางแก้ปัญหาที่ตนเองไม่สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ อาการผิดปกติจากการใช้ยาทางจิต อาการข้างเคียงจากการใช้ยารวมถึงอาการผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และยังทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้างในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) การมีเครือข่ายช่วยเหลือประคับประคอง เช่น เพื่อนฝูง รวมทั้งองค์กรทางสังคมต่างๆเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสุขภาพจิตที่ดี (อุมาพร ตรงสมบัติ, 2544) นอกจากนี้การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อ

ความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (Thompson & Doll, 1993 อ้างถึงใน ทีปประพิน สุขเขียว, 2543)

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

สารุพร พุฒขาว (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 118 คน ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 72 และมารับการรักษาเมื่อมีอาการ ร้อยละ 51.7 ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 84.7 นอกจากนี้ ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ทศนคติต่อการใช้ยา และความพึงพอใจต่อบริการของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยา มาสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ จำนวน 110 คน และกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ จำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ มี 5 ตัว คือ พฤติกรรมการใช้ยา การดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา ด้านการแสดงอารมณ์ สถานภาพสมรส และความเชื่อด้านสุขภาพ

สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผลวิจัยพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 260 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การ

แสดงอาการของโรคของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ศึกษาผลการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลจำนวน 20 คน พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้น หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ และนารัต เกษตรทัต (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 183 ราย ผลวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ได้แก่ การใช้แอลกอฮอล์ การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา จำนวนขนาดยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ และความถี่ในการบริหารยาต่อวัน

Kumar and Sedgwick (2001) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเวชอายุ 17-65 ปี จำนวน 90 คน ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาสูง และการตัดสินใจของผู้ป่วยเองว่าไม่อยากร่วมมือในการใช้ยามีผลสูงกว่าการตัดสินใจของคนอื่นๆ

Ran, Xiang & Chan (2003) ทำการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของประเทศจีน โดยทำการสุ่มในครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภท ทั้งหมด 326 ราย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ให้ทั้งโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยา, กลุ่มที่ 2 รักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว และกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา มีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว ญาติมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วย ส่งผลดีต่อพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องรูปแบบของสุขภาพจิตศึกษา

จิราพร รักรการ (2549) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข ที่ 21 วัดธาตุทอง กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่าภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สกาวรัตน์ ภูผา (2543) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำนวน 18 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 8 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 10 คน โดยเข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้งในเวลา 2 สัปดาห์พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มทดลองมีปัจจัยในการบำบัดเกิดขึ้นคือ การมีความรู้สึกคล้ายคลึงกัน ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การระบาย การให้ข้อมูล ความเกื้อกูล การได้รับความจริงของชีวิต

สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คนพบว่าคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศุรวุฒิ เพ็งเกร็ด (2550) การศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีค่าสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และ ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กรอบแนวคิดการวิจัย

