

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางจิตที่รุนแรง ที่มีความเสี่ยงตลอดช่วงชีวิต ประมาณร้อยละ 1 (Norton, Williams, and Owen, 2006: 158) และเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาอย่างต่อเนื่องของมนุษยชาติ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่าย และมีผลกระทบเป็นภาระต่อผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งเป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับต้นของการเจ็บป่วยทางจิตดังจะเห็นได้จาก มีการศึกษาทางระบาดวิทยาพบอัตราความชุกทั่วโลกอยู่ในช่วง 1.4 –1.6 / ประชากร 1,000 คน (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548: 359) และเมื่อพิจารณาในประเทศไทย พบอัตราความชุกตลอดช่วงชีวิตในเขตกรุงเทพฯ ร้อยละ 1.3 และต่างจังหวัดร้อยละ 0.17 (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548: 363) ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 2 ล้านคน (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2544) และจากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 23.34 (กรมสุขภาพจิต, 2550) ซึ่งผลจากความเจ็บป่วย ก่อให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ รัฐต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรง ผู้ป่วยจะต้องกลับมารักษาซ้ำ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2541) ซึ่งโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ได้วิจัยต้นทุนการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า ต้นทุนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 175.36 บาท / ครั้ง (วิวัฒน์ ยถาภูพานนท์ และคณะ, 2536) และมีการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนการบริการสุขภาพจิต ของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศ จำนวน 17 แห่งพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 43 วันต่อราย คิดเป็นต้นทุนรวมเฉลี่ย เท่ากับ 28,230 บาท (เอนก สุภีรัตน์, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และบุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, 2550: 7) และจากการศึกษาภาวะโรคและการบำบัดเจ็บ ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2542 ที่องค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกได้ร่วมกันพัฒนาดัชนีชี้วัดปัญหาสุขภาพพบว่าเพศหญิงที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท มีการสูญเสียปีสุขภาวะอยู่ในลำดับที่ 17 ซึ่งแสดงให้เห็นประจักษ์ถึงการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศจำนวนไม่น้อย

ปัจจุบันการบำบัดรักษาโรคจิตเภทเน้นการผสมผสานทั้งการใช้ยาต้านโรคจิต การบำบัดทางจิต และการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ส่งเสริมซึ่งกันและกัน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) แต่ในการบำบัดรักษา ผู้ป่วยจะได้รับยาด้านโรคจิตเป็นอันดับแรกเพื่อช่วยให้อาการดีขึ้น และความผิดปกติทางจิตจะลดน้อยลงหรือหายไป (กฤติยา พงษ์พิพัฒน์, 2547: 7) เนื่องจากยาจะสามารถปรับสมดุลของสารชีวเคมีในร่างกาย และพบว่า

มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย ช่วยลดความรุนแรงของโรค (Kumar & Sedwick, 2001) และยังมีบทบาทในการรักษาอาการอย่างต่อเนื่องจากกระยะรุนแรงจนอาการค่อยๆ ดีขึ้น (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2549) โดยทั่วไปผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการรักษาด้วยยาในระยะยาวนานเป็นปี (สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ, 2536) หรือตลอดชีวิต (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542) ซึ่งการรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนาน มักทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามมา คือ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา กินยาไม่ครบตามขนาด การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น หยุดใช้ยา หรือใช้ยาเฉพาะที่เมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติ ใช้ยามืดเวลา ใช้ยาน้อยหรือเพิ่มมากกว่าแผนการรักษา (มานิช หล่อตระกูล, 2541: 761; Farragher, 1999) เกิดการละเลยที่จะมาตรวจตามนัด ตลอดจนการไม่มาตรวจตามกำหนดนัด (Davidhizar, 1982) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการไม่รับประทานยาสูงถึงร้อยละ 4 (อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์, 2536 อ้างถึงใน วันชัย กิจอรุณชัย, 2548: 19) ซึ่งปัญหาเหล่านี้มักมีสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต (ทีปประพิน สุขเขียว, 2443) หรือเบื่อหน่ายที่ต้องรักษาเป็นระยะเวลานาน ไม่สามารถทนกับอาการข้างเคียงของยา และคิดว่าหายดีแล้ว (Rusher et al, 1997)

ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกลับเป็นซ้ำ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ เพชร คันธสายบัว (2544) ที่ศึกษาวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ พบว่า หนึ่งในตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ คือ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำมีลักษณะของพฤติกรรมการใช้ยาดี คือ มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนสามารถสังเกตอาการจากผลข้างเคียงของยาได้ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง โดยการหยุดยาเอง จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำถึงร้อยละ 70 (สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2544) การป่วยซ้ำทำให้การพยากรณ์โรคระยะยาวแย่ลง โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ก็จะมีโอกาสป่วยซ้ำบ่อย โดยทั่วไปพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยจิตเภทจะกลับเป็นซ้ำอีก ไม่หาย หรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545: 93 และ นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548: 370) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ชี้ให้เห็นว่าปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษานั้นจะส่งผลกระทบต่อมีอาการป่วยซ้ำ

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญที่สามารถเกิดขึ้นได้ทุกระยะของการบำบัดรักษา Blackwell (1997) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 25 ขณะรับการรักษาใน

โรงพยาบาล และร้อยละ 50 ขณะกลับไปอยู่ในชุมชน ไม่ได้ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผล (Weiden et al, 1994) ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยจิตเภท โดย Agarwal et al. (1998) กล่าวว่า หากผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ นอกจากจะช่วยควบคุมอาการและป้องกันการป่วยซ้ำแล้ว ยังช่วยให้การพยากรณ์โรค ในระยะยาวของผู้ป่วยดีขึ้นอีกด้วย และถึงแม้จะพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นปัญหา แต่ก็สามารถส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นได้ (Blackwell, 1997 ; Frank & Gunderson, 1990) โดยการออกแบบระบบบริการ ที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำและลดการสูญเสียต่อประเทศชาติ

แนวนโยบายการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาอยู่กับครอบครัวที่บ้านในชุมชน โดยมีแนวคิดที่ว่า ครอบครัวคือแหล่งประโยชน์ที่สำคัญและดีที่สุดสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (Loukissa, 1995) ทำให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยต้องรับผิดชอบให้การสนับสนุนดูแลโดยตรงกับผู้ป่วย รวมทั้งร่วมเผชิญและแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะปัญหาพฤติกรรมกรดูแลตนเองด้านการรับประทานยาของผู้ป่วย แต่การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลยังมีข้อจำกัดในการทำบทบาทเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาได้ถูกต้อง ผู้ดูแลเกิดการเพิกเฉยต่อบทบาทหน้าที่ หลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วย ไม่ไปรับยาให้ ไม่จัดเตรียมยาให้เพียงพอ ไม่เตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ไม่หาวิธีให้ผู้ป่วยรับประทานยาเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตและไม่ยอมรับประทานยา ไม่เอาใจใส่ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา และไม่พาผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยา รวมทั้งไม่มีการปลอบใจ ให้กำลังใจผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วาสนา ปานดอก (2545) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านการบริหารยาที่บ้านในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่อง มาจาก ผู้ดูแลยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการรักษาด้วยยาทางจิต จึงอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยได้ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ ทูลภา บุปผาสังข์ (2545) ที่ศึกษาพบว่า ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา มีความสัมพันธ์ในทางลบกับการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท นอกจากนี้เนื่องจากสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดการใช้ยา มักมาจากความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเกิดทัศนคติและความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับผู้ป่วย โดยพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อยมักมีการแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed Emotion, E.E.) ในระดับสูง คือมีปฏิสัมพันธ์แบบตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (Criticism)

อาจเป็นน้ำเสียงหรือเนื้อหาคำพูดที่แสดงถึงความไม่ชอบ ไม่ยอมรับ หรือความเกลียดชัง การมีท่าทีไม่เป็นมิตร (Hostility) ซึ่งเป็นความรังเกียจ ตำนานวิจารณ์ที่ตัวบุคคลมากกว่าตำหนิวิจารณ์ที่การกระทำ และการจู้จี้ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (Emotional overinvolvement) ด้วยการแสดงความห่วงใยในตัวผู้ป่วยมากเกินไปแม้กระทั่งเรื่องเล็กน้อย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544 และ มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์สูงของคนในครอบครัว สามารถทำนายการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Bebbington & Kuipers, 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hogarty et al. (1986) ที่พบว่า การที่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงอารมณ์สูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ในทางตรงข้ามหากครอบครัวมีความรักความเข้าใจ เอื้ออาทรห่วงใย ช่วยเหลือและเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ก็จะเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ Razali & Yahya (1995) ที่ศึกษาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศมาเลเซีย พบว่า ครอบครัวมีความสำคัญในการดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา โดยการนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด หรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยที่สามารถไปพบแพทย์ได้เองไปโรงพยาบาลตามนัด และการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา ที่สำคัญคือการดูแลของญาติให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า หรือการเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา รวมทั้งการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วยด้วย การมีส่วนร่วมของครอบครัวดังกล่าว ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแล

โรงพยาบาลราชบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในสองแห่งของเขตตรวจราชการที่ 6 มีขนาด 895 เตียง และผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแล้ว (HA : Hospital Accreditation) กลุ่มงานจิตเวชเป็นกลุ่มงานหนึ่งที่มีความมุ่งหมายในการบำบัดรักษา ส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมีคลินิกจิตเวชให้บริการแบบผู้ป่วยนอก ในวันอังคาร พุธ และพฤหัสบดี ผู้ให้บริการประกอบด้วยจิตแพทย์ 2 คน พยาบาลจิตเวช รับผิดชอบคลินิกจิตเวช 1 คน พยาบาลจิตเวชรับผิดชอบงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตในโรงพยาบาลและงานจิตเวชชุมชน 3 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน โดยพยาบาลจิตเวชทั้ง 4 คน จะผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนให้บริการแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวช โดยมีรูปแบบการให้บริการตั้งแต่การซักประวัติ ประเมินสภาพจิตก่อนพบจิตแพทย์ การให้คำแนะนำในความรู้เรื่องโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวทั้งแบบรายบุคคล รายครอบครัว และรายกลุ่มตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก ณ คลินิกจิตเวชนี้มุ่งเน้นในด้านการบรรเทาอาการทางจิตของผู้ป่วยมากกว่าการส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย จึงอาจส่งผล

ให้ขาดการดูแลที่ต่อเนื่องที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ดังนั้นการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยนอกแก่ผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องพัฒนาให้เกิดรูปแบบในการดำเนินงานที่เหมาะสม และเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและลดการกลับเป็นซ้ำ

ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่พบจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจว่าปัญหานี้เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ศึกษารับผิดชอบอยู่หรือไม่ จึงได้ทำการสำรวจพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างเดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม 2550 จำนวน 30 คน ด้วยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาซึ่งใช้ในการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ 23 คน (ร้อยละ 76.67) มีพฤติกรรมการใช้ยาระดับต่ำและระดับปานกลาง และจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมพบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องหลายลักษณะ อาทิ หยุดใช้ยาเอง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หรือรับประทานยาไม่ครบตามขนาดที่แพทย์สั่ง และมักลดหรือเพิ่มจำนวนเม็ดยาเอง ทั้งนี้สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องนั้น มีส่วนเกี่ยวข้องกับครอบครัว โดยพบว่าผู้ป่วยบางรายไม่มีผู้ดูแลในเรื่องการรับประทานยาที่บ้าน และผู้ดูแลบางรายมักแสดงท่าทีรำคาญ เบื่อหน่าย หรือไม่สนใจใยดีผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัวให้รับประทานยาเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ การนำครอบครัวเข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญมากต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยต้องส่งเสริมให้ครอบครัวมีทัศนคติที่ถูกต้องคือ มีทัศนคติที่เอื้อต่อการช่วยเหลือ ไม่ใช่ตำหนิติเตียนหรือไม่ยอมรับผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาของ ประไพศรี นูรณางกูร (2541) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัว และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นครอบครัวจึงต้องเข้ามาทำหน้าที่ในฐานะผู้ดูแล ซึ่งเป็นบทบาทที่เพิ่มขึ้น นอกเหนือจากบทบาทเดิมที่มีอยู่ของครอบครัว (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544) ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งครอบครัวมีส่วนสำคัญในการป้องกันการกำเริบของโรค และลดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาต่อที่บ้าน (Rapper, 1996) การรักษาผู้ป่วยจิตเภทให้ได้ผลดีที่สุดในปัจจุบันจำเป็นต้องมองบุคคลในแง่บริบทของครอบครัว ไม่ใช่มองบุคคลเพียงลำพัง ทั้งนี้เพราะเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า การมองบุคคลในบริบทจึงจะทำให้เข้าใจบุคคลได้อย่างแท้จริง

เนื่องจากบริบทที่สำคัญที่สุดของบุคคลคือ ครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยจิตเภท เพราะปัญหาของผู้ป่วยก็ไม่ได้เกิดมาเองตามลำพัง แต่เกิดขึ้นมาในบริบทของครอบครัว (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ดังนั้นการให้คำปรึกษาครอบครัว จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย จนสามารถเป็นแหล่งที่คอยให้การช่วยเหลือดูแล ให้ความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่น มีความเอื้ออาทร ห่วงใย ช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การใช้ยาได้อย่างถูกต้องตามเกณฑ์ การรักษามากขึ้น (ผลทิพย์ ปานแดง, 2545)

การให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นบทบาทที่สำคัญบทบาทหนึ่งของพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2548) เนื่องจากจะช่วยให้ครอบครัว เข้าใจบทบาท ภาระหน้าที่ รวมทั้งปรับปรุงประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วย และสามารถปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยได้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) เช่น มีการปรับตัวกับอาการของผู้ป่วยได้ (Forman, 1993) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจในตนเองก็จะนำไปสู่การปฏิบัติตัวในการใช้ยาตามแผนการรักษาและสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้ โดยครอบครัวมีส่วนสำคัญในการป้องกันการกำเริบของโรค และลดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาต่อบ้านด้วยวิธีการต่างๆ (Rappert, 1996) ดังเช่นการศึกษาของ อรรถนพ ทองคำ (2546) ที่ศึกษาพบว่า ครอบครัวที่ให้การดูแล ให้ความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่น เอื้ออาทร ห่วงใยต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติ จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบซ้ำได้ นอกจากนี้การให้คำปรึกษาครอบครัวจะช่วยกระตุ้นให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในระหว่างการให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำครอบครัวให้เห็นความสำคัญของการเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การรับฟังปัญหาและการให้คำปรึกษากับผู้ป่วย เป็นบางครั้งตามความเหมาะสม และสนับสนุนให้ผู้ป่วย ได้ดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอ และไปรับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด นอกจากนั้นแล้ว การให้คำปรึกษาครอบครัวยังเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ให้คำปรึกษาในการที่จะค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการปรับเปลี่ยนท่าที ทศนคติ การปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อให้ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับผู้ป่วย (ญาณินี ไพบูลย์รัตนากร, 2547) ดังนั้นการให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในสภาพแวดล้อมและบริบทครอบครัว การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษานั้น เป็นการส่งเสริมให้ครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพในการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์ และสามารถดำเนินชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจในการกระทำเพื่อการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น นอกจากนี้

เป้าหมายที่สำคัญของการให้คำปรึกษาครอบครัวก็คือ ช่วยให้เกิดความสัมพันธ์และสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว เกิดความรัก ความเข้าใจ และมีการยอมรับกันมากขึ้น ซึ่งสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

แนวเหตุผลและสมมติฐานโครงการศึกษาอิสระ

พฤติกรรมการใช้ยามีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง มีโอกาสป่วยซ้ำถึงร้อยละ 70 (สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ, 2544) ลักษณะพฤติกรรมการใช้ยารักษาอาการทางจิตที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท จะแสดงออกใน 5 ลักษณะคือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาไม่ถูกขนาด การใช้ยามืดเวลา และการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา (Farragher, 1999 อ้างถึงใน เพชร คันธสายบัว, 2544) ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการกำกับดูแลและกระตุ้นเตือนเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง หากครอบครัวเพิกเฉยต่อบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ง่าย (วัชรภรณ์ ลือโรสงค์, 2541) ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและในชุมชนนั้น ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย โดยสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยให้ถูกต้องตามชนิด ระยะเวลาและขนาดที่รับประทาน การสังเกตอาการข้างเคียงของยาและให้การดูแลเบื้องต้น (ทูลภา บุปผาสังข์, 2545) นอกจากบทบาทของครอบครัวดังกล่าวแล้ว ปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยของผู้ป่วยจิตเภท และสามารถทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Bebbington & Kuipers, 1994) โดยพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อยมักมีการแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed emotion E.E.) ในระดับสูง คือมีปฏิสัมพันธ์แบบตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (Hostility) และจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (Emotional overinvolvement) (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544 และ มาโนช หล่อตระกูลและ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hogarty et al. (1986) ที่พบว่า

ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์สูงมักจะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ในทางตรงข้าม หากครอบครัวมีความรัก ความเข้าใจ เอื้ออาทรห่วงใย ช่วยเหลือและเอาใจใส่ซึ่งกันและกันก็จะเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Xiong et al. (1994, cited in Heather, Amit, and Brian, 2002) ที่พบว่า การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการรับประทานยาดีขึ้น ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง ผู้ศึกษาจึงได้ให้ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการสนับสนุนจากครอบครัว ด้วยการนำครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเข้ามามีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

การให้คำปรึกษาครอบครัว จะช่วยป้องกันไม่ให้อาการกำเริบบ่อยและสามารถใช้ชีวิตกับครอบครัวและชุมชนได้ดีขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) อีกทั้งเป็นการให้บริการทางการแพทย์แบบองค์รวม หรือที่เรียกว่า Holistic (กรมสุขภาพจิต, 2547) การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นรูปแบบการให้คำปรึกษารูปแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นการให้ความช่วยเหลือกับผู้ที่ปัญหาในบริบทของสภาพแวดล้อมภายในครอบครัว เนื่องจากการทำความเข้าใจกับตัวบุคคลเพียงอย่างเดียวไม่สามารถที่จะทำให้เข้าใจถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงได้ และมองว่าการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย เป็นผลมาจากความบกพร่องของบุคคลในครอบครัวมิใช่ที่บุคคลที่เจ็บป่วยเพียงอย่างเดียวเท่านั้น (Goldenberg & Goldenberg, 1895) การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ให้คำปรึกษา ที่จะทำให้อาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้ปัญหาของตนเองและครอบครัวของตนได้ อีกทั้งเป็นการพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัว และจัดการกับความขัดแย้งภายในบุคคลในครอบครัว (อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย, 2549) นอกจากนี้ยังเป็นกระบวนการที่ช่วยให้เกิดการค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการดีขึ้นของอาการผู้ป่วย โดยที่สมาชิกในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อให้ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับผู้ป่วย (ญาณินี ไพบูลย์รัตนกร, 2547) ดังนั้นครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างมาก ครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และมีหน้าที่ในการดูแล การให้ความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่นเอื้ออาทรห่วงใยต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งมีผลต่อการป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำได้ (อรรรณพ ทองคำ, 2546)

การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นวิธีการให้คำปรึกษาแบบขนาน (parallel approach) คือให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเท่า ๆ กัน และให้การปรึกษาไปพร้อมกัน

ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ครอบครัวเข้าใจปัญหาของตนพร้อมไปกับการฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย การช่วยเหลือระบบย่อยทั้งสองไปพร้อมกันเป็นสิ่งที่ดีเพราะทำให้ไม่มีใครถูกทอดทิ้ง แต่ทุกคนมีโอกาสจะได้รับความช่วยเหลือ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกวิธีการให้คำปรึกษาครอบครัวแบบรายครอบครัว แต่ละครอบครัวประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท 1 ราย ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท 1 - 3 ราย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์วิธีการให้คำปรึกษาครอบครัว มาจากโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวของสาริณี โตะะทอง (2548) ซึ่งใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structure Family Therapy) ของ Minuchin (1974) มาใช้แก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีแนวคิดเชื่อว่าครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วยกฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนต่างๆ โดยครอบครัวที่มีกฎระเบียบแบบแผนชัดเจนจะมีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆอย่างเหมาะสม ทำให้สามารถดำรงชีวิตครอบครัวอย่างปกติสุข ในทางตรงข้ามครอบครัวที่มีกฎระเบียบไม่ชัดเจน ไม่มีระเบียบแบบแผน ขาดความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลง เมื่อครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้นก็จะเกิดความยุ่งยาก และขาดประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหา (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) การให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดนี้มีเป้าหมายซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1) การจัดโครงสร้างในครอบครัวให้เหมาะสม สร้างความผูกพันที่พอเหมาะ โดยการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างความสัมพันธ์ บทบาทและกฎเกณฑ์ต่างๆ ภายในครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวมีการแสดงอารมณ์ต่ำ สมาชิกในครอบครัวมีความรัก ความเข้าใจ เอื้ออาทรห่วงใยช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่เรื่องการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545)

2) การพัฒนาปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ทำให้สมาชิกเข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ โดยการสื่อสารที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดความรู้สึกเชิงบวก ทำให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และครอบครัวสามารถปรับตัวและปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้น การเข้าใจความรู้สึกซึ่งกันและกันจะก่อให้เกิดความผูกพัน ซึ่งความรักใคร่ผูกพันในครอบครัวมีความสำคัญ ที่จะนำไปสู่ความมั่นคงทางอารมณ์ และส่งผลต่อการปรับตัว เนื่องจากสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยความสัมพันธ์ในครอบครัวจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (Oehl Hummer and Fleischhacker, 2000)

3) การสนับสนุนด้านอารมณ์จากบุคคลในครอบครัว ร่วมกับการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวที่คอยให้ความช่วยเหลือและประคับประคองด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดจากอาการข้างเคียงของยาได้ มีความคิด ความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545)

ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัวซึ่งมีความหมายทั้ง 3 ข้อดังกล่าวมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว และการประเมินโครงสร้างครอบครัว 2) สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหาลักษณะเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย 3) สนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหาลักษณะเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย 4) การเสริมทักษะที่สำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาและยุติการให้คำปรึกษาซึ่งกิจกรรมทั้ง 4 ขั้นตอนนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรู้สึกเห็นใจ สงสารเข้าใจและยอมรับซึ่งกันและกันมากขึ้นจนสามารถปรับปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และกลายเป็นความผูกพันกันทางอารมณ์ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี ลดการเกิดอาการกำเริบและการกลับเข้าอยู่ในโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งนับว่าเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

จากแนวเหตุผลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดสมมติฐานการศึกษาดังต่อไปนี้

สมมติฐานการศึกษา

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดี่ยววัดผลก่อนและหลัง (The One-Group Pretest - Posttest Design) เพื่อศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลราชบุรี

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD 10) และผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท คือ บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรคนใดคนหนึ่ง ที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

2.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว หมายถึง การดำเนินกิจกรรม 4 ขั้นตอนตามกระบวนการที่ผู้ศึกษาได้ประยุกต์วิธีการให้คำปรึกษาครอบครัวมาจากโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวของ สาริณี ไต๊ะทอง (2548) ซึ่งใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างของครอบครัว (Structural Family Therapy) ของ Minuchin (1974) โดยมีเป้าหมายคือการจัดโครงสร้างในครอบครัวให้เหมาะสม การพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนด้านอารมณ์ ร่วมกับการใช้เทคนิคต่างๆ ในการให้คำปรึกษาครอบครัว เช่น การทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ในชั่วโมงการให้คำปรึกษา (enactment) การมองปัญหาในแง่มุมใหม่ (reframe) เป็นต้น โดยดำเนินกิจกรรมแบบรายครอบครัว ในแต่ละครอบครัวจะประกอบไปด้วยผู้ป่วยจิตเภท 1 ราย และผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว 1 – 3 ราย ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ขั้นตอนๆ ละ 45 – 60 นาที ดำเนินการติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว และการประเมินโครงสร้างครอบครัว เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดทำขึ้น เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพในลักษณะความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ทำให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ มีแรงจูงใจและร่วมมือในการให้คำปรึกษา อีกทั้งมีการประเมินโครงสร้างครอบครัว เพื่อทำความเข้าใจลักษณะของครอบครัวและรูปแบบปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในระบบครอบครัว รวมทั้งความผูกพันทางอารมณ์ในครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยา

ขั้นตอนที่ 2 สัมภาษณ์ปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหากับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันอย่างต่อเนื่อง (enactment) ร่วมกันค้นหาและระบุปัญหาที่ทำให้

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา วิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง รวมทั้งผลข้างเคียงของยา และการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและสัมพันธภาพในครอบครัว สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น พิจารณาทางเลือกที่เหมาะสม และร่วมกันตัดสินใจ และมอบหมายการบ้านเพื่อให้เกิดประสบการณ์ใหม่ที่แตกต่างไปจากในอดีต

ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดทำขึ้น เพื่อให้ครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง และสามารถแสดงศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวในการจัดการกับปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง มีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวด้วยท่าทีที่เป็นมิตร มีความรัก ความเข้าใจ เอื้ออาทรห่วงใย ช่วยเหลือและเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ส่งเสริมความสามารถของครอบครัวในการสร้างขอบเขตระหว่างบุคคลให้ชัดเจนเหมาะสมและอยู่ในภาวะสมดุล สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และร่วมกันดำเนินการตามแผนที่วางไว้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาและยุติการให้คำปรึกษา เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดทำขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว มีความสามารถในการแก้ไขปัญหการใช้ยา มีทักษะในการสังเกตอาการนำของการป่วยซ้ำ สังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา สามารถจัดการกับอาการทางบวกและอาการทางลบ และมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความสามารถในการสร้างความยืดหยุ่นของขอบเขตของแต่ละบุคคลในครอบครัวให้อยู่ในสภาวะสมดุลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และยุติการให้คำปรึกษา

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต ซึ่งประเมินจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจากการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และการศึกษาของ เพชรี คันธสายบัว (2544) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้านคือ

1. การใช้ยาตามแผนการรักษา หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับประทานยาทางจิตอย่างถูกต้อง ซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะคือ การรับประทานอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้

ยาเอง ใช้อาตุกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

2. ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้ถูกต้อง

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวชโดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามแนวทางการวินิจฉัยของการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Diseases and Related Health Problem, 10th revision : ICD 10) ที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี

สมาชิกในครอบครัว หมายถึง บุคคลที่มีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือด และ/หรือ กฎหมาย ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย และมีการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วย รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว จะมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว และชุมชน สามารถปฏิบัติตนในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและชุมชนของตนเองได้ดีขึ้น ลดอัตราการป่วยซ้ำ

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาลสามารถนำเอารูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัว มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น

3. ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว โดยสามารถนำเอารูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัวไปประยุกต์ใช้ในงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช