บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางจิตที่รุนแรง และพบมากที่สุดโดยมีความชุกร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลก และมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5 : ประชากร100,000 คนต่อปี (Kaplan & Sadock, 1998) ในประเทศไทยพบความชุกของโรคร้อยละ 0.59 (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, 2547) และจากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 23.34 (กรมสุขภาพจิต, 2550) ซึ่งผลจากความเจ็บป่วยก่อให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ รัฐต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงผู้ป่วยจะต้องกลับมารักษาซ้ำ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2541) ปัจจุบันการรักษาโรคจิตเภทด้วยยาต้านโรคจิต นับว่าเป็นวิธีการรักษาที่ใช้ในลำดับแรกและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากช่วยลดความรุนแรงของโรค ควบคุมอาการ และส่งผลระยะยาวต่อการรักษา โดยเฉพาะช่วยป้องกันการเกิดเป็นซ้ำหรือเกิดอาการใหม่ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทต้องรับการบำบัดด้วยยาต้านโรคจิตอย่างต่อเนื่องและยาวนาน จึงทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 80 ต้องรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกภายหลังที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว (Kaplan&Sadock, 1995)

โดยทั่วไปผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการรักษาด้วยยาในระยะยาวนานเป็นปี (สมภพ เรืองตระกูลและคณะ, 2536) หรือตลอดชีวิต (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2542) ซึ่งการรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนาน มักทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามมา คือ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา กินยาไม่ครบตามขนาด การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น หยุดใช้ยา หรือใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าตนเองมีความผิดปกติ ใช้ยาผิดเวลา ใช้ยาน้อยหรือเพิ่มมากกว่าแผนการรักษา (มาโนช หล่อตระกูล, 2541; Farragher, 1999) การรับประทานยาอย่างไม่ต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบกลับเป็นซ้ำนำมาสู่ค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้น (Sun ,Liu ,Christensen and Fu ,2007)

จากการศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการไม่รับประทานยาสูงถึงร้อยละ4 (อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์, 2536 อ้างถึงใน วันชัย กิจอรุณชัย, 2548: 19) ซึ่งปัญหาเหล่านี้มักมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยเบื่อหน่ายที่ต้องรักษาตัวเป็นระยะเวลานาน ไม่สามารถทนกับอาการข้างเคียงของยา และคิดว่าหายดีแล้ว (Rusher et al , 1997) หรือผู้ป่วยมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ดีต่อการที่ต้องรับประทานยาเนื่องจากการไม่เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง(Kikkert et al , 2006) ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องลดลงตาม

ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้น โดยพบว่ามีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องประมาณร้อยละ 50 ในปีแรกของการเจ็บป่วยและลดลงเหลือร้อยละ 15 ในปีถัดไป (Rusher et al,1997) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Razali and Yahya (1995) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาเป็นเวลาน้อยกว่า 5 ปี จะมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยานานกว่า 5 ปี

ในประเทศไทยก็พบปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่องเช่นกัน ซึ่งมีรายงานพบว่าร้อยละ 56 ของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยารับประทานยาไม่ต่อเนื่องในแต่ละวัน (สุธีรา ฮุนตระกูลและ มาลี แจ่มพงษ์, 2532) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Azrin and Teichner (1998) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เหมาะสมแสดงออกโดยการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ลืมรับประทานยาเพราะไม่เห็นความสำคัญของการรักษา คิดว่าตนเองหายดีแล้วและไม่สนใจไปพบแพทย์ตามนัด เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การป่วยซ้ำและกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเพชรี คันธสายบัว(2544) ที่วิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ พบว่าหนึ่งในตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำคือ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ผลจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำร้อยละ 70 (สมภพ เรืองตระกูลและคณะ, 2542) โดยร้อยละ 30 มีอาการป่วยซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี และเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าภายใน 2 ปี (Marland and Cash, 2001)

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญที่สามารถเกิดขึ้นได้ทุกระยะของการบำบัดรักษา Blackwell (1997) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 25 ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และร้อยละ 50 ขณะกลับไปอยู่ในชุมชน ไม่ได้ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผล (Weiden et al, 1994) ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยจิตเภท โดย Agarwal et al. (1998) กล่าวว่า หากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมและปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ นอกจากจะช่วยควบคุมอาการและป้องกันการป่วยซ้ำแล้ว ยังช่วยให้การพยากรณ์โรค ในระยะยาวของผู้ป่วยดีขึ้นอีกด้วย จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ชี้ให้เห็นว่าปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาเป็นปัญหาที่สำคัญเนื่องจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษานั้นจะส่งผลกระทบให้มีอาการป่วยซ้ำ

ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มาจากการที่ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งผลกระทบจากอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาและการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา (อุมาพร กาญจนรักษ์,2545;สรินทร เชี่ยวโสธร,2545;ผลทิพย์

ปานแดง,2547) รวมทั้งมีความเชื่อและทัศนคติไม่ถูกต้องกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง คาดหวังกับการรักษาที่ไม่เป็นจริง ขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการรับประทานยา(Kikkert et al ,2006) ดังนั้นปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องมิใช่ส่งผลเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบโดยตรงต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่ผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทต้องมีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัวที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นภาระที่หนักและส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ (ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลยังมีข้อจำกัดในการทำบทบาทเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาได้ถูกต้อง ผู้ดูแลเกิดการเพิกเฉยต่อบทบาทหน้าที่ หลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วย ไม่ไปรับยาให้ ไม่จัดเตรียมยาให้เพียงพอ ไม่เตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ไม่หาวิธีให้ผู้ป่วยรับประทานยาเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตและไม่ยอมรับประทานยา ไม่เอาใจใส่ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา และไม่พาผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยา รวมทั้งไม่มีการปลอบใจ ให้กำลังใจผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วาสนา ปานดอก (2545) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านการบริหารยาที่บ้านในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่อง มาจาก ผู้ดูแลยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการรักษาด้วยยาทางจิต จึงอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยได้

จากผลการศึกษาของ ทุลภา บุปผาสังข์ (2545) ที่ศึกษาพบว่า ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา มีความสัมพันธ์ในทางลบกับการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท นอกจากนี้เนื่องจากสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดการใช้ยา มักมาจากความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเกิดทัศนคติและความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลมีบทบาทที่สำคัญมากในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Razali & Yahya (1995) ที่ศึกษาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศมาเลเซีย พบว่า ครอบครัวมีความสำคัญในการดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาโดยการนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด หรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยที่สามารถไปพบแพทย์ได้เองไปโรงพยาบาลตามนัด และการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา ที่สำคัญคือการดูแลของญาติให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า หรือการเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา รวมทั้งการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วยด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวดังกล่าว ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Azrin and Teichner (1998) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากญาติและผู้ดูแลจะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาและมีพฤติกรรมในการใช้ยาสูงขึ้น

โรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางระดับตติยภูมิ ให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรง ยุ่งยากและซับซ้อนในลักษณะผู้ป่วยนอกและรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในรายที่มีอาการรุนแรง ตลอดจนฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนได้ จากรายงานสถิติพบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2548-2550 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 57.7, 68.2 และ68.9 ตามลำดับ (โรงพยาบาลศรีธัญญา ตุลาคม 2550) และเมื่อศึกษาแฟ้มประวัติของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องขาดการมารับยาและรักษาต่อเนื่อง ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งรับผิดชอบและเป็นส่วนหนึ่งในทีมผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท จึงได้ทำการประเมินผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาดังกล่าว จำนวน 15 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร(2545) ผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 80 มีพฤติกรรมการใช้ยาระดับต่ำและระดับปานกลาง และจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมพบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องหลายลักษณะ เช่น หยุดใช้ยาเองโดยคิดว่าหายแล้ว รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หรือรับประทานยาไม่ครบตามขนาดที่แพทย์สั่ง และมักลดหรือเพิ่มจำนวนเม็ดยาเอง จนมักมีอาการกำเริบตามมา ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาและการใช้ยา การจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา และปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว โดยพบว่า ผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลไม่สนใจหรือตระหนักในความสำคัญถึงผลของยาต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจึงไม่ได้สนใจกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยา

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้ดูแล ให้ได้รับประทานยาเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ฉนั้นการนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยต้องส่งเสริมผู้ดูแลให้มีทัศนคติที่ถูกต้องคือ มีทัศนคติที่เอื้อต่อการช่วยเหลือ ไม่ใช่ตำหนิติเตียนหรือไม่ยอมรับผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาของ ประไพศรี บูรณางกูร (2541) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัว และพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความ สัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นครอบครัวจึงต้องเข้ามาทำหน้าที่ในฐานะผู้ดูแล ซึ่งเป็นบทบาทที่เพิ่มขึ้นนอกเหนือจากบทบาทเดิมที่มีอยู่ของครอบครัว (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งผู้ดูแลยังมีส่วนสำคัญในการป้องกันการกำเริบของโรค และลดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาต่อที่บ้าน (Rapper, 1996) การที่พยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค และการรักษา รวมทั้งให้ผู้ดูแลสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้อง รู้จักใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์จะช่วยให้ผู้ดูแลมี

กำลังใจและมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

จากปัญหาข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แล้ว ย่อมส่งผลให้ขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกิดความหนักใจในการดูแลผู้ป่วยและส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาตามมา ในขณะเดียวกันการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่ตนเป็นและการรักษา รวมทั้งขาดทักษะในการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ก็จะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะนำแนวคิดการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตสำหรับครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) มาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (Joining) ด้วยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันในทุกขั้นตอนตามกระบวนการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตสำหรับครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา และส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลลดลงในที่สุด (Ran, Xiang & Chan, 2003; Pitschel-Walz, Bauml, Bender et al., 2006)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว

แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท การขาดทักษะในการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และอาการที่เป็นปัญหา รวมทั้งการขาดการสนับสนุนประคับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม เป็นปัญหาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (อุมาพร กาญจนรักษ์,2545;สรินทร เชี่ยวโสธร,2545;ผลทิพย์ ปานแดง,2547) หากผู้ดูแลเพิกเฉยต่อบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ง่าย (วัชราภรณ์ ลือไธสงค์, 2541) ดังนั้นถ้าผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษารวมทั้งการจัดการเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ย่อมส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลลดลงในที่สุด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตสำหรับครอบครัว (family psychoeducation) เป็นรูปแบบที่เน้นการ

ประคับประคอง และการบริการด้านความรู้ มีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) และเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping skills) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างถูกต้อง (Ran, Xiang & Chan, 2003; Pitschel-Walz, Bauml, Bender et al., 2006)

การให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตสำหรับครอบครัว (family psychoeducation) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (Joining) ในการดูแล ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงได้สร้างโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวโดยปรับปรุงจากโปรแกรมจากการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตสำหรับครอบครัวของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจของครอบครัวเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด และกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะด้านสังคม โดยผู้ศึกษาได้ตัดกิจกรรมที่ 4 ออก เนื่องจากการสัมภาษณ์และพูดคุยกับผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับต่ำถึงปานกลาง และสามารถบอกถึงวิธีผ่อนคลายความเครียดได้ถูกต้อง โปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว จึงประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้ คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและแนวทางการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการที่เป็นปัญหา กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะด้านสังคม โดยดำเนินการเป็นรายครอบครัวที่หอผู้ป่วยใน โดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกกิจกรรมในกระบวนการให้ความรู้รายครอบครัว โดยเนื้อหาของกิจกรรมโดยรวมจะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย โดยโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี อบอุ่น ยอมรับเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยการที่ผู้ศึกษาทำความรู้จักคุ้นเคยกันกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละครอบครัว ยินดีที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลได้พูดถึงปัญหาในครอบครัว ปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและปัญหาพฤติกรรมการใช้ยา โดยเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมทั้งการสร้างความหวังให้กับ

ครอบครัวสำหรับอนาคตที่ดีกว่าเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ทำให้มีความพร้อมและต้องการการเรียนรู้มากขึ้น (Anderson et al. ,1980; สมจิต หนุเจริญกุล, 2543)

2 . การพัฒนาความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภทและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการให้ความรู้ที่สำคัญตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ส่วนผู้ป่วยจิตเภทก็จะเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี(Anderson et al. ,1980) และการให้ความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงจากยา การเตรียมและจัดยารับประทานเอง การสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (อุมาพร กาญจนรักษ์,2545;สรินทร เชี่ยวโสธร,2545;ผลทิพย์ ปานแดง ,2547)

3. การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการที่เป็นปัญหา เนื่องจากสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา คือ การเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นที่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล จะต้องทราบถึงอาการข้างเคียงของยาและสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาดังกล่าวได้ ซึ่งการรับประทานยาจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Todd (1981) พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่หยุดรับประทานยาเมื่อรู้สึกว่ารับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น โดยไม่ทราบว่าเป็นผลข้างเคียงของยา ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการกำเริบ ดังนั้นการพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา โดยการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลฝึกทักษะในการสังเกตอาการและการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ร่วมกันค้นหาสาเหตุ และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่ข้างเคียงจากการใช้ยาที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ทำให้อัตราการป่วยซ้ำลดลง (Ran, Xiang & Chan, 2003)

4 . การพัฒนาทักษะด้านสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับการพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร (communication skills) มาใช้ ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเองและสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) การฝึกการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีทักษะในการรับส่งสาร การแปล

ความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารเป็นความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (เพชรี คันธสายบัว, 2544) การสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่เป็นประโยชน์กับตัวผู้ป่วยเอง การพัฒนาทักษะในด้านนี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้จักหาแนวทางแก้ปัญหาที่ตนเองไม่สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ อาการผิดปกติจากการใช้ยาทางจิต อาการข้างเคียงจากการใช้ยารวมถึงอาการผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และยังทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้างในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) นอกจากนี้การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ทำให้อัตราการป่วยซ้ำลดลง (Ran, Xiang & Chan, 2003)

ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ คือ

ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการศึกษา โดยศึกษาการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภท ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดำเนินการศึกษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD 10) จำนวน 20 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรคนใดคนหนึ่ง ที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 20 คน และในการศึกษาครั้งนี้จะประเมินผลการศึกษาจากผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้น

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว

2.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

โปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว หมายถึง กิจกรรมพยาบาลที่จัดขึ้นเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตสำหรับครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (joining) ในทุกกิจกรรมที่จัดขึ้น ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวซึ่งปรับมาจากการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) ให้แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายครอบครัวขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยใน โดยสมาชิกเป็นผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการ 2 สัปดาห์ติดต่อกันโดยสัปดาห์แรกดำเนินกิจกรรมที่ 1และกิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 และ4ใช้เวลาดำเนินการกิจกรรมละ 60 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษา กับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี กับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนมีการประเมินปัญหาและความพร้อมของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในการเข้าร่วมกิจกรรม และนำปัญหาที่ได้มาวางแผนและแก้ไขปัญหาร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลได้ทราบถึงสาเหตุของปัญหาและ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ การรักษาของโรคจิตเภท พฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ของยาทางจิตเวช และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการที่เป็นปัญหา หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัวเข้าใจถึงอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น และสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาที่อาจเกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคม หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล สามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือ และมีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้รวมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการดำเนินชีวิตในสังคมซึ่งต้องอาศัยการติดต่อสื่อสารและการอยู่ร่วมกัน

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวชตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร เชี่ยวโสธร (2545) แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1. การใช้ยาตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้องซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การรับประทานยาต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

2. ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยในICD -10 ที่กำลังรักษาตัวและรับบริการที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา อยู่ในระยะเร่งรัดบำบัดตามเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีธัญญา ทั้งแผนกชายและหญิง มีอาการทางจิตในระดับน้อย ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ของโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งประเมินโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา มีค่าคะแนนต่ำกว่า 36 คะแนน

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรเพียงคนใดคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยโดยการนำโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวมาประยุกต์ในบริการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยมีผู้ดูแลให้การสนับสนุนและดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย มีความเข้าใจและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว

2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยด้านการพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ