บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) พบได้มากในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช และสุขภาพจิต โดยมีความผิดปกติเกิดขึ้นอย่างซับซ้อน ผู้ป่วยมักมีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ซึ่งพบได้อย่างน้อยร้อยละ 1 ของประชากรทั่วไป ผลของการเจ็บป่วยที่ปรากฏนั้นผู้ป่วยจะมีทั้งอาการเฉียบพลันรุนแรงและการดำเนินโรคที่เรื้อรัง (Sadock & Sadock, 2005) ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่ามีประชากร 24 ล้านคนทั่วโลกป่วยเป็นโรคจิตเภท (World Health Organization, 2006) สำหรับสถิติอัตราป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทย อัตราป่วยโรคจิตเภทต่อแสนประชากรในปี 2547, 2548 และ 2549 มีจำนวน 682.67, 572.34 และ 640.61 ตามลำดับ และพบว่ามีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 และผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องกลับมารักษาซ้ำภายใน 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 และเพิ่มเป็น 2 เท่า ในระยะเวลา 2 ปี (กรมสุขภาพจิต, 2549) ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชเน้นการรักษาโรคในระยะเฉียบพลันและรุนแรง เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมตนเองได้จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชน ซึ่งผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการ และผลการรักษาที่ดีในระยะยาวป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพ เป็นผู้ไร้ความสามารถเกิดปมด้อยในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆการรักษาก็ยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น และใช้เวลาในการรักษายาวนานขึ้น (Gitlinetal. 2001; Liebermam et al., 2001;Robinson et al., 1999 cite in Perkin et al., 2006 อ้างใน พัสนี สิทธิคุณ, 2551)

ในปัจจุบันการรักษาโรคจิตเภทด้วยยาเป็นวิธีการที่ดีที่สุด และยังเป็นการรักษาหลัก (Kaplan & Sadock, 2000) ทั้งในผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ในระยะเฉียบพลัน และเป็นการป้องกันไม่ให้กลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นแล้ว (ยุทธนา องอาจสกุลมั่น, 2548) แม้ว่ายาจะมีประโยชน์ต่อการรักษา และควบคุมอาการรุนแรงของโรค แต่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา จำนวนร้อยละ 30 ของผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับมารักษาซ้ำภายใน 1 ปี และเพิ่มเป็น 2 เท่าในเวลา 2 ปี (Marland & Cash, 2001 อ้างใน เยาวลักษณ์ การกล้า, 2550) และจำนวนร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้เกิดความพิการทางจิต (Leucht & Heres, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gillmer et al. (2004) พบว่าการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำใน

โรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาด้านความคิดความเชื่อ ซึ่งถ้าไม่ได้รับความรู้เรื่องโรค และความสำคัญของการรักษาด้วยยา จะมีปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าโรคทั่วไป จากการศึกษาของ Leught & Heres (2006) พบว่าหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เพียง 10 วัน ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเภทจะใช้ยาไม่สม่ำเสมอ และจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 50 กับร้อยละ 75 ภายในเวลา1 ปีและ 2 ปีตามลำดับ (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2552) ซึ่งผลของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาทำให้เกิดผลกระทบหลายด้านดังนี้ ต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ จะมีอาการของโรคกำเริบขึ้น เช่น ความผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรม มีอาการหลงผิดคิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) หวาดระแวงว่ามีคนปองร้าย พฤติกรรมการแสดงออกจะบิดเบือนไปจากปกติ วุ่นวายหรือก้าวร้าว (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) ผลกระทบต่อครอบครัว คือ เมื่อผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทำให้กลับเป็นซ้ำต้องเริ่มรักษาใหม่ ทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้นยากต่อการรักษา ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้น กระทบถึงฐานะการเงิน สร้างความเดือดร้อนแก่ทุกคนในครอบครัว ต้องเสียเวลาดูแลรักษาพยาบาลเป็นเวลานาน ต้องอดทนกับสภาพความเจ็บป่วย และอารมณ์ของผู้ป่วย (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) สมาชิกในครอบครัวมีความทุกข์ทรมานจากภาระการดูแล มีความวิตกกังวล ความเครียด ซึ่งบางรายอาจมีความทุกข์มากจนเกิดภาวะซึมเศร้า เบื่อหน่ายท้อแท้สิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นผลทำให้ผู้ป่วยถูกทอดทิ้งเป็นปัญหาทางสังคมและประเทศชาติ (กรมสุขภาพจิต, 2549)

จากการศึกษาของ Ochl et al. (2000 อ้างในพัสนี สิทธิคุณ, 2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าความรู้ ทัศนคติ และความรู้สึกต่ออาการ ไม่พึงประสงค์จากยาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา เหตุนี้ผู้ป่วยจึงควรได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลตัวเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยา และการจัดการผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยรวมทั้งผลการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเรียนรู้ต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สอบถามในทุกแง่มุม (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2552) เพราะผู้ป่วยต้องใช้เวลาที่จะพัฒนาความไว้วางใจ พยาบาลต้องมีความเข้าใจความคิด ความรู้สึก และให้การยอมรับผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547) และนอกจากนี้ยังมีปัจจัยจากยารักษาอาการทางจิต เนื่องจากการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง การรักษาจึงต้องใช้เวลานาน ซึ่งการรับประทานยาเป็นเวลานานจะทำให้เกิดผลข้างเคียงต่างๆเพิ่มขึ้น (ยุทธนา องอาจสกุลมั่น, 2548) อาการข้างเคียงที่พบ ได้แก่ กล้ามเนื้อเกร็ง ตาเหลือก มือสั่น ตัวแข็ง เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่อย่างไม่มีความสุข ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมใช้ยาอย่างต่อเนื่องเพราะทนต่ออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นไม่ไหว (วันชัย กิจอรุณชัย, 2548) ดังนั้นหากส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้

และมีทักษะในการจัดการเรื่องยาของตนเองได้อย่างถูกต้อง ก็จะส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากขึ้นได้ (พรทิพย์ วชิรดิลก และ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2551)

โรงพยาบาลนภาลัยเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง ให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในลักษณะผู้ป่วยนอกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก ตรวจรักษาโดยจิตแพทย์ เปิดให้บริการในวันอังคาร(สัปดาห์เว้นสัปดาห์) มีผู้ป่วยจิตเวชมารับบริการที่คลินิก จิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกระหว่างปี พ.ศ. 2549-2551 จำนวน 345 ราย 388 ราย และ 516 ราย โดยพบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทจำนวน 46 ราย 58 ราย และ 86 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.33, 14.94 และ 16.66 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (รายงานประจำปีโรงพยาบาลนภาลัย, 2552) ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ 1) ผู้ป่วยอาการกำเริบรุนแรง ทำร้ายผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน เอะอะอาละวาด ซึ่งจะเป็นอันตรายต่อผู้อื่น ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาเบื้องต้นและประสานการส่งต่อไปโรงพยาบาลราชบุรี หรือโรงพยาบาลตติยภูมิ 2) ผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลตติยภูมิในระยะแรกมารับยาต่อเนื่อง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ เช่น อาการหูแว่ว หวาดระแวง มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง 3) ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่สามารถในการดูแลตนเองได้ดีส่วนหนึ่ง แต่ส่วนใหญ่ยังมีปัญหาในเรื่องความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มาที่คลินิกจะได้รับการคัดกรองร่วมกับผู้ป่วยโรคทั่วไปโดยมีขั้นตอนบริการดังนี้ คือ ซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย วัดสัญญาณชีพโดย พยาบาลวิชาชีพ ส่งพบแพทย์ตรวจรักษา รับใบนัด และรับยา ผู้ป่วยจิตเภทได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์บ้าง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารทางเดียวเนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องเวลา และจำนวนผู้รับบริการมีจำนวนมาก ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และกลับมารักษาซ้ำจากปัญหาเรื่องการรับประทานยายังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการสร้างเสริมความร่วมมือในการรักษา

จากปัญหาข้างต้นผู้ศึกษาจึงได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย จำนวน 30 ราย พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่มา รับการรักษาไม่ต่อเนื่องหรือใช้ยาไม่ถูกต้องจำนวน 23 ราย และผู้ป่วยจำนวน 8 ราย มีประวัติการป่วยซ้ำต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในอย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบ 1 ปี จากการสอบถามเพิ่มเติมด้วยคำถามปลายเปิด สรุปได้ว่าสาเหตุการมารับการรักษาไม่ต่อเนื่องหรือใช้ยาไม่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภทมีดังนี้คือ 1)ปัญหาความไม่สุขสบายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ขาดความรู้ในการจัดการอาการรบกวนที่เกิดจากการใช้ยารักษาโรคจิตเภท 8 ราย 2) ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และ การดูแลตัวเอง บางคนยังไม่ทราบว่าตนป่วยเป็นอะไรหรือคิดว่าอาการของตนเองปกติดีแล้วจึงหยุดยาหรือปรับยาเองจำนวน 9 ราย 3) ความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ หยุดยาเองทำให้ได้รับการรักษาด้วยยา

เป็นเวลานานไม่หายขาด จำนวน 3 ราย 4) ขาดความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้อง เช่น คิดว่าไม่สามารถใช้ร่วมกับยาอื่นได้ เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายจึงหยุดยารักษาโรคจิตเภท กลัวติดยา จึงหยุดยาหรือปรับลดยาเองจำนวน 10 ราย ผู้ศึกษาได้ประเมินความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มดังกล่าวโดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรับการรักษาด้วยยาของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2546) พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับสูงจำนวน 3 คน และระดับต่ำจำนวน 27 คน ส่วนสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการคือการสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการใช้ยา วิธีการจัดการกับปัญหาเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาและการดูแลตัวเอง ต้องการพูดคุยระบายความรู้สึกกับกลุ่มที่ป่วยด้วยโรคเดียวกัน การเข้าถึงบริการที่สะดวกมีคุณภาพ ที่สามารถช่วยประคับประคองให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ผู้ศึกษาจึงเห็นว่าน่าจะมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคเพื่อให้มีการประเมินผลลัพธ์ได้ชัดเจน โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภท เพราะผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน มีอัตราการป่วยซ้ำสูง ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของผู้บริหาร และทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลนภาลัย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพจะต้องให้ความสำคัญในเรื่อง ความรู้ ทัศนคติและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Zygmunt et al., 2002) การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นองค์ความรู้ที่จำเป็น และเป็นหนึ่งในหลายกิจกรรมของการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตสังคม (Psychosocial) ที่ให้ผลดีต่อความร่วมมือในการรักษา และลดการป่วยซ้ำ(โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2552) จากการศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ป่วยในของปรารถนา คำมีศรีนนท์ (2550) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษาด้วยยาจะมีความร่วมมือในการรักษาในระดับสูง รวมทั้งมีอาการทางจิตลดลงในระยะติดตามประเมินผล 1 เดือน และ 3 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของระพีพร แก้วคอนไทย (2551) พบว่าหลังจากที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับความรู้เกี่ยวกับยา การปฏิบัติตัวด้วยรูปแบบกลุ่ม และการฝึกรายบุคคลผู้ป่วยจิตเภทจะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง และลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล นอกจากนี้จากการวิจัยเชิงอภิมาณ (Meta Analysis) จากผลงานวิจัย 10 เรื่อง ครอบคลุม group education พบว่า การใช้ Psychoeducational Intervention ไม่ว่าจะอยู่ในรูปแบบใดสามารถลดการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการติดตามในระยะเวลา 9 เดือนถึง 18 เดือน เมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ (Pekkala & L Merinder, 2002) และจากผลการวิจัย 21 เรื่อง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับความรู้จะมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคสูงขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้ (Griffiths et al., 2004) ทั้งนี้สุขภาพจิตศึกษาควรให้

เป็นการรักษาร่วม (adjunctive treatment) กับการใช้ยาในทุกครั้ง และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาภายหลังได้รับไปแล้ว 12 เดือน ยังมีผลลดการกำเริบ (relapse) มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทของประเทศไทย นอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว การให้ความรู้หรือสุขภาพจิตศึกษา(Psychoeducation) เกี่ยวกับโรคจิตเภท การปฏิบัติตัวและการดูแลด้านจิตใจ ร่วมด้วยเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2552) และเพื่อให้เกิดผลดียิ่งขึ้นการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้สมาชิกภายในกลุ่มเกิดความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน รู้สึกอบอุ่นสามารถระบายปัญหาหรือความคับข้องใจได้อย่างเปิดเผย เกิดการหล่อหลอมความคิด เปลี่ยนการรับรู้และความคิดเดิมมาเป็นการรับรู้ใหม่ ความคิดใหม่และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมใหม่ ซึ่งจัดว่าเป็นการปรับพฤติกรรมทางปัญญาก่อนจะนำไปสู่การปรับพฤติกรรมสุขภาพ (Marram, 1978)

จากการศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมต่างๆเพื่อค้นหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลนภาลัย พบว่าการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่มมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลนภาลัยเป็นอย่างยิ่ง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจในการนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่มเป็นการพยาบาลที่เหมาะสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้เกิดการเรียนรู้สามารถดูแลตนเองได้ และช่วยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยนำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของAnderson (1980;1983) ที่มีรูปแบบการให้ความรู้ กล่าวคือ การประคับประคอง (support) การบริการด้านความรู้ (Education service) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (Coping skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (Network) นอกจากนี้ได้นำแนวคิดเรื่องกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ที่มีรูปแบบการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกันของสมาชิกในกลุ่มนำมาแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับสมาชิกร่วมกัน โดยคาดว่าการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่มจะสามารถแก้ไขปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาให้ดีขึ้น โดยการให้ความรู้ที่มีระบบ มีแนวทางการให้ความรู้ที่ชัดเจน สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริงส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่ม

แนวเหตุผลและสมมุติฐาน

โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษา เป็นกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกิดแรงจูงใจ และส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson (1980; 1983) ที่มีรูปแบบการให้ความรู้ กล่าวคือ การประคับประคอง (support) การบริการด้านความรู้ (Education service) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (Coping skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (Network) นอกจากนี้ได้นำแนวคิดเรื่องกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ที่มีรูปแบบการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกันของสมาชิกในกลุ่ม นำมาแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับสมาชิกร่วมกัน ในการพัฒนาขึ้นเป็นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทนั้นผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram (1978) เป็นโครงสร้างหลัก ประยุกต์ใช้ร่วมกับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มของโชติพร พันธุ์วัฒนาชัย (2546) ซึ่งใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson (1980) เป็นโครงสร้างรอง มีการปรับเนื้อหาของกิจกรรมที่ 1 กิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 3 เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของการศึกษา โดยเพิ่มเนื้อหาเรื่องการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การใช้ยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เพื่อให้เนื้อหาในแต่ละกิจกรรมส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภทซึ่งนำมาจากแนวคิดของ Anderson et al.(1980) ผู้นำกลุ่มจะสร้างบรรยากาศให้สมาชิกเกิดความรู้สึกปลอดภัยในการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกอื่น อธิบายให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายกระบวนการกลุ่ม การรักษาความลับ และระยะเวลาของการเข้ากลุ่ม เป้าหมายในระยะนี้เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ทำให้สมาชิกกล้าพูดถึงความคิดความรู้สึกของตน ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการกลุ่มต่อไป (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค จิตเภทการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งนำมาจากแนวคิดของ Anderson et al. (1980) ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตาม

ความเป็นจริง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลตนเอง การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ได้สนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิตเภทและอาการที่เป็นปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภททราบถึงอาการข้างเคียงจากยา ทราบแนวทางในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ และมีทักษะในการใช้ยาอย่างถูกต้อง สามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ส่งผลต่อความร่วมมือการรักษาด้วยยา โดยนำแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวในการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Psychoeducation) อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) มาใช้ในการให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท สนับสนุนให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริง การฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง (Lazarus & Folkman, 1984 ; Montgomery et al., 1985)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษานำแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) มาใช้ในการส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีแนวทาง ในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพราะจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมความคิด ความเชื่อ การตัดสินใจอย่างมีเหตุผลจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะด้านสังคม ผู้ศึกษานำแนวคิด Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม(social support) ร่วมกับการพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร (communication skills) การฝึกการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถบอกปัญหาและความต้องการของตนเอง มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแล หรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาทักษะในด้านนี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้จักหาแนวทางแก้ปัญหาที่ตนเองไม่สามารถแก้ไขได้ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดยใช้กิจกรรมกลุ่ม การเปิดเผยความจริงจากผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกไว้วางใจว่าสามารถบอกถึงความต้องการของตนเอง ผู้ป่วยอาจต้องมีการพูดคุยทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร เพื่อรักษาสัมพันธภาพ ความรู้สึกไว้วางใจ ให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อไป

สมมติฐานการศึกษา

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่มสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่ม

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการศึกษา (The One Group Pretest-Posttest Design) โดยศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค จิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD- 10 ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม

2. กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD-10 อายุ 20- 60 ปี มีคะแนนแบบประเมินอาการทางจิต คือ Brief Psychiatic Rating Scale(BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน ซึ่งมีอาการทางจิตรุนแรงน้อย จำนวน 20 ราย

3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

3.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่ม

3.2 ตัวแปรตาม คือ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ดำเนินการตามกระบวนการจัดโอกาส และประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างมีระบบ โดยใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของAnderson et al. (1980) ที่มีรูปแบบการให้ความรู้ คือ การประคับประคอง (Support) และการบริการด้านความรู้ (Education) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping skill services) การขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง(Eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (Net work) ซึ่งโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่มที่นำ มาใช้ในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์มาจากโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ของ โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย (2546) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) และผู้ศึกษาได้ผสมผสานแนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram (1978)เข้าในทุกขั้นตอนของกิจกรรมโดยเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมจะส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 5 กิจกรรม คือ1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ 2) การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 3) การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิตเภทและอาการที่เป็นปัญหา 4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ 5) การพัฒนาทักษะทางสังคม ใช้เวลาดำเนินการกิจกรรมละ 45-60 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์โดยมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักคุ้นเคยซึ่งกันและกัน ไว้วางใจ เปิดเผยตนเองและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจถึงหลักการ วัตถุประสงค์ รูปแบบของกิจกรรมกลุ่ม ขั้นตอนของกิจกรรมได้ตรงกัน สัมพันธภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิกจะช่วยให้เกิดความร่วมมือ มีแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม และแสดงความคิดเห็นหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ส่งผลให้สามารถดำเนินกิจกรรมกลุ่มจนบรรลุวัตถุประสงค์

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเภทและการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นกิจกรรมการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ และการรักษาของโรคจิตเภทโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการ ใช้ยารักษาโรคจิตเภท วิธีการใช้ยา และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา รู้ว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น การให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิตเภท และการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และเกิดความร่วมมือในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิตเภทและอาการที่เป็นปัญหาเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้และทักษะเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและมีวิธีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการเตือนของตนเองก่อนมีอาการมากขึ้น สามารถบอกวิธีการจัดการกับอาการที่ผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการมีอาการมากขึ้นเป็นเรื่องสำคัญ ผู้ป่วยจิตเภทควรทราบถึงปัจจัยเสี่ยงอาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย จะสามารถทำให้มีการดูแลตนเองที่เหมาะสมและป้องกันการป่วยซ้ำได้

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลได้ประเมินระดับความเครียดที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยและให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ

เกี่ยวกับสาเหตุ อาการของความเครียด มีแนวทางในการจัดการความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้ลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ ได้เรียนรู้ถึงวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถลดภาระ หรือความเครียดให้น้อยลงได้ สามารถนำความรู้ที่ได้ประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวันของตนเองได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม เป็นกิจกรรมที่ให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะทางสังคมในการรับช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคม ชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยมีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพจะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเอง หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้บุคคลอื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ ความต้องการของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่น จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง ดังนั้นการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

กระบวนการกลุ่ม หมายถึง กระบวนการทำงานของบุคคลมากกว่า 2 คนขึ้นไป ที่รวมเอาประสบการณ์มาพูดคุยกันด้วยความรู้สึกพึงพอใจในความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ซึ่งกระบวนการกลุ่มนี้จะช่วยให้แต่ละคนมีโอกาสเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ข้อคิดเห็นระหว่างกัน เป็นการสร้างแรงจูงใจให้แก่กัน เกิดความเอื้ออารีต่อกัน จนช่วยให้ค้นพบแนวทาง และวิธีการแก้ไขปัญหาที่น่าพอใจร่วมกัน การดำเนินกระบวนการกลุ่มมีขั้นตอน 3 ระยะ คือระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (Marram, 1978)

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง การปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อให้เกิดผลดีต่อทั้งสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการรักษาในเรื่องการรับประทานยา ซึ่งปฏิบัติอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ พร้อมกับการมาตรวจ และรับยาตามกำหนดของแพทย์ ซึ่งไม่ได้มาจากการควบคุมหรือสั่งการให้ทำ แต่เป็นความยินดี และเต็มใจในการปฏิบัติ สามารถประเมินได้จากแบบประเมินของสาธุพร พุฒขาว (2541)

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD-10 โดยมีลักษณะพฤติกรรมการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างน้อย 1 พฤติกรรมดังนี้คือ หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาไม่ถูกต้องตาม

วัตถุประสงค์ ใช้ยาไม่ตรงตามเวลา ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์และไม่มาตรวจตามแพทย์นัด เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่มเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีคุณภาพ

2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเพื่อพัฒนางานของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยกลุ่มอื่นต่อไป