

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา บทความ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินโครงการ นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท
 - 1.3 ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.4 การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.5 การรักษาโรคจิตเภท
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาในผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.1 ความหมายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาในผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
3. บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 3.1 แนวคิดการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 - 3.2 การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน
 - 3.3 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน
4. การให้สุขภาพจิตศึกษา
 - 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว (Family psychoeducation)
 - 4.2 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา
5. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 - 6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมาย

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความสำคัญมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช เป็นโรคที่พบได้มากที่สุด พบในประชากรทุกกลุ่มและมีอัตราการป่วยซ้ำสูง มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับโรคจิตเภท ซึ่งสรุปได้ดังนี้

ตามความหมายของ ICD-10 (The International classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์แบบไม่เหมาะสม หรืออารมณ์ท้อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเชาวน์ปัญญามักคืออยู่แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536)

มาโนช หล่อตระกูล (2544) ได้ให้ความหมายว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง

สมภพ เรืองตระกูล (2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย (2545) ให้ความหมายของโรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

Fox & Kan (1996) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรโดยทั่วไปร้อยละ 1 ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคนี้นี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะดี 8 เท่า และมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

Sadock & Sadock (2000) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดมีลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (negative symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ (Cognitive impairment) ดังนั้นอาการของโรคจิตเภทมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรม สังคมและการทำหน้าที่

สรุปโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก โดยไม่พบความผิดปกติโรทางกายและพยาธิทางสมอง พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด พบได้ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบทั้งในเพศชายและเพศหญิง

1.2. สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

Kaplan & Sadock (1995) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ และปัจจัยที่ได้รับการยอมรับอย่างมาก ได้แก่

1.2.1. ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) ได้แก่

1) พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป

2) สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐาน โดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่า การหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต ซึ่งสมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น เมื่อได้รับยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ระงับการทำงานของสารโดปามีน นอกจากนั้นยังมีข้อสันนิษฐานว่า โรคจิตเภทเกิดจากภาวะสมดุลระหว่างสารซีโร โดนินกับสารโดปามีนมีความผิดปกติ

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

4) ด้านประสาทสรีรวิทยาพบว่า Cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยทางสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาอาการผิดปกติ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2536 และ Taylor, 1994)

1.2.3 ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social-culture factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเกิด

จากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้การดำรงชีวิตไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือจากการที่สภาพสังคมบีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก็ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทได้เช่นกัน (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

สรุปได้ว่าจนถึงปัจจุบันนี้ ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท แต่เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการ ซึ่งมีมาจากหลายๆ สาเหตุ ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้น มีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมาโดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็น ปัจจัยด้านชีววิทยา จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

1.3. ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภท

อาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ อาการกำเริบจะเป็นอาการด้านบวกและในระยะหลังส่วนใหญ่เป็นอาการด้านลบ ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาโดยมีรายละเอียดดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symtoms) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความผิดปกติของความคิดทั้งด้านเนื้อหาและความคิดขาดความเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ อาการแสดงที่เด่นชัด คือ ความคิดหลงผิด (Delusion) อาการประสาทหลอน (Hallucination) พุดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพุดเร็ว (Disorganize speech) และมีพฤติกรรมอาการแสดงออกที่แปลกไปจากเดิม (Bizarre behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมวุ่นวายในลักษณะต่างๆ อาจไม่สนใจดูแลตนเอง แต่งตัวในลักษณะแปลกประหลาด สกปรก บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม

1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symtoms) คือ การที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ในท่าเดียนานๆ โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Catatonic schizophrenia or waxy flexibility) ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในด้านการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) หรือมีอารมณ์เฉยเมย (Blunt หรือ Flattening) สีหน้าเรียบเฉย ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่มีการสบตาหรือแสดงกิริยาท่าทาง พุดน้อย หรือไม่พุด ขาดความสนใจทำกิจกรรมทุกชนิด

สรุปผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีลักษณะอาการแสดงออกที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นความผิดปกติในด้านการบกพร่องทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมอาการแสดงออกในลักษณะต่างๆ ทั้งในลักษณะอาการด้านบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอนหรือลักษณะอาการด้านลบ เช่น เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1.4 การดำเนินของโรคจิตเภท

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ มักเริ่มป่วยในระยะวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ แต่ก็อาจมีบ้างที่อาการเริ่มเป็นในวัยกลางคน (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2542) อาการอาจเกิดแบบเฉียบพลันหรือค่อย ๆ เกิดการดำเนินโรค โดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536; มาโนช หล่อตระกูล, 2543) ดังนี้

1) ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่เริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยเฉลี่ยระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนบอกยากว่าผิดปกติตั้งแต่เมื่อไหร่ โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ มักมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะนี้ในช่วงที่ผู้ป่วยเครียดจัดหรือช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุรามาก อาจเห็นชัดขึ้นว่าไม่ค่อยปกติ ในบางคนอาจจะไม่เห็นระยะนี้ชัดเจนแต่พอมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการ โรคจิตรุนแรงขึ้นมาเลยก็มี

2) ระยะอาการกำเริบ (Active phase) คือ มีอาการชัดเจน โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวกได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พูดไม่ประติดประต่อกัน หรือพูดไม่รู้เรื่อง และมีพฤติกรรมแปลกประหลาดชัดเจน ญาติและบุคคลใกล้ชิดจะสังเกตพบและพามาพบแพทย์ในระยะนี้เป็นส่วนมาก อาการที่พบบ่อยมีดังนี้อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะที่มีเหตุผลแปลก ๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผลหรือไม่เหมาะสม มักจะหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเองที่เข้าใจคนเดียว มีความคิดหลงผิด คิดว่าตนกำลังถูกผู้อื่นปองร้าย มีความคิดแปลกประหลาด อาการด้านอารมณ์ ผู้ป่วยมีลักษณะอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม อาจพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางครั้งมีการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะร่วนหรือหัวเราะคนเดียว อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการของโรคจิตดีขึ้นอาการด้านการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอนที่พบบ่อย คือ หูแว่ว ความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมอาจต้องออกจากงานหรือโรงเรียนเป็นระยะเวลานานทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งในด้านต่าง ๆ (Moller&Murphy, 2001 อ้างถึงใน สาริณี โต้ะทอง , 2548) อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างชัดเจน บางรายเก็บตัวมากขึ้น อยู่แต่ในห้อง ไม่อาบน้ำหลาย ๆ วัน ติดต่อกัน ผมเผ้ารุงรัง ชอบเดินไปมา กลางคืนไม่นอนหรือทำท่าทางแปลก ๆ บางครั้งหงุดหงิดฉุนเฉียว มีพฤติกรรมก้าวร้าว

3) ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการเช่น ประสาทหลอน หลงผิด อาจยังมีอยู่แต่มิได้มีผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเหมือนในช่วงแรก ส่วนมากในระยะนี้จะพบลักษณะของอาการทางลบ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีลักษณะพฤติกรรมเกี่ยวกับการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถรักษาสัมพันธภาพทางสังคม

สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีลักษณะอาการแสดงออกที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นความผิดปกติในด้านการบกพร่องทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมการแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ ทั้งในลักษณะอาการด้านบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอนหรือลักษณะอาการด้านลบ เช่น เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1.5 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทมีสาเหตุที่มีผลต่อการเจ็บป่วยหลายปัจจัย ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ การรักษาทางด้านร่างกาย เป็นการรักษาด้วยยา รักษาโรคจิต ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช และการรักษาด้วยไฟฟ้าซึ่งวิธีนี้ใช้ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาและมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคม เป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น ครอบครัวบำบัด จิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นต้น (เกษม ดันติผลาชีวะ และ ลักษณ์า ชีร์โมกษ์, 2536)

1.5.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต เป็นการรักษาที่มีความสำคัญมาก และเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิตเป็นยากลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก (เกษม ดันติผลาชีวะ และ ลักษณ์า ชีร์โมกษ์, 2536) และเกิดขึ้นกับระบบที่สำคัญของร่างกายหลายระบบ ที่พบมากที่สุดได้แก่ อาการข้างเคียงทางระบบประสาท มีอาการปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ และฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง มีอาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมย คอแข็ง ตาเหลือก หลังแอ่น กระสับกระส่าย ไม่สามารถบังคับตัวเองได้ บางรายมีอาการเคลื่อนไหวช้า ๆ นอกจากนี้อาการที่พบมากอีกอาการหนึ่งก็คือ อาการง่วงซึม โดยมากมักจะเกิดขึ้นหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาในระยะแรก อาการจะดีขึ้นเมื่อร่างกายปรับตัวได้ และอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่พบรองลงมาได้แก่ อาการต่อระบบต่อมไร้ท่อ ที่พบบ่อยได้แก่ อาการคัดนม น้ำนมไหล ประจำเดือนขาด และฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนังเป็นอาการแพ้แสงแดด

ชนิดของยา รักษาอาการทางจิตที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภท ในปัจจุบัน (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536 และสมภพ เรื่องตระกูล, 2542) แบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่

1. ยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิม (Typical anti-psychotics)

ก. Phenothiazines เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่ใช้กันแพร่หลายที่สุด ยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิด มีสูตรโครงสร้างเหมือนกัน แต่มี side chain แตกต่างกัน 3 แบบ ทำให้มีฤทธิ์แตกต่างกันคือ

- Aliphatic เป็นกลุ่มที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอนสูง และมีฤทธิ์ข้างเคียงคือ ความดันโลหิตต่ำมากกว่ากลุ่มอื่น เช่น Chlorpromazine Triflupromazine

- Piperidines มีฤทธิ์ทำให้วังนอนปานกลาง ข้อดีคือมีฤทธิ์ Extra pyramidal side effect ต่ำกว่ากลุ่มอื่น แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงด้าน anticholinergic สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Thioridazine

- Piperazine เป็นยาในกลุ่มที่มี Potency สูง มีฤทธิ์ sedative น้อย แต่มี Extra-pyramidal side effect สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Perphenazine, Trifluoperazine, Fluphenazine ยาที่ได้รับ ความนิยมนอกในกลุ่มนี้ คือ Chlorpromazine และ Perphenazine (Fleishhacker, 1994)

ข. Thioxanthene เป็นยาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ Phenothiazines มาก แต่มีฤทธิ์ ข้างเคียงแตกต่างกัน เช่น Chorprothixene, Thiothixene, Flupentixol และ Chopentixol

ค. Butyrophenones เป็นยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์สูง มีฤทธิ์วังนอนน้อย และมี Extra-pyramidal side effect สูงคล้ายกับ Phenothiazines เช่น Haloperidol และ Triperidol

ง. Dibenzoxanzenepines ยาในกลุ่มนี้มีใช้ในเมืองไทยตัวเดียว คือ Loxapine

จ. Diphenybutypiperidines ใช้ในประเทศไทย 2 ตัวคือ Pimozide และ Penfluridol

ฉ. Benzamides ตัวอย่าง เช่น Sulpiride

ช. Reserpine ปัจจุบันไม่ใช่เป็นยารักษาโรคจิตแล้ว แต่ใช้เป็นยาแก้ปวด

กลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตที่สำคัญ คือการ Block dopamine receptors ในสมอง และออกฤทธิ์ Block receptors ของ catecholamine ตัวอื่นๆ และรบกวน catecholamine storage ด้วย ทั้งของ serotonin, nor epinephrine และ dopamine เป็นผลให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงที่มี ลักษณะคล้าย Parkinsonism ขึ้น และถ้า receptor ถูก Block นาน ๆ ก็อาจทำให้เกิดการสังเคราะห์ dopamine เพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุของ Tardive dyskinesia ซึ่งยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่ออกฤทธิ์สกัดกั้น dopamine ที่ D₂ receptor ออกฤทธิ์ต่อ serotonergic noradrenergic cholinergic และ histaminergic receptors ในสัดส่วนที่แตกต่างกันสำหรับยาแต่ละตัว ทำให้มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน

การดูดซึมและการขับออกเนื่องจาก Chlorpromazine เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่ม Phenothiazine ที่ได้รับการศึกษามากที่สุด ยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่ถูกดูดซึมได้เกือบทั้งหมดใน ทางเดินอาหาร โดยมี absorptive half life 1.5 ชั่วโมง และระดับของยาขึ้นสูงสุดในพลาสมาภายใน 2-4 ชั่วโมง Metabolism ของยารักษาโรคจิตเกิดขึ้นที่ตับ โดยผ่านกระบวนการหลายอย่าง เช่น demethylation sulfoxidation hydroxylation และ glucuronidation ยาในกลุ่ม Phenothiazine มี eliminative pahse 7.5-35 ชั่วโมง สำหรับแบบกินซึ่งใกล้เคียงกับ Haloperidol กลุ่ม Butyrophenones คือมี half life 12-38 ชั่วโมง เมื่อใช้แบบกิน และ 10-19 ชั่วโมง สำหรับแบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำ

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

ก. Clozapine จะได้ผลดีในการรักษาโรคจิตเภท โดยได้ผลดีทั้งอาการทางบวก และอาการทางลบ รวมทั้งได้ผลดีพอสมควรในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งต่อต้านการรักษา โดยออกฤทธิ์สกัดกั้น serotonin, nor-adrenaline, acetylcholine และ histamine มากกว่า dopamine และออกฤทธิ์ D₁ antagonist มากกว่าฤทธิ์ D₂ antagonist ด้วย โดยออกฤทธิ์ที่ cortex และ limbic system มากกว่า basal ganglia ทำให้ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาทจึงเป็นยาที่ได้รับความนิยมมาก เพราะยังไม่การศึกษาพบว่า มีฤทธิ์ข้างเคียงที่รุนแรง (Forman, 1993)

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

ฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตที่สำคัญ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) คือ

1. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effects) เป็นฤทธิ์ที่มักพบในตอนต้นของการให้ยามากกว่าเมื่อให้ยาไปนาน ๆ ซึ่งร่างกายมักปรับตัวได้ ที่พบบ่อย ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ม่านตาหดหรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำ ในผู้ชายอาจมีการหลั่งน้ำกามช้าหรือไม่หลั่งเลย บางรายมีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัว อาการความดันโลหิตต่ำ พบได้มากที่สุดจาก Chlorpromazine จึงควรหลีกเลี่ยงการให้น้ำในผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอและผู้สูงอายุ ส่วน Extrapyramidal side effect เป็นฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยตรง แบ่งเป็น 4 แบบ คือ

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

ข. Acute dystonia เป็นอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง (orticollis) อาจพบคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ขากรรไกรแข็ง ลิ้นคืบปากพูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากสั่น บางรายอาจมีนัยน์ตาเหลือบขึ้นข้างบนตลอดเวลาอาการดังกล่าวไม่เป็นอันตรายแต่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน

ค. Akathisias เป็นอาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวายอยู่นิ่งไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนขาสั่นมีลักษณะคล้ายกับอาการวุ่นวาย (agitated)

ง. Tardive dyskinesia เป็นกลุ่มของการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน มีลักษณะที่สำคัญคือ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อสามแห่ง คือ แก้ม หน้า ลิ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแก้มพองซึ่งเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก เคี้ยว สูดปาก เลียและดูดริมฝีปาก แลบลิ้น ขากรรไกรเคลื่อนไหวด้านข้าง อาจมีอาการกระพริบตา หน้าตาบูดเบี้ยว ขมวดคิ้ว เปลือกตากระตุกมีอาการเคลื่อนไหวแบบกระตุกไม่เป็นจังหวะค่อนข้างเร็วและคาดคะเนไม่ได้ของมือและเท้า

2. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจอาจเกิดขึ้นได้ เช่น มี T-wave กว้างและแบนลง และอาจมี QR interval ยาวขึ้น ยาที่มีรายงานว่ามียผลต่อคลื่นหัวใจได้บ่อยคือ Thioridazine

3. Central Anticholinergic Syndrome เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบน้อย อาจเกิดจากยามที่มีฤทธิ์ anticholinergic สูง และในรายที่ให้ยา anti parkinsonism ร่วมด้วย ก็อาจเป็นผลจากยาทั้ง 2 ตัว หรือจากตัวใจตัวหนึ่งก็ได้ อาการที่สำคัญคือ มีมึนงง สับสน ประสาทหลอน ชัก เป็นไข้ ม่านตาขยาย และสติสัมปชัญญะลดลงจนถึงโคม่าได้

4. Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) อาการสำคัญคือ มีไข้สูง กล้ามเนื้อมีความตึงตัวเพิ่มขึ้น หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติและความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะนี้มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10-20 ต้องรีบให้การแก้ไขโดยหยุดยารักษาโรคจิตทั้งหมดให้การรักษาประคับประคอง เพื่อให้ไข้ลดและควบคุมความดันโลหิตให้คงที่

5. อาการชัก อาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูง ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลด Threshold ของการชัก แต่ก็ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการใช้ยาส่วนใหญ่สามารถแก้ไขได้โดยการลดขนาดของยา

6. อาการง่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ยาครั้งแรก แต่มักลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ฤทธิ์ของยาที่ทำให้ง่วงมักมีเพียง 2-3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์รักษาโรคจิตมีอยู่นานตลอดวันจึงสามารถให้ยารักษาโรคจิตโดยให้กินเพียงวันละครั้งก่อนนอนได้

7. อาการดีซ่าน (Jaundice) อาการดีซ่านที่เกิดจาก Phenothiazines เป็นที่รู้จักกันมาตั้งแต่เริ่มใช้ยา แต่ปัจจุบันลดน้อยลงโดยไม่ทราบสาเหตุ และมีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าอาการดีซ่านที่เกิดขึ้นเป็นผลของปฏิกิริยาภูมิแพ้มากกว่าเหตุอื่น ยาที่ทำให้เกิดอาการดีซ่านมักเป็น Phenothiazines โดยเฉพาะ Chlorpromazine พบมากที่สุด

8. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเลือด อาการที่พบบ่อย คือ Eosinophilia ซึ่งแสดงถึงปฏิกิริยาภูมิแพ้แต่ก็ไม่ร้ายแรง อาการที่พบน้อยแต่เป็นอันตรายได้มาก คือ Agranulocytosis, Leukopenia, Pancytopenia, Hemolytic anemia และ Thrombocytopenia purpura

9. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง อาจพบผื่น (skin eruptions) ได้หลายแบบเป็นผลจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ อาการแพ้แสงแดด (Photosensitivity) มักพบจาก Chlorpromazine มากกว่าตัวอื่น บางครั้งพบเป็นรอยไหม้ในบริเวณที่โดนแสงแดด เช่น บริเวณหน้าและแขน ในระยะยาวผิวหนังบริเวณที่โดนแสงแดดอาจเปลี่ยนเป็นสีเทาฝ้าคล้ายโลหะ

10. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตา ผู้ป่วยที่ได้รับ Chlorpromazine ในขนาดสูงนาน ๆ อาจมีสารสีน้ำตาลแกมเหลืองไปจับบริเวณ lens และ cornea พบบ่อยในผู้ที่พบการเปลี่ยนแปลงที่ผิวหนังร่วมด้วย เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการได้รับแสงแดด และการให้ Thioridazine ในขนาดที่สูงอาจทำให้เกิด pigmentary retinopathy ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้ ซึ่งอาจไม่หายแม้จะหยุดยาแล้วก็ตาม จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ Thioridazine เกินวันละ 800 มิลลิกรัม

11. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ ยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลายตัวด้วยกัน ที่พบบ่อยคือ การเพิ่มระดับ prolactin ซึ่งเป็นผลให้มึนมคัดและบางรายมีน้ำนมไหล ผู้ป่วยบางรายมีระดูขาดไปเป็นระยะเวลานาน นอกจากนั้นยารักษาโรคจิตยังมีผลต่อมฮอร์โมนอื่นแม้พบได้น้อย เช่น ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ ต่อมใต้สมอง เป็นต้น

นอกจากนี้มีการศึกษาในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นเวลานานกว่า 5 ปี โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมดื่มน้ำมากกว่า 3 ลิตรต่อวัน พบร้อยละ 69-83 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด (ทวิศิลป์ วิษณุโยธิน, 2543) แต่การศึกษาในเรื่องดังกล่าวทำให้ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เป็นอาการแทรกซ้อนทางด้านร่างกายที่รุนแรงที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นเวลานาน

1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยจิตเภทชนิด Catatonic รุนแรง ผู้ป่วยที่มีอาการ Mania หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น Severe Depression การรักษาด้วยไฟฟ้า มักพบว่าผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสน เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้นแต่ละราย

1.5.3 การรักษาจิตสังคม การรักษาจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้างแม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไขรวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุก ๆ ด้าน (ปาหนัน บุญหลง, 2534) การรักษาจิตสังคมประกอบด้วย

ก. การบำบัดรักษาทางจิต (Psychotherapy) แบ่งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม หมายถึง กระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ใช้และผู้ให้บริการ มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การรักษาแบบกลุ่มให้มีประสิทธิภาพและได้ผลดีขึ้นอยู่กับ 3 ประการ คือ ความเข้าใจ ความรัก และพฤติกรรม

ข. กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy Groups) หมายถึง การบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมหลาย ๆ รูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิดแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (Judith et al, 1989) เนื่องจากการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดเป็นการใช้รูปแบบของการทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ดำเนินกลุ่มจึงต้องมีความรู้พื้นฐานเรื่องการรักษาแบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรมีทักษะการริเริ่ม เอื้ออำนวยให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึกรักษา กฎกติกา การเป็นตัวแบบที่ตัวอย่างจริงใจ การฟังอย่างตั้งใจ การตั้งคำถามการสะท้อนเนื้อหาและความรู้สึก รวมทั้งการเจียบ (Trotzer, 1977)

ค. นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) หมายถึง การจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา คู่กันให้ผู้ป่วยปลอดภัยฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

โดยสรุป โรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการของโรคจิต ซึ่งเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคนี้อาจทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด อารมณ์ และบุคลิกภาพ อัตราการเกิดโรค พบว่าเพศหญิงและเพศชายมีจำนวนเจ็บป่วยเท่า ๆ กัน เพศชายเริ่มเป็นที่อายุน้อยกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการในช่วงอายุ 15-35 ปี โดยมีอาการนำก่อนเกิดอาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ มีความเครียด ความวิตกกังวล แยกตัวออกสังคม ซึมเศร้า เป็นต้น ถ้ายังไม่ได้รับการรักษา หรือมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยจะทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น และยิ่งป่วยนานจะมีอาการด้านลบมากขึ้นมีอาการป่วยเรื้อรังที่มีความเสื่อมในด้านต่างๆ ตามมาและมีความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำสูง การรักษาต้องมีการผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกาย คือ การใช้ยาและการรักษาด้านจิตสังคมเข้าด้วยกัน จึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด

1.6 ปัญหาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด และมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิด และการรับรู้เป็นลักษณะเด่น ร่วมกับมีอัตราการป่วยซ้ำสูง ซึ่งการป่วยซ้ำเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และสังคม การป่วยซ้ำ (Relapse) เป็นกรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงอาการของโรคอีกครั้งหลังจากที่ได้รับการรักษาจนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้ว และมีอาการแย่ลง (เพชรี คันธสายบัว, 2544) ซึ่งการป่วยซ้ำเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มีอาการเตือนก่อนเสมอ มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองดี จนต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก ในผู้ป่วยแต่ละคนอาการที่แสดงออกแตกต่างกันออกไป

1.6.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ

การป่วยซ้ำ (Relapse) หมายถึง การกลับมาเจ็บป่วยด้วยโรคที่เคยป่วย (Scott, 1986 :1227) การที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงอาการของโรคอีกครั้งหลังจากได้รับการรักษา จนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้ว มีอาการแย่ลงอีก เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มีอาการเตือนก่อนเสมอ มีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้และพฤติกรรม ทำให้สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง จนต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (เพชร คันธสายบัว, 2544)

การป่วยซ้ำ หมายถึง การที่บุคคลกลับมาป่วยซ้ำ จนต้องกลับเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดโรคอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งถ้าเชิงการป่วยด้วยโรคจิต หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตของบุคคลนั้นเลวลงจนถึงขั้นเจ็บป่วยด้วยโรคจิตอีก กระทั่งแพทย์ต้องรับเข้าไว้ในโรงพยาบาลอีกครั้ง (ดวงตา อุทุมพฤษย์พร, 2536)

ดังนั้นการป่วยซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงอาการของโรคอีกครั้งหนึ่งหลังจากได้รับการรักษาจนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้วและมีอาการแย่ลง ซึ่งการป่วยซ้ำเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มีอาการเตือนเสมอ มีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง จนต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ซ้ำอีก ในผู้ป่วยแต่ละคนอาการที่แสดงออกแตกต่างกันออกไป และมีลักษณะเฉพาะของแต่ละคน ซึ่งในการป่วยแต่ละครั้งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก ทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ พอสรุปได้ดังนี้

1.6.1.1 ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย

จากลักษณะของโรคเป็นโรคเรื้อรัง มีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี การป่วยซ้ำบ่อยๆ ทำให้มีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ และมีโอกาสเกิดขึ้นอย่างถาวร นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ภาวะเสี่ยงที่จะเกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังจากมีการป่วยซ้ำครั้งที่สอง (Sadock and Sadock, 2000:1198) ซึ่งทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลงร่วมกับมีผลต่อความคิด ความเชื่อในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำด้วย ถึงแม้ว่าปัจจุบันมีวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นก็ตาม แต่ก็ยังพบว่า มีเพียงร้อยละ 10-15 ของผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้นที่รักษาแล้วมีอาการดีขึ้นภายใน 1 ปี ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษามีอาการป่วยซ้ำร้อยละ 60-70 (Sadock and Sadock, 2000:1198)

1.6.1.2 ผลกระทบต่อครอบครัว

การป่วยซ้ำมีผลกระทบต่อครอบครัวที่พบได้มากที่สุด คือ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ซึ่งเป็นการทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างหนึ่ง ที่เป็นการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวและหน้าที่ที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ การตอบสนองด้านความรักความเอาใจใส่

เพื่อให้สมาชิกมีสุขภาพดี (รุจา ภูไพบูลย์, 2541:53) ในครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคทางด้านจิตเวช มีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างมาก ทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกเป็นภาระ มีความวิตกกังวลต่ออาการของผู้ป่วย ทำให้มีการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เกิดความตึงเครียดในครอบครัว มีการศึกษาพบว่าความตึงเครียดในครอบครัวมีความสัมพันธ์แบบค่อยเป็นค่อยไปกับภาระ (Burden) (Lenior et al, 2000) สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการแสดงอารมณ์ภายในครอบครัว ซึ่งการแสดงอารมณ์เป็นการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวอย่างหนึ่งซึ่งแสดงถึงการเผชิญกับรูปแบบของการติดต่อสื่อสารที่ผิดปกติของผู้ป่วยโรคจิตเภท

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลาเป็นปัญหาที่ซับซ้อน และมักมีปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่กระตุ้นให้มีอาการป่วยซ้ำเสมอ มีการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ปัจจัยที่เกี่ยวกับด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของผู้ป่วย ดังนี้ (Videbeck, 2001:317 อ้างใน เพชร คันธสายบัว, 2544)

1. ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

- 1.1 มีความบกพร่องในการรับรู้ถึงสาเหตุและผลกระทบ
- 1.2 มีความบกพร่องในการรับรู้ข่าวสาร
- 1.3 ได้รับความรู้ไม่ครบถ้วน
- 1.4 นอนหลับไม่เพียงพอ
- 1.5 ขาดการออกกำลังกาย
- 1.6 อ่อนเพลีย
- 1.7 ไม่สามารถทนต่ออาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

2. ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

- 2.1 มีปัญหาด้านการเงิน
- 2.2 มีปัญหาด้านที่อยู่อาศัย
- 2.3 เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต
- 2.4 ไม่มีทักษะในการทำงาน
- 2.5 ขาดแหล่งสนับสนุน
- 2.6 ไม่มีทักษะทางสังคม แยกตัวออกจากสังคม โดดเดี่ยว
- 2.7 ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3. ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและอารมณ์

- 3.1 ควบคุมตัวเองไม่ได้ ก้าวร้าวและมีพฤติกรรมรุนแรง
- 3.2 อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

3.3 ได้รับการรักษาไม่เพียงพอ

3.4 มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองต่ำ

3.5 มีพฤติกรรมเปลี่ยนไป

3.6 มีความรู้สึกสิ้นหวัง

3.7 ขาดแรงจูงใจ

สรุปได้ว่าการป้องกันการป่วยซ้ำเป็นสิ่งปฏิบัติได้ยาก แต่การให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำสามารถลดการป่วยซ้ำได้ และรูปแบบของปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำดังกล่าว ในด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำมาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้ (Videbeck, 2001:317 อ้างใน เพชร คันธสายบัว, 2544)

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องตามเกณฑ์เป็นการปฏิบัติของผู้ป่วย เกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

Farragher (1999) ให้ความหมายของพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทว่าจะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยามืดเวลา การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา และการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา

เพชร คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ

สาธิตพร พุฒขาว (2541) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยา เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับแผนการรักษา และการปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่องของการรับประทานยาร่วมกับมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วย จิตเภทว่าเป็น การปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้

สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาไว้มากมาย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ จึงพอจะสรุปความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ว่า เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกซึ่งการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา รักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสังเกตอาการข้างเคียงจากยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาได้ โดยแสดงพฤติกรรมออกมา 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษา

2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วย

จากการศึกษาของ Oehl, Hummer & Fleischhacker (2000) กล่าวว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีหลายปัจจัยแตกต่างกัน แบ่งกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็น 4 ด้าน

2.2.1 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงออกถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคลที่ส่งเสริมให้มีการแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือป้องกันการป่วยซ้ำ หลังจากที่ได้รับ การรักษาจนมีอาการดีขึ้นและกลับไปอยู่ในชุมชนได้ เป็นปัจจัยที่บอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

2.2.1.1 ลักษณะประชากร จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆพบลักษณะประชากรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มี 2 ประการ คือ

1) อายุ ซึ่งเป็นจำนวนระยะเวลาทั้งหมดของการนับตามปฏิทิน ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน อายุของบุคคลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองจะถูกพัฒนาขึ้นตามอายุจากวัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลตนเองสูงสุด และจะลดลงและมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman (1994 อ้างถึงใน สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

2) เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างระหว่างบทบาท บุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยสังคมจะกำหนดบทบาทของเพศหญิงในการเป็นแม่ที่มีหน้าที่ในการดูแลลูก

และบุคคลทั้งในครอบครัวทั้งในเวลาปกติหรือยามเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลให้เมื่อเจ็บป่วยเพศหญิงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ จารุณสวัสดิ์ (2536) ที่พบว่า เพศหญิงปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าเพศชาย

2.2.1.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สร้างโดย Becker (1974) เป็นแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นทัศนคติและความเชื่อ ในการอธิบายการปฏิบัติของบุคคลต่อภาวะสุขภาพที่ได้รับการยอมรับในการทำนายพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติป้องกันโรค ซึ่งแนวคิดนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างตามการประเมินความเป็นไปได้ในการเกิดปัญหา โดยรับรู้จากความเสี่ยงและประสบการณ์ของตนเอง ทำให้มีการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือปัญหาสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเข้าใจถึงพฤติกรรมป้องกันโรคที่เคยเป็นมาก่อน และได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้น การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงโอกาสที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้ว การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เช่น รับรู้ปัจจัยที่จะทำให้ตนเองมีอาการทางจิตมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง

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

3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefit) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ของผู้ป่วยต่อการกระทำที่เป็นการป้องกันการเกิดโรค หรือการป้องกันการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่เชื่อว่าสามารถทำให้ร่างกายมี

ความแข็งแรง มีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วย เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมในผู้ป่วย จิตเภทจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต และการส่งเสริมการทำหน้าที่ที่พัฒนาการ การดูแลตนเองที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการยอมรับ ลดความรังเกียจจากสังคม ทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสงบสุข สามารถลดความตึงเครียดของผู้ป่วย และมีส่วนช่วยในป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้

4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ (Perceived barrier)

หมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่างๆที่ขัดขวางการปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีร่างกายแข็งแรง ในผู้ป่วยจิตเภทการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติของตนเองมีอุปสรรค เช่น การที่ญาติช่วยเหลือติดตามมากเกินไป ไม่ปล่อยให้เป็นอิสระ การถูกรังเกียจ ห้ามปราม กีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ การไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้ขัดขวางการดูแลตนเอง และส่งผลต่อการเสื่อมถอยสมรรถภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

2.2.1.3 ลักษณะของการเจ็บป่วย Kaplan & Sadock (1995) กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนเกณฑ์การรักษาว่าเกิดขึ้นเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา 2 ลักษณะ ได้แก่

1) ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต หมายถึงการรับรู้ ความเชื่อของผู้ป่วยที่คิดว่าตนเอง เป็นคนสำคัญ หรือมีอำนาจพิเศษ เช่น คิดว่าตนเองเป็นพระเจ้า หรือร่ำรวยเป็นมหาเศรษฐี ซึ่งเป็นความเชื่อที่ไม่จริง โดยผู้ป่วยจะเชื่อในความคิดนั้น โดยไม่สามารถเปลี่ยนความเชื่อถือได้ด้วยการอธิบาย โดยใช้เหตุผลตามธรรมดาได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการขาดการตระหนักรู้ในตนเอง (Lack of insight) คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา

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

2.2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภททั้งในครอบครัวและชุมชน ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งประกอบด้วย

1) ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพ เพื่อดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจากการศึกษาของ ภัทธา ธิรลาภ

(2532) พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากยามีราคาแพงทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

2) การอยู่ร่วมกับครอบครัว หมายถึงกลุ่มคนที่มีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือด แลหรือทางกฎหมาย ได้แก่ พ่อ (สามี) แม่ (ภรรยา) ลูก และญาติ พี่น้องมีบทบาทหน้าที่ที่พึงปฏิบัติต่อกัน ให้ความรักและความเอาใจใส่ต่อกัน เอื้ออาทร มีความปรารถนาดีต่อกันทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม (เพชร คันธสายบัว , 2544) นอกจากนี้จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนการดูแลทางด้านจิตใจแล้ว การสนับสนุนของครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

3) การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา หมายถึงการที่ผู้ป่วยมีบุคคลคอยช่วยเหลือให้ได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง บุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา การนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด หรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ที่สำคัญคือการดูแลของญาติให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า รวมทั้งการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแลเรื่องเหล่านี้

4) การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หมายถึง ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแสดงลักษณะอารมณ์ของบุคคลในครอบครัวที่มีมากเกินไป (Baker, 1993) เช่น การดูค่า การแสดงท่าทางรังเกียจ รวมทั้งการควบคุมผู้ป่วยมากเกินไปมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดสูง ทำให้ขาดแรงกระตุ้นให้ได้รับการรักษาที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชร คันธสายบัว (2544) ที่พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวเป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ

5) ทักษะคิด ทักษะคิดของสังคมและครอบครัว เป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิกริยาของบุคคลเหล่านั้นต่อการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลถึงการยอมรับความเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษาอาการทางจิต ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากการรู้สึกรังเกียจหรือการถูกตีตราจากสังคม เช่น การรับประทานยารักษาอาการทางจิต การมาตรวจที่โรงพยาบาล หรือผู้ป่วยอยู่ในสังคมที่ไม่เห็นความสำคัญของการรักษา ทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนให้รับการรักษา และมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา

2.2.3 ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการรักษาที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้แก่

1) วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย หมายถึง ช่องทางการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย คือ การกิน การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดเข้าระหว่างชั้นกล้ามเนื้อและไขมัน การฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ

การอมยาใต้ลิ้นและการเหน็บยาทางช่องคลอด หรือทางทวารหนัก Kumar and Sedgwick (2001) กล่าวว่า การได้รับยาเข้าสู่ร่างกายโดยใช้วิธีฉีด จึงสามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าวิธีการรับประทานยา

2) ความซับซ้อนของการรักษาหมายถึงความรู้สึกลำบากลำบากในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิดและมีจำนวนมาก อาจเกิดความสับสนในการรับประทานยา ลืมวิธีการใช้ยา การรับประทานยาที่ไม่เหมือนกันจะทำให้ผู้ป่วยสับสน หมดความอดทนที่จะรับประทานยาต่อไป

3) ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ยารักษาโรคจัดเป็นกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มาก ผู้ป่วยจิตเภทบางรายขณะรับการรักษา อาจมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น ตัวแข็ง คอแข็ง บิดเบี้ยว ง่วงนอน ปากและคอแห้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้น และความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ อาการเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน และหยุดการใช้ยาในที่สุด

2.2.4 ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ ซึ่งทีมสุขภาพ หมายถึง พยาบาล แพทย์ เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา ปัจจัยด้านทีมสุขภาพที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้แก่สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ สัมพันธภาพที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี บุคลิกภาพที่อบอุ่น น่าศรัทธา จะส่งผลดีต่อความร่วมมือในการรักษา จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทมีหลายปัจจัยทั้งปัจจัยทางด้านผู้ป่วย เช่น ลักษณะประชากร แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ลักษณะของการเจ็บป่วย เช่น อาการทางลบ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น การอยู่ร่วมกับครอบครัว การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ปัจจัยด้านการรักษา เช่น ความซับซ้อนของการรักษา วิธีได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา และปัจจัยด้านทีมสุขภาพ เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งที่จะจัดการกับปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและเกิดความตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านทางด้านผู้ป่วย และปัจจัยระหว่างทีมสุขภาพโดยการสร้าง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเพื่อนำไปสู่เป้าหมายเดียวกัน

2.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบวิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาพอสรุปได้ คือ (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536 ; เพชรี คันทสายบัว, 2544)

2.3.1 การประเมินโดยตรง (Direct method) วิธีการประเมินโดยตรง คือการวัดระดับปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้โดยติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของระดับยาหรือปริมาณยาตามความเหมาะสม

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

2) การวัดปริมาณยาในปัสสาวะ ใช้หลักการเคี้ยวคับการวัดระดับยาในเลือด แต่ยาที่จะวัดโดยวิธีนี้ต้องเป็นยาที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ มีผู้วิจัยโดยใช้วิธีนี้ เช่น กลุ่มยารักษาโรคจิต

3) การวัดปริมาณยาจากสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายอื่นๆ เช่น น้ำลาย อุจจาระ ลมหายใจ

วิธีการประเมิน โดยตรงเป็นการตรวจโดยอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งเป็นวิธีที่มีข้อจำกัดคือ

1. ความเข้มข้นของยาอาจจะได้รับผลจากความแตกต่างในการดูดซึมของยา และการขับออกของยาในร่างกายของแต่ละบุคคล ระดับความเข้มข้นของยาจึงอาจจะไม่ใช่ข้อบ่งชี้ของการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในการใช้ยาของผู้ป่วย

2. ความเข้มข้นของยาที่ตรวจพบ สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานว่ามีจำนวนทั้งหมดเท่าใด ครอบคลุมแผนการรักษาหรือไม่

3. การรับประทานยาก่อนการตรวจ จะทำให้ค่าของความเข้มข้นของยาสูง ซึ่งไม่ได้แสดงถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

4. ต้องใช้อุปกรณ์ เครื่องมือและวิธีการที่ยุ่งยาก การวิเคราะห์ต้องเป็นระยะ ภายหลังจากการรับประทานยา วิธีการนี้จึงไม่อาจนำมาใช้ได้ในทุกกรณี

2.3.2 การประเมินทางอ้อม (Indirect method) เป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย โดยประเมินจากวิธีการอื่นที่ไม่ใช่การวัดจากตัวยาโดยตรง แต่วิธีการประเมินนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย อาจทำได้หลายวิธี

1) การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและใช้ง่ายที่สุด อาจสอบถามหรือสัมภาษณ์จากตัวผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย ข้อดีของการประเมินแบบนี้ คือ ได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัดของวิธีการนี้ คือ พบว่าผู้ป่วยมักให้ข้อมูลไม่ตรงกับความ เป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงคำถามให้มีความชัดเจน แม่นตรง และระหว่างการสัมภาษณ์ไม่ควรตำหนิเมื่อผู้ป่วยตอบว่าไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา หรือไม่รับประทานยา โดยผู้สัมภาษณ์เองต้องคำนึงถึงว่า แม้จะมีทักษะและมีความละเอียดในการสัมภาษณ์ก็ตาม แต่ก็มักพบปัญหาในการประเมินเสมอ

2) การนับจำนวนเม็ดยา เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ใช้บ่อย การปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาประเมินได้จากการนับเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วย และจำนวนที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยา หรือเมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง จำนวนยาที่เหลือมากกว่าที่ควร เป็นการแสดงว่าผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ข้อดีของวิธีการนี้คือ สามารถบอกถึงจำนวนเม็ดยาที่ใช้ไป แต่ก็มีข้อจำกัด คืออาจได้ข้อมูลไม่ตรงกับความจริง หากผู้ป่วยทิ้งยาโดยไม่รับประทานยา หรือผู้ป่วยให้คนอื่นใช้ยาด้วย

3) การสังเกตพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการประเมินวิธีนี้ ญาติผู้ป่วยหรือบุคลากรทีมสุขภาพที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จะสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือแผนการรักษาได้ถูกต้องครบถ้วน หรือไม่

4) พิจารณาจากการมาตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มารับรักษาตามนัดเป็นผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา และพิจารณาจากผลของการรักษาที่ควรเป็นไปตามการพยากรณ์ของโรคแต่ละระยะ

5) การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตนเอง ซึ่งวิธีการนี้มีข้อจำกัด คือผู้ป่วยอาจเขียนบันทึกไม่ตรงกับการปฏิบัติจริง

สรุปได้ว่าแม้ว่าการใช้การประเมินหลายวิธีจะทำให้ผลการประเมินน่าเชื่อถือ แต่การสัมภาษณ์เป็นวิธีการที่นิยม และสามารถได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการวางแผนการช่วยเหลือ เนื่องจากบทบาทของพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างใกล้ชิดมากกว่าวิชาชีพอื่น ผู้ศึกษาเชื่อว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย จะสามารถทำให้ผู้ศึกษาได้ข้อมูลจากผู้ป่วยข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง ความคิดและความรู้สึของผู้ป่วยมากที่สุด ในการศึกษครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่สร้างขึ้นโดย อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545)

3. บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย จิตเวชและครอบครัวในชุมชน ทั้งการดูแลรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต ให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงต้องมีความเข้าใจ และมีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

3.1 แนวคิดการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้มีผู้ให้ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ดังนี้

Mereness and Taylor (1978) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลจิตเวชว่าเป็นกระบวนการที่พยาบาลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการมีความสามารถต่อไปนี้คือ 1) รับรู้เกี่ยวกับตนเองดีขึ้น 2) สร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ผสมกลมกลืนระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการช่วยเหลือให้ผู้รับบริการมีบทบาทในการทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้ดีขึ้น

จินตนา ยูนิพันธ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชน โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยรวม หรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งที่เน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา ตลอดจนศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมมนุษย์ เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดอาการทางจิต ช่วยเหลือและฟื้นฟูบุคลิกภาพแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์และการปรับตัว ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ เบี่ยงเบนและเจ็บป่วยทางจิต

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือการพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวิถีภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและพึ่งพาตนเองได้

3.2. การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช มีความสำคัญที่พยาบาลต้องปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัว เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยนั้น ส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ดูแลและครอบครัว พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ชัดเจนเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการปฏิบัติการพยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542)

1) เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งจิตสังคมและจิตวิญญาณ

2) คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัวด้วย รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนด้วย

3) การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วยคือ การช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

หลักในการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวช สามารถให้บริการตามหลักเดียวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปที่บ้าน โดยดำเนินการตามวัตถุประสงค์ คือ (Klebnoff, 1989 ; Pelletier, 1988 อ้างใน อรพรรณ ลีบุญฤกษ์ชัย, 2543)

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. จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลรักษาสุขภาพและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช เป็นการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ผู้ป่วยได้รับการที่สะดวก รวดเร็วมีการอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วยทั้งในรูปแบบการส่งต่อ การให้บริการหน่วยงานใน

เครือข่ายการติดตามการเยี่ยมบ้านทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยต้องคำนึงถึงการดูแลแบบองค์รวม ตามบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

3.3 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ในระยะนี้จะเน้นที่การดูแลของครอบครัวและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจะถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในช่วงสั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรเป็นหน้าที่ของญาติหรือครอบครัว ซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540) พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุดของผู้ดูแลและครอบครัวในชุมชน การรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการรักษาพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วย รวมทั้งมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน เพราะถือว่าผู้ดูแลและครอบครัวเป็นเครือข่ายที่สำคัญ และเชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะต้องอาศัยความร่วมมือและการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ จึงจะสามารถนำแหล่งประโยชน์จากผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วยทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วย ที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย (กัลยา โนอินทร์, 2542)

บทบาทสำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สิ่งสำคัญคือ การทำงานตามขั้น ตอนของกระบวนการพยาบาลและมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทั้งคนในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอยู่รวมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการครอบคลุม 6 บทบาท คือ (Harder & et al., 1987 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธุ์ 2536, ทศนา บุญทอง, 2543)

1. บทบาทผู้ดูแล (Care Provider) โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในตัวผู้ใช้บริการเองและปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลต้องวางแผน ดำเนินการและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสนับสนุนการและกิจกรรมอื่น ๆ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัว มากที่สุดจึงรับหน้าที่ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการรักษาพยาบาล และบันทึกการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

2. บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัว พัฒนาทักษะทางสังคมที่เหมาะสมให้ โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือทางสังคม ทั้งนี้เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม หรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมทั้งในครอบครัว หรือสังคมในชุมชน

3. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้สำรวจปัญหาแบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเองเพื่อตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ที่ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจจะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

4. ผู้ให้ความรู้ / ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครู หรือผู้สอนให้ความรู้ สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างถาวร

5. ผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ และทักษะเฉพาะทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาอย่างผู้ชำนาญการ

สรุปได้ว่า พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายจะต้องมีความรู้ ความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการปฏิบัติงาน โดยการพิจารณาตัดสินใจบนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ ทักษะและประสบการณ์ และการปฏิบัติงานอย่างอิสระ คือการพยาบาลและบำบัดรักษาในขอบเขตของวิชาชีพ โดยอาศัยความรู้ หลักการ ทักษะ และประสบการณ์ ทางการพยาบาลในการดูแลผู้ใช้บริการ ดังนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องยึดหลักการปฏิบัติการพยาบาลเป็นแนวทางในการดำเนินการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัวให้ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และดูแลผู้ป่วยให้มีสุขภาพที่ดี สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

4. การให้สุขภาพจิตศึกษา

4.1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation)

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวถือว่าการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การประคับประคอง และการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Abramowitz & Coursey, 1989) การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษารูปแบบนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากผลการวิจัยเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว (expressed emotion) ที่มีผลต่อการกลับ

เป็นซ้ำของผู้ป่วย Brown et al. (1972) ได้เสนอผลงานวิจัยว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ซึ่งได้แก่ การแสดงความเป็นมิตรในระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย (hostility) มีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมาก (criticism) และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional overinvolvement) จะมีสถิติการกลับมาเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พัฒนาขึ้น โดย Anderson, Hogarty & Reiss (1980) เป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (joining) ในการดูแล ประกอบด้วย

1) การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว คือ การที่ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ซึ่งไม่ใช่การทำ ความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว แสดงความห่วงใย เอาใจใส่ เพื่อให้ ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และยอมรับในตัวผู้รักษา รวมทั้งการสร้างความหวังให้กับครอบครัว เพื่ออนาคตที่ดีกว่า

2) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) คือ การที่ ผู้รักษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และพวกเขาสามารถทำอะไร เกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ได้บ้าง

3) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) คือ การที่ผู้รักษาทำงานร่วมกับ ผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของ พฤติกรรม ความคิด และเทคนิคการติดต่อสื่อสาร

4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือ การที่ผู้รักษาชี้ให้เห็น ความสำคัญ และประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและ ครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย 5) การค้นหาแหล่ง สนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ ความช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้โดยอาศัย หลักการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper, Leff & Lam, 1992) ดังนี้

- 1) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
- 2) การช่วยเหลือทางด้านสังคมตามความต้องการของผู้ป่วย
- 3) การจัดการในเรื่องการใช้ยาสำหรับผู้ป่วย
- 4) รับฟังครอบครัวและช่วยเหลือในด้านการวางแผนการรักษาตามความเหมาะสม
- 5) ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับ โปรแกรมการรักษา สำหรับผู้ป่วย
- 6) ประเมินความเข้มแข็งของครอบครัวและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

- 7) ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์
 - 8) การให้ข้อมูลที่ตรงประเด็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การรักษาการประคับประคองในเวลาที่เหมาะสม
 - 9) การวางแผนการช่วยเหลือในระยะวิกฤต การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว
 - 10) การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว
 - 11) ส่งเสริมครอบครัวในการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม
 - 12) สอบถามถึงความรู้สึกสูญเสียภายในครอบครัวของสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วย
 - 13) การลดความสับสนความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว
- จะเห็นได้ว่า เมื่อได้รับการประคับประคองจากบุคลากรทางสุขภาพจิต ได้รับการเข้าไปช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ และได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไปพร้อม ๆ กัน เป็นแนวทางที่ดีในการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งผู้รักษาอีกด้วย นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นการส่งเสริมความสามารถแก่ผู้ดูแล และการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยนั้นนับว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง การป่วยซ้ำก็จะลดลง

4.2 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (Williams, 1989) สุขภาพจิตศึกษาไม่ใช่การบำบัด แต่เป็นวิธีการที่ถูกรออกแบบมาเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการบำบัดรักษาทั้งหมด ตัวอย่างเช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นย่อมจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและระบบสนับสนุนของผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัวและผู้ดูแล ทำให้รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย จนสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และสามารถหาวิธีป้องกันการป่วยซ้ำได้ วิธีการนี้มักนิยมใช้ก่อนหรือร่วมกับการทำครอบครัวบำบัด (family therapy) การให้สุขภาพจิตศึกษา มีรูปแบบของการให้ความรู้อยู่ 2-3 รูปแบบ สำหรับญาติผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการยอมรับ ซึ่งรวมถึงการประคับประคอง (support) และการบริการด้านความรู้ (educational services) โดยมีเป้าหมายที่จะให้ข้อมูล (information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills)

ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (network) ซึ่งในที่นี้จะหมายถึงรูปแบบของการปฏิบัติการ (intervention) ซึ่งพยายามที่จะแก้ไขปัญหาและจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยการสร้างความร่วมมือ และสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวของผู้ป่วย การให้สุขภาพจิตศึกษามีความแตกต่างกันในด้านรูปแบบ โดยแบ่งได้ดังนี้

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

2) การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Group psychoeducation) เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

3) การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) เป็นรูปแบบจำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะสำคัญ คือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม และมีการร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว Anderson et al. (1980)

5. โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ในงานวิจัยนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าปรับปรุงจากการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) จากแนวคิดดังกล่าว ผู้ศึกษาได้นำมาสร้างเป็น โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (joining) ในการดูแล ในทุกกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว (joining) ซึ่งนำมาจากแนวคิดของ Anderson et al. (1980) โดยการที่ผู้ศึกษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว พยายามเข้าถึงครอบครัวเพื่อให้ทราบถึงลักษณะ และปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การชี้ให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ รวมทั้ง การสร้างความหวังให้กับครอบครัวสำหรับอนาคตที่ดีกว่า ก็จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วย

จิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมและมีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยเป็นการให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) ซึ่งนำมาจากแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี และการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม เป็นการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว จำเป็นที่จะต้องทราบถึงอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช ซึ่งจะทำให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค โดยผู้ศึกษานำแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) มาใช้ในการให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984 & Montgomery et al., 1985)

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลงมา (Lazarus & Folkman, 1984) โดยผู้ศึกษานำแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) มาใช้ในการส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา (Cohen & Wills, 1985 อ้างถึงในทีปประพิณ สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถลดความเครียด

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะด้านสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ศึกษานำแนวคิด Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการร่วมกับการพัฒนาทักษะในการ

ติดต่อสื่อสาร (communication skills) มาใช้ ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเองและสามารถรับรู้รับความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชติ ศรีสุพรรณ, 2547) การฝึกการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (เพชร คันธสายบัว, 2544) การสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่เป็นประโยชน์กับตัวผู้ป่วยเอง การพัฒนาทักษะในด้านนี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้จักหาแนวทางแก้ปัญหาที่ตนเองไม่สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ อาการผิดปกติจากการใช้ยาทางจิต อาการข้างเคียงจากการใช้ยารวมถึงอาการผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และยังทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้างในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่

6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

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

สาธิต พุฒขาว (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มาับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 118 คน ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มาับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 72 และมารับการรักษาเมื่อมีอาการ ร้อยละ 51.7 ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 84.7 นอกจากนี้ ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ทักษะคิดต่อการใช้ยา และความพึงพอใจต่อบริการของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยา สามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 260 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงของยา และทักษะการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวมีความสำคัญและส่งผลต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง เช่น คำ การแสดงความจริงใจ มีผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดสูงทำให้ขาดแรงกระตุ้นให้ได้รับการรักษาที่ดี

ราตรี อินทรีย์ (2541) ศึกษาการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยโรคจิตเภท และเหตุการณ์ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน และผู้ป่วยจิตเภท จำนวนกลุ่มละ 36 คน พบว่าการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่แตกต่างกัน โดยเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ร่วมมือในการรับประทานยาตามการรับรู้ของพยาบาล 5 อันดับแรก คือ คิดว่าตนหายแล้ว การมีความรู้ที่น้อยทำให้ไม่เข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องรับประทานยา ไม่ต้องการรับประทานยาทุกวัน ลืมรับประทานยา และไม่อยากรับประทานยา ส่วนเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ร่วมมือในการรับประทานยาตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท 5 อันดับแรก คือ การมีความรู้ที่น้อยทำให้ไม่เข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องรับประทานยา คิดว่าตนเองหายแล้ว ไม่ต้องการรับประทานยาทุกวัน ลืมนเปลืองค่าใช้จ่าย และไม่อยากรับประทานยา

สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรสวรรค์ พูลกระจำง (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และประทับประคองต่อพฤติกรรมใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม พบว่าพฤติกรรมใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และประทับประคองสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และประทับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ศึกษาเรื่องผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษา โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการทดลองโดยพบผู้ป่วยเดือนละครั้ง เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล เป็นเวลา 4 เดือน โดยทำการทดลองเป็นรายบุคคล และวัดความร่วมมือในการรักษา 4 ด้าน คือ ความรู้ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัดและความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลที่ได้รับ โดยวัดก่อนและหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลจำนวน 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจากผู้ป่วยจิตเภทที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัว พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กาญจนา ชัยเจริญ (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงขึ้นหลังได้รับการวางแผนการจำหน่ายและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

Kumer and Sedgwick (2001) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชอายุ 17-65 ปี ที่กลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำเป็นระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 90 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเป็นเวลา 30-45 นาที ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงให้ความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าเพศชาย ศาสนาฮินดูให้ความร่วมมือในการใช้ยาน้อยกว่าศาสนาอื่นๆ การสนับสนุนทางสังคมสูงทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาสูง และการตัดสินใจของตัวผู้ป่วยเองว่าไม่อยากจะร่วมมือในการใช้ยามีผลสูงกว่าการตัดสินใจของคนอื่น นอกจากนี้ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะของครอบครัว และระยะทาง ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

สกวรัตน์ ภูผา (2543) ได้ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำนวน 18 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 8 คน และกลุ่ม

ควบคุม จำนวน 10 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการเข้ากลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินหรือการตอบสนอง การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านแหล่งประโยชน์และบริการ โดยเข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ในเวลา 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะการดูแลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มทดลองมีปัจจัยในการบำบัดเกิดขึ้นดังนี้คือ การมีความรู้สึกคล้ายคลึงกัน ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การระบาย การให้ข้อมูล ความเกื้อกูล การได้รู้ความจริงของชีวิต และความหวัง

ครุณี คชพรหม (2543) ได้ศึกษาผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 24 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ภาวะเชิงประนัยและภาวะเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลงภายหลังได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่า ภาวะเชิงประนัยและภาวะเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกัน และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษา มีภาวะเชิงประนัยและภาวะเชิงอัตนัยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน ผลการศึกษา พบว่าค่าคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ สูงกว่า ก่อนการได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาแล้วพบว่ากลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย สูงกว่าก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิราพร รักการ (2549) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัฒนาดุทอง กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่าภาระในการดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุรวุฒิ เฟิงกรี๊ด (2550) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และภาระการดูแลของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 คน อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวดีขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

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

Pitschel-Walz, Bauml & Bender et al., (2006) ทำการศึกษาถึงโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา และการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในเมืองมิวนิช ประเทศเยอรมันนี โดยทำการสุ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-III-R จำนวน 236 ราย ผู้ป่วยและญาติที่ได้รับ โปรแกรมจะได้รับการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม เป็นระยะเวลา มากกว่า 4-5 เดือน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มญาติ มีการเข้ากลุ่มเป็นเวลา 8 ครั้ง อีกกลุ่มจะเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลลัพธ์ที่ได้จะถูกนำมาเปรียบเทียบกับในช่วงเวลา 1-2 ปีที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีอัตราการกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลลดลง และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาคือดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการศึกษา

