

ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
ของผู้ป่วยจิตเภท



นางสาวกาญจนา ชัยเจริญ

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

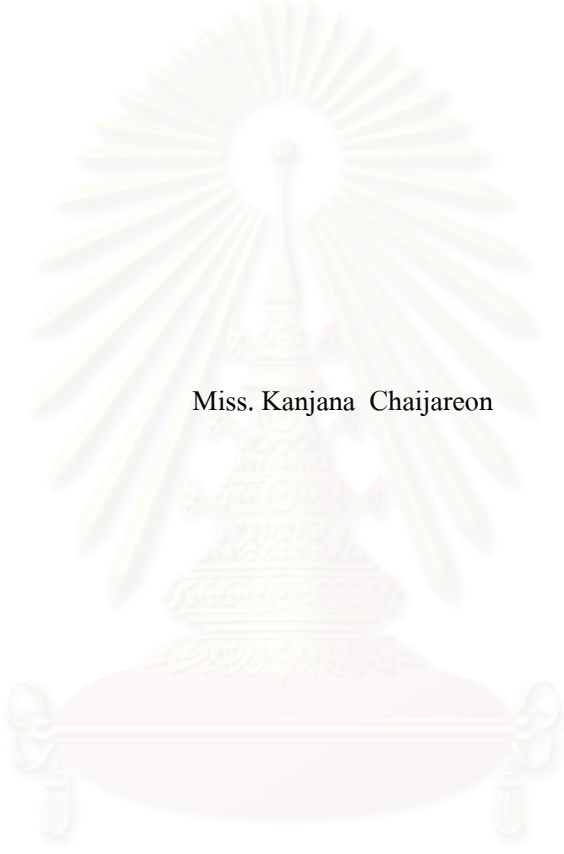
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-17-6263-1

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF USING DISCHARGE PLANNING PROGRAM ON MEDICATION
ADHERENCE BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS



Miss. Kanjana Chaijareon

สถาบันวิทยบริการ
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic year 2004
ISBN 974-17-6263-1

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตาม
เกณฑ์การรักษา

โดย

นางสาวกาญจนา ชัยเจริญ

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริสุโข)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กาญจนา ชัยเจริญ : ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตาม
เกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. (THE EFFECT OF USING DISCHARGE PLANNING
PROGRAM ON MEDICATION ADHERENCE BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC
PATIENTS) อ. ที่ปรึกษา : รศ.ดร. จินตนา ชูนิพันธุ์, 127 หน้า. ISBN 974-17 -6263 -1.

การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์
การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและเปรียบเทียบ
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย
และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คน ซึ่งจัดแบ่งเป็น
2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการจับคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ
รักษา ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการวางแผนจำหน่ายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการวางแผน
จำหน่ายและแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีค่าความเที่ยงของแบบวัดเท่ากับ .90
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการวางแผนจำหน่าย
สูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้
รับการวางแผนจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4577555336 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORD : DISCHARGE PLANNING / MEDICATION ADHERENCE / SCHIZOPHRENIC PATIENTS

KANJANA CHAIJAREON : THE EFFECT OF USING DISCHARGE PLANNING PROGRAM ON MEDICATION ADHERENCE BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS. THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, PH.D., 127 pp. ISBN 974-17-6263 -1.

The purposes of this quasi-experimental research were to compare medication adherence behaviors of schizophrenic patients before and after their participation in discharge planning, and to compare medication adherence behaviors of schizophrenic patients who participated in discharge planning program, and those who participated in regular nursing activities. Research samples were 40 patients which were equally assigned into one experimental group and one control group by matching with means of medication adherence behaviors score. Research instruments were discharge planning program developed by the researcher and medication adherence behaviors scale whose reliability coefficient was .90. Medication adherence behavior data were analyzed by t-test.

Major findings were as follows:

1. Medication adherence behaviors in schizophrenic patients after participated in discharge planning program, were significantly higher than those before the experiment, at the .05 level.
2. Medication adherence behaviors in schizophrenic patients who participated in discharge planning program, was significantly higher than those of patients who participated in regular nursing activities, at the .05 level.

Field of study Mental health and Psychiatric Nursing. Student's signature.....

Academic year 2004

Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้ความรู้ คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางในการทำวิจัยและให้ข้อคิดอันมีคุณค่า ตลอดจนให้ความเมตตา เอาใจใส่ ให้กำลังใจและเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น มีพลังที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความเมตตาและความเสียสละของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความเมตตา ให้คำชี้แนะในการทำวิจัยและเป็นกำลังใจตลอดมา และรองศาสตราจารย์ ดร.ดิเรก ศรีสุข โข กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ และกำลังใจรวมทั้งข้อเสนอแนะต่างๆอันเป็นประโยชน์ยิ่ง และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์กอบโชค จวงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ คุณจันทนา ศรีวิศาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยใน ผู้ช่วยวิจัยและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทุกท่านซึ่งไม่ได้เอ่ยนาม ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและดำเนินการทดลองจนเสร็จสิ้นกระบวนการ

ท้ายที่สุด ขอขอบพระคุณ สำหรับการสนับสนุนและกำลังใจที่ได้รับจากครอบครัว รุ่นพี่ รุ่นน้องและเพื่อนๆ ตลอดระยะเวลาของการศึกษา กระทั่งทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	61
ขั้นตอนการทดลอง.....	71
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	80
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	82
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	94
รายการอ้างอิง.....	104
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	116
ภาคผนวก ข สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	118
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	120
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	127

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตาม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	60
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา.....	83
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ระยะเวลาเจ็บป่วยและจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	84
4	ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง.....	85
5	ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง.....	86
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง.....	87
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง.....	88
8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง.....	89
9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง.....	90
10	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายข้อของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	91

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสถานการณ์โลกมีการเปลี่ยนแปลงทุกๆด้าน ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆมากมาย รวมทั้งผลที่ทำให้สุขภาพของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป จนเกิดปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตเพิ่มมากขึ้น จากสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตของประชากรไทยในปี 2546 พบว่ามีอัตราการป่วยด้วยโรคจิตถึง 520,013 คน คิดเป็น 828.05 คน ต่อประชากร 100,000 คน (http://www.dmh.go.th/report/stat_s7.asp, 22 กันยายน 2547) โดยปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตเป็นสาเหตุของการสูญเสียทั้งระยะสั้นและระยะยาว ดังนั้น ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันจึงมีความพยายามที่จะรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าวให้ดีที่สุด กรมสุขภาพจิตซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพจิตโดยตรงจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนแนวคิด นโยบาย และรูปแบบบริการและการจัดการเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเช่นเดียวกัน โดยมีขอบเขตของการให้บริการสุขภาพทั้งการส่งเสริม ป้องกัน การดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเน้นการบริการที่มีคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถเชื่อมโยงทั้งระบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิได้อย่างเป็นระบบ มีคุณภาพและประสิทธิภาพ นอกจากนี้กรมสุขภาพจิตยังมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ การลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิต (กรมสุขภาพจิต,2546)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบมากที่สุดและมีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชทั้งหมด คือ พบประมาณร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งร้อยละ 1-1.5 ของประชาชนทั่วไปมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภท (Gauttiere,1999; Bethesda,1999 and Fox & Kane,1996) โดยสถิติผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยพบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทแยกเป็นเพศชาย 12 % และเพศหญิง 9 % ของสถิติ 10 อันดับโรคเรื้อรังในประเทศไทย (กรมสุขภาพจิต,2547) ซึ่งโรคจิตเภทถือเป็นโรคเรื้อรังที่ถึงแม้จะไม่ใช่สาเหตุของการตาย แต่จากสถิติกรมสุขภาพจิตพบว่ามีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ซึ่งในทางเศรษฐศาสตร์นับว่าเป็นการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม เป็นการสูญเสียมากถึงร้อยละ 11 ของการสูญเสียจากการเจ็บป่วยทั้งหมด (สมชาย จักรพันธุ์, 2543)

การลดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งในปัจจุบันวิธีการรักษาโรคจิตเภทที่ใช้มากที่สุด คือ การรักษาด้วยยาที่สามารถปรับสมดุลของสารชีวเคมีในร่างกาย และพบว่ามีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย ช่วยลดความรุนแรงของโรค (Horwath & Courmos, 1999; Kumar & Sedgwick, 2001) โดยผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วยังต้องได้รับการ

รักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการและให้เกิดผลการรักษาในระยะยาว ป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดอาการครั้งใหม่ (Kaplan & Sadock, 1995)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่ายาจะมีประโยชน์ต่อการรักษาและการควบคุมอาการรุนแรงของโรค แต่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากไม่ยอมรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาถึงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยแทบทั้งสิ้น (สุพล รุจิรพิพัฒน์ และคณะ, 2528; วัชณี หัตถพนม และคณะ, 2529; จลี เจริญสรรพ, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาของ Azrin & Teichner (1998) พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่นำสู่การป่วยซ้ำและกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการหยุดยาเองจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำร้อยละ 80 (Gaultiere, 1999; กัทธา ธิรลาภ, 2530) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยของ เพชรี คันธสายบัว (2544) ได้ศึกษาวิเคราะห์ด้วยแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ พบว่า หนึ่งในตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ คือ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการขาดยาเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำถึงร้อยละ 63.33 (วัชณี หัตถพนม และคณะ, 2529) โดยผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องในปีแรกร้อยละ 50 และมีแนวโน้มลดลงเป็นร้อยละ 15 ในปี ถัดไป (Ruscher, Wit and Mazmanian, 1997 อ้างถึงใน สาธุพร พุฒขาว, 2542)

จากการศึกษาลักษณะพฤติกรรมการใช้ยารักษาอาการทางจิตที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มีลักษณะ เช่น รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา โดยหยุดเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง (จลี เจริญสรรพ, 2538) และแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาไม่ถูกขนาด การใช้ยาผิดเวลา และการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา (Farragher, 1999 อ้างถึงใน เพชรี คันธสายบัว, 2544) โดยพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยจิตเภท (Farragher, 1999) ซึ่งปัญหาเหล่านี้ทำให้การควบคุมโรคของผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ มีผลให้เกิดการป่วยซ้ำ ส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและชุมชน รวมทั้งสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจในเรื่องค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล (สุรางค์ เลิศชาธาร, 2533 อ้างถึงใน สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536)

มีการศึกษาถึงสาเหตุที่ชัดเจนเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทโดย Oehl, Hummer and Fleischhacker (2000) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท สรุปว่ามีปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านทึ่มสุขภาพ จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา ซึ่ง อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ได้นำแนวคิดของ Oehl, Hummer and Fleischhacker (2000) มาศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในประเทศไทย พบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทึ่มสุขภาพ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของ

ครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายสาเหตุ และเป็นปัญหาสำคัญต่อการเกิดอาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท และยังมีอาการป่วยซ้ำอาการผิดปกติที่หลงเหลือจะยิ่งมากขึ้น ทำให้การปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน และความสัมพันธ์กับสังคมของผู้ป่วยจะเสื่อมลงอย่างมาก (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536) ส่งผลกระทบที่มากมายทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และเป็นภาระในการรักษาพยาบาล (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ดังนั้น พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาถึงรูปแบบและวิธีการดูแลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในระยะเวลาที่ผ่านมา ได้มีการดูแลพฤติกรรมการใช้ยาในหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การสอน การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ ทั้งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ดังที่ Favrod (1993) ทำการศึกษาผลของการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต เพื่อเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต สามารถเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทได้ ส่วนในประเทศไทย สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ได้ศึกษาผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับการศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาส่วนใหญ่จะเน้นการดูแลโดยการเป็นการจัดกระทำเฉพาะสาเหตุ เฉพาะเรื่อง ไม่ครอบคลุมทั่วถึงทั้งการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพ และเป็นการจัดกระทำหลังจากผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีพร้อมที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้การดูแลที่ผ่านมายังขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยหลังจำหน่าย การให้คำแนะนำแก่ครอบครัวยังมีค่อนข้างน้อย มีเพียงการให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยแก่สมาชิกครอบครัวในวันที่มารับผู้ป่วยกลับบ้านเท่านั้น ทั้งๆที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยหลังจำหน่าย

นอกจากนี้ในการพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยาและการวางแผนจำหน่ายของหอผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน พบว่าเป็นการพยาบาลที่เน้นเฉพาะการบำบัดรักษาโดยมุ่งแก้ปัญหาเฉพาะเรื่องที่เป็นปัจจุบันเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เช่น การจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยาของผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งเป็นการพยาบาลที่แยกส่วน ไม่ได้ครอบคลุมทั่วถึงทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม แม้ว่าการพยาบาลตามปกติจะมีการบำบัดจิตสังคม เช่น กลุ่มให้ความรู้และการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย กลุ่มการสอนทักษะต่างๆ แต่ยังไม่มีการทำเป็นระบบ ไม่เป็นไปตามขั้นตอน และเป็นการทำตามโอกาส ไม่มีความคงที่ สม่ำเสมอและไม่ครอบคลุมถึงในผู้ป่วยทุกคน ดังนั้น จะเห็นได้ว่าสภาพปัญหาการให้การพยาบาลปกติในปัจจุบัน เป็นการปฏิบัติกรพยาบาลที่มีขอบเขตตามความต้องการของผู้ป่วย โดยดำเนินการเป็นเรื่องๆ ยังขาดความครอบคลุมและต่อเนื่องในการดูแล ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีผลต่อการป่วยซ้ำและเป็นปัญหาที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องนั้น ถ้าจะให้เกิดการพยาบาลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน การพยาบาลจะต้องมีการจัดกระทำครอบคลุมทุกสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแล ต้องดำเนินการตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และต้องดำเนินงาน โดยการบูรณาการเข้าไปในกระบวนการพยาบาล มีกิจกรรมที่มีเป้าหมายการดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งการพยาบาลที่ครอบคลุมหลักการ กระบวนการและกิจกรรมที่มุ่งแก้ปัญหาเหล่านี้ คือการวางแผนจำหน่าย โดยกระบวนการในการวางแผนจำหน่ายมีกระบวนการเหมือนกับกระบวนการพยาบาล (Rorden and Taft, 1990) เพียงแต่กระบวนการพยาบาลเป็นการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ยังขาดความต่อเนื่อง ซึ่งการวางแผนจำหน่ายจะมีเป้าหมายระยะยาว คือ การดูแลต่อเนื่องที่บ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้น จึงเป็นการง่ายที่พยาบาลจะสามารถปฏิบัติกรวางแผนจำหน่ายโดยไม่เป็นการปฏิบัติที่แยกออกจางานประจำของพยาบาล

การวางแผนจำหน่าย โดย Rorden and Taft (1990) เป็นกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาลเป็นการประสานงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพในการเตรียมความพร้อมก่อนจะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เป็นการปฏิบัติกรพยาบาลที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พบกับความช่วยเหลือจากการใช้แหล่งทรัพยากรที่เขามีอยู่อย่างเหมาะสม นำไปสู่การดูแลที่ต่อเนื่องหลังจำหน่าย ซึ่งการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการดูแลต่อเนื่องและการยอมรับและต้องการการรักษา (Cramer & Rosenheck, 1998) ดังนั้น สิ่งสำคัญของการดูแลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คือ ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ด้วยเหตุผลดังกล่าว การวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะดำรงชีวิตหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องได้ จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้น เพื่อสนองนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพนำไปสู่การ

บริการพยาบาลที่มีคุณภาพการดูแลที่ต่อเนื่อง และเป็นกิจกรรมที่เชื่อมโยงบริการสาธารณสุขระหว่างโรงพยาบาลและบ้านหรือชุมชน (Jackson, 1994) พยาบาลจิตเวชซึ่งมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องนำแนวคิดการวางแผนจำหน่ายมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อมุ่งแก้ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ อีกทั้งยังลดภาระการดูแลของครอบครัว ป้องกันการป่วยซ้ำและลดการสูญเสียต่อประเทศชาติ โดยสร้างโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรม การพยาบาลในลักษณะการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม อาศัยประสบการณ์เป็นแหล่งของการเรียนรู้และพัฒนาพฤติกรรม ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆที่ทำทายเป็นต่อเนื่อง (Nicol อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2541) ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมสร้างขึ้นตามสภาพปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาจากผลการวิจัยของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) และใช้ศาสตร์ความรู้ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชรวมทั้งศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่าผลที่เกิดจากโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และมีความพร้อมที่จะกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับ ครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวคิดเหตุผลสมมติฐานการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายของ Rorden and Taft (1990) ซึ่งมีกระบวนการวางแผนจำหน่าย 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมิน เป็นการรวบรวมข้อมูลซึ่งจะเกิดขึ้นในระยะแรกของการดูแลผู้ป่วย โดยประเมินทั้งด้านกาย จิต สังคมและต้องประเมินประสบการณ์ ความเชื่อและทัศนคติ ซึ่งมีอิทธิพลต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อใช้ในการตัดสินใจให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วย/ผู้ดูแล 2) การสร้างแผนการจำหน่าย เป็นผลมาจากการได้รับข้อมูลในขั้นตอนแรกมีพื้นฐานความจำเป็นของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ประยุกต์ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการดูแลหรือเป้าหมายของการปฏิบัติ มีการวางแผนเพื่อบำบัด ส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดการกับ โรคและอาการ การดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการอยู่ในชุมชนได้ 3) การยืนยันแผนการจำหน่าย เพื่อให้การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลที่ต่อเนื่องเป็นการตรวจสอบระดับความสามารถในการดูแลอย่าง

ต่อเนื่อง มีการประเมินผลความสอดคล้องระหว่างความต้องการและสาเหตุของปัญหาที่จะมีผลต่อความเป็นอยู่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย มาเป็นกระบวนการในโปรแกรม และนำผลการวิจัยของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ซึ่งพบว่าปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา มาเป็นเนื้อหาในกิจกรรมในโปรแกรมซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

นอกจากนี้ จากการที่สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทไม่ถูกต้อง ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะทำให้เกิดผลทางบวกต่อการรักษา คือ ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น (สาธิตพร พุฒขาว, 2541) ก่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ รับรู้ และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (Brannon & Feist, 1997 อ้างถึงใน สมัยพร อาชาล, 2543) ดังนั้น จึงนำแนวคิดการสร้างสัมพันธภาพบำบัดของ Peplau (1952) มาใช้ในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลซึ่งการสร้างสัมพันธภาพบำบัด เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว โดยเป็นสัมพันธภาพที่มีขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและมีแนวทางแก้ไขปัญหา ได้เกิดทักษะและการเรียนรู้ แก้ไขความคิดทัศนคติ มีการเปลี่ยนแปลงสู่สุขภาพที่ดี สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นใจและเกิดความพึงพอใจในชีวิต โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ทักษะเชิงวิชาชีพทั้งการใช้การสอน การให้คำปรึกษา การเป็นผู้ให้ข้อมูล การเป็นผู้นำและผู้จัดการระบบการดูแลของพยาบาลในการดำเนินการสร้างสัมพันธภาพบำบัด โดยโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายนี้มี การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การประสานงาน และการสอน เป็นหัวใจสำคัญในความสำเร็จของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Rorden and Taft, 1990 : 35) และดำเนินกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม ดังนี้

การประเมินและกำหนดเป้าหมายการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ระยะแรกของการดูแลผู้ป่วย โดยประกอบด้วยกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพบำบัดรายบุคคล โดยมีการสร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์กับผู้ป่วยและผู้ดูแล และพูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือ โดยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและพยาบาลจะสามารถทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลยอมรับการมีส่วนร่วม นำไปสู่การร่วมกันประเมินและค้นหาปัญหาความต้องการในการดูแลหลังจำหน่าย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันทำให้ทราบถึง ข้อมูลด้านสุขภาพ ประสบการณ์ ความเชื่อ เจตคติของผู้ป่วยและผู้ดูแล (Rorden and Taft, 1990) ทั้งปัญหา ความต้องการ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำ

ความเข้าใจกับปัญหาและยอมรับกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น นำไปสู่การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรร่วมกัน ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท (Oehl, Hummer and Fleischhacker,2000; อุมพร กาญจนรักษ์, 2545) ดังนั้น สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพและการกำหนดเป้าหมายการดูแลที่ชัดเจนร่วมกันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

การวางแผนพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นผลมาจากการได้รับข้อมูลในขั้นตอนแรกมีพื้นฐานความจำเป็นของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ประยุกต์ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการดูแลหรือเป้าหมายของการปฏิบัติ มีการวางแผนเพื่อบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพการจัดการกับโรคและอาการ การดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยมีกิจกรรม คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลรักษา เน้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของโรครับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ มีการฝึกทักษะการจัดการกับอาการฤทธิ์ข้างเคียงของยา มีการส่งเสริมความตระหนักในการจัดการกับอาการทางลบ และมีการส่งเสริมการแสดงทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัวและการใช้แหล่งความช่วยเหลือในสังคมและชุมชนที่สามารถให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้ โดยมีการสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยผ่านการเรียนรู้ (Azin & Teichner,1998) และการสอนที่ประสบผลสำเร็จส่วนใหญ่ในการพยาบาลจิตเวช คือ การให้ผู้ป่วยดูแลเอาใจใส่ในการป่วยของตนเองและมีส่วนร่วมในการรักษา (Zygmunt et al.,2002) ดังนั้น จึงเชื่อว่าการให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

การตรวจสอบระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลที่ต่อเนื่อง มีการประเมินผลความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและสาเหตุของปัญหาที่จะมีผลต่อความเป็นอยู่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย ในการตัดสินใจสัมฤทธิ์ผลของแผนการจำหน่ายและสร้างเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติหลังจำหน่ายเพื่อให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถในการดูแลและมีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล (Rorden and Taft, 1990) มีการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นการร่วมกันว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ มีการให้กำลังใจและข้อเสนอแนะร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติเพื่อให้มีพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ ซึ่ง ความรู้ที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับจะทำให้ผู้ป่วยสามารถมีความรู้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา และการให้ความรู้แก่ครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวหรือ ผู้ดูแลได้ปรับปรุงประสิทธิภาพการดูแลและการปรับตัวกับอาการของผู้ป่วยได้

(Forman ,1993) เมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจในตนเอง เชื่อว่าน่าจะนำไปสู่การมุ่งมั่นปฏิบัติการใช้ยาตามแผนการรักษาและสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้

จากการศึกษาการวางแผนจำหน่ายมีรูปแบบและระยะเวลาต่างๆ กัน พบว่า การศึกษาของ Youssef (1987) โดยศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวชก่อนการจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆในชีวิตประจำวันมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ของ ทานตะวัน แยมบุญเรือง (2540) พบว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงขึ้น และมีภาระการดูแลลดลง จากการศึกษาของสุภาภรณ์ ทองดารา (2545) โดยใช้กระบวนการกลุ่ม 5 สัปดาห์ ในการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วย จิตเภทพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยและญาติและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น และจากการศึกษาเกี่ยวกับผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ของ สรินทร เชี่ยวโสธร(2545) พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มสูงขึ้นหลังจากการเสริมสร้างพลังอำนาจ นอกจากนี้ การศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชของ โปรยทิพย์ กลีพันธ์ (2541) พบว่า ภายหลังจากใช้กระบวนการกลุ่ม 3 สัปดาห์ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

การวางแผนจำหน่ายส่วนใหญ่ที่ผ่านมา จะดำเนินงานเพื่อส่งผลถึงตัวแปรตามหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการดูแล ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล การลดภาระการดูแลในผู้ดูแล เป็นต้น แต่ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท โดยตรงนั้นยังไม่มี ซึ่งการวางแผนจำหน่ายเป็นแนวคิดสากลที่มีเป้าหมายการดูแลต่อเนื่อง โดยมีการกำหนดเป้าหมายการดูแลที่ชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้วางแผนจำหน่ายโดยกำหนดเป้าหมายการดูแลต่อเนื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Bakker and Kastermans,1994) ดังนั้น การวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งเป็นการดูแลตนเองที่สำคัญเพื่อไม่ให้เกิดการป่วยซ้ำ จึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยการใช้กิจกรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คือ กิจกรรมในโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายดังที่กล่าวมาข้างต้น และเมื่อพิจารณาถึงการใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมจากการทบทวนวรรณกรรมในข้างต้นประกอบกับนโยบายในการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในปัจจุบันเป็นเวลา 3-4 สัปดาห์โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วย

กลับสู่ชุมชนเร็วที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในโปรแกรมเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดังกล่าว

จากการศึกษาดังที่กล่าวมา แสดงว่า การวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญและจำเป็นมากต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือครอบครัว และเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งของพยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ชิดที่สุดในการปฏิบัติหน้าที่ให้การพยาบาล โดยดำเนินการตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นำไปสู่การพยาบาลที่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการป่วยซ้ำเป็นปัญหาสำคัญและมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายว่าจะส่งผลอย่างไรต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาแตกต่างกันอย่างไรระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับและไม่ได้รับ โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและลดการป่วยซ้ำได้ ดังนั้น ผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานการวิจัยไว้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำการทดลอง ณ แผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่
ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย และ การพยาบาลตามปกติ
ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลกระทำต่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล โดยใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายของ Rorden and Taft (1990) ร่วมกับผลการวิจัยของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) มาสร้างเป็น โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย โดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพ การประสานงาน การสื่อสาร การสอน เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถของ

ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายครบทุกกิจกรรมในโปรแกรม เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยในผู้ป่วยใช้กระบวนการกลุ่ม มีสมาชิกกลุ่มประมาณ 4-8 คน ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และในผู้ดูแลผู้ป่วยดำเนินการเป็นรายบุคคล โดยโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1. การประเมินและกำหนดเป้าหมายการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพบำบัด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พัฒนาการมีปฏิสัมพันธ์ที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นรายบุคคล ลักษณะของกิจกรรมเป็นการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้บอกถึงความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย ร่วมกันค้นหาปัญหา ระบุปัญหาช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ค้นหาและรับรู้ศักยภาพของตนเองนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายในการจัดการกับปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ และพยาบาลจะเป็นผู้ส่งเสริมความรู้สึกที่เป็นบวกของผู้ป่วยและผู้ดูแล ช่วยให้เกิดการยอมรับสภาพการเจ็บป่วยและยอมรับการรักษาและนำไปสู่การเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการร่วมกิจกรรมในโปรแกรมต่อไป

2. การพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลโดยการให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร เกี่ยวกับโรคสาเหตุ อาการ การรักษาและ การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคม และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำหรือรับรู้ปัจจัยที่จะทำให้ตนเองมีอาการทางจิตมากขึ้น มีการใช้คำถาม และใบงาน เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้เกิดกำลังใจในการรักษาและเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและลดการป่วยซ้ำได้

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา หมายถึง การปฏิบัติกรณพยาบาลโดยการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เรียนรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาด้วยยาวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง รวมทั้งผลข้างเคียงของยา มีการฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อเสริมสร้างทักษะในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาทางจิต สามารถทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลยอมรับการรักษาด้วยยาและนำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังจำหน่ายได้

กิจกรรมที่ 4 การส่งเสริมความตระหนักในการจัดการกับอาการทางลบและการใช้แหล่งความช่วยเหลือในชุมชน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยการให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยตนเองโดยบอกถึงข้อดีข้อเสียของตนเองต่อกลุ่ม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน

ทำให้เกิดการยอมรับตนเองและยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง รวมทั้งการส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้กล้าที่จะบอกกล่าวสิ่งที่ตนเองมีปัญหา หรือบอกถึงสิ่งที่ตนเองต้องการให้กับผู้อื่นได้ ทำให้ได้รับการช่วยเหลือทันที และสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ ส่วนในผู้ดูแลพยาบาลจะส่งเสริมและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจผู้ป่วยและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางลบและสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ และส่งเสริมให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้เรียนรู้และรู้จักวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งให้ความช่วยเหลือที่มีในสังคมและชุมชน เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องได้

กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยมีการสนับสนุนและสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ในลักษณะต่างๆที่ส่งผลต่อการป่วยซ้ำและมีการฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัวและฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับรู้และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัว มีทักษะการสื่อสารเพื่อบอกปัญหาและความต้องการของตนเองได้

3. การตรวจสอบระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 6 การเสริมสร้างความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาการใช้ยาหลังจำหน่าย หมายถึง การปฏิบัติกรพยาบาล เพื่อตรวจสอบระดับความสามารถและเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับเพื่อไปปฏิบัติที่บ้านเพื่อจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้พูดความรู้สึก ปัญหาและอุปสรรคในการใช้ยาขณะอยู่ที่บ้าน มีการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นร่วมกันว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ มีการให้กำลังใจและข้อเสนอแนะร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติเพื่อให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และมีการฝึกทักษะให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหยาเอง และให้ผู้ป่วยได้ฝึกหยาเองในหอผู้ป่วยต่อเนื่องจนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการกลับไปปฏิบัติต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

โดยผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมนี้ ยังคงได้รับการพยาบาลทั่วไปและกิจกรรมบำบัด เช่น กลุ่มกีฬากลางแจ้ง กลุ่มนันทนาการ กลุ่มวาดภาพ เป็นต้น จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทขณะที่ยังอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีกิจกรรมการพยาบาล 2 ลักษณะ คือ กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป และกิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ

1. กิจกรรมทั่วไปนั้นเป็นการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยา การเตรียมตรวจต่างๆส่วน เป็นต้น

2. กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ คือ การสร้างสัมพันธภาพ การทำกิจกรรมบำบัดต่างๆ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค การให้คำแนะนำต่างๆ การให้คำปรึกษา จิตบำบัดระดับประคับประคอง กลุ่มนันทนาการ กลุ่มวาดภาพ ปั่นดินน้ำมัน กลุ่มออกกำลังกาย เป็นต้น

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1. การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้องซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

2. ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากการได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพยาบาลและส่งเสริมผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวให้มีความพร้อมที่จะปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกันภายในครอบครัวและชุมชนได้นานขึ้น ลดอัตราการป่วยซ้ำ
2. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า วิจัย ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายในการนำไปปรับปรุงใช้กับผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวารสาร บทความ และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท
2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
3. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
4. การเรียนรู้เป็นกลุ่มแบบมีส่วนร่วม
5. พยาบาลกับการวางแผนจำหน่าย
6. โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

1.1 ความหมาย

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยพบในประชากรทุกกลุ่มและมีอัตราการป่วยซ้ำสูง ซึ่งมีผู้ทำการศึกษาและให้ความหมายไว้ดังนี้

อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543: 99) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenic patients) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพ สุวนิย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2545: 179) กล่าวถึงผู้ป่วยจิตเภท ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ความจริง อารมณ์และการสังคม ปรากฏให้เห็นได้ด้วยพฤติกรรมที่แปลกจากคนทั่วไป คือ มีความคิดหลงผิด อารมณ์ราบเรียบไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ บางคนมีประสาทหลอนหูแว่ว เห็นภาพที่ผู้อื่นไม่เห็น ความผิดปกตินี้มักเกิดในวัยรุ่นตอนปลายหรือในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

Shives & Isaacs (2002 : 262) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่เริ่มมีอาการตั้งแต่วัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย โดยประชากรทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท และมีการศึกษาพบมากในกลุ่ม ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำ โดยโรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรังส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตหน้าที่การทำงานในสังคม ทำให้สมาชิกครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลทั้งเรื่องค่าใช้จ่ายและการดูแลจัดการเรื่องยา

ตามความหมายของ ICD 10 ผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะทั่วไป คือ มีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้หลักร่วมกับอารมณ์แบบไม่เหมาะสม หรือเฉยเมย ความสามารถทางสติปัญญา และสติสัมปชัญญะยังคงอยู่เป็นปกติ แต่ความเสื่อมทางพุทธิปัญญา (Cognitive) จะมากขึ้นตามระยะเวลาที่เป็นโรค (ธนู ชาติธนานนท์, ม.ป.ป.)

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทจะเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม โดยพบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และพบทั้งในเพศชายและเพศหญิง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราการป่วยซ้ำสูง

1.2 สาเหตุของการป่วยด้วยโรคจิตเภท

Kaplan & Sadock (1988: 255) กล่าวว่า ข้อบ่งชี้ถึงสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ มีการศึกษาถึงสาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทไว้หลากหลาย ได้แก่

1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา(Biological factors)

1) พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาพบว่า ญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป(ไพรัตน์ พฤษชาชาติคุณากร,2534: 774)

2) สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่าการหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต ซึ่งสมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น เมื่อได้รับยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ระงับการทำงานของสารโดปามีน ปัจจุบันเชื่อว่าการบกพร่องของการหลั่งสารโดปามีนในบริเวณ prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางลบ และการทำงานที่ผิดปกติของโดปามีนที่ striatum ซึ่งทำให้มีการปล่อยสารโดปามีนทำให้เกิดอาการทางบวก นอกจากนี้ยังมีข้อสันนิษฐานว่า โรคจิตเภทเกิดจากภาวะสมดุลระหว่างสารซีโรโตนินกับสารโดปามีนมีความผิดปกติ (เกษม ต้นติผลาชีวะ,2536)

3) ด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมองเช่น มี Ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการ และช่วงที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 20-50 มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง (Taylor, 1994: 248)

4) ด้านประสาทวิทยา พบว่า Cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe

1.2.2 ปัญหาทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางด้านสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตได้ (เกษม ต้นติผลาชีวะ,2536 :335 และ Taylor, 1994: 250)

1.2.3. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Socio-culture factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก็ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทได้เช่นกัน (เกษม ต้นติผลาชีวะ,2536 :335)

กล่าวโดยสรุป ปัจจุบันโรคจิตเภทยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด โดยสาเหตุของโรคจิตเภทมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่างผสมกัน ซึ่งแต่ละปัจจัยอาจมีบทบาทในผู้ป่วยแต่ละรายไม่เท่ากัน

1.3 ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภท

อาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ อาการกำเริบจะเป็นอาการด้านบวก และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา โดยมีรายละเอียดอาการดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล,2542)

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความผิดปกติของความคิดทั้งด้านเนื้อหาและความคิดขาดความเชื่อมโยงของเหตุผลไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ อาการแสดงที่เด่นชัด คือ ความคิดหลงผิด (Delusion) อาการประสาทหลอน(Hallocination) พูดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว (Disorganize speech) และมีพฤติกรรมแสดงออกที่แปลกไปจากเดิม (Bizarre behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมวุ่นวายในลักษณะต่างๆ อาจไม่สนใจดูแลตนเอง แต่งตัวในลักษณะแปลกประหลาด สกปรก บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม

1.3.2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) คือ การที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ในท่าเดียวนานๆ โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม(Catatonic schizophrenia or waxy flexibility) ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของ

ผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในด้านการแสดงอารมณ์ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) หรือมีอารมณ์เฉยเมย (Blunt หรือ Flattening) สีหน้าเรียบเฉย ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ไม่มีการสบตาหรือแสดงกิริยาท่าทาง พูดน้อยหรือไม่พูด ขาดความสนใจทำกิจกรรมทุกชนิด

สรุปลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติด้านการรับรู้ อารมณ์ ความคิด การสื่อสาร พฤติกรรมการแสดงออก โดยจะแสดงออกในลักษณะที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไปซึ่งแสดงไว้ชัดเจนเป็นกลุ่มอาการทางบวกและทางลบ

1.4 การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท

การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล, 2542: 117) คือ

1.4.1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน เริ่มแย่ง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม เก็บตัวอยู่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในเรื่องปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆแต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนโดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ

1.4.2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย ข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

1.4.3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายกับระยะเริ่มมีอาการหรือเสื่อมลงมากกว่า อาการประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก ระยะนี้ผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง แต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้ง ยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ

1.5 การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด ร่วมกับมีอัตราการป่วยซ้ำสูง ซึ่งการป่วยซ้ำเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยการป่วยซ้ำมีความหมายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

การป่วยซ้ำ (Relapse) หมายถึง การกลับมาเจ็บป่วยด้วยโรคที่เคยป่วย (Scott, 1986:1227)

การป่วยซ้ำ เป็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมโดยไม่สามารถควบคุมได้ หรือเป็นการกลับมามีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก (Sundel and Suldel, 1999: 160)

การป่วยซ้ำ หมายถึง การที่บุคคลหายจากโรคที่เป็นอยู่ แต่กลับมีอาการแสดงของโรคอีก จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก ซึ่งในเชิงการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต หมายถึง การมีอาการแสดงของโรคจิตอีกจนแพทย์ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (ดวงตา อุทุมพฤษพร, 2533)

การป่วยซ้ำ เป็นกระบวนการที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น มีลักษณะที่ชัดเจน ไม่เปลี่ยนแปลงในแต่ละบุคคล (O' Connor, W.F. 2000)

การป่วยซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงอาการของโรคอีกครั้งหลังจากที่ได้รับการรักษา จนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้วมีอาการแย่ลงอีก เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มีอาการเตือนก่อนเสมอ มีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้และพฤติกรรม ทำให้สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง จนต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (เพชร คันธสายบัว, 2544)

สรุปได้ว่า การป่วยซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก เนื่องจากการมีอาการทางจิตขึ้นอีกครั้ง โดยแสดงออกในลักษณะของการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และพฤติกรรม และมีอาการแสดงที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดความเครียด การเปลี่ยนแปลงการรักษา การใช้ยาหรือสารเสพติด และอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา (Marvin & Stephen, 2002) นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ (Videbeck, 2001) นอกจากนี้ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด สัมพันธภาพในครอบครัว ก็ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท (ดวงตา อุทุมพฤษพร, 2536)

อาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการเตือนให้รู้ที่พบบ่อย คือ อาการนอนไม่หลับ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ความอยากอาหารลดลง มีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ มีอาการแยกตัว (Johnson, 1993)

การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทต้องรักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น ก่อให้เกิดผลกระทบขึ้นมากมายทั้งต่อผู้ป่วยเองครอบครัวชุมชนดังนี้

ผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านตัวผู้ป่วยการป่วยซ้ำทำให้ผู้ป่วยเกิดปมด้อยในตนเองและรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า (ภัทธา ธีรลาภ, 2530) การป่วยซ้ำบ่อยๆทำให้เสื่อมถอยของบุคลิกภาพและมีโอกาสเกิดขึ้นอย่างถาวรซึ่งการป่วยซ้ำทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงและถ้าการป่วยซ้ำบ่อยครั้งขึ้น โอกาสที่จะเกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพที่ถาวรก็จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

ผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนเนื่องจากครอบครัวนั้นเป็นระบบที่มีความสัมพันธ์กันลึกซึ้งถ้ามีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวอื่นๆในครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้านจิตเรื้อรังต้องรักษาเป็นเวลานานย่อมมีผลกระทบต่อบุคคลอื่นในครอบครัวทำให้สมาชิกรู้สึกเป็นภาระที่จะต้องดูแลผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและ

ความอิสระของสมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วย จากความวิตกกังวลในอาการของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความตึงเครียด ในครอบครัวมากขึ้นส่งต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (เพชรี คันทศายบัว, 2544) และการป่วย ซ้ำยังเป็นภาระที่จะต้องสูญเสียงบประมาณของโรงพยาบาลในการบำบัดรักษา ผู้ป่วย

1.6 การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

จากที่กล่าวมา การบำบัดรักษาส่วนใหญ่จึงมักใช้วิธีการหลายอย่างร่วมกันไป ทั้ง ทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น ลดอัตราการป่วยซ้ำ โดยมีวิธีการ รักษาต่างๆ ดังนี้

1.6.1 ยารักษาโรคจิต การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นหัวใจของการรักษาโรคทาง จิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท โดยการรักษาด้วยยาสามารถปรับสมดุลของสารชีวเคมีในร่างกาย และ พบว่ามีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย (Harwath&Coumos, 1999; Kumar & Sedgwick, 2001) นอกจากนี้ยารักษาโรคจิตจะช่วยลดความรุนแรงของโรค ป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดอาการ ครั้งใหม่ (Kaplan & Sadock, 1995) ซึ่งการรักษาด้วยยาแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ

1) ระยะควบคุมอาการ เป็นการรักษาในช่วงอาการกำเริบ มีเป้าหมายในการรักษา คือ ควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว สามารถนอนหลับได้ในเวลากลางคืน อารมณ์หงุดหงิดหรือ พฤติกรรมก้าวร้าวลดลง แต่ในช่วงที่รักษาด้วยยารักษาโรคจิต ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการข้างเคียงของ ยา เช่น ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก อาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า คอแข็ง ตาเหลือก บางรายมีอาการ ง่วงซึม มักเกิดขึ้นหลังได้รับยาในระยะแรก และอาการจะดีขึ้นเมื่อร่างกายปรับตัวได้ ซึ่งแพทย์อาจ ให้ปรับลดขนาดยา หรือให้ยาช่วยแก้อาการข้างเคียงเหล่านี้ร่วมกับยารักษาอาการทางจิต

2) ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบลง ผู้ป่วยยังคงจำเป็นต้องรับประทาน ยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบอีก ขนาดของยาที่ใช้ในระยะนี้จะต่ำกว่าในระยะแรก อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาทางจิตอย่างสม่ำเสมอ อาการทางจิตก็อาจกำเริบใหม่ได้อีก เป็นช่วงๆ โดยอาการเริ่มแรกที่กลับมาเป็นในแต่ละคนมักจะเป็นแบบเดิมๆทุกครั้ง เช่น อาการนอน ไม่ค่อยหลับ หงุดหงิดง่าย ระยะเวลาในการรักษาส่วนใหญ่เห็นว่าในผู้ที่ป่วยเป็นครั้งแรกนั้น หลังจากอาการ โรคดีขึ้นแล้ว ควรกินยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สอง ควรกินยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ อาจต้องกินยาต่อเนื่องตลอดไป

ชนิดของยารักษาอาการทางจิตที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบัน (เกษม ดันติ ผลาชีวะ, 2537 ; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) แบ่งเป็น 2 แบบได้แก่

1.6.1.1 ยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิม

1) Phenothiazines เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่ใช้กันแพร่หลายที่สุด ยาใน กลุ่มนี้มีหลายชนิด มีสูตรโครงสร้างเหมือนกัน แต่มี side chain แตกต่างกัน 3 แบบ ทำให้มีฤทธิ์ แตกต่างกัน คือ 1) Aliphatic เป็นกลุ่มที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอนสูง และมีฤทธิ์ข้างเคียง คือ ความดัน โลหิตต่ำกว่ากลุ่มอื่น เช่น Chlopromazine Triflupromazine 2) Piperridines มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอน

ปานกลาง ข้อดี คือ มีฤทธิ์ Extra-pyramidal side effect ต่ำกว่ากลุ่มอื่น แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงด้าน Anticholinergic สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Thioridazine 3) Piperazines เป็นยาในกลุ่มที่มี potency สูง มีฤทธิ์ sedative น้อย แต่มี Extra-pyramidal side effect สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Perphenazine Trifluoperazine Fluphenazine

2) Thioxanthene เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ Phenothiazines มากแต่มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน เช่น Chlorprothixene Thiothixene Flupenthixol Chopenthixol

3) Butyrophenones เป็นยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์สูง มีฤทธิ์ง่วงนอนน้อย และมี Extra-pyramidal side effect สูง คล้ายกับ Phenothiazines เช่น Haloperidol และ Triperidol

4) Dibenzoxanzepines ยาในกลุ่มนี้มีใช้ในเมืองไทยตัวเดียว คือ Loxapine

5) Diphenylbutylpiperidines ใช้ในประเทศไทย 2 ตัว คือ Pimozide และ Penfluridol

6) Benzamides ตัวอย่างเช่น Sulpiride

7) Reserpine ปัจจุบัน ไม่ใช่เป็นยารักษาโรคจิตแล้ว แต่ใช้เป็นยาแก้ปวด

1.6.1.2 ยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ (New anti-psychotics) ยาในกลุ่มนี้มี 2 ชนิด (สมภพ เรื่องตระกูล,2542) คือ

1) Clozapine จะได้ผลดีในการรักษาโรคจิตเภท โดยได้ผลดีทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ 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 ทำให้ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาท จึงเป็นยาที่ได้รับความนิยมมาก เพราะยังไม่มีการศึกษาที่พบว่ามีฤทธิ์ข้างเคียงที่รุนแรง

2) Risperidone เป็นยารักษาโรคจิตที่มีประสิทธิภาพเท่า haloperidol แต่ต้องใช้นาฬิกาปานกลาง (4-10 มิลลิกรัม ต่อวัน) และมีผลข้างเคียงน้อยกว่า haloperidol

กลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตที่สำคัญ คือ การ Block dopamine receptors ในสมอง นอกจากนั้นยังออกฤทธิ์ Block receptors ของ catecholamines ตัวอื่นๆ และรบกวน catecholamine storage ด้วย ทั้งของ serotonin, norepinephrine และ dopamine เป็นผลให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงที่มีลักษณะคล้าย Parkinsonism ขึ้น และถ้า receptor ถูก block นานๆ ก็อาจทำให้เกิดการสังเคราะห์ dopamine เพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุของ Tardive dyskinesia ซึ่ง ยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่ออกฤทธิ์สกัดกั้น dopamine ที่ D2 receptor ออกฤทธิ์ต่อ serotonergic noradrenergic cholinergic และ histaminergic receptors ในสัดส่วนที่แตกต่างกันสำหรับยาแต่ละตัวทำให้มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน

การดูดซึมและการกำจัดยาออกจากร่างกาย เนื่องจาก Chlopromazine เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่ม Phenothiazine ที่ได้รับการศึกษามากที่สุด ยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่ถูกดูดซึมได้เกือบทั้งหมดในทางเดินอาหาร โดยมี absorptive half life 1.5 ชั่วโมง และระดับของยาขึ้นสูงสุดในพลาสมาภายใน 2-4 ชั่วโมง Metabolism ของยาโรคจิตเกิดขึ้นที่ตับ โดยผ่านกระบวนการหลายอย่าง เช่น demethylation sulfoxylation hydroxylation และ glucuronidation ยาในกลุ่ม Phenothiazine มี eliminative phase 7.5-35 ชั่วโมง สำหรับแบบกิน ซึ่งใกล้เคียงกับ haloperidol กลุ่ม Butyrophenones คือมี half life 12-38 ชั่วโมง เมื่อใช้แบบกิน และ 10-19 ชั่วโมง สำหรับแบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำ

ฤทธิ์ข้างเคียงของยาโรคจิตที่สำคัญ (เกษม ต้นติผลาชีวะ,2537) คือ

1. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effect) เป็นฤทธิ์ที่มักพบในตอนต้นของการให้ยามากกว่าเมื่อให้ยาไปนานๆ ซึ่งร่างกายมักปรับตัวได้ ที่พบบ่อย ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ม่านตาหดหรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำ ในผู้ชายอาจมีการหลังน้ำกามช้าหรือไม่หลังเลย บางรายมีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัว อาการความดันโลหิตต่ำพบได้มากที่สุดจาก Chlopromazine จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอ และผู้สูงอายุ ส่วน Extra-pyramidal side effect เป็นฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยตรง แบ่งเป็น 4 แบบ คือ

1) Parkinsonian syndrome ผู้ป่วยอาจมีอาการสั่น (tremor) ที่มือ แขน ขา ลำตัว มีอาการตัวแข็ง (Rigidity) เดินตัวทื่อ ไม่แกว่งแขน เดินหรือเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) หน้าตาเฉยเมยเหมือนใส่หน้ากาก (mask-like faces)

2) Acute dystonia เป็นอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง (torticollis) อาจพบคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ขากรรไกรแข็ง ลิ้นคัมปาก พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากสั่น บางรายอาจมีนัยน์ตาเหลือบขึ้นข้างบนตลอดเวลา อาการดังกล่าวไม่เป็นอันตรายแต่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน

3) Akathisia เป็นอาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวาย อยู่หนึ่งไม่ได้ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนขาสั่นมีลักษณะคล้ายกับอาการวุ่นวาย (agitated)

4) Tardive dyskinesia เป็นกลุ่มอาการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน มีลักษณะที่สำคัญ คือ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อสามแห่ง คือ แก้ม หน้า ลิ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแก้มพองซึ่งเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก เคี้ยวสุดปาก เลียและดูดริมฝีปาก แลบลิ้น ขากรรไกรเคลื่อนไหวด้านข้าง อาจมีอาการกระพริบตา หน้าตาบูดเบี้ยว ขมวดคิ้ว เปลือกตากระตุกมีอาการเคลื่อนไหวแบบกระตุกไม่เป็นจังหวะค่อนข้างเร็วและคาดคะเนไม่ได้ของมือและเท้า

5. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจอาจเกิดขึ้นได้ เช่น มีT-wave กว้างและแบนลง และอาจมี QR interval ยาวขึ้น ยาที่มีรายงานว่าส่งผลต่อคลื่นหัวใจได้บ่อย คือ Thioridazine

6. Central Anticholinergic Syndrome เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบน้อย อาจเกิดจากยาที่มีฤทธิ์Anticholinergic สูง และในรายที่ให้ยา antiparkinson ร่วมด้วย ก็อาจเป็นผลมาจากยาทั้ง 2 ตัว หรือจากตัวใดตัวหนึ่งก็ได้ อาการที่สำคัญคือ มีวุ่นวาย สับสน ประสาทหลอน ชัก เป็นไข้ ม่านตาขยาย และสติสัมปชัญญะลดลงจนถึงโคม่าได้

7. Neuroleptic Malignant syndrome (NMS) อาการที่สำคัญคือ มีไข้สูง กล้ามเนื้อมีความตึงตัวเพิ่มขึ้น หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะนี้มีอัตราการตายถึงหนึ่งในห้า ต้องรีบให้การแก้ไข โดยหยุดยารักษาโรคจิตทั้งหมด ให้การรักษาประคับประคองเพื่อให้ไข้ลด และควบคุมความดันโลหิตให้คงที่

8. อาการชัก อาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูง ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลด Threshold ของการชัก แต่ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการใช้ยา ส่วนใหญ่สามารถแก้ไขได้โดยการลดขนาดของยา

9. อาการง่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ยาในระยะแรกแต่มีผลลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ ฤทธิ์ของยาที่ทำให้ง่วงมักมีเพียง 2-3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์รักษาโรคจิตมีอยู่ตลอดเวลา จึงสามารถให้ยารักษาโรคจิตโดยให้กินเพียงวันละครั้งก่อนนอนได้

10. อาการดีซ่าน (Jaundice) อาการดีซ่านที่เกิดจาก Phenothiazines เป็นที่รู้จักกันมาตั้งแต่เริ่มใช้ยา แต่ปัจจุบันลดน้อยลงโดยไม่ทราบสาเหตุ และมีหลักฐานที่เป็นข้อบ่งชี้ว่าอาการดีซ่านที่เกิดขึ้นเป็นผลของปฏิกิริยาภูมิแพ้มากกว่าสาเหตุอื่น ยาที่ทำให้เกิดดีซ่านมักเป็น Phenothiazines โดยเฉพาะ Chlopromazine พบมากที่สุด

11. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเลือด อาการที่พบบ่อย คือ Eosinophilia ซึ่งแสดงถึงปฏิกิริยาภูมิแพ้แต่ก็มักไม่ร้ายแรง อาการที่พบน้อยแต่เป็นอันตรายมาก คือ Agranulocytosis, Leukopenia, Pancytopenia, Hemolytic anemia และ Thrombocytopenic purpura

12. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง อาจพบผื่น (skin eruptions) ได้หลายแบบ เป็นผลจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ อาการแพ้แสงแดด(Photosensitivity) มักพบจาก Chlopromazine มากกว่าตัวอื่น บางครั้งพบเป็นรอยไหม้ในบริเวณที่โดนแสงแดด เช่น บริเวณหน้าและแขน ในระยะยาวผิวหนังที่โดนแสงแดดอาจเปลี่ยนเป็นสีเทาฟ้าคล้ายโลหะ

13. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตา ผู้ป่วยที่ได้รับ Chlopromazine ในขนาดสูงนานๆอาจมีสารสีน้ำตาลแกมเหลืองไปจับบริเวณ lens และ cornea พบบ่อยในผู้ที่พบการเปลี่ยนแปลงในผิวหนังร่วมด้วย เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับที่ได้รับแสงแดด และการให้ Thioridazine ในขนาดที่สูง อาจทำให้

เกิด pigmentary retinopathy ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้ ซึ่งอาจไม่หายแม้จะหยุดยาแล้วก็ตาม จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ Thioridazine เกินวันละ 800 มิลลิกรัม

14. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ ยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลายตัวด้วยกัน ที่พบบ่อย คือ การเพิ่มระดับ prolactin ซึ่งเป็นผลให้มีนมคัดและบางรายมีน้ำนมไหล ผู้ป่วยบางรายมีระดูขาดไปเป็นระยะเวลานาน นอกจากนั้นยารักษาโรคจิตยังมีผลต่อฮอร์โมนอื่นแม้พบได้น้อย เช่น ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ ต่อมใต้สมอง เป็นต้น

1.6.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วยการรักษาโรคจิต

1.6.3 การดูแลรักษาจิตสังคม การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่ นอกจากนี้อาการบางอย่างเช่น อาการด้านลบหรือภาวะ ท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือ การบำบัดนี้ได้แก่

1) การบำบัดรักษาทางจิต (Psychotherapy) แบ่งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม เช่น การทำกลุ่มจิตบำบัด ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคอง ผู้รักษาตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ การให้คำแนะนำปรึกษาและให้ความรู้แก่ครอบครัวจะช่วยให้ญาติเข้าใจและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ กลุ่มการสอนทักษะต่างๆในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

2) กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy Groups) เป็นการบำบัดโดยการจัดกิจกรรมหลายๆรูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ร่วมกัน เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มนันทนาการ กลุ่มอ่านหนังสือพิมพ์ กลุ่มศิลปบำบัด เป็นต้น

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสป่วยซ้ำสูงมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยเฉพาะในด้านทรัพยากรบุคคล สาเหตุของการป่วยเกิดจากด้านร่างกายและด้านจิตสังคม การบำบัดรักษาและการพยาบาลจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด

2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคจิตเภทมีมากเป็นอันดับหนึ่งในโรคทางจิตเวชทั้งหมด ซึ่งระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการบริการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ

2.1 การปฏิรูประบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ปัจจุบัน สถานการณ์ของโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องทุกด้านซึ่งมีผลกระทบต่อคนและกันอย่างมาก โดยมีผลกระทบที่ตามมามากมาย รวมทั้งผลที่ทำให้สุขภาพของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป มีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตใจมากขึ้นในทุกๆปี ซึ่งจำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คนในปี 2540 เท่ากับ 1,998.81 คน ต่อมาปี 2545 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 2,200.74 คน เฉลี่ยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 3.05 ต่อปีและเมื่อพิจารณาเฉพาะ ผู้ป่วยโรคจิตพบว่า ปี 2545 มีผู้ป่วยโรคจิตในประเทศไทย ถึง 520,013 คน คิดเป็นอัตรา 828.05 ต่อประชากร 100,000 คน (กรมสุขภาพจิต, http://www.dmh.moph.go.th/report/stat_s7.asp, 15 กันยายน 2547) ซึ่งปัญหาการป่วยทางจิต เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความสูญเสียทั้งระยะสั้นและระยะยาวทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการบริการ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับแนวคิดปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (Health Care Reform) ในประเทศไทย ที่มีความมุ่งหวังว่าผลของการปฏิรูปจะก่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ซึ่งกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพนี้ ก่อให้เกิดความพยายามที่จะมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่มีแนวคิดการสร้างสุขภาพเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิรูป โดยเน้นการจัดระบบบริการสุขภาพทุกระดับ

กรมสุขภาพจิตผู้รับผิดชอบโดยตรงจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพดังกล่าว โดยเน้นถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลทุกระดับให้เป็นระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีมาตรฐานและมีความต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต, 2546) เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการปฏิบัติงานและกิจกรรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวชให้ประสบผลสำเร็จ จำเป็นต้องอาศัยการปฏิบัติงานเป็นทีม เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ พยาบาลจิตเวชนับเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติงานดังกล่าว เนื่องจากเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องที่สุด โดยบทบาทของพยาบาลจิตเวช มีความแตกต่างจากผู้ประกอบวิชาชีพสาขาอื่นในทีมจิตเวช กล่าวคือ การปฏิบัติการพยาบาลจะมุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทั้งคน ในลักษณะที่เป็นหน่วยเดียวกัน โดยมีองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิต และจิตวิญญาณ อยู่รวมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

2.2 ระบบบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ในสภาพการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มุ่งพัฒนาระบบบริการพยาบาล โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการบริการควบคู่กันไป การปฏิบัติการของพยาบาลจิตเวช ต้องใช้การผสมผสานวิธีการปฏิบัติที่หลากหลาย และขึ้นอยู่กับสถานการณ์สิ่งแวดล้อม สถานที่ และภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามสถานที่ที่พยาบาล

ปฏิบัติงาน นอกจากนั้นการปฏิบัติกรพยาบาลก็มีความแตกต่างกัน สำหรับผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยจิตเภท โดยหากแบ่งความต้องการการพยาบาลตามสถานที่ให้บริการ จะสามารถแบ่งระบบการบริการออกได้ดังนี้ คือ

2.2.1 ระบบบริการในโรงพยาบาล

การรับผู้ป่วยจิตเภทไว้รับการรักษาในโรงพยาบาล จะกระทำในกรณีต่อไปนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่นมีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงรุนแรงจากยาเพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณี que ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาหรือมีปัญหาในการวินิจฉัย เป็นต้น (ไพรัตน์ พุกษาชาติคุณากร, 2534)

ขณะรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการทางจิตรุนแรง (Acute phase) ทั้งอาการทางบวกและลบ มีความผิดปกติทางด้านความคิด การตัดสินใจ (Herz and Marder, 2002) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตตามปกติ สามารถทำได้โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ดังนี้

2.2.1.1 การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการรับรู้วันเวลา สถานที่ และบุคคล

2.2.1.2 การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออกการควบคุมอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมของตน

2.2.1.3. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคลด้านต่างๆ ดังนี้

1) การดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การดูแลการเคลื่อนไหวของร่างกายและการขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น

2) การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้างและการมีกิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่น

3) การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิตเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก การแสดงออกและการกระทำ

4) การมีสมรรถนะด้านร่างกาย หรือมีความแข็งแรงของร่างกาย ได้แก่ การดำรงรักษา เสริมสร้างความแข็งแรงของระบบกายวิภาคและสรีรภาพของบุคคลให้ทำหน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคล สามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข

สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในทุกๆด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการต่างๆได้ อีกทั้งการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง โดยผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชในการบำบัดรักษา และมีระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล โดยเฉลี่ย 3-4 สัปดาห์

2.2.2 ระบบบริการในชุมชน

แนวโน้มการรักษาพยาบาลในระยะนี้จะเน้นที่ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจะถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในช่วงสั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรเป็นหน้าที่ของญาติและครอบครัว ซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) โดยญาติและครอบครัวควรดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้านและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วย ญาติและครอบครัวมีความสามารถจำกัดทั้งด้านกำลังกายและความคิด ซึ่งไม่สามารถกระทำสิ่งใดๆให้สำเร็จจุล่งไปตามความต้องการทุกอย่างได้ด้วยตนเองตามลำพัง (ชงชัย สันติวงศ์, 2537 อ้างถึงใน กัลยาณี โนอินทร์, 2542) จึงต้องการพึ่งพาหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อนำมาเป็นแหล่งประโยชน์ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ญาติและครอบครัวต่อไป หน่วยงานหรือ องค์กรที่ให้บริการด้านสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น

เพื่อให้การรักษาพยาบาลในชุมชนมีความต่อเนื่อง จึงมีการใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ ประชาชนได้รับการดูแลเบื้องต้นในท้องถิ่นหรือสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุด จะเป็นการช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายให้น้อยลง ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือซับซ้อนควรได้รับการรักษาพยาบาลจากผู้ชำนาญเฉพาะสาขา จะเป็นการส่งต่อจากระดับล่างสู่ระดับบน หรือระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ ไปสู่ระดับจังหวัด ส่วนการส่งต่อจากระดับบนมาสู่ระดับล่าง คือ เมื่อผู้ป่วยรับการรักษาในระดับจังหวัด หรืออำเภอแล้วมีอาการทุเลาลง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่ยังคงต้องการดูแลต่อเนื่อง ก็อาจส่งผู้ป่วยกลับมารักษาต่อเนื่อง ไปยังสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุด เป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งในส่วนของผู้ป่วยและงบประมาณของรัฐบาล และยังทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น ซึ่งระบบการส่งต่อเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Chromiak, 1992 อ้างถึงใน กัลยาณี โนอินทร์, 2542) เพื่อนำผู้ป่วยที่พร้อมจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปยังบ้านหรือชุมชน ทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า การพยายาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการพยายาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งญาติและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วย รวมทั้งอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน เพราะถือว่า

ญาติและครอบครัวเป็นเครือข่ายที่สำคัญ และเชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล ไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด การส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติ ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะต้องอาศัยความร่วมมือและการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ จึงจะสามารถนำแหล่งประโยชน์จากญาติ ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วย ทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย

2.3 แนวทางการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่พบมากที่สุดเป็นผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด มีลักษณะเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นลักษณะเด่น ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ การเผชิญกับความบกพร่องและการขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (McBride & Austin, 1996) ส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจบทบาทของพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ชัดเจนเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการปฏิบัติการพยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติ ดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542)

2.3.1 เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงจิตสังคมและจิตวิญญาณ

2.3.2 คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนด้วย

2.3.3 การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วย คือ การช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

ในสภาพการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มุ่งพัฒนาระบบบริการพยาบาล โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการบริการควบคู่กันไป ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวมและหลักปฏิบัติที่พยาบาลควรมีเสริมจากแนวการพยาบาลที่มีอยู่เพื่อให้เกิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่สมบูรณ์ขึ้นได้แก่

1) การแลกเปลี่ยนข้อมูลและให้การศึกษาแก่ผู้รับบริการ (Sharing information and Education) เพื่อให้ผู้รับบริการนำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษาและการปฏิบัติอันแสดงถึงความรับผิดชอบที่ผู้รับบริการพึงมีต่อตนเองและต่อการรักษาสุขภาพของตนเอง

2) การให้ผู้รับบริการได้ร่วมตัดสินใจ (Sharing of decision making) เพื่อให้ผู้รับบริการได้เลือกสิ่งที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับตนเองเพราะตัวผู้ป่วยเองเท่านั้นที่จะรู้ว่าสถานการณ์ของตนเองเป็นอย่างไร และควรเลือกอะไร สิ่งสำคัญที่สุด คือ การให้ข้อมูลต้องชัดเจนและเพียงพอ

3) การตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาลต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงที่เหมาะสม (Realistic Goal-setting) ในการตั้งเป้าหมายเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องตั้งร่วมกับผู้รับบริการ โดยเป้าหมายที่ตั้งได้จะต้องอยู่บนเหตุผลของความถูกต้องเหมาะสมและผู้รับบริการรับได้

4) พยาบาลและผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Working together in therapy) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะสร้างสรรค์และเป็นสัมพันธภาพเพื่อการรักษา

โดยสรุป การปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งพัฒนาระบบบริการพยาบาล จะต้องคำนึงถึงการดูแลในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ โดยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องร่วมประสานงานกันระหว่างผู้รับบริการ ซึ่งก็คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแล และพยาบาลและทีมผู้รักษาซึ่งเป็นผู้ให้บริการในทุกๆด้าน ทั้งการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน การร่วมตัดสินใจและกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติการพยาบาล นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลร่วมกัน แต่อย่างไรก็ตาม ในทางการปฏิบัติ การให้การพยาบาลตามปกติในปัจจุบันยังมีการแยกส่วนกันไม่ได้ ครอบคลุมทั่วถึงทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม และแม้จะมี กิจกรรมการบำบัดทางจิตอย่างทีกล่าวมาข้างต้น แต่ก็ยังไม่มีความคงที่ สม่ำเสมอและไม่ครอบคลุมถึงในผู้ป่วยทุกคน นอกจากนี้การให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำแก่ครอบครัวยังมีค่อนข้างน้อย ดังนั้นการบำบัดรักษาและการพยาบาลจึงจำเป็นต้องทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งจะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด

2.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

การที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นปัญหาที่สำคัญ และมีความเกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญ และต้องกระทำต่อเนื่องทั้งขณะให้การดูแลในโรงพยาบาลและขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลหลากหลายวิธี เช่น

2.4.1 การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education) Kay (1998) กล่าวว่า วิธีการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อวางแผนเพิ่มการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และวิธีการเผชิญความเครียด ร่วมกับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพจิต เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ญาติ

ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาดีขึ้น ลดการป่วยซ้ำ นอกจากนี้วิธีการสอนที่ปฏิบัติในกลุ่มครอบครัวที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้แต่ละครอบครัวมีเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ปัญหา จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.4.2 การดูแลในชุมชน (Community programs) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน เกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งการติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองและการได้รับการรักษาที่เหมาะสม ซึ่ง Olofson (cited in Kay, 1998) กล่าวว่า การดูแลในชุมชนที่จะได้ผล ต้องสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งต้องมีการดูแลที่สามารถส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพของผู้ป่วยด้วย จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติ และ Forman (1993) กล่าวว่า แนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

- 1) คำนึงถึงสาเหตุสำคัญของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา 3 ปัจจัย คือ ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา การขาดความรู้ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ
- 2) ทำความเข้าใจกับเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย
- 3) การปฏิบัติการพยาบาล เช่น การสอนผู้ป่วยรายกลุ่มและรายบุคคลเกี่ยวกับการใช้ยา โดยกลุ่มจะต้องประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีลักษณะความเจ็บป่วยและความสามารถในการทำหน้าที่คล้ายคลึงกัน โดยกระตุ้นให้กลุ่มเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาการใช้ยารักษาทางจิต และระหว่างกระบวนการกลุ่ม พยาบาลสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับยา ความเจ็บป่วยตามความพร้อมของผู้ป่วย
- 4) ความร่วมมือจะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล และพยาบาล

2.4.3 การเสริมสร้างการมีส่วนร่วม โดย Marland (1999) ได้กล่าวถึงแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้วิธีการเพิ่มความมีอิสระและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ คือ

- 1) การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล พยาบาลใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Orem ในการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ต้องอาศัยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญ เกี่ยวกับการรับรู้ ความคิดของผู้ป่วย สิ่งที่พยาบาลจำเป็นต้องประเมิน คือ อาการผิดปกติที่รบกวนผู้ป่วย ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการรักษา
- 2) การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลขึ้นอยู่กับที่ได้รับข้อมูลการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการยินยอมรับการรักษา ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีปัญหาการตัดสินใจ ดังนั้นสิทธิ

ในการตัดสินใจที่ถูกต้องด้วยตัวของผู้ป่วยเอง ยังเป็นที่ถูกถกเถียงอย่างกว้างขวางและเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมผู้ป่วยที่มีความสามารถในการตัดสินใจแตกต่างกัน ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่มีความบกพร่องในการตัดสินใจ และสามารถตัดสินใจอย่างอิสระ Marland (1999) เสนอแนวทางการปฏิบัติว่าถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย การให้แรงจูงใจเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อการรักษา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ ก่อนจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง แต่สำหรับผู้ป่วยบางราย การใช้ยาเพื่อรักษาเป็นการแสดงถึงการต้องพึ่งพา พยาบาลจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่ายาสสามารถควบคุมชีวิตให้ปกติ (Litrell, 1996 cited in Marland, 1999) และเป้าหมายของการรักษาจะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพ

3) การส่งเสริมความร่วมมือ เหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยแต่ละบุคคลแตกต่างกัน การปฏิบัติกรพยาบาลจะต้องปฏิบัติตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยควรได้รับการติดตามหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การเรียนรู้ของผู้ป่วยเพื่อแยกอาการแสดงที่ผิดปกติ การจัดการความผิดปกติเกี่ยวกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นเรื่องที่พยาบาลและบุคลากรในทีมต้องคำนึงถึง นอกจากนั้นความสามารถในการเรียนรู้เรื่องเหตุผลในการใช้ยาขึ้นอยู่กับความพร้อม ข้อจำกัดและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย การประเมินสภาพผู้ป่วย แหล่งสนับสนุน การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในแหล่งบริการที่สะดวก เป็นต้น

4) การประเมินผลการประเมินจากการบอกเล่าของผู้ป่วยอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ การสังเกตการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยญาติผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพ หรือการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจะต้องใช้ควบคู่กัน การเปิดเผยความจริงของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกไว้วางใจว่าสามารถบอกถึงความต้องการของตนเอง

ดังนั้น บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้ยา การตรวจสอบผู้ป่วยอาจต้องมีการพูดคุยทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไรเพื่อรักษาสัมพันธ์ภาพความรู้สึกไว้วางใจ ให้เกิดผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาต่อไป

กล่าวโดยสรุป การปฏิบัติการพยาบาลที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมกรการใช้ยาที่ถูกต้องมีหลายวิธี และต้องอาศัยความร่วมมือกันของทุกฝ่าย ทั้งผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพ และต้องกระทำอย่างต่อเนื่องทั้งขณะกำลังรักษาอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อออกไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้โดยไม่มีอาการป่วยซ้ำ

3. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทไว้หลายท่านแตกต่างกันไป ดังนี้

Dracup & Meleis (1982) ให้ความหมายของการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยไว้ว่า หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำที่ผู้ป่วยเลือกที่จะปฏิบัติด้วยความเต็มใจ โดยที่พฤติกรรมหรือการกระทำนั้นสอดคล้องกับคำแนะนำ และแผนการรักษาของแพทย์

Razali & Yahya (1995) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้องจะแสดงออกโดย พฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยขาดยาเกิน 2 มื้อภายในเวลา 2 สัปดาห์ หรือไม่ขาดการมาตรวจตามนัดเกิน 1 ครั้ง

Farragher (1999) กล่าวถึง ลักษณะของพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วย จิตเภทว่าจะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การไม่ใช้ยาต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาคิดเวลา การใช้น้อยกว่าแผนการรักษา และการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา

Kumar & Sedgwick (2001) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสามารถอธิบายได้ด้วย พฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา หรือการใช้ยาที่อาจจะผิดพลาดได้บ้างเป็นบางครั้ง ซึ่งการใช้ยาที่ผิดพลาด 1-2 ครั้ง/สัปดาห์

สาธุพร พุฒขาว(2541) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับแผนการรักษา และการปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่องของการรับประทานยาร่วมกับการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

เพชร คันธสายบัว (2544) ให้ความหมายของ พฤติกรรมการใช้ยา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา อุมพร กัญจนรักษ์ (2545) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการใช้คำหลายคำ ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยา ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งแต่ละคำนั้นใช้ในความหมายที่แตกต่างกัน แต่การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมในด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และความสามารถในการสังเกตและการจัดการอาการจากฤทธิ์

ข้างเคียงของยาทางจิตได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้ในความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา เช่นเดียวกับ Farragher (1999) และรวมถึงความสามารถในการการสังเกตและการจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ตามแนวคิดของ เพชรี คันธสายบัว (2544) ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยา ทั้ง 2 ด้าน ดังนั้น พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสรุปได้ว่าเป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยจะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือ ไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ และการใช้ยาถูกขนาดโดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท เกิดจาก

3.2.1 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ โดยเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดอันดับแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งสัมพันธภาพที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ รับรู้และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (Brannon & Feist, 1997 อ้างถึงใน สมัยพร อาชาล, 2543)

3.2.2 การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง เช่น การคร่ำครวญ แสดงท่าทางรังเกียจ รวมทั้งการควบคุมผู้ป่วยมากเกินไป มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดสูง ทำให้ขาดแรงกระตุ้นให้ได้รับการรักษาที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรี คันธสายบัว(2544) ที่พบว่าการแสดงอารมณ์ของครอบครัวเป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้

3.2.3 อาการทางลบ ทำให้ผู้ป่วยขาดความพึงพอใจในชีวิต ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆและการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Schulz (cited in Oehl et al., 2000) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางลบมีการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ไม่ดี

3.2.4 การใช้แอลกอฮอล์ การใช้แอลกอฮอล์มีผลต่อการควบคุมตัวเอง ส่งผลให้ผู้ใช้แอลกอฮอล์มีพฤติกรรมเปลี่ยนไป นอกจากนี้การใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทยังมีผลต่อการเสริมฤทธิ์ของยารักษาทางจิต (ทวีพร วิสุทธิมรรค,2544) ทำให้ยาออกฤทธิ์มากขึ้น ส่งผลต่อความรู้สึกไม่สบายทำให้ผู้ป่วยเมื่อหน้าจึงหยุดใช้ยาในที่สุด ซึ่งOwen et al.(1996); Drake,Osher & Wallach (1996) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์จะมีพฤติกรรมการใช้นาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์

3.2.5 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภทเป็นการรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานจากการมีอาการทางจิตมากขึ้น มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้

ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Adams & Scott (2000) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องส่วนใหญ่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกับผลการศึกษาดัชนีการปฏิบัติตามผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของ เพซรี คันทสยบัว (2544) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำมีการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

3.2.6 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เป็นความคิด ความเชื่อของบุคคลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการรับรู้ที่ขึ้นอยู่กับความเข้าใจหรือความตระหนักต่อภาวะคุกคามต่อการเกิดโรค เป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลค้นหาหนทางที่จะหลีกเลี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้น (Baker, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ เพซรี คันทสยบัว (2544) พบว่าการรับรู้ความลำบากในการกลับมารับการรักษาซ้ำเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของความร่วมมือในการรักษา

3.2.7 ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา การที่รักษาอาการทางจิตเป็นยากลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก (เกษม ต้นดิผลาชีวะ, 2536) ทำให้ผู้ป่วยบางรายทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยาไม่ได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Renton et al. (1963); Reilly et al. (1967); Hoffman et al. (1974); del Campo et al. (1983) ที่อธิบายว่า ผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตเป็นสาเหตุแรกที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา

Oehl, Hummer, and Fleischhacker (2000) กล่าวถึง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย เป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงออกถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคลที่ส่งเสริมให้มีการแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค เป็นปัจจัยที่บอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

1.1 ลักษณะประชากร คือ

1.1.1 อายุ อายุของบุคคลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman (1994) และ Agarwal et al. (1998) ที่พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า

1.1.2 เพศ สังคมจะกำหนดบทบาทของเพศหญิงในการเป็นแม่ที่มีหน้าที่ในการดูแลลูกและบุคคลในครอบครัวทั้งในเวลาปกติหรือในยามเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลให้เมื่อเจ็บป่วย ผู้ป่วยเพศหญิงจะมีความสามารถในการดูแลตัวเองมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ

สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) และ Agarwal et al. (1998) ที่พบว่า เพศหญิงปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ดีกว่าเพศชาย

1.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นทัศนคติ และความเชื่อในการอธิบายการปฏิบัติของบุคคลต่อภาวะสุขภาพที่ได้รับการยอมรับในการทำนาย พฤติกรรม สามารถอธิบายได้ ดังนี้

1.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility) หมายถึง การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงโอกาสที่จะมีอาการทาง จิตมากขึ้น จนต้องกลับเข้ารับการรักษาในซ้ำอีก

1.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived severity) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพ ในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคม จึงเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

1.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefit) หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการดูแล สุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภท

1.2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติดูแลสุขภาพ (Perceived barrier) หมายถึง ในผู้ป่วยจิตเภทการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติของตนมีอุปสรรค เช่น การที่ญาติช่วยเหลือ ติดตามมากเกินไปไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นอิสระ สิ่งเหล่านี้ขัดขวางการดูแลตนเอง และส่งผลต่อ การเสื่อมถอยสมรรถภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

1.3 ลักษณะของการเจ็บป่วย Kaplan & Sadock (1995) กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้ ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา มี 2 ลักษณะ คือ

1.3.1 ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต หมายถึง การรับรู้ความเชื่อของ ผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองเป็นคนสำคัญ หรือมีอำนาจพิเศษ โดยไม่สามารถเปลี่ยนความเชื่อได้ด้วยการ อธิบายโดยใช้เหตุผลตามธรรมดา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542 : 2) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการขาดการ ตระหนักรู้ในตนเอง ซึ่งมีผลทำให้คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องรับการรักษา

1.3.2 อาการทางลบเป็นกลุ่มอาการ เช่น มีการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่า ปกติ ขาดความสามารถในการคิด การแสดงอารมณ์ และการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยขาด แรงจูงใจในการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมไม่ทำตามเกณฑ์การรักษา (Oehl et al., 2000)

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภททั้งในครอบครัว และชุมชน ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วย

2.1 ฐานะทางเศรษฐกิจ โดยบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพเพื่อดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งภัทรา ธิรธาก(2532) และ Kumar & Sedgwick(2001) พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากยามีราคาแพง ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยา หรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

2.2 การอยู่ร่วมกับครอบครัว โดยผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนการดูแลทางด้านจิตใจแล้ว การสนับสนุนของครอบครัวยังมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

2.3 การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีบุคคลช่วยเหลือให้ได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง บุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา การนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด เป็นการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแลในเรื่องเหล่านี้

2.4 การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หมายถึง โดยการแสดงอารมณ์สูงลักษณะที่มีวิพากษ์วิจารณ์สูง มีการแสดงถึงความไม่เป็นมิตร และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Backer, 1993 : 345) มีผลต่อการสนับสนุนผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ไม่ดี (Oehl et al., 2000)

2.5 ทักษะคิดของสังคมและครอบครัวเป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิบัติการของบุคคลเหล่านั้นต่อการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมปฏิบัติของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยทางจิต เช่น ผู้ป่วยถูกแสดงความรักเกียจ จึงพยายามหลีกเลี่ยงการแสดงให้บุคคลอื่นรู้ว่าตนเองป่วย หรือผู้ป่วยอยู่ในสังคมที่ไม่เห็นความสำคัญของการรักษา ทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนให้รับการรักษา และมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Oehl et al, 2000)

3. ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านนี้ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทได้แก่

3.1 วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย หมายถึง ช่องทางการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย คือ การกิน การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดเข้าระหว่างชั้นกล้ามเนื้อและไขมัน การฉีดเข้าเส้นเลือดดำ การอมยาใต้ลิ้น ซึ่ง Kurmar & Sedgwick (2001) กล่าวว่า การได้รับยาเข้าสู่ร่างกายโดยใช้วิธีฉีดจึงสามารถทำให้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มากกว่าวิธีการรับประทาน

3.2 ความซับซ้อนของการรักษา หมายถึง ความรู้ที่ยังยากลำบากในการปฏิบัติ ตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิดและมีจำนวนมาก อาจเกิดความสับสนในการใช้ยา ลืมวิธีการใช้ยา นอกจากนี้จำนวนครั้งของการรับประทานยาในแต่ละวัน ก็มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา หากผู้ป่วยต้องรับประทานยามากถึง 3 หรือ 4 ครั้งต่อวัน ความร่วมมือในการรักษาก็ลดลงมากกว่ารับประทานเพียงวันละครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Razali & Yahya (1995) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะร่วมมือในการรักษาที่ดีเมื่อรับประทานยา 1-2 ครั้ง/วัน แต่ถ้าได้รับยามากกว่า 2 ครั้ง/วัน

3.3 ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ยารักษาโรคจิตเป็นกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มา (เกษม ต้นติผลลาชีวะ, 2537) ผู้ป่วยจิตเภทบางรายขณะรับการรักษาโดยใช้รักษาอาการทางจิต อาจมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น ตัวแข็ง คอเอียงบิดเบี้ยว ง่วงนอน ปากและคอแห้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้น และความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ (Agarwal et al., 1998) อาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานและหยุดการใช้ยาในที่สุด โดยการศึกษาของ Kumar & Sedgwick (2001) พบว่าเหตุผลของการไม่ใช้ยาในกลุ่มที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในกลุ่มที่ไม่ร่วมมือ คือ ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา

4. ปัจจัยด้านทรมานสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทรมานสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (Kempainen et al. 2003) โดย Frank & Gunderson (1990) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เรื้อรังซึ่งมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รักษาภายใน 6 เดือนแรกที่เริ่มมีอาการทางจิต จะมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน และมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลายปัจจัยด้วยกัน เพื่อความเหมาะสมของบริบทในเมืองไทย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในเมืองไทย ของ อุมพร กาญจนรักษ์(2545) ดังนั้น การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งที่จะจัดการกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทดังที่กล่าวมาเพื่อแก้ไขปัญหามาตรฐานการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพต่อไป

3.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนงานวิจัยต่างๆ พบวิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พอสรุปได้ ดังนี้ (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536; สาธิต พุดขาว, 2541; เพชร คันธสายบัว, 2544; Fenton et al., 1997; Agarwal et al., 1998) คือ

3.3.1 การประเมินโดยตรง (Direct method) คือ การวัดระดับปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้

โดยติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของระดับยาหรือปริมาณยาตามแต่ความเหมาะสม ได้แก่

1) การวัดระดับยาในเลือด (Blood level monitoring) โดยใช้หลักการเปลี่ยนแปลงของยาในเลือดหรือพลาสมา จะมีความสัมพันธ์กับขนาดของยาที่ได้รับเมื่อถึงระดับคงที่ของยาในเลือดและการที่ระดับของยาในเลือดมีผลโดยตรงต่อรักษา ดังนั้นเมื่อทำการวัดระดับยาหรือการเปลี่ยนแปลงของยาก็ทราบผู้ป่วยใช้ยาหรือไม่

2) วัดปริมาณยาในปัสสาวะ ใช้หลักการเกี่ยวกับการวัดระดับยาในเลือด แต่ยาที่วัดโดยวิธีนี้ได้ ต้องเป็นยาที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ

3) การวัดปริมาณยาจากสิ่งขับหลังออกจากร่างกายอื่นๆ เช่น น้ำลาย อุจจาระ ลมหายใจ

วิธีการประเมินโดยตรงเป็นการตรวจโดยอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งการประเมินแบบนี้มีข้อจำกัด คือ

1) ความเข้มข้นของยาอาจจะได้รับผลจากความแตกต่างในการดูดซึมของยาและการขับออกของยาในร่างกายของแต่ละบุคคล ระดับความเข้มข้นของยาจึงอาจจะไม่ใช่ข้อบ่งชี้ของการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในการใช้ยาของผู้ป่วย

2) ความเข้มข้นของยาที่ตรวจพบ สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาหรือไม่แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานว่ามีจำนวนทั้งหมดเท่าใด ครบตามแผนการรักษาหรือไม่

3) การรับประทานยาก่อนการตรวจจะทำให้ค่าของความเข้มข้นของยาสูง ซึ่งไม่ได้แสดงถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

4) ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือและวิธีการที่ยุ่งยาก การวิเคราะห์ต้องเป็นภายหลังการรับประทานยา วิธีการนี้จึงไม่อาจนำมาใช้ได้ในทุกกรณี

3.3.2 การประเมินทางอ้อม (Indirect method) เป็นการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจากวิธีอื่นที่ไม่ใช่วัดจากตัวยาโดยตรง ทำได้หลายวิธี คือ

1) การประเมินโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและง่ายที่สุดอาจจะสอบถามหรือสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย ข้อดีของวิธีนี้ คือ ได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัด คือ พบว่าผู้ป่วยมักให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงคำถามให้มีความชัดเจน แม่นตรง

2) ประเมินได้จากการนับจำนวนเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วย และจำนวนที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาหรือเมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง จำนวนที่เหลือมากกว่าที่ควรจะเป็นแสดงว่า

ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ข้อดีของวิธีการนี้ คือ สามารถบอกถึงจำนวนยาที่ใช้ไป แต่มีข้อจำกัด คือ อาจได้ ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง หาก ผู้ป่วยทิ้งยาโดยไม่ได้รับประทาน หรือ ผู้ป่วยให้ผู้อื่นใช้ยาด้วย

3) การสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยตรงซึ่งการประเมินวิธีนี้ ญาติผู้ป่วยหรือบุคลากรทีมสุขภาพที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านจะสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือแผนการรักษาได้ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่

4) พิจารณาจากการมารับการตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มารับการตรวจรักษาตามนัดเป็นผู้ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา และพิจารณาจากผลของการรักษาที่ควรเป็นไปตามการพยากรณ์ของโรคแต่ละระยะ

5) การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตนเอง (Self Report) ซึ่งวิธีการนี้มีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยอาจเขียนบันทึกไม่ตรงกับความจริง

นอกจากนี้ การทบทวนรายงานการวิจัยจากต่างประเทศ พบว่า Adams and Howe (1993) ใช้แบบสอบถามในการวัดปัจจัยที่มีผลต่อการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาและการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา ส่วน Agarwal et al. (1998) ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้แบบวัดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของ Lin et al. (1974 cited in Agarwal et al. 1998) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่อธิบายการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา จากการที่ผู้ป่วยบอกว่าไม่ได้ใช้ยา จะใช้ยาเมื่อเกิดอาการผิดปกติหรือจากการที่ครอบครัวผู้ป่วยบอกว่าผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยา และ Kumar & Sedgwick (2001) ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้ Compliance Rating Scale (CRS) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้วิจัยแสดงความคิดเห็นว่าการใช้เครื่องมือที่มีองค์ประกอบของการตรวจทางห้องทดลอง สามารถทำให้ผลการประเมินเชื่อถือได้ก็จริง แต่เหตุผลการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้วิจัยสามารถได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มากกว่า ดังนั้นการประเมินโดยการสัมภาษณ์อย่างเดียวจึงดีกว่าการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง

การทบทวนการวิจัยในประเทศไทย พบว่าส่วนใหญ่จะประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้ แบบสัมภาษณ์เป็นส่วนใหญ่ ดังที่ ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน (2544) เพชร คันธสาขบัว (2544) สิรินทร เจริญโสธร (2545) อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) วัดพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีเพียงแต่ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ประเมินผลความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้วิธีการนับเม็ดยาที่เหลือและการมาตรวจตามนัด ความถูกต้องของการทำเครื่องหมายบนปฏิทิน และการบันทึกการรับประทานยา

ดังนั้น อาจสรุปได้ว่า แม้การใช้การประเมินหลายวิธีจะทำให้ผลการประเมินน่าเชื่อถือ แต่การสัมภาษณ์ก็เป็นวิธีที่น่านิยม และจากการสัมภาษณ์ในลักษณะการพูดคุยกับผู้ป่วยตัวต่อตัวทำให้

สามารถได้ข้อมูลที่ละเอียดและมีประโยชน์ต่อการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) สร้างขึ้น จากแนวคิดของ Farragher (1999) และเพชร คันธสายบัว (2544) เพื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท คือ การรับประทานยาตามแผนการรักษาและความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้

4. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

เมื่อศึกษาและทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มเป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญ ซึ่งเมื่อประกอบกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุดและทำให้บรรลุงานสูงสุด

4.1 องค์ประกอบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Kolb,1984 อ้างในกรมสุขภาพจิต,2541) ประกอบด้วย

4.1.1 ประสบการณ์เชิงรูปธรรม (Concrete Experience) ซึ่งผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตนเองมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้

4.1.2 การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) เป็นการสะท้อนความคิดและการถกเถียง(Reflect and Discussion) ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนมีโอกาสแสดงออกเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง

4.1.3 มโนทัศน์เชิงนามธรรม (Abstract Conceptualization)หรือการเกิดความเข้าใจและความคิดรวบยอด อาจเกิดจากฝ่ายผู้เรียนเป็นฝ่ายริเริ่ม แล้วผู้สอนเป็นผู้แต่งเติมให้สมบูรณ์หรือในทางกลับกัน ผู้สอนเป็นผู้นำทางและผู้เรียนเป็นผู้สานต่อจนความคิดนั้นสมบูรณ์กลายเป็นความคิดรวบยอด

4.1.4 การทดลองปฏิบัติ (Active Experimental) เป็นการทดลองหรือประยุกต์แนวคิด (Experiment or Application) โดยผู้เรียนนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆจนเกิดเป็นแนวทางการปฏิบัติของผู้เรียนเอง

ในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้นั้น ผู้ป่วย/ผู้ดูแลทุกคนซึ่งมีประสบการณ์ติดตัวมา จะสามารถใช้ประสบการณ์ของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุดหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นตลอดจนทดลองใช้ความรู้ที่เรียนมาไปสู่การปฏิบัติได้ ทั้งนี้เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีการพัฒนาศักยภาพภายในบุคคล ให้รับรู้ประโยชน์ของการกระทำ

4.2 การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process)

การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มเป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งเมื่อประกอบกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุด และทำให้บรรลุงานสูงสุด โดยสมาชิกกลุ่มทุกคนควรมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม

ของแต่ละองค์ประกอบ และที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ การออกแบบงานซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สอนจะต้องจัดทำเป็นใบงานที่กำหนดให้สมาชิกกลุ่มทำกิจกรรมให้บรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในแผนการสอน (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และ สุภาพรรณ อุปโยคิน , 2543) โดยขั้นตอนในการดำเนินการกลุ่ม เป็นไปตามธรรมชาติภายในกลุ่ม มีแรงผลักดันหรืออิทธิพลบังคับจากภายนอกหรือภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน รวมทั้งแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้น เป็นผลให้เกิดพลังกลุ่มอย่างมีทิศทาง เป็นไปตามเป้าประสงค์ของกลุ่ม (อรจิต อุดุลยานุภาพ,2541)

4.3 ขนาดของกลุ่มและเวลาในการเข้าร่วมกลุ่ม

ขนาดของกลุ่ม และระยะเวลาของการฝึกมีส่วนสำคัญมากต่อการเรียนรู้ของผู้เรียนซึ่งได้มีผู้กล่าวถึงเรื่องนี้อยู่หลายท่าน คือ Alberti & Emmons (1982) กล่าวว่า การฝึกพฤติกรรมนั้น ถ้ากลุ่มมีขนาด 5-12 คน โดยใช้เวลาในการฝึกทั้งหมด 5-6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ก็จะทำให้การฝึกนั้นมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับการฝึกที่มีระยะเวลานาน

Kanfer & Goldstein (1975) กล่าวว่า ขนาดของกลุ่มที่ใช้ในการฝึก ควรมีสมาชิกตั้งแต่ 8-10 คน และจำนวนครั้งที่ใช้ในการฝึกควรเป็น 6-8 ครั้ง จะทำให้การฝึกได้ผลดีที่สุด

หลุยส์ จำปาเทศ (2532) กล่าวว่า การฝึกพฤติกรรมสามารถทำได้ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลแต่มีความเชื่อว่าการทำเป็นรายกลุ่มโดยทั่วไปแล้วจะได้ผลดีกว่าการฝึกเป็นรายบุคคล เช่น การฝึกเป็นกลุ่ม สมาชิกจะได้รับการกระตุ้น หรือการเสริมแรงจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม และสมาชิกในกลุ่มจะสามารถเรียนรู้ความแตกต่างของสมาชิกในกลุ่มยอมรับสิทธิของเพื่อนสมาชิกที่เสนอเหตุผล

โดยสรุป การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) เป็นการเรียนรู้ที่ผู้สอนมุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม ซึ่ง Nicol (อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2541) ได้พัฒนาการแนวความคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb (1984 อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2541) ร่วมกับการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) โดยได้เสนอว่าประสบการณ์เป็นแหล่งของการเรียนรู้ และการพัฒนาในลักษณะการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มจะทำให้ผู้เรียนรู้ได้มีส่วนร่วมและทำให้เกิดการเรียนรู้ได้สูงสุด ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าเมื่อนำมาใช้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพ จะสามารถทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันก่อนจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเองและสามารถใช้ชีวิตหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้นานที่สุด เนื่องจากและจากการศึกษาขนาดของกลุ่ม และระยะเวลาในการเรียนรู้ดังกล่าว ผู้วิจัย จึงได้พิจารณา จำนวน ขนาด และระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ คือ กลุ่มละประมาณ 4-8 คน เข้าร่วมโปรแกรมอาทิตย์ละ 2 ครั้งๆละ 45-60 นาที ในระยะเวลา 3 สัปดาห์ และประเมินผล

หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมใน 1 สัปดาห์ต่อมาเนื่องจาก ผู้ป่วยเฉลี่ยแล้วอยู่โรงพยาบาลประมาณ 3-4 สัปดาห์ (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร,2536)

5. พยาบาลกับการวางแผนการจำหน่าย

การวางแผนการจำหน่าย เป็นแนวคิดที่สำคัญยิ่งในปัจจุบันเป็นกิจกรรมการดูแลที่เป็นหน้าที่รับผิดชอบของทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งเป็นแกนนำในการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพและผู้รับบริการรวมทั้งครอบครัว/ผู้ดูแล ทั้งนี้พยาบาลต้องเข้าใจการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างแท้จริง จึงจะสามารถประยุกต์ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันมีผู้ศึกษาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและได้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

5.1 ความหมาย

Gikow , et al. (1985 : 197) ได้ให้ความหมายของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยว่าเป็นการพัฒนาาร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วย และครอบครัวในเรื่องของวัตถุประสงค์ วิธีการปฏิบัติและการประเมินผล เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ

Tabbitt (1981 : 22-26) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง ระบบการวางแผนเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งในทางที่ดีขึ้น รวมทั้งการอำนวยความสะดวกต่อการย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการอื่นหรือจากสถานบริการ ไปยังบ้านของผู้ป่วย

Rorden and Taft (1990) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นการปฏิบัติกรพยาบาลตั้งแต่แรกรับเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พบกับการช่วยเหลือจากการใช้แหล่งทรัพยากรที่เขามีอยู่หรือแหล่งทรัพยากรที่ให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสม อันนำไปสู่ความต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง

Marchette and Hoff (1994 : 45) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นการสนับสนุนด้านจิตใจ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งการสนับสนุนให้คำปรึกษาและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

โดยสรุป กล่าวได้ว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งการบริการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โดยเป็นการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับ มีการส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสม และเป็นการพัฒนาาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพ

5.2 แนวคิดและหลักการการวางแผนจำหน่าย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยหลายฉบับ ทำให้ได้องค์ประกอบที่สำคัญของการวางแผนการจำหน่ายโดยสรุป ดังนี้

McKeehan (1981:7-8) ได้กล่าวถึง หลักการการวางแผนจำหน่ายที่เน้นความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ 4 ส่วน ดังนี้ 1) ผู้ป่วยและครอบครัว ถือเป็นหัวใจสำคัญของการวางแผนจำหน่าย ทั้งนี้ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการวางแผนจำหน่ายเท่านั้น ผู้ป่วยควรจะต้องมีบทบาทสำคัญในการวางแผนของตัวผู้ป่วยเองร่วมกับทีมสุขภาพ สมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยควรจะได้มีส่วนร่วมในการวางแผน 2) การใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ ได้แก่ บ้านของผู้ป่วย องค์กรหรือสถาบัน หน่วยงานต่างๆ ในชุมชน หรือหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ ที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุน 3) กฎระเบียบที่ใช้ในการปฏิบัติของหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีผู้รับผิดชอบในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเข้าใจถึงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพมีการประเมินผลย้อนกลับได้และ 4) หน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่จะต้องรับผิดชอบในการผสมผสานการวางแผนจำหน่ายไปสู่การให้บริการ

Stone and McGuire (1995) อ้างถึงใน เจียมจิตต์ ชีวิตไทย (2542) ได้กล่าวถึง คุณลักษณะของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่จะต้องประกอบด้วยคุณลักษณะ ดังนี้ คือ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล เป็นความร่วมมือระหว่างผู้รับบริการและครอบครัว เกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพ คำนึงถึงการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน และคำนึงถึงสถานที่ที่ผู้รับบริการจะได้รับการดูแลในสภาพแวดล้อมใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับกองการพยาบาล (2539) ที่กล่าวว่า องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพ องค์กร หรือหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งในและนอกสถานบริการ โดยมีพยาบาลซึ่งรับผิดชอบใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นผู้ประสานกิจกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในแผนการจำหน่ายผู้ป่วย 2) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนและปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับพยาบาลหรือทีมสุขภาพอื่นๆภายใต้สัมพันธภาพที่ดี 3) การนำขั้นตอนต่างๆของกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนจำหน่าย 4) การมีแผนการจำหน่ายที่สื่อความหมายในการปฏิบัติ และ 5) มีกระบวนการส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกระยะของความเจ็บป่วยตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาลจนถึงการ ดูแลที่บ้านหรือการดูแลภายหลังจำหน่าย

Rorden and Taft (1990) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายว่าเป็น การปฏิบัติการพยาบาลโดยเริ่มตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ เป็นการดูแลที่มีจุดประสงค์ที่ชัดเจน รวมทั้งประเมินความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย นำไปสู่การดูแลที่ต่อเนื่อง โดยการดูแลไม่เพียงแต่เป็นการดูแลทางกายเท่านั้น แต่เป็นการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางกาย จิต สังคม เพื่อมุ่งสู่การมีสุขภาพที่ดี (well-being) โดยการดูแลต้องดูแลรวมทั้งผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล มีการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีสัมพันธภาพที่ดี มีการสื่อสาร การประสานงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล และมีการส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการดำเนินงานทุกขั้นตอนต้องอยู่บนพื้นฐานความรู้และวิทยาการทันสมัยเสมอ

Erb (1997) ได้อธิบายถึงองค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายว่า มีความครอบคลุมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว การร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ แหล่งทรัพยากรในชุมชน กฎระเบียบที่ใช้ปฏิบัติและการผสมผสานกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า การวางแผนจำหน่าย เป็นการปฏิบัติโดยมีพยาบาลและทีมสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยังต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความมั่นใจและมีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยการวางแผนจำหน่ายต้องเริ่มตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาลและให้การดูแลต่อเนื่องจนถึงการดูแลที่บ้านและชุมชนหลังจำหน่าย มีการส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในชุมชนได้อย่างปกติสุข

5.3 วัตถุประสงค์ของการวางแผนจำหน่าย

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ ดังนี้

5.3.1 เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม มีการพิจารณาภาวะแทรกซ้อนจนสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและความจำเป็นในการนอนโรงพยาบาลรวมทั้งป้องกันการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (Foster,1988; Corkery,1989; Mcginley, et al. , 1996)

5.3.2 เพื่อเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมในการส่งต่อไปที่บ้าน และมีการติดตามผลภายหลังจำหน่าย (Johnson & Pachano,1981; Jupp & Sims,1986; Corkery,1989; Lundh & Williams,1997)

5.3.3 เพื่อจัดให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน โดยมีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และให้มีการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปด้วยดี (Gikow, et al.,1985; Hartigan & Brown,1985;Jupp&Sims,1986;Foster,1988;Corkery,1989;Schlemmer,1989;Stanhope&Lancaster,1992; Erb,1997; Lundh & Williams,1997)

5.3.4 เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองตามแผนการรักษา และมีอิสระในการพึ่งพาตนเองมากที่สุดหรือสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้สูงสุด (Durbak, 1982; Kelly & McClelland, 1985; Jupp & Sims, 1986; Foster, 1988; Corkery, 1989; Beare & Myers, 1994; Lundh & Williams, 1997)

5.3.5 เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพความคุ้มทุน และความเหมาะสมในการใช้ประโยชน์จากแหล่งทรัพยากรทั้งจากโรงพยาบาลและชุมชน (Scroggins & Kennedy,1987; Corkery,1989; Erb,1997)

5.4 กระบวนการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบของบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาลถือเป็นบทบาทความรับผิดชอบที่สำคัญยิ่ง เพราะการวางแผน

จำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงรวมทั้งสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งโดยสรุป การวางแผนจำหน่ายมีกระบวนการดังต่อไปนี้

McKeehan (1981) กล่าวว่า วั้ว่า กระบวนการวางแผนจำหน่ายก็เหมือนกับขั้นตอนในการแก้ปัญหาที่ตนเอง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและญาติทั้งในปัจจุบันและก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจากการที่ได้รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมินข้างต้น 3) การกำหนดแผนเพื่อลงมือปฏิบัติโดยผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพและ 5) การประเมินผลของแผนนั้นเมื่อนำไปปฏิบัติ

DeRienzo (1985) กล่าวว่า กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่มีความคล้ายคลึงกับกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินผู้ป่วยเป็นขั้นตอนแรกที่พยาบาลจะต้องประเมินความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะถูกบันทึกในแบบฟอร์มรับใหม่และคาร์ตเด็กซ์ 2) การวางแผนการพยาบาลหรือการตั้งเป้าหมายเป็นการศึกษาความต้องการร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคคลสำคัญอื่น 3) การปรึกษาหารือ เป็นบทบาทหนึ่งที่พยาบาลจะต้องติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ 4) การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ 5) การบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาลและการประเมินผล และ 6) การติดต่อสื่อสารกับบุคคลที่รับผิดชอบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

Rorden and Taft (1990) กล่าวว่า กระบวนการวางแผนจำหน่าย เป็นกระบวนการที่จัดกระทำขึ้นในระยะเวลาต่างๆของความเจ็บป่วย เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของความต้องการการดูแลที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีเป้าหมายระยะยาว คือ การได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการวางแผนจำหน่าย เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต มีปฏิสัมพันธ์ โดยยึดผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง ประกอบด้วยกระบวนการวางแผนจำหน่าย 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมิน เป็นการรวบรวมข้อมูลซึ่งจะเกิดขึ้นในระยะแรกของการดูแลผู้ป่วย โดยเป็นการประเมินคัดกรองเพื่อรวบรวมข้อมูลและนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยประเมินทั้งด้านกาย จิต สังคมและต้องประเมินประสบการณ์ ความเชื่อและเจตคติ ซึ่งมีอิทธิพลต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อใช้ในการตัดสินใจให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วย/ผู้ดูแล 2) การสร้างแผนการจำหน่าย เป็นผลมาจากการได้รับข้อมูลในขั้นตอนแรกมีพื้นฐานความจำเป็นของการวางแผนจำหน่ายที่ประยุกต์ให้ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการดูแลหรือเป้าหมายของการปฏิบัติ มีการวางแผนเพื่อบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดการกับโรคและอาการ การดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการอยู่ในชุมชนได้ โดยเป็นการสอนผู้ป่วยและครอบครัว การอภิปรายถึงหัวข้อของการดูแลต่อเนื่อง และการสนับสนุนการตัดสินใจของพวกเขา มีการประสานงาน การสื่อสารและการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ 3) การยืนยันแผนการจำหน่าย เพื่อให้การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลที่ต่อเนื่องเป็นการตรวจสอบระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินผลความสมดุลระหว่างความต้องการและสาเหตุของปัญหาที่จะมีผลต่อความเป็นอยู่

ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน โดยทั้ง 3 ขั้นตอนมีความคล้ายคลึงกับกระบวนการอื่นๆในรูปแบบการวางแผนจำหน่ายดังที่กล่าวมาข้างต้น

ดังนั้น โดยสรุป การวางแผนจำหน่าย เป็นกระบวนการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรทีมสุขภาพ ภายใต้สัมพันธภาพที่ดี ในการร่วมกันกำหนดเป้าหมาย วางแผนและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีกระบวนการที่มีลักษณะสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล มีเป้าหมายการดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการพยาบาลและกระบวนการวางแผนจำหน่าย พบว่าขั้นตอนของทั้งสองมีกระบวนการเหมือนกัน (Rorden and Taft, 1990) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะใช้กระบวนการวางแผนจำหน่ายของ Rorden and Taft (1990) ซึ่งมีกระบวนการที่ครอบคลุมเช่นเดียวกับแนวคิดการวางแผนจำหน่ายอื่นๆ เพียงแต่มีขั้นตอนการปฏิบัติที่กระชับกว่าคือ มี 3 ขั้นตอน และแต่ละขั้นตอนมีการอธิบายการปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายที่มีความชัดเจนส่งผลต่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และสามารถปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายได้โดยไม่เป็นการปฏิบัติที่แยกออกจากการประจำของพยาบาล

5.5 ความสำคัญของการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลที่บ้านต่อจากการให้การพยาบาลขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยมีผู้ได้ศึกษาถึงความสำคัญของการวางแผนจำหน่าย ดังนี้

ผลการศึกษาของพรรณทิพา ศิลป์ประสิทธิ์ (2532) เรื่องการศึกษาความรู้ คุณค่า และ การปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามการรายงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ศูนย์ ภาควะวันออกเฉียงเหนือ จากพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 160 คน พบว่า พยาบาลวิชาชีพโดยส่วนรวม เห็นว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีคุณค่ายิ่ง นอกจากนี้ สุริพร ทองธีรภาพ (2532) ได้สรุปความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัวว่า ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น ลดความกลัวและความวิตกกังวลในการดูแลตนเอง ลดเวลาในการอยู่โรงพยาบาล เป็นผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวโดยอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ทำให้ภาวะจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง รู้แหล่งประโยชน์ในชุมชนและได้รับความช่วยเหลือที่ต่อเนื่องจากแหล่งประโยชน์นั้น ตลอดจนเพิ่มคุณค่าของชีวิต ทำให้รู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีค่าต่อสังคม และทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อพยาบาล เป็นผลให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับพยาบาลดีขึ้น เป็นการพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลและพัฒนาบทบาทของพยาบาลให้เด่นชัดขึ้น ตลอดจนช่วยเพิ่มอัตราหมุนเวียนเตียงในโรงพยาบาล

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีความสำคัญทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยสามารถอธิบายได้ ดังนี้

5.5.1 ช่วยลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล คูได้จากการศึกษาของ Marchette & Holloman (1986) ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลจากการบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยจำนวน 500 คน ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในการดูแลระยะเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยรับการวางแผนจำหน่ายมีระยะเวลาการรักษาที่อยู่ในโรงพยาบาลลดลงเฉลี่ย 0.8 วัน ถ้าพยาบาลวางแผนจำหน่ายเร็วก็สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น และพบว่ากรณีที่ผู้ป่วยต้องยึดระยะเวลาอยู่รักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น มีความสัมพันธ์กับการเริ่มวางแผนจำหน่ายช้า เช่นเดียวกับคำกล่าวของ Smeltzer (1990) ว่าถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยเร็ว ก็จะทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลนานเกินความจำเป็น หรือการศึกษาของ Kulys (1970, อ้างถึงใน พรหมทิพา ศิลป์ประสิทธิ์, 2532) ได้ศึกษาถึงประสิทธิภาพของแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยทดลองใช้แผนการจำหน่ายตามกระบวนการพยาบาลในระหว่างผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลใช้ระยะเวลา 6 เดือน พบว่า สามารถลดวันที่ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาล 1.63 วัน คิดเป็น 2,194 วัน ต่อระยะเวลา 6 เดือน และประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ร้อยละ 50 อีกทั้งสามารถรับผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นจำนวน 303 คนต่อปี รวมทั้งการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองของ Neidlinger et. al. (1987) เรื่องการประเมินผลต้นทุนของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับผู้สูงอายุที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายแบบสมบูรณ์มีค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลเฉลี่ยรวม 3,069 ดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าใช้จ่าย 4,380 ดอลลาร์สหรัฐ

5.5.2 ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เช่น การศึกษาของ Youssef (1987) โดยการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวก่อนการจำหน่าย พบว่า ระดับอาการของผู้ป่วยดีขึ้น และจำนวนการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำลดลง หรือ Kelly & McClelland (1985) ที่ทำการศึกษถึงการบรรเทาภาวะวิกฤตในการจำหน่ายผู้ป่วย โดยการประเมินและการวางแผนการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว จำนวน 20 คน รวมทั้งครอบครัว พบว่า ผู้ที่ได้รับการวางแผนการพยาบาลก่อนจำหน่าย มีคะแนนการปรับตัวสูงขึ้นหลังออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 3 เดือน และมีความเครียดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายตามปกติ

5.5.3 ป้องกันการกลับเข้ามาเพื่อรับบริการซ้ำ หรือการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น เช่น การศึกษาของ McGinley, et.al.,(1996) เรื่อง การพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายด้วยการใช้ทีมสหวิชาชีพ โดยสามารถพัฒนาเครื่องมือที่สามารถช่วยหาแหล่งทรัพยากรในชุมชนของผู้ป่วยได้ง่าย นับเป็นการป้องกันที่มีความจำเป็นในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือการศึกษาของ Hester (1996) เรื่องการประสานงานกับความสำเร็จของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการโรคระบบหัวใจและทางเดินหายใจล้มเหลว พบว่า การทำงานเป็นทีมและการ

ประสานงานกันช่วยลดการรับผู้ป่วยไว้ในอนในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น รวมทั้งการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองของ Haddock (1994) เรื่อง การมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระหว่างพยาบาลเฉพาะทางกับนักสังคมสงเคราะห์ร่วมกับใช้ระบบข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (long-term care information system) เพื่อเป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูล วางแผนและการปฏิบัติตามการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำร้อยละ 10 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามขั้นตอนของโรงพยาบาล ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำเท่ากับร้อยละ 23 ตลอดจนการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองของ Brooten, et. al., (1995) เรื่องผลของความคุ้มค่าและผลลัพธ์ของผู้ป่วยในการดูแลส่งต่อของพยาบาลเฉพาะทางกับกรณีศึกษาใน 5 กลุ่มทดลอง ผลพบว่า 4 กลุ่มทดลอง มีจำนวนวันที่ผู้ป่วยกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำลดลง เป็นต้น

5.5.4 ช่วยพัฒนาความรู้ของบุคลากร เช่น การศึกษาของ McGinley, et. al., (1996) ที่ใช้ทีมสหวิชาชีพร่วมกันพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยมีการพัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งจะต้องมีการให้ความรู้ในระหว่างปฏิบัติงานแก่บุคลากรประจำการ ทำให้บุคลากรมีการพัฒนาความรู้ควบคู่ไปด้วย หรือการศึกษาของ Charlesworth & McKenzie (1996) เรื่อง รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยศึกษาในผู้ป่วยเด็กที่ต้องดูแลเป็นพิเศษในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงาน ผลที่ได้รับคือ มีการพัฒนาคุณภาพเจ้าหน้าที่ได้ทุกระดับ เป็นต้น

สรุปได้ว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ นำไปสู่การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านระหว่างผู้ป่วยและญาติ ทำให้มีการรักษาต่อเนื่อง ช่วยลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ป้องกันการกลับเข้ารับบริการซ้ำและช่วยพัฒนาความรู้ของบุคลากร นอกจากนี้ครอบครัวเองก็มีความมั่นใจมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในชุมชนได้ ดังนั้น พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการวางแผนจำหน่ายจึงจำเป็นต้องตระหนักถึงความสำคัญ เห็นคุณค่าและประโยชน์ของการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้บริการทางสุขภาพดำเนินไปอย่างมีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการโดยรวม

5.6 บทบาทพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบของบุคลากรทีมสุขภาพทุกคนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะพยาบาลถือเป็นบทบาทความรับผิดชอบที่สำคัญยิ่งเพราะการวางแผนการจำหน่ายเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงรวมทั้งสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาลในทางปฏิบัติแผนการจำหน่ายซึ่งพยาบาลจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเปรียบเสมือนแผนการฟื้นฟูสุขภาพและแผนการให้ความรู้ฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายซึ่ง

พยาบาลจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมตามแผนนั้นให้สอดคล้องกับความต้องการและสภาพปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละระยะของการดำเนินการของโรคหรือความเปลี่ยนแปลงและปฏิบัติต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ (กฤษณา แสงดี, 2539)

ช่วงระยะเวลาหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับจากโรงพยาบาลกลับไปพักผ่อนและดูแลตนเองที่บ้านเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญมากที่จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือกลับเป็นมากขึ้นได้ การวางแผนการจำหน่ายอย่างรอบคอบและมีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็นเพื่อเป็นการประกันว่ามีการกำหนดและจัดเตรียมกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยในอนาคตให้มีสุขภาพที่ดีซึ่งผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการวางแผนการจำหน่าย (จินตนา ตั้งสวัสดิ์, 3541) ทั้งนี้จะต้องอาศัย ผู้ที่มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติมาเป็นผู้รับผิดชอบ

พยาบาลถูกยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์รวมทั้งใช้หลักของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกๆด้านไม่เฉพาะแต่ให้การดูแลตามสถานะสุขภาพเท่านั้น (Williams, 1991) ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้นพยาบาลจึงเป็นบุคลากรที่มีพลังสำคัญมากในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (ธัญลักษณ์ โอบอ้อม, 2541) โดย Gikow, et al. (1985) ได้กำหนดบทบาทของพยาบาลและแนวคิดและเหตุผลในการปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยจิตเภทดังนี้

5.6.1 ประเมินความต้องการดูแลทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคมเปรียบเทียบกับกระบวนการดำเนินของโรคหรือความเจ็บป่วยเพื่อคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาสุขภาพหรือความต้องการการดูแลสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นหลังการจำหน่ายตลอดจนวิธีการดัดแปลงการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจอาชีพและสังคม

5.6.2 ประเมินความรู้ความเข้าใจทักษะของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นและแรงจูงใจในการรักษาเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนกำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องเหมาะสม

5.6.3 เป็นสื่อกลางในการประชุมปรึกษาหารือและวางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพตลอดจนผู้ป่วยและครอบครัวการวางแผนที่ดีควรจะเริ่มกระทำตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

5.6.4 วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งในเรื่องการรักษาเรื่อง โรค อาหาร ยา การติดตามการรักษา การดูแลพิเศษบางอย่าง การป้องกันโรคโดยการให้คำปรึกษาแนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เรื่องโรคที่เป็นการฝึกฝนทักษะการดูแลตามการรักษาจำเป็นกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยยอมรับกับสภาพของผู้ป่วยที่เป็นอยู่และสามารถปรับตัวที่จะดำรงชีวิตประจำวันให้ดีที่สุดเท่าที่จะสามารถกระทำได้

5.6.5 บริหารจัดการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมระหว่างการใช้เวลากับการดูแลให้การพยาบาลกับปัญหาในระยะเฉียบพลันและเวลาในการเตรียมพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายตามแผนการจำหน่าย

5.6.6 ส่งต่อแผนการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามแผนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

5.6.7 ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนเป็นระยะปรับปรุงแผนและวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมตลอดเวลาก่อนจำหน่าย

5.6.8 ประเมินและสรุปผลการพยาบาลก่อนจำหน่าย

5.6.9 ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานหรือแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม

5.6.10 ประชุมปรึกษาหารือในทีมการพยาบาล และทีมสุขภาพเพื่อประเมินผลสำเร็จของกระบวนการวางแผนจำหน่าย เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ เช่น การวิเคราะห์ของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ การวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองก่อนจำหน่าย

โดยสรุป พยาบาลจิตเวชถือว่าเป็นสมาชิกของทีมการรักษาที่มีบทบาทสำคัญในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนที่มารับบริการในโรงพยาบาลต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีบทบาทในการตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วย สามารถดูแลผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้าน เป็นการดูแล ต่อเนื่องได้เป็นอย่างดี สามารถประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย รวมทั้งช่วยเหลือให้สามารถดูแลตนเองได้ มีความสนใจพยายามที่จะค้นหาปัญหาผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนการจำหน่ายและดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งการให้ความรู้ความเข้าใจและสอน ฝึกทักษะการปฏิบัติตัวต่างๆที่เหมาะสมช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเตรียมตัวสำหรับการดูแลตนเองภายหลังออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังเป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานงานกับสมาชิกในทีมสหวิชาชีพอื่นๆในการร่วมมือเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

6. โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่าย พฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องต่างๆที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ที่จะวางแผนจำหน่ายเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้นั้น จะต้องมีการวางแผนในการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และต้องอาศัยความร่วมมือของทุกๆฝ่าย ทั้ง ผู้ป่วย ผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพในการร่วมวางแผนให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยคุณแจ่มหลักของความสำเร็จในการวางแผนจำหน่ายมี 3 ประการ คือ การจัดการร่วมกันของทีมสุขภาพ การเริ่มดำเนินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทันทีภายหลังจากรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล (Ryan, 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของ Steelc & Sterling (1992) ที่ศึกษาเรื่องการประยุกต์ใช้กรณีศึกษาต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นผู้ที่มี

ความสำคัญในการเรียนรู้และร่วมวางแผนในการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ฉะนั้น การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมสุขภาพจึงมีความจำเป็นในการสนับสนุนให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ (Spencer & Davidson,1998)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย โดยใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายของ Rorden and Taft (1990) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมิน เป็นการรวบรวมข้อมูลซึ่งจะเกิดขึ้นในระยะแรกของการดูแลผู้ป่วย โดยเป็นการประเมินคัดกรองเพื่อรวบรวมข้อมูลและนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายการดูแลอย่างต่อเนื่อง 2) การสร้างแผนการจำหน่าย เป็นผลมาจากการได้รับ ข้อมูลในขั้นตอนแรกมีพื้นฐานความจำเป็นของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ประยุกต์ให้ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการดูแลหรือเป้าหมายของการปฏิบัติ มีการวางแผนเพื่อบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดการกับโรคและอาการการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และ3) การยืนยันแผนการจำหน่าย เพื่อให้การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลที่ต่อเนื่องเป็นการการตรวจสอบระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่องมาเป็นกระบวนการในโปรแกรมและผลการวิจัยของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ซึ่งพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การ แสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา เป็นปัจจัยทำนายการมี พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มาเป็นเนื้อหาในกิจกรรมใน โปรแกรม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายนี้มีการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การประสานงาน และการสอนเป็นหัวใจ สำคัญในความสำเร็จของการวางแผนจำหน่าย (Rorden and Taft,1990) โดยการที่สอนที่จะให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ จากการ ทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Nicol อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต,2541) ซึ่งเป็นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ประกอบกับการเรียนรู้ด้วย กระบวนการกลุ่มซึ่งเป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญ จะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุดและทำให้ บรรลุงานสูงสุด สามารถเกิดการเรียนรู้และมีการพัฒนาศักยภาพภายในบุคคล และการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมต้องผ่านการเรียนรู้ (Azin and Teichner,1998) ดังนั้น เมื่อนำมาใช้ร่วมกันในโปรแกรม การวางแผนจำหน่ายเชื่อว่าผู้ป่วย/ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติเพื่อเพิ่ม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลได้นานที่สุด ซึ่ง โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังนี้

1. การประเมินและกำหนดเป้าหมายการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพบำบัดเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นรายบุคคล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ามาใน โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความรู้สึกอบอุ่น น่านับถือ เห็นอกเห็นใจและมีความรู้สึกที่ แท้จริงต่อกันและเป็นการประเมินคัดกรองเพื่อรวบรวมข้อมูลโดยประเมินทั้งด้านกาย จิต สังคม

โดยมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้บอกความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย ประสิทธิภาพ ความเชื่อและเจตคติ ซึ่งมีอิทธิพลต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกันค้นหาปัญหาความต้องการในการดูแลหลังจำหน่าย ระบุปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ค้นหาและรับรู้ศักยภาพของตนเอง เพื่อใช้ในการตัดสินใจให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วยและผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เรียนรู้และทำความเข้าใจกับปัญหา ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยและยอมรับการรักษา และกำหนดเป้าหมายการดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกับพยาบาล นำไปสู่การจัดการกับปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ โดยเป้าหมายของการเรียนรู้เป็นกระบวนการพื้นฐานที่นำไปสู่ความรู้ เจตคติและทักษะและสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (Rorden and Taft, 1990) ซึ่งการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (Fenton et al, 1997) โดยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะเป็นแรงจูงใจสำคัญต่อการรักษาและการใช้ยาตามคำแนะนำ (Perkin, 2002)

2. การวางแผนพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา เป็นการสอนผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการอภิปรายถึงหัวข้อของการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งการสอนที่ดี ต้องมีการวางแผน มีเป้าหมายการสอนที่ชัดเจน (Rorden and Taft, 1990) โดยสอนผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การรักษาและการดูแลที่ได้รับ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีอาการทางจิตมากขึ้นจนเกิดการป่วยซ้ำ มีการอธิบาย การให้ข้อมูลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับรู้ว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพภายในครอบครัว ความสามารถในการทำงานและบทบาททางสังคม เพื่อเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้จะต้องได้รับคำแนะนำถึงปัจจัยเสี่ยงและมีการยอมรับการรักษาด้วยยา (Fenton, 1997) ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เมื่อพวกเขาได้รับการอธิบายที่กระจ่างชัดจากทีมสุขภาพ (Kempainen et al., 2003) โดยการใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามแผนการให้ความรู้โดยใช้โปสเตอร์ และใบงานกิจกรรมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ปฏิบัติ มีการใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้เกิดกำลังใจในการรักษาและนำความรู้ที่ได้รับจากกลุ่มไปประยุกต์ใช้ได้

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และวิธีการจัดการพยาบาลโดยการฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อเสริมสร้างทักษะในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาทางจิต สามารถทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลยอมรับการรักษาและนำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังจำหน่ายได้ ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคและอาการข้างเคียงของยาสามารถพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดย

ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้ในการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ด้วยตนเอง (Thomas,1998)

กิจกรรมที่ 4 การส่งเสริมความตระหนักในการจัดการกับอาการทางลบและการใช้แหล่งความช่วยเหลือในชุมชน เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยและแสดงความรู้สึกของตนเอง โดยบอกถึงข้อดีข้อเสียของตนเองต่อกลุ่ม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ทำให้เกิดการยอมรับตนเองและยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง สามารถพัฒนาตนเองได้ รวมทั้งการส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนในผู้ดูแลพยาบาลจะส่งเสริมและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถและจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยได้ และรู้จักวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์และระบบสนับสนุนจากสังคมและชุมชนเพื่อให้เกิดความช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้โดยแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัวสามารถทำให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่ในสังคมและชุมชนได้อย่างมีความสุข

กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว

โดยมีการสนับสนุนและสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลในการรับรู้และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัว และมีการสนับสนุนและสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เรียนรู้และมีการฝึกทักษะการสื่อสารด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้กล้าที่จะบอกกล่าวสิ่งที่ตนเองมีปัญหหรือบอกถึงสิ่งที่ตนเองต้องการให้กับผู้อื่นได้ ทำให้ได้รับการช่วยเหลือทันท่วงที ซึ่งการแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจ (จินตนา ยูนิพันธุ์ ,2534)

3. การตรวจสอบระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่6 การเสริมสร้างความมั่นใจในความสามารถในการจัดการกับปัญหาการใช้ยาหลังจำหน่าย เป็นการตรวจสอบระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินผลความสมดุลระหว่างความต้องการและสาเหตุของปัญหาที่จะมีผลต่อความเป็นอยู่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน โดยมีการใช้การประสานงานการสื่อสารที่ดี มีการพัฒนาปรับปรุงทักษะและมีการประเมินผลเป็นการดำเนินกิจกรรมร่วมกันทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาล ในการตัดสินใจสัมฤทธิ์ผลของแผนการจำหน่ายและเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติหลังจำหน่าย และมีการฝึกทักษะการหิบบยากินเองและมีการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นการร่วมกันว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ มีการให้กำลังใจและข้อเสนอแนะร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติเพื่อให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

กล่าวโดยสรุป การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เป็นการประคับประคองให้เกิดผลการรักษาที่ดีในระยะยาว (Kaplan & Sadock,1995) สามารถควบคุมอาการและป้องกันการป่วยซ้ำได้ ผู้ป่วยจึงมีความต้องการการดูแลต่อจากการให้การพยาบาลขณะอยู่ในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงต้องวางแผนจำหน่ายทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลเพื่อสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ ซึ่งการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวและผู้ดูแลสามารถพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ (Kane,1997 cited in perkin,2002) นำไปสู่ความสามารถในการปรับตัวและให้การดูแลร่วมกันที่บ้านได้อย่างเหมาะสมภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นหน้าที่หลักของพยาบาลซึ่งเป็นผู้มีบทบาทในการดูแลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ทำการศึกษาเรื่อง ผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการใช้เงื่อนไขผูกพัน ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 10 คน และกลุ่มทดลอง 10 คน ดำเนินการทดลองโดยการพบผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง เมื่อ ผู้ป่วยนัดมาตรวจที่โรงพยาบาลเป็นเวลา 4 เดือน โดยทำการทดลองเป็นรายบุคคลและทำการวัดความร่วมมือในการรักษา 4 ด้าน คือ ความรู้ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัดและความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ โดยวัดหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการใช้เงื่อนไขผูกพัน มีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัชณี หัตถพนมและคณะ (2535, อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2538) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิต ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่า นอกจากกลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้มากขึ้นแล้วยังมีจำนวนครั้งของการมาติดต่อขอรับยามากกว่าญาติผู้ป่วยโรคจิตคนอื่นด้วย ทั้งนี้ ในการทดลองดังกล่าวมีการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยก่อนให้ความรู้ 1 ครั้ง และอีก 1 ครั้งหลังให้ความรู้ไปแล้ว 4 เดือน ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะที่น่าสนใจไว้ว่า การให้ความรู้หลายๆครั้งจะช่วยเปลี่ยนแปลงทัศนคติของญาติและการปฏิบัติที่มีต่อผู้ป่วย

จลิตา เจริญสรรพ (2538) ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตกลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมารักษาซ้ำ คือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคและการรักษา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะอยู่บ้านเรื่องการรับประทานยา และการไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของเพชร คันธสายบัว (2544) ได้ทำการศึกษาถึงตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ พบว่า ปัจจัยที่

สามารถอธิบายได้มี 5 ตัว คือ พฤติกรรมการใช้ยา การดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา ด้านการ
แสดงอารมณ์ สถานภาพสมรส และความเชื่อด้านสุขภาพ

ทานตะวัน เข้มบุญเรือง (2540) ได้ศึกษากรณีศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมก่อน
การจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท 10 คู่ โดยพัฒนาโปรแกรมจากแนวคิดและ
กิจกรรมที่สังเคราะห์จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ
ด้วยการบันทึกพฤติกรรมผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายกรณี และรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้
แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและแบบวัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่สร้างขึ้น พบว่า มีการ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยเกิดขึ้นเป็นบางราย แต่สำหรับ
ครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และลดภาระของครอบครัวที่เป็นผลกระทบ
ในด้านผลที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิต ผลที่จะเกิดขึ้นทางกายและผลที่เกิดขึ้นทางอารมณ์และความคิด

สาธิต พุฒขาว (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย
จิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน
118 คน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอร้อยละ 72 และมารับการรักษาเมื่อมีอาการ
ร้อยละ 51.7 ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 84.7
นอกจากนี้ ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ทศนคติต่อการใช้ยา และความพึงพอใจต่อบริการ
ของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยา ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

ราตรี อินทรี (2541) ศึกษาการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทตาม
การรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยโรคจิตเภท และเหตุผลการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของ
ผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่
ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน และผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวนกลุ่มละ 36 คน พบว่า การไม่ร่วมมือในการ
รับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่แตกต่างกัน
โดยเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ร่วมมือในการรับประทานยาตามการรับรู้ของพยาบาล
5 อันดับแรก คือ คิดว่าตนเองหายแล้ว การมีความรู้น้อยทำให้ไม่เข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้อง
รับประทานยา ไม่ต้องการรับประทานยาทุกวัน ลืมรับประทานยา และไม่ยอมรับรับประทานยา ส่วน
เหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ร่วมมือในการรับประทานยาตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตเภท
5 อันดับแรก คือ การมีความรู้น้อยทำให้ไม่เข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องรับประทานยา คิดว่าตนเอง
หายแล้ว ไม่ต้องการรับประทานยาทุกวัน ลืมเปิดซองค่าใช้จ่ายและไม่ยอมรับรับประทานยา

เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่
ป่วยซ้ำ เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่
ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต
จำนวน 220 คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ 110 คนและผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ 110 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีทั้งหมด 5 ตัวแปร และมีน้ำหนักในการจำแนกตามลำดับดังนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยา สถานภาพการสมรส การแสดงอารมณ์ของครอบครัว และแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต 260 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอยู่ในระดับสูง และตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา

MacGilp (1991) ได้ทำการสำรวจผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำนวน 48 คน เพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยในด้านการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเมื่ออยู่ในชุมชนและการดูแลจากพยาบาลจิตเวชชุมชน ผลสำรวจพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าการเตรียมตัวเป็นอย่างดีก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ได้รับการฝึกทักษะและให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ทุกคนชอบที่ได้กลับมาใช้ชีวิตในชุมชนมากกว่าอยู่ในโรงพยาบาล และมีความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ ผลการสำรวจนี้แสดงให้เห็นว่า การจะให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุขนั้นจำเป็นต้องมีการเตรียมผู้ป่วยเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการฝึกทักษะทางสังคม

Ferguson (1991) ได้ทำการสำรวจอย่างละเอียดในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลเพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับการตอบสนองความต้องการต่างๆของพวกเขา และเพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลรวมถึงเพื่อหาวิธีที่ดีที่สุดที่จะทำให้ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนอง การสำรวจครั้งนี้มีการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างกับข้อมูลที่ได้รับจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานบนตึกผู้ป่วย ผลการสำรวจพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงให้เห็นถึงความต้องการที่จะได้รับความรู้และข้อแนะนำต่างๆเป็นจำนวนมาก และยังพบอีกว่า ความต้องการเหล่านี้ไม่ได้รับการตอบสนองจากโรงพยาบาล ผลการสำรวจครั้งนี้

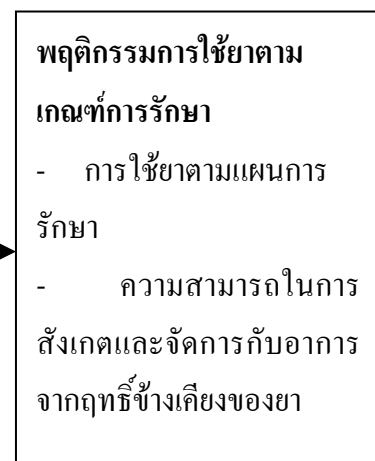
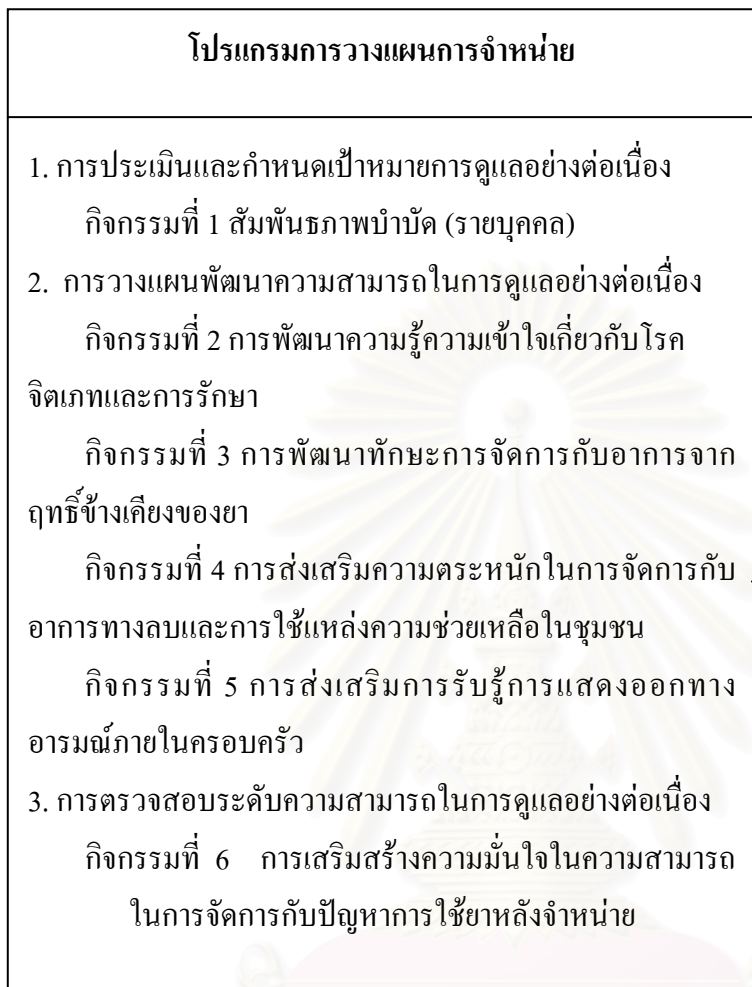
ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลควรตระหนักถึงบทบาทในด้านการสอนให้มากขึ้นกว่าเดิม เพื่อจะปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

Favrod (1993) ทำการศึกษาผลของการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา รักษาอาการทางจิต เพื่อเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการทดลองแบบกลุ่มเดียว เป็นรายบุคคล พบผู้ป่วย 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ครั้งละ 90 นาที รวมระยะเวลา 4 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำนวน 25 คน ได้รับโปรแกรมครบสมบูรณ์ จำนวน 19 คน ทำการวัดผลการทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับยารักษาอาการทางจิตและเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง ผู้ป่วยกับพยาบาลได้ และพบว่าสามารถเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยารักษาอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

Harmon and Guido (1995) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 193 คน ที่เข้ารับการรักษาระหว่างปี ค.ศ. 1986 ถึงปี ค.ศ. 1993 ผลการศึกษาพบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 10-55 ปี อายุเฉลี่ย 23 ปี ร้อยละ 39.1 เป็นผู้ที่มีครอบครัวเคยมีประวัติรับการรักษาด้วยอาการทางจิต ร้อยละ 50.5 เคยใช้สารเสพติดร้อยละ 82.1 คิดสุรา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61 กลับเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเดิม และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 24 เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลหรือคลินิกอื่น ๆ เนื่องจากมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง รวมทั้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาจากการใช้ยา ร้อยละ 55 และมีกลุ่มตัวอย่างเพียง 28 คน ที่มาตรวจนัดสม่ำเสมอ

Kumar and Sedgwick (2001) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชอายุ 17-65 ปี ที่กลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เป็นระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 90 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเป็นเวลา 30-45 นาที ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงให้ความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าเพศชาย ศาสนาฮินดูให้ความร่วมมือในการใช้น้อยกว่าศาสนาอื่น ๆ การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาสูง และการตัดสินใจของตัวผู้ป่วยเองว่าไม่อยากร่วมมือในการใช้ยามีผลสูงกว่าการตัดสินใจของคนอื่น ๆ นอกจากนี้รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะของครอบครัว และระยะทางไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Control Group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้ (Polit & Hungler, 1999: 187)

O_1	X	O_2	กลุ่มทดลอง
O_1		O_2	กลุ่มควบคุม

O_1 คือ การวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย และก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O_2 คือ การวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย และหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

X คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2547 จำนวน 40 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ

1. พุฒคุยรู้เรื่องและสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ ควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ ขณะร่วมในกลุ่มกิจกรรมบำบัด และไม่ได้อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า เนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาจอยู่ในภาวะวิกฤติจากการรักษาด้วยไฟฟ้า
2. เคยเข้ารับการรักษามากกว่า 1 ครั้ง เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการป่วยซ้ำส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา
3. ทั้งเพศชายและเพศหญิงเนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาไม่พบว่าพฤติกรรม

การใช้ยามีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง และมีอายุระหว่าง 20-59 ปี เนื่องจากอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีภาวะเสี่ยงที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบทดลอง คืออย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน โดยในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เนื่องจากในการวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลอง มีการกระจายเป็นโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด แต่ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีจำกัด จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุด คือ 30 คน เพื่อให้มีการกระจายของข้อมูลใกล้เคียงหรือเป็นโค้งปกติมากที่สุด (Burns and Grove, 2001 : 247) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท โดยการสุ่มอย่างง่าย (จับสลาก) ในหอผู้ป่วยชาย 4 ตึก และหญิง 4 ตึก เพื่อเลือกตึกทดลอง และตึกควบคุมอย่างละ 2 ตึก ได้เป็นกลุ่มควบคุมจากตึกชาย 2 ตึกและตึกหญิง 2 ตึก และกลุ่มทดลองจากตึกชาย 2 ตึกและตึกหญิง 2 ตึก หลังจากนั้นแบ่งการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองทั้ง 4 ตึก ออกเป็น 4 กลุ่ม โดยดำเนินการทดลองในวันที่ 19 กรกฎาคม – 3 สิงหาคม 2547 จำนวน 2 กลุ่ม และดำเนินการทดลอง ในวันที่ 5-20 สิงหาคม 2547 อีก 2 กลุ่ม โดยผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยปรึกษาร่วมกับพยาบาลประจำตึกผู้ป่วยในและศึกษาจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย จากนั้นวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Pre-test) แล้วจึงทำการจับคู่ผู้ป่วยที่มีคะแนนเท่ากันอยู่ในระดับต่ำมาก (1.00-1.49) ถึงปานกลาง (2.50-3.49) จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้เป็นกลุ่มที่ 1 มีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 8 คน หลังเสร็จสิ้นการทดลองคงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 6 คน กลุ่มที่ 2 มีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 7 คน หลังเสร็จสิ้นการทดลองคงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 5 คน กลุ่มที่ 3 มีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 8 คน หลังเสร็จสิ้นการทดลองคงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 5 คน และกลุ่มที่ 4 มีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 5 คน หลังเสร็จสิ้นการทดลองคงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 4 คน รวมเป็นกลุ่มทดลอง 28 คน กลุ่มควบคุม 28 คน และหลังเสร็จสิ้นการทดลองคงเหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 20 คน เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนเสร็จสิ้น โปรแกรม 5 คนและมีกลุ่มตัวอย่างที่ขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วม โปรแกรมจำนวน 3 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องตัดผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในคู่เดียวกันกับผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่

ออกไปจากกลุ่มก่อนเสร็จสิ้น โปรแกรม ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยครบทุกขั้นตอน จึงมีจำนวนกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน ตามที่กำหนดไว้

2. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเลือกผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ดูแลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เกี่ยวข้องเป็นญาติกับผู้ป่วยหรือมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยาหรือญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย และรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การช่วยเหลือดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล โดยผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ และนัดหมายวัน เวลา ในการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรม 2 ครั้งในวันที่ผู้ดูแลมาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลและในวันจำหน่ายผู้ป่วย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่อยู่ในระดับต่ำ (1.50-2.49) ถึงปานกลาง (2.50-3.49) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คู่ที่	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา		ระดับ
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
1	26	25	ต่ำ
2	28	28	ต่ำ
3	28	28	ต่ำ
4	29	28	ต่ำ
5	31	29	ต่ำ
6	31	29	ต่ำ
7	33	31	ต่ำ
8	33	34	ต่ำ
9	34	34	ต่ำ
10	34	35	ต่ำ
11	37	36	ต่ำ
12	38	37	ต่ำ
13	38	38	ต่ำ
14	38	38	ต่ำ
15	39	38	ต่ำ
16	41	41	ปานกลาง
17	42	41	ปานกลาง
18	43	43	ปานกลาง
19	46	44	ปานกลาง
20	46	44	ปานกลาง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีลักษณะให้เลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่างประชากร ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มตัวอย่าง โดยดัดแปลงจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่สร้างขึ้นโดย อุมพร กาญจนรักษ์(2545) ตามแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับแนวคิดของ เพชรี คันธสายบัว (2544) เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วน 5 ระดับ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 18 ข้อ ซึ่งข้อคำถามทั้งหมดครอบคลุมพฤติกรรมการใช้ยา 2 ด้าน คือ 1) การปฏิบัติตามแผนการรักษา 9 ข้อ 2) ความสามารถในการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา 9 ข้อ โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .63 ซึ่งได้ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และมีค่าความเที่ยง .83 โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงโดยตัดข้อคำถามในด้านความสามารถในการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา 2 ข้อ ในข้อที่ 15 คือ แม้มีอาการดีขึ้นแล้ว ท่านยังมารับยาสม่ำเสมอ และข้อที่ 16 คือ ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ วัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังทดลองหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 ซึ่งยังไม่ถึงกำหนดนัดพบแพทย์ และแบ่งเป็นข้อความทางบวก 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 5, 8, 10, 11, 12, 13, 16 และข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 14, 15 โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ค่าคะแนนทางบวก	ค่าคะแนนทางลบ
ประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	4	2
บางครั้ง	ปฏิบัติเดือนละครั้ง	3	3
นานๆครั้ง	นานๆ ปฏิบัติครั้งหนึ่ง	2	4
ไม่เคย	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตราวัด 5 ระดับ โดยนำจำนวนข้อมาหารด้วยคะแนนเต็ม และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจาก คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด เป็นค่าเฉลี่ย และความหมาย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542: 108)

คะแนน	ความหมาย
4.500-5.0	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก
3.50-4.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี

2.50-3.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง
1.50-2.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ
1.00-1.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน ในระหว่างวันที่ 28 มิถุนายน ถึง 2 กรกฎาคม 2547 และวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายของ Rorden and Taft (1990) และผสมผสานแนวคิดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Peplau, 1952) โดยมีเนื้อหาครอบคลุมปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

2.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการวางแผนการจำหน่าย แนวคิดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

2.2 สร้างโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยนำแนวคิดต่างๆที่ได้ศึกษาค้นคว้าและ ทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมาพร้อมกับปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและร่วมกำหนดโครงสร้างและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมให้ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในลักษณะของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายของ Rorden and Taft (1990) ที่เน้นการวางแผนจำหน่ายครอบคลุม 3 ขั้นตอน 1) การประเมินและกำหนดเป้าหมายการดูแลอย่างต่อเนื่อง 2) การวางแผนพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และ 3) การตรวจสอบระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และผสมผสานแนวคิดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Peplau, 1952) ประกอบด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบหนึ่งต่อหนึ่งระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการช่วยเหลือและค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและมีแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยมีเนื้อหาครอบคลุมปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ซึ่งประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ

การป่วยซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา โดยโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่ผู้วิจัยจะนำไปใช้กับกลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติการคัดเลือกเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดมีกิจกรรมการวางแผนจำหน่าย ดังต่อไปนี้

1. การประเมินและกำหนดเป้าหมายการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพบำบัด (รายบุคคล)

เวลา สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 30 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความไว้วางใจ และพัฒนาสัมพันธภาพที่อบอุ่น ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย
2. เพื่อให้มีการร่วมกันค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายของการแก้ไขปัญหาคือจะนำไปสู่การปรับตัวสู่การดำเนินชีวิตที่มั่นคงและพึงพอใจ
3. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาและรับรู้ศักยภาพของตนเองและบุคคลใกล้ชิดเพื่อร่วมกันแก้ปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต
4. เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพของตนเองในการดูแลและจัดการกับปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้

เนื้อหา

การสร้างสัมพันธภาพบำบัด เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว โดยเป็นสัมพันธภาพที่มีขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและมีแนวทางแก้ไขปัญหาคือได้เกิดทักษะและการเรียนรู้ แก้ไขความคิด ทัศนคติ มีการเปลี่ยนแปลงสู่สุขภาพที่ดี สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นใจและเกิดความพึงพอใจในชีวิต โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ทักษะเชิงวิชาชีพทั้งการใช้การสอน การให้คำปรึกษา การเป็นผู้ให้ข้อมูล การเป็นผู้นำและผู้จัดการระบบการดูแลของพยาบาลในการดำเนินการสร้างสัมพันธภาพบำบัด

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มแนะนำตัวเองเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ มีการสนทนาด้วยเรื่องทั่วไปก่อนเพื่อเกิดความผ่อนคลาย
2. กำหนดข้อตกลงในการสร้างสัมพันธภาพบำบัด ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการสร้างสัมพันธภาพ เวลาและระยะเวลาที่จะสนทนาในแต่ละครั้ง ตลอดจนจำนวนครั้งที่เจอกัน รวมทั้งสถานที่ที่นัดหมาย
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนา โดยเฉพาะ ประสบการณ์ ความเชื่อ เจตคติ เกี่ยวกับความรู้สึกและความคาดหวังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการใช้ยาการรักษาอาการทางจิตรวมทั้งเปิดเผยเรื่องราวที่กังวลใจหรือสิ่งที่เป็นปัญหาของตนเอง
4. พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต โดยใช้

เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและตระหนักถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและการดำเนินชีวิต

5. ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและยอมรับ และสามารถใช้ศักยภาพและทรัพยากรที่มีของตนเอง และบุคคลใกล้ชิดในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยร่วมกับผู้ป่วยในการจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหาและความต้องการการดูแลหลังจำหน่ายและร่วมกันกำหนดเป้าหมายการดูแล ต่อเนื่องเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาหลังจำหน่ายและปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถเล่าถึงประสบการณ์ ความเชื่อ เจตคติเกี่ยวกับการป่วยด้วยโรคจิตเภทและ ความคาดหวังต่อการเจ็บป่วย และสามารถรับรู้และเข้าใจ ยอมรับในปัญหาและความต้องการของ ตนเอง มีแนวทางในการแก้ไขปัญหามาได้ด้วยตนเองและความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด สามารถ จัดลำดับความสำคัญปัญหาและความต้องการการดูแลหลังจำหน่ายและสามารถกำหนดเป้าหมาย การ ดูแลหลังจำหน่ายร่วมกันได้ รวมทั้งสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและมีความพึงพอใจใน ผลของการสร้างสัมพันธภาพบำบัดโดยประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การสนทนา จากการสร้าง สัมพันธภาพบำบัดในแต่ละครั้ง

2. การวางแผนพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคจิตเภทและการรักษา

เวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคจิตเภท สาเหตุ อาการ และการรักษา และสามารถรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ
2. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและหลีกเลี่ยงการป่วยซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

เนื้อหา

การให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร เกี่ยวกับ โรค สาเหตุ อาการ การรักษาและ การจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยาแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยและ ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจและจะส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถคาดการณ์สถานการณ์ การ ดำเนินโรคและพยากรณ์โรคได้ มีการตัดสินใจที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติและส่งเสริมความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลโดยเฉพาะการดูแลตนเอง/การดูแลผู้ป่วย จิตเภทเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กิจกรรม

1. ดำเนินกลุ่มโดยผู้วิจัยแนะนำตัว และให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตัวเอง แล้วจึงชี้แจงวัตถุประสงค์ของผู้วิจัย โดยใช้ใบความรู้ที่ 1 และกำหนดคติกกลุ่มร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม
2. อภิปรายร่วมกันถึงการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล สาเหตุของโรคที่ทำให้ต้องมารับการรักษา อาการแสดงและการรักษาที่ได้รับในโรงพยาบาล ความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ โดยผู้นำกลุ่มสรุปเพิ่มเติมและเน้นความสำคัญของการรักษาด้วยยา เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

การประเมินผล

ผู้ป่วยและผู้ดูแล บอกถึงสาเหตุอาการ การรักษา ความรุนแรงหรือผลกระทบจากการป่วยซ้ำรวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของโรคจิตเภทได้ โดยประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ และประเมินความรู้ ความเข้าใจและการนำไปประยุกต์ใช้จากใบงาน

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

เวลา 45-60 นาที

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีทักษะการใช้ยา และสามารถสังเกตและจัดการกับอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลสามารถนำทักษะที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการกับปัญหาเรื่องยาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

เนื้อหา

การเสริมสร้างให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีทักษะในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต สามารถทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับการรักษาและนำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังจำหน่ายได้

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มเปิดประเด็นคำถามเกี่ยวกับอาการแพ้ยาที่ผู้ป่วยเคยมีและที่กำลังมีอยู่และอภิปรายร่วมกันถึงอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงจากยาทางจิต
2. ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกถึงวิธีการแก้ไขเมื่อเกิดอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่เคยปฏิบัติ
3. ผู้นำกลุ่มสรุปและอธิบายเพิ่มเติมถึงการสังเกตและวิธีการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา
4. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัยและเน้นย้ำถึงความสำคัญของการ

รักษาด้วยยาและให้กำลังใจในการรักษาต่อไป

การประเมินผล

ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกถึงวิธีการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง โดยประเมินจากการตอบคำถาม การแสดงความคิดเห็นร่วมกัน และสามารถประยุกต์ใช้ทักษะที่ได้รับได้โดยการประเมินจากการทำใบงาน

กิจกรรมที่ 4 การส่งเสริมความตระหนักในการจัดการกับอาการทางลบและการใช้แหล่งความช่วยเหลือในชุมชน

เวลา 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงสิ่งที่ดีและมองเห็นคุณค่าของตนเองทำให้สามารถปรับตัวอยู่ในครอบครัวและสังคมได้ตามอัธยาศัย

3. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยได้

4. เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลสามารถใช้แหล่งความช่วยเหลือที่มีในชุมชนได้

เนื้อหา

การเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาตนเอง มีการแสดงออกของอาการทางลบลดลง สามารถทำได้โดยการฝึกให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น ตระหนักถึงสิ่งที่ดีและมองเห็นคุณค่าของตนเอง มีความกล้าแสดงออก เปิดเผยตนเอง และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางลบและการจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลสามารถทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในอาการที่ผู้ป่วยแสดงออก และสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยให้อาการทางลบลดลงได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาตนเองนำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ต่อไป และมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลใช้แหล่งความช่วยเหลือที่มีในชุมชน ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรู้สึกไม่ถูกแยกออกจากสังคมและชุมชนที่อาศัยอยู่ ทำให้ผู้ป่วยได้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

กิจกรรม

1. ให้ผู้ป่วยบอกถึงข้อดีข้อเสียของตนเองและอภิปรายร่วมกันถึงประโยชน์ของการรู้จักตนเอง

2. ผู้นำกลุ่มสรุปถึงประโยชน์ของการรู้จักตนเองและส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กล้าแสดงออก

3. อธิบายเกี่ยวกับอาการทางลบและบทบาทการดูแลและการจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแล

4. ให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลอภิปรายถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชนรวมทั้งวิธีการของความช่วยเหลือจากแหล่งให้ความช่วยเหลือเหล่านั้น

การประเมินผล

1. ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกและเปิดเผยตนเองของผู้ป่วย ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น
2. ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถบอกถึงการดูแลจัดการเพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยได้
3. ผู้ป่วย/ผู้ดูแลสามารถบอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือที่มีในชุมชนรวมทั้งบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งความช่วยเหลือเหล่านั้นได้

กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว

เวลา 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีการรับรู้และมีทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัวได้
 2. เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อบอกความต้องการได้อย่างเหมาะสม
- #### **เนื้อหา**

การแสดงออกทางอารมณ์และการสื่อสารที่เหมาะสมระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ทำให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข มีความหวังใจผูกพัน ดูแลให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

กิจกรรม

1. ให้ผู้ป่วยอ่านสถานการณ์สมมติเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัวและอภิปรายร่วมกันถึงความรู้สึกต่อสถานการณ์
2. ผู้นำกลุ่มสรุปและบรรยายเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์และการสื่อสารที่เหมาะสมภายในครอบครัว
3. ให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อบอกความต้องการร่วมกันและเน้นย้ำถึงประโยชน์ของการสื่อสารที่ถูกต้องเหมาะสมภายในครอบครัวและชุมชน

การประเมินผล

ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัวและมีทักษะการสื่อสารเพื่อบอกความต้องการได้ โดยประเมินจากการแสดงความคิดเห็นและการฝึกทักษะการสื่อสารร่วมกัน

3. การตรวจสอบระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 6 การเสริมสร้างความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาการใช้ยาหลังจำหน่าย

เวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อตรวจสอบระดับความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับเพื่อไปปฏิบัติที่บ้าน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติเพื่อจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีกำลังใจในการรักษาด้วยยา

เนื้อหา

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติเพื่อมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สามารถทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับรู้และตระหนักถึงความสามารถของตนเองในการดูแลจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา มีแรงจูงใจและมีความเชื่อมั่นในตนเองในการดำเนินการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมที่สุด ในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปประยุกต์ใช้และกระทำพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องได้

กิจกรรม

1. ให้ผู้ป่วยอภิปรายร่วมกันถึงความรู้และทักษะที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาการใช้ยาหลังจำหน่าย
2. ให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการหยิบยาเองตามแผนการรักษา และส่งเสริมให้กำลังใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลแสดงออกทางคำพูด สีหน้า ท่าทางถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาหลังจำหน่ายได้
2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยสามารถหยิบยาได้ถูกต้องตามแผนการรักษา

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 7 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ผู้สอนการพยาบาล จิตเวช 2 ท่าน พยาบาล จิตเวช 4 ท่านและจิตแพทย์ 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัย

นำรายละเอียดของโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทุกขั้นตอน พร้อมชื่อ ที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา คือ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในกิจกรรมแต่ละขั้นตอน จากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยมีประเด็นแก้ไข ดังนี้

- 1) ระยะเวลาแต่ละขั้นตอนไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง เพราะจะทำให้ผู้ป่วยขาดสมาธิ จึงปรับแก้ในแต่ละขั้นตอนแบ่งกิจกรรมละ 45- 60 นาที ทุกขั้นตอน
- 2) ควรปรับกิจกรรมที่ 3 คือ การพัฒนาการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำให้อยู่ในกิจกรรมเดียวกับกิจกรรมที่ 2 คือ การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา
- 3) ควรปรับกิจกรรมการส่งเสริมการใช้แหล่งความช่วยเหลือในสังคมและชุมชนให้อยู่ใน กิจกรรมเดียวกับกิจกรรมที่ 4 คือ การส่งเสริมความตระหนักในการจัดการกับอาการทางลบ เนื่องจากกิจกรรมที่ 4 มีเนื้อหาค่อนข้างน้อย และสามารถอธิบายเนื้อหาในกิจกรรมเชื่อมโยงผู้การใช้แหล่งประโยชน์ในสังคมและชุมชนได้

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและแก้ไขโปรแกรมทั้ง 3 ประเด็น ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ในระหว่างวันที่ 28 มิถุนายน ถึง 2 กรกฎาคม 2547 โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มละ 7-8 คน จัดกิจกรรมครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้และความเหมาะสมของเวลา รวมถึงปัญหาอุปสรรคอื่น ๆ อันอาจจะเกิดขึ้นได้ โดยนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้งตามปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทดลองใช้โปรแกรม

ปัญหาที่พบในการทดลองใช้โปรแกรม คือ เรื่องของเนื้อหาที่ต้องมีการปรับให้มีความกระชับขึ้น ในกิจกรรมที่ 2 ซึ่งเป็นแผนการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาที่มีเนื้อหาค่อนข้างมาก จึงทำการปรับให้สั้นลง ส่วนระยะเวลาของการทำกิจกรรมที่กำหนดไว้ สามารถดำเนินการได้ตามเวลาที่กำหนด รูปแบบของการจัดกิจกรรมและขั้นตอนของกระบวนการกลุ่มดำเนินไปได้ด้วยดี มีบ้างที่ผู้ป่วยบางคนพูดคุยก่อนนอกเรื่อง และไม่ค่อยแสดงความคิดเห็น แต่ผู้นำกลุ่มสามารถแก้ไขสถานการณ์และสามารถดำเนินกลุ่มไปได้ด้วยดีโดยใช้พลังกลุ่มในการกระตุ้นผู้ป่วย

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลรักษา ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาค้นคว้าจากตำราและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีลักษณะข้อคำถามที่ครอบคลุมเนื้อหาในกิจกรรมในโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย คือ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการรักษา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การจัดการกับอาการทางลบ ฤทธิ์ข้างเคียงของยา การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้แสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว การใช้ประโยชน์จากแหล่งความช่วยเหลือในสังคม และชุมชน เพื่อตรวจสอบความรู้ความเข้าใจและความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีข้อคำถาม 20 ข้อ ในผู้ป่วย และ 30 ข้อในผู้ดูแล เป็นคำถามให้เลือกตอบ ถูก-ผิด ถ้าถูก คิด 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน โดยถือเกณฑ์ผ่าน 80 % ขึ้นไป ถ้าไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยจะทำการสอนรายบุคคลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ผู้สอนการพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลจิตเวช 4 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของแบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลรักษา พร้อมชื่อ ที่อยู่และข้อมูลที่เป็นจำเป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนน ความคิดเห็นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนนเห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป โดยคำนวณได้จากสูตรดังนี้ (Hambleton, et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณทรานุกร, 2544)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .93 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับแก้เล็กน้อยเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น

2. การตรวจสอบหาความเที่ยง(Reliability) นำเครื่องมือที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คนในระหว่างวันที่ 28 มิถุนายน ถึง 2 กรกฎาคม 2547 และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน(Kuder-Richarson)ชนิด KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น.75หลังจากนั้นได้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาปรับปรุงข้อคำถามข้อที่ 5, 7, 11, 18, 20, 23 และ 28 เนื่องจากมีความสัมพันธ์รายข้อ $< .20$ โดยปรับแก้ข้อคำถามให้เป็นรูปธรรมอ่านเข้าใจง่ายขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ระยะเตรียมการทดลอง

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังได้กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
2. จัดทำแผนการดำเนินการทดลอง โดยประสานงานกับโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว จึงติดต่อขอความร่วมมือในการวิจัยและจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มงานการพยาบาล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนในการทำวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ขอใช้อุปกรณ์และสถานที่ และแจ้งวัน เวลา ในการจัดกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการทดลอง
2. เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้ช่วยวิจัยจะต้องมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการสัมภาษณ์ วิธีการให้คะแนนและเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจนและเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน
3. ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย (จับสลาก) เพื่อคัดเลือกเด็กทดลองและเด็กควบคุมอย่างละ 4 เด็ก ศึกษารายงานประวัติผู้ป่วยในตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยปรึกษาร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กล่าวไว้ในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ระยะดำเนินการทดลอง

1. กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในสัปดาห์ที่1-3 ของการทดลองได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล คือ กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป เป็นการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาด

ร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยา การเตรียมตรวจต่างๆ ส่วน เป็นต้น และกิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ คือ การสร้างสัมพันธภาพ การทำกิจกรรมบำบัดต่างๆ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค การให้คำแนะนำต่างๆ การให้คำปรึกษา จิตบำบัด ประคับประคอง กลุ่มนันทนาการ กลุ่มวาดภาพ ปั่นดินน้ำมัน กลุ่มออกกำลังกาย เป็นต้น

2. กลุ่มทดลอง ดำเนินการตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่สร้างขึ้นในกลุ่มทดลอง ทั้ง 4 กลุ่ม ซึ่งแต่ละกลุ่มจะได้รับการวางแผนจำหน่าย โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม ตามกำหนดการเข้าร่วมกิจกรรม ณ ห้องกิจกรรมของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ดังนี้

วัน/เวลา	กิจกรรม
จันทร์ ที่ 19, 26 กรกฎาคม และ 2 สิงหาคม 2547 พฤหัสบดี ที่ 22, 29 กรกฎาคม 2547 เวลา 30 นาที / ครั้ง / คน	1. การสร้างสัมพันธภาพบำบัด (รายบุคคล)
อังคาร ที่ 20 กรกฎาคม 2547 เวลา 10.00-11.00 น. (กลุ่มที่ 1) 14.00-15.00 น. (กลุ่มที่ 2)	2. การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา
ศุกร์ ที่ 23 กรกฎาคม 2547 เวลา 10.00-11.00 น. (กลุ่มที่ 1) 14.00-15.00 น. (กลุ่มที่ 2)	3. การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
อังคาร ที่ 27 กรกฎาคม 2547 เวลา 10.00-11.00 น. (กลุ่มที่ 1) 14.00-15.00 น. (กลุ่มที่ 2)	4. การส่งเสริมความตระหนักในการจัดการกับอาการทางลบและการใช้แหล่งความช่วยเหลือในชุมชน
ศุกร์ ที่ 30 กรกฎาคม 2547 เวลา 10.00-11.00 น. (กลุ่มที่ 1) 14.00-15.00 น. (กลุ่มที่ 2)	5. การส่งเสริมการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว
อังคาร ที่ 3 สิงหาคม 2547 เวลา 10.00-11.00 น. (กลุ่มที่ 1) 14.00-15.00 น. (กลุ่มที่ 2)	6. การเสริมสร้างความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาการใช้ยาหลังจำหน่าย

โดยผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 และ 2 ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายตามวันและเวลาในตาราง ส่วนกลุ่มที่ 3 และ 4 ได้รับการดูแลเช่นเดียวกันกับกลุ่มที่ 1 และ 2

ในวันที่ 5 – 20 สิงหาคม 2547 ซึ่งในแต่ละกิจกรรมมีวัตถุประสงค์และการประเมินผล ดังนี้ (รายละเอียดเนื้อหาและกิจกรรมแต่ละขั้นตอนแสดงในเครื่องมือฉบับสมบูรณ์)

ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในวันที่มาเยี่ยมผู้ป่วยและในวันจำหน่ายผู้ป่วย

1. การประเมินและกำหนดเป้าหมายการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพบำบัด (รายบุคคล)

เวลา 30 นาที 2 ครั้ง / สัปดาห์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความไว้วางใจ และพัฒนาสัมพันธภาพที่อบอุ่น ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย
2. เพื่อให้มีการร่วมกันค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายของการแก้ไขปัญหานั้นที่จะนำไปสู่การปรับตัวสู่การดำเนินชีวิตที่มั่นคงและพึงพอใจ
3. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาและรับรู้ศักยภาพของตนเองและบุคคลใกล้ชิดเพื่อร่วมกันแก้ปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต
4. เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพของตนเองในการดูแลและจัดการกับปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มแนะนำตัวเองเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ มีการสนทนาด้วยเรื่องทั่วไปก่อนเพื่อเกิดความผ่อนคลาย
2. กำหนดข้อตกลงในการสร้างสัมพันธภาพบำบัด ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการสร้างสัมพันธภาพ เวลาและระยะเวลาที่จะสนทนาในแต่ละครั้ง ตลอดจนจำนวนครั้งที่เจอกัน รวมทั้งสถานที่ที่นัดหมาย
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนา โดยเฉพาะ ประสบการณ์ ความเชื่อ เจตคติ เกี่ยวกับความรู้สึกและความคาดหวังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการใช้ยารักษาอาการทางจิต รวมทั้งเปิดเผยเรื่องราวที่กังวลใจหรือสิ่งที่เป็นปัญหาของตนเอง
4. พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต โดยใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและตระหนักถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและการดำเนินชีวิต
5. ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและยอมรับปัญหา และสามารถใช้ศักยภาพและทรัพยากรที่มีของตนเองและบุคคลใกล้ชิดในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยร่วมกับผู้ป่วยในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการการดูแลหลังจำหน่ายและร่วมกันกำหนดเป้าหมายการดูแลต่อเนื่องเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาหลังจำหน่ายและปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้

6. เมื่อผู้ป่วยได้รับรู้และเข้าใจ สามารถสรุปปัญหา สาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหา แนวทางการปรับตัวและการเผชิญปัญหาได้ด้วยตนเองแล้ว การช่วยเหลือจากพยาบาลจะน้อยลง และยุติการสร้างสัมพันธภาพ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแสดงความรู้สึกในการยุติสัมพันธภาพ

7. หลังเสร็จสิ้นการสร้างสัมพันธภาพบำบัดในแต่ละครั้ง บันทึกรายงานการสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบบันทึกเพื่อเป็นข้อมูลให้เกิดความต่อเนื่องและเป็นการประเมินผลการสร้างสัมพันธภาพ

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความไว้วางใจผู้วิจัย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต สามารถบอกถึงปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและอธิบายได้ถึงปัญหาที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำซึ่งมาจากการขาดยา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ คิดว่าหายแล้วจึงไม่รับประทานยา และบางคนมีปัญหาทะเลาะกับสมาชิกในครอบครัวจึงต่อต้านโดยการไม่กินยา ผู้ป่วยสามารถร่วมกับผู้วิจัยในการกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหากับการใช้ยาและปัญหาที่กระทบต่อการดำเนินชีวิตได้

ผู้ดูแลมีความไว้วางใจผู้วิจัยและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ดูแล และต้องการให้ผู้ช่วยหายจากการป่วย สามารถอยู่บ้านทำงานได้ และร่วมกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายได้ เช่น การดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

2. การวางแผนพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา

เวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ และการรักษา และสามารถรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและหลีกเลี่ยงการป่วยซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกอภิปรายถึง สาเหตุ อาการ และการรักษาของโรคจิตเภทและผู้นำกลุ่มบรรยายสรุปเรื่องโรคจิตเภทและการรักษา

2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทบทวนในประเด็นอาการเตือนเบื้องต้นของการป่วยซ้ำ ปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำ โดยผู้นำกลุ่มบรรยายสรุปหลังการอภิปราย

3. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยได้ประยุกต์ความคิดโดยการให้สมาชิกอ่านสถานการณ์สมมติและแสดงความคิดเห็นร่วมกันเกี่ยวกับสถานการณ์สมมตินั้น

4. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย และสรุปเน้นย้ำถึงความสำคัญของการรักษาด้วยยาและการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

การประเมินผล

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต และรู้ว่าการรักษาด้วยยามีประโยชน์ทำให้ไม่มีอาการกำเริบ สามารถบอกได้ถึงผลกระทบจากการป่วยซ้ำได้ “ป่วยแต่ละครั้งต้องอยู่โรงพยาบาลนาน ไม่ได้ทำงาน แม่มาเยี่ยมก็ต้องเสียเงินค่ารถแพง เพราะบ้านไกล” และสามารถบอกได้ถึงปัจจัยที่ทำให้ป่วยซ้ำรวมทั้งบอกถึงการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นก่อนการป่วยซ้ำได้

ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการป่วยเป็นโรคจิตเภทมากขึ้นทั้ง สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ความรุนแรงของโรคและการดูแลรักษา “ต่อไปจะได้สังเกตได้ถึงอาการเริ่มป่วยซ้ำ จะได้รับการรักษาได้เร็ว ไม่มีอาการมากเหมือนครั้งนี้” “เพิ่งรู้ว่า การรักษาด้วยไฟฟ้าไม่อันตราย เมื่อก่อนกลัวว่าลูกจะถูกช็อคไฟฟ้า แล้วทำให้ความจำเสื่อม” “เมื่อก่อน คิดว่าเมื่อกินยาอาการดีขึ้นแล้ว ไม่จำเป็นต้องกินอีก”

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

เวลา 45-60 นาที

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีทักษะการใช้ยา และสามารถสังเกตและจัดการกับอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถนำทักษะที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการกับปัญหาเรื่องยาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มเปิดประเด็นคำถาม “ท่านเคยแพ้ยาหรือมีอาการข้างเคียงจากยาทางจิตหรือไม่” และให้สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์การมีอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงจากยาทางจิตและวิธีการจัดการที่ผ่านมาร่วมกัน
2. ผู้นำกลุ่มบรรยายสรุปถึงการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
3. ให้สมาชิกได้ประยุกต์ความคิด โดยให้บอกถึงวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยให้ทำกิจกรรมในใบงานและนำเสนอภายในกลุ่ม
4. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและอธิบายเพิ่มเติมถึงการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องรวมทั้งเน้นย้ำถึงความสำคัญของการรักษาด้วยยา และส่งเสริมให้กำลังใจสมาชิกในการมีพฤติกรรมการใช้ตามเกณฑ์การรักษาหลังจำหน่ายเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

การประเมินผล

ผู้ป่วยผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถบอกวิธีการใช้ยาและสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง เช่น ต้องกินยาต่อเนื่อง ไม่หยุด เพิ่มหรือลดยาเอง ต้องกินยาตรงเวลา และถ้ามีอาการแพ้ยาที่กินยาแก้แพ้ที่หมอให้ แต่ถ้ามีอาการมากต้องมาพบแพทย์ และแสดงสีหน้ามั่นใจว่าจะนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากในกลุ่มกลับไปใช้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน และร่วมให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการที่จะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาต่อเนื่องหลังจำหน่าย

ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับยารักษาอาการทางจิตและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการข้างเคียงจากยาได้ โดยสามารถบอกถึงการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาทางจิตได้ “ไม่เคยรู้เลยว่าอาการแพ้ยาเป็นอย่างไร เห็นมือสั่นตลอด นึกว่าแกล้งทำ” “ก่อนหน้านี้พอกินยาแล้วแพ้ไม่รู้จะทําอย่างไร เลยให้หยุดกินยาไปเลย” ผู้ดูแลแสดงสีหน้ามั่นใจว่าจะสามารถดูแลการรับประทานยาต่อเนื่องหลังกลับบ้านได้

กิจกรรมที่ 4 การส่งเสริมความตระหนักในการจัดการกับอาการทางลบและการใช้แหล่งความช่วยเหลือในชุมชน

เวลา 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงสิ่งที่ดีและมองเห็นคุณค่าของตนเองทำให้สามารถปรับตัวอยู่ในครอบครัวและสังคมได้ตามอัธยาศัย
3. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยได้
4. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถใช้แหล่งความช่วยเหลือที่มีในชุมชนได้

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกจับคู่กันบอกถึงข้อดี ข้อด้อยของตนเองให้สมาชิกในกลุ่มฟังและอภิปรายร่วมกันถึงประโยชน์ของการรู้จักตนเอง
2. ผู้นำกลุ่มสรุปถึงประโยชน์ของการรู้จักตนเองและเชื่อมโยงไปสู่การจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยและการพัฒนาตนเองเพื่อการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและส่งเสริมให้กำลังใจสมาชิกให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กล้าแสดงออกเปิดเผยตนเองและกล้าตัดสินใจ
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกอภิปรายร่วมกันในประเด็นเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนเมื่อเกิดปัญหาต่างๆที่ไม่สามารถแก้ไขได้ และแสดงความคิดเห็นร่วมกันถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งให้ความช่วยเหลือที่มีในชุมชน โดยผู้นำกลุ่มบรรยายสรุปให้เห็นถึง

ประโยชน์จากการมีแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชนรวมทั้งวิธีการขอความช่วยเหลือ เพื่อผู้ป่วย และผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือได้ทันทั่วถึง

การประเมินผล

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับและกล้าเปิดเผยถึงข้อดี ข้อเสียของตนเองและกล้าแสดงออกในการ แสดงความคิดเห็นร่วมกันและรู้สึกว่าคุณอื่นมีปัญหาเช่นเดียวกับคน “ คิ๊งที่ได้รู้ว่าไม่ใช่เราคนเดียว ที่เจอปัญหานี้ จะลองนำวิธีการที่เพื่อนแนะนำไปปฏิบัติดู เพื่อจะได้ผลบ้าง” ผู้ป่วยบอกว่ามี ความมั่นใจและรู้สึกว่าคุณอื่นมีค่ามากขึ้นเพราะเมื่อก่อนเดินไปไหนพอลูกชาวบ้านหรือเด็กๆว่าไอ้บ้าก็ เสียใจจึงไม่ออกจากบ้านอีก และคิดว่าจะสามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวและชุมชนได้ดีขึ้น ผู้ป่วย สามารถบอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือที่มีในชุมชนได้ “ คิดว่าจะเอาญาติไปให้หมอที่อนามัยฉีด ให้จะได้ไม่ต้องไปไกลถึงโรงพยาบาล” “ต่อไปจะไปรับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านจะได้ไม่ต้องเสีย ค่าเดินทางมาที่นี่”

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางลบของผู้ป่วยและมองผู้ป่วยในแง่ บวกมากขึ้น และเข้าใจถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางลบได้ดีขึ้น มีสีหน้า ทำท่าทางมั่นใจในการที่จะ ปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และสามารถบอกถึงแหล่งให้ความ ช่วยเหลือในชุมชนได้ เช่น เพื่อนบ้าน วัด สถานอนามัย สถานตำรวจ โรงพยาบาลใกล้บ้าน

กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว

เวลา 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการรับรู้และมีทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ภายในครอบครัวได้

2. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อบอกความต้องการได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกอ่านสถานการณ์สมมติเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ภายใน ครอบครัวและให้สมาชิกจับคู่แสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์นั้น โดยมีการแสดงความคิดเห็น และอภิปรายร่วมกันถึงความรู้สึกต่อสถานการณ์สมมตินั้น

2. ผู้นำกลุ่มบรรยายถึงการแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัวและการติดต่อสื่อสารที่ เหมาะสมภายในครอบครัว

3. ให้สมาชิกเล่าถึงการแสดงออกทางอารมณ์และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมภายใน ครอบครัวที่มีของตนเอง และร่วมกันแสดงความคิดเห็นถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดการสื่อสารที่ล้มเหลว ในครอบครัว

4. ให้สมาชิกแบ่งกลุ่มฝึกทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมเพื่อบอกความต้องการแก่สมาชิกใน

ครอบครัว และร่วมกันบอกถึงประโยชน์ของการสื่อสารที่เหมาะสม

5. ผู้นำกลุ่มสรุปถึงประโยชน์ของการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์และการสื่อสารที่เหมาะสมภายในครอบครัว และให้กำลังใจสมาชิกในการปรับตัวอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุขหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถรับรู้และเข้าใจถึงการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละครอบครัว เช่น บางครอบครัวเข้มงวดในทุกๆเรื่อง พุดจาเสียงดัง แสดงอารมณ์ที่รุนแรงกันตลอด ในขณะที่บางครอบครัวไม่ค่อยสนใจ ปล่อยปละละเลยผู้ป่วย “ทำไมเรื่องที่ทำให้แสดงบทบาทสมมติเหมือนกับครอบครัวของหนูเลย” “ที่บ้าน พี่ชายชอบด่าว่า ไปเที่ยวไหนก็ไม่ได้ กลับมาต้องถูกตีทุกที” และรับรู้ เข้าใจ และยอมรับถึงการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัว และสามารถฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อบอกความต้องการได้ ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางแสดงความมั่นใจว่าจะสามารถนำความรู้ ทักษะที่ได้รับกลับไปใช้ปรับตัวอยู่กับครอบครัวได้ดีขึ้น

ผู้ดูแลเข้าใจถึงการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัว รู้ว่าการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง การด่าว่าทุบตี หรือใช้อารมณ์กับผู้ป่วยทำให้เกิดการป่วยซ้ำได้ และสามารถฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อบอกความต้องการได้

3. การตรวจสอบระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 6 การเสริมสร้างความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาการใช้ยาหลังจำหน่าย

เวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อตรวจสอบระดับความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับเพื่อไปปฏิบัติที่บ้าน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติเพื่อจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีกำลังใจในการรักษาด้วยยา

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกได้ฝึกทักษะการหยาบยาตนเองตามแผนการรักษา เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติได้หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. อภิปรายร่วมกันถึงความรู้และทักษะที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัยและอภิปรายร่วมกันถึงความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังจำหน่าย

3. ให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หลังจำหน่ายและผู้นำกลุ่มส่งเสริมให้กำลังใจสมาชิกให้เกิดความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายได้

การประเมินผล

ผู้ป่วยแสดงออกทางคำพูด สีหน้า ท่าทางถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาหลังจำหน่ายได้ สามารถทบทวนถึงวิธีการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับ พฤติกรรมการใช้ยาได้ถูกต้อง และสามารถหยิบยาเองได้ถูกต้องตามแผนการรักษา “อยู่ที่บ้านผมหยิบยากินเองอยู่แล้ว ผมคิดว่าทำได้อยู่แล้ว และจะให้แม่ช่วยดูให้ด้วย”

ผู้ดูแลมีสีหน้าท่าทางมั่นใจว่าจะสามารถดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง และจะจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทในสัปดาห์แรก ก่อนการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท หลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย 1 สัปดาห์ ทั้งนี้เนื่องจาก ขณะอยู่ในโรงพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจะมีพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการในการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีโอกาสได้ปฏิบัติ พฤติกรรมการใช้ยาด้วยตนเอง โดยมีผู้ดูแลคอยให้ความช่วยเหลือ ซึ่งการได้ทดลองปฏิบัติ พฤติกรรมการใช้ยาหลังจากได้รับ โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย 1-2 สัปดาห์หลังจำหน่าย เป็นช่วงเวลาในการปรับตัวของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังนั้น ผู้วิจัย จึงใช้เวลาในการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 1 สัปดาห์หลังจากการใช้ โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของผลของการใช้การสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจวาย ของ ชุตินา ผังชัยมงคล (2544) ที่พบว่า หลังการใช้โปรแกรม 1 สัปดาห์ กลุ่ม ทดลองมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเอง (Bakker and Kastermans,1994)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เริ่มต้นจากการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยไม่มี การบังคับ ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หากเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

โดยไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลหรือการบำบัดรักษา ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่ จะทำในภาพรวมของผลการวิจัย

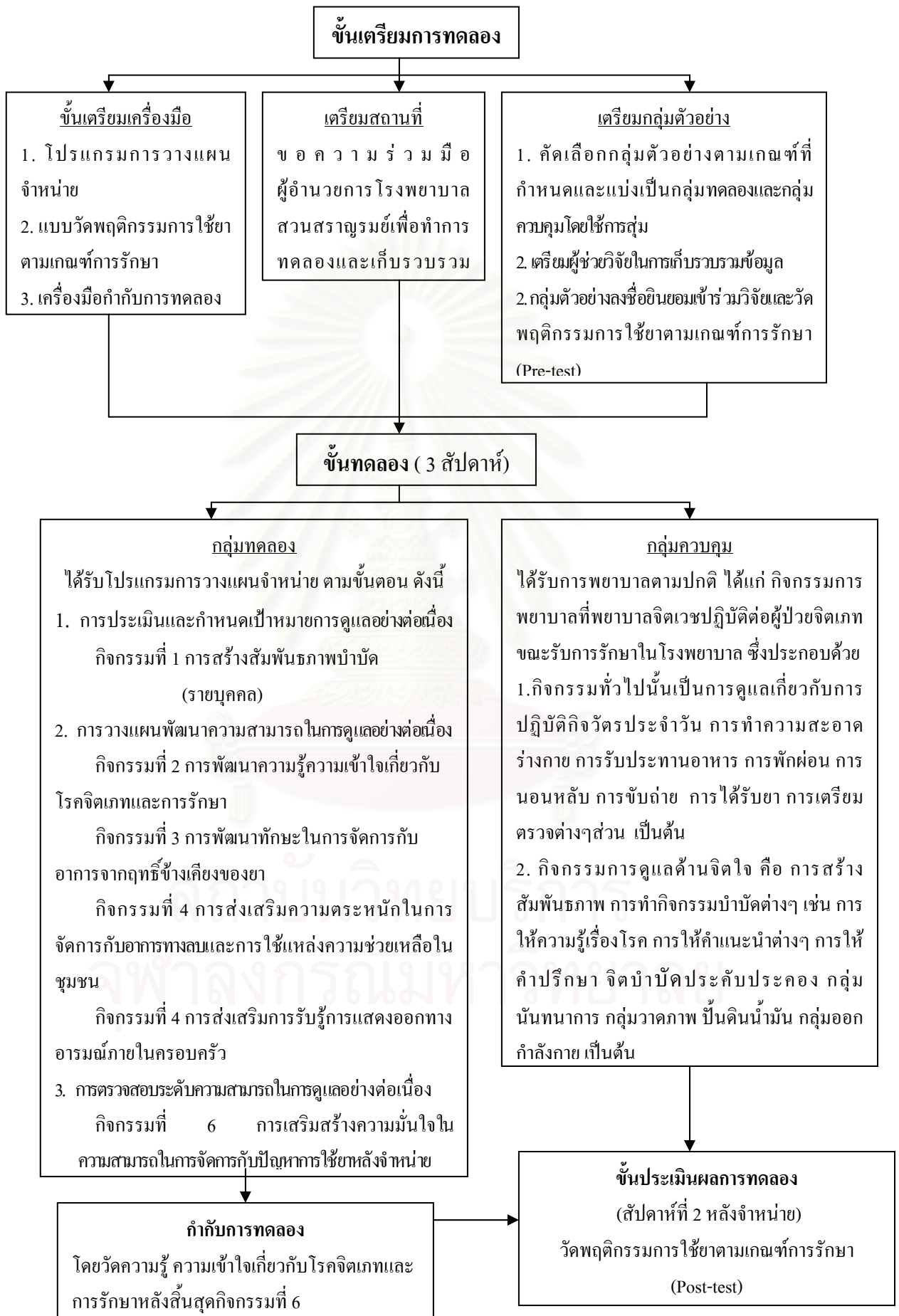
การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยดำเนินการ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ
6. คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง
7. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test)
8. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t- test)
5. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและ เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการ วางแผนจำหน่ายและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายและนำเสนอ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 สรุปความคิดเห็นของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและผู้ดูแลภายหลังได้รับการ วางแผนจำหน่าย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	9	45.00	10	50.00	19	47.50
หญิง	11	55.00	10	50.00	21	52.50
อายุ						
20-29 ปี	4	20.00	6	30.00	10	25.00
30-39 ปี	12	60.00	8	40.00	20	50.00
40-49 ปี	4	20.00	4	20.00	8	20.00
50-59 ปี	-	-	2	10.00	2	5.00
สถานภาพสมรส						
โสด	9	45.00	12	60.00	21	52.50
สมรส	6	30.00	1	5.00	7	17.50
หม้าย/หย่า/แยก	5	25.00	7	35.00	12	30.00
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	8	40.00	9	45.00	17	42.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	20.00	3	15.00	7	17.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	5	25.00	4	20.00	9	22.50
อนุปริญญา	2	10.00	2	10.00	4	10.00
ปริญญาตรี	1	5.00	2	10.00	3	7.50

จากตารางที่ 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.50 โดยมีอายุส่วนใหญ่ระหว่าง 30-39 ปี มีสถานภาพโสด ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.50

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ระยะเวลาเจ็บป่วยและจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ไม่มีอาชีพ	7	35.00	6	30.00	13	32.50
รับราชการ	-	-	1	5.00	1	2.50
รับจ้าง	7	35.00	6	30.00	13	32.50
ธุรกิจส่วนตัว	-	-	1	5.00	1	2.50
เกษตรกร	6	30.00	6	30.00	12	30.00
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	10	50.00	11	55.00	21	52.50
ไม่เพียงพอ	10	50.00	9	45.00	19	47.50
ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย						
มารดา	7	35.00	5	25.00	12	30.00
บิดา-มารดา	5	25.00	8	40.00	13	32.50
พี่-น้อง	3	15.00	5	25.00	8	20.00
สามี/ภรรยา	5	25.00	1	5.00	6	15.00
บุตร	-	-	1	5.00	1	2.50
ระยะเวลาเจ็บป่วย						
น้อยกว่า 5 ปี	9	45.00	7	35.00	16	40.00
มากกว่า 5 ปี	11	55.00	13	65.00	24	60.00
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล						
น้อยกว่า 5 ครั้ง	14	70.00	13	65.00	27	67.50
มากกว่า 5 ครั้ง	6	30.00	7	35.00	13	32.50

จากตารางที่ 3 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพและมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.50 เท่ากัน มีความเพียงพอของรายได้ มีผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยคือบิดา-มารดา มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยส่วนใหญ่มากกว่า 5 ปี และจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5 ครั้ง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ตารางที่ 4 ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา	หลังการทดลอง					ก่อนการทดลอง				
	Max	Min	\bar{X}	S.D.	ระดับ	Max	Min	\bar{X}	S.D.	ระดับ
กลุ่มทดลอง	80	70	76.80	2.98	ดีมาก	46	26	35.75	6.10	ต่ำ
กลุ่มควบคุม	63	49	57.20	3.94	ดี	44	25	34.95	5.88	ต่ำ

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าสูงสุดและต่ำสุดของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาใกล้เคียงกันและอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน และหลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีค่าสูงสุดและต่ำสุดของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (80 และ 70) สูงกว่าค่าสูงสุดและต่ำสุดของกลุ่มควบคุม (63 และ 49) ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายด้านของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา	หลังการทดลอง					ก่อนการทดลอง				
	Max	Min	\bar{X}	S.D.	ระดับ	Max	Min	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา										
กลุ่มทดลอง	45	39	43.20	1.58	ดีมาก	31	13	21.15	4.82	ต่ำ
กลุ่มควบคุม	42	32	37.05	3.52	ดี	30	11	20.45	4.36	ต่ำ
ด้านความสามารถในการสังเกต และจัดการกับอาการข้างเคียงของยา										
กลุ่มทดลอง	35	30	33.60	1.64	ดีมาก	19	11	14.60	1.96	ต่ำ
กลุ่มควบคุม	23	16	20.15	1.66	ปานกลาง	19	11	14.50	2.35	ต่ำ

จากตารางที่ 5 พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าสูงสุดและต่ำสุดของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายด้านใกล้เคียงกันและอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน และหลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีค่าสูงสุดและต่ำสุดของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา (45 และ 39) ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก สูงกว่าค่าสูงสุดและต่ำสุดของกลุ่มควบคุม (42 และ 32) ซึ่งอยู่ในระดับดี และมีค่าสูงสุดและต่ำสุดของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา (35 และ 30) ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก สูงกว่าค่าสูงสุดและต่ำสุดของกลุ่มควบคุม (23 และ 16) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง			t
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
กลุ่มทดลอง	76.80	2.98	ดีมาก	35.75	6.10	ต่ำ	33.91*
กลุ่มควบคุม	57.20	3.94	ดี	34.95	5.88	ต่ำ	17.17*

*p < .05

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังการทดลอง (\bar{X} = 76.80) สูงกว่าก่อนการทดลอง (\bar{X} = 35.75) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังการทดลอง (\bar{X} = 57.20) สูงกว่าก่อนการทดลอง (\bar{X} = 34.95)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา	หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		t
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา					
กลุ่มทดลอง	43.20	1.58	21.15	4.82	21.57*
กลุ่มควบคุม	37.05	3.52	20.45	4.36	14.85*
ด้านความสามารถในการสังเกต และจัดการกับอาการข้างเคียงของยา					
กลุ่มทดลอง	33.60	1.64	14.60	1.96	43.05*
กลุ่มควบคุม	20.15	1.66	14.50	2.35	8.80*

*p < .05

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านก่อนและหลังการทดลองของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังการทดลองด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา (\bar{X} = 43.20) และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา (\bar{X} = 33.60) สูงกว่าก่อนการทดลอง (\bar{X} = 21.15) และ (\bar{X} = 14.60) ตามลำดับ และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังการทดลองด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา (\bar{X} = 37.05) และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา (\bar{X} = 20.15) สูงกว่าก่อนการทดลอง (\bar{X} = 20.45) และ (\bar{X} = 14.50) ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา	หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	t	\bar{X}	S.D.	t
กลุ่มทดลอง	76.80	2.98	17.79*	35.75	6.10	.40
กลุ่มควบคุม	57.20	3.94		34.95	5.88	

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 76.80$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 57.20$) และก่อนทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทไม่มีความแตกต่างกัน นั่นคือ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 35.75$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 34.95$) ตามลำดับ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา	หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	t	\bar{X}	S.D.	t
ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา						
กลุ่มทดลอง	43.20	1.58	7.14*	21.15	4.82	.48
กลุ่มควบคุม	37.05	3.52		20.45	4.31	
ด้านความสามารถในการสังเกต และจัดการกับอาการข้างเคียงของยา						
กลุ่มทดลอง	33.60	1.64	25.79*	14.60	1.96	.15
กลุ่มควบคุม	20.15	1.66		14.50	2.35	

*p < .05

จากตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทรายด้าน ในด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 นั่นคือ คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาทั้ง 2 ด้าน ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และก่อนการทดลองคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 ด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายชื่อของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อความ	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
*ท่านเคยรับประทานยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	5.00	.00	ดีมาก	5.00	.00	ดีมาก
*ท่านรับประทานยานอนหลับเพิ่มโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง	5.00	.00	ดีมาก	5.00	.00	ดีมาก
*เมื่อยามหมดท่านซื้อยาทางจิตกินเอง	5.00	.00	ดีมาก	5.00	.00	ดีมาก
*ท่านเคยลดจำนวนเม็ดคยาน้อยกว่าแผนการรักษา	5.00	.00	ดีมาก	4.50	.76	ดีมาก
*ท่านเคยหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น	4.25	.91	ดี	5.00	.00	ดีมาก
*ท่านหยุดรับประทานยาโดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ	4.25	.72	ดี	4.90	.31	ดีมาก
ท่านรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง	4.25	.79	ดี	4.90	.45	ดีมาก
*ท่านเคยรับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น	4.15	.88	ดี	5.00	.00	ดีมาก
ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่องการใช้ยา	3.30	.47	ปานกลาง	4.65	.59	ดีมาก
*เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย ท่านหยุดรับประทานยารักษาโรคจิต	3.15	.37	ปานกลาง	5.00	.00	ดีมาก
*ท่านเคยลืมรับประทานยา	3.05	.60	ปานกลาง	4.40	.75	ดี
เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาทางจิต	2.65	.59	ปานกลาง	4.85	.37	ดีมาก
ท่านรับประทานยาแก้แพ้ตามที่แพทย์สั่งให้						
ท่านรับประทานยาตรงตามเวลา	2.60	.50	ปานกลาง	4.00	.65	ดี
ท่านปรึกษากับทีมสุขภาพ เมื่อมีปัญหาหรืออาการผิดปกติจากการใช้ยา	2.30	.66	ต่ำ	4.80	.41	ดีมาก
เมื่อท่านมีอาการผิดปกติรุนแรงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที	1.90	.64	ต่ำ	4.90	.31	ดีมาก
ท่านขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษา เมื่ออาการทางไม่จิตดีขึ้น	1.85	.49	ต่ำ	4.40	.68	ดี
รวม	57.20	3.94	ดี	76.80	2.98	ดีมาก

* ข้อความทางลบ

จากตารางที่ 10 พบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามรายชื่อของกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับ ต่ำ-ดีมาก โดยมีข้อที่อยู่ในระดับต่ำ 3 ข้อ คือ ท่านปรึกษากับทีมสุขภาพ เมื่อมีปัญหาหรืออาการผิดปกติจากการใช้ยา ,เมื่อท่านมีอาการผิดปกติรุนแรงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที และท่านขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษา เมื่ออาการทางไม่จิตดีขึ้น และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามรายชื่อของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี-ดีมาก

ตอนที่ 3 สรุปความคิดเห็นของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยจิตเภทในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากจะส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงขึ้นแล้ว หลังเสร็จสิ้น โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลพูดถึงความรู้สึกที่มีต่อการเข้าร่วม โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วม โปรแกรม ซึ่งสรุปได้ดังนี้

ความคิดเห็นของผู้ป่วย

1. เป็นกิจกรรมที่ได้ทำให้รู้จักและมีสัมพันธภาพที่ดีกันมากขึ้นทั้งกับพยาบาลและกับผู้ป่วยด้วยกันเอง “ได้คุยกับคุณพยาบาลแล้วทำให้สบายใจขึ้น พยาบาลที่นี้ใจดีทุกคน เวลามีปัญหาอะไรก็บอกพยาบาลได้” “ ดีใจที่ได้เข้ากลุ่ม ได้รู้จักเพื่อนๆมากขึ้น ปกติเดินไปเดินมาในตึก ไม่ค่อยกล้าเข้าไปคุย”
2. เป็นกิจกรรมที่ได้แลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดเห็นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย มีโอกาสได้ซักถามข้อสงสัย ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลรักษามากขึ้น “การเข้ากลุ่มทำให้มีความรู้เรื่องโรคมมากขึ้น ทำให้รู้ว่าจะต้องดูแลรักษาตัวยังไง จะได้ไม่ต้องเข้าโรงพยาบาลอีก”
3. ผู้ป่วยรู้สึกพอใจที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม รู้สึกมีเพื่อน และทราบว่าคนอื่นๆก็มีปัญหาเช่นกัน ตนเองไม่ได้แตกต่างไปจากคนอื่น ทำให้ไม่ท้อแท้ รู้สึกมีกำลังใจมากขึ้น “คิดว่าปัญหาของเราถือว่าหนักแล้วนะ คนอื่นยังมีปัญหามากกว่าเราอีก”
4. สามารถนำความรู้และคำแนะนำที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มไปปรับใช้กับตนเองได้ และเกิดความมั่นใจมากขึ้นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา “รู้สึกมั่นใจมากขึ้น คิดว่าจะกินยาต่อเนื่องจะได้อยู่บ้านได้นานๆ” “ถ้ากลับไปอยู่บ้านแล้วมีอาการข้างเคียงจากยา จะนำคำแนะนำที่ได้ไปใช้”
5. การได้ช่วยแก้ไขปัญหาของกลุ่ม และเป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น มีประโยชน์ต่อผู้อื่น “รู้สึกภูมิใจที่ได้ช่วยแนะนำเพื่อนได้บ้าง แม้จะไม่มาก แต่รู้สึกดีที่เพื่อนรับฟัง”

โดยสรุป ผู้ป่วยบอกว่าการวางแผนจำหน่ายมีประโยชน์มาก ทำให้มีความรู้และมีความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วย การรักษา การดูแลตนเองไม่ให้เกิดเป็นซ้ำ และคิดว่าการวางแผนจำหน่ายที่ได้รับจะทำให้ตนเองสามารถปฏิบัติตัวและปรับตัวในการอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้นานๆ

ความคิดเห็นของผู้ดูแล

ผู้ดูแลรู้สึกพึงพอใจมากที่ได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาผู้ป่วย ทำให้เกิดความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น ยอมรับและมองผู้ป่วยในแง่บวกมากขึ้น “ขอบคุณมากเลย ที่ทำให้รู้และเข้าใจเรื่องการป่วยด้วยโรคจิตมากขึ้น เมื่อก่อนนี้ยังไม่ค่อยเข้าใจ ทำให้ดูแลเขาไม่ถูก” “บางครั้งก็ปล่อยๆไป ไม่อยากไปยุ่ง” โดยเฉพาะการดูแลจัดการเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและมีความมั่นใจที่จะดูแลและปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ดีขึ้น “เวลามีอาการแต่ละครั้ง ทำอะไรไม่ถูกต้องจับมาโรงพยาบาลให้หมอรักษา” “คิดว่ากลับบ้านรอบนี้จะดูแลเขาได้ดีขึ้น จะไม่เข้มงวดหรือด่าว่าแรงๆ อีก ไม่อยากให้ต้องมาโรงพยาบาลอีก” ผู้ดูแลรู้สึกมีกำลังใจและดีใจที่บุคลากรทางสุขภาพเข้าใจและเห็นใจในการดูแลผู้ป่วยไม่ต่อว่าหรือตำหนิตนเอง “บางทีก็ไม่อยากพามาโรงพยาบาลกลัวพยาบาลว่าไม่สนใจดูแลทำให้ป่วยซ้ำบ่อย” “ดีใจที่มีคนเข้าใจ ทำให้มีกำลังใจที่จะดูแลเขาต่อไป” โดยสรุป ผู้ดูแลบอกว่าการได้รับการวางแผนจำหน่ายเป็นเรื่องที่ดีและมีประโยชน์มาก สามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ และคิดว่าจะดูแลผู้ป่วยและปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ดีขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental - Research) ออกแบบการทดลองเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนกับหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย และเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2547 และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือกดีกทดลองและดีกควบคุมและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยในและจากการปรึกษากับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในช่วงที่ผู้วิจัยดำเนินการศึกษา หลังจากนั้นจับคู่ตามคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายของ Rorden and Taft(1990) และผสมผสาน

แนวคิดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Peplau, 1952) โดยมีเนื้อหาครอบคลุมปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ Nicol (อ้างถึงในกรมสุขภาพจิต, 2541) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างของโปรแกรม รูปแบบกิจกรรมและความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 7 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลจิตเวช 4 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน มีกิจกรรมในโปรแกรมทั้งสิ้น 6 กิจกรรมใน 3 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การประเมินและกำหนดเป้าหมายการดูแลอย่างต่อเนื่อง
กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพบำบัด (รายบุคคล)
- 2) การวางแผนพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง
กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา
กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
กิจกรรมที่ 4 การส่งเสริมความตระหนักในการจัดการกับอาการทางลบและการใช้

แหล่งประโยชน์ในชุมชน

กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว

- 3) การตรวจสอบระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง
กิจกรรมที่ 6 การเสริมสร้างความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาการใช้ยาหลังจำหน่าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่างเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่างประชากรซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มตัวอย่าง โดยดัดแปลงจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่สร้างขึ้นโดย อูมาพร กาญจนรักษ์(2545) เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วน 5 ระดับประกอบด้วย ข้อคำถาม 16 ข้อ ซึ่งข้อคำถามทั้งหมดครอบคลุมพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา 2 ด้าน คือ 1) การปฏิบัติตามแผนการรักษา 9 ข้อ 2) ความสามารถในการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา 7 ข้อ และนำเครื่องมือไปตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน และวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

1. ระยะเวลาในการดำเนินการ 8 สัปดาห์ในการสร้างเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง จากนั้นประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยวิจัยจัดกลุ่มตัวอย่าง เตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย แจ็งวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย อธิบาย ขั้นตอนการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และทำการวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Pre-test)

2. ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ที่สร้างขึ้นในกลุ่มทดลองทั้ง 4 กลุ่ม กลุ่มละ 4-8 คน ซึ่งแต่ละกลุ่มจะได้รับการสอนตามกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จำนวน 6 กิจกรรมใน 3 สัปดาห์ กำหนดการเข้าร่วมกิจกรรม ณ ห้องกิจกรรมหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ดำเนินการทดลองกลุ่มเวลา 10.00-11.00 น. และ 14.00-15.00 น. ตั้งแต่วันที่ 19 กรกฎาคม ถึง 20 สิงหาคม 2547

สำหรับในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลหอผู้ป่วยใน ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีกิจกรรมการพยาบาล 2 ลักษณะ คือกิจกรรมการพยาบาลทั่วไปเป็นการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยา การเตรียมตรวจต่างๆ ส่วน เป็นต้น และกิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ คือ การสร้างสัมพันธภาพ การทำกิจกรรมบำบัดต่างๆ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค การให้คำแนะนำต่างๆ การให้คำปรึกษา จิตบำบัดประคับประคอง กลุ่มนันทนาการ กลุ่มวาดภาพ บันดินน้ำมัน กลุ่มออกกำลังกาย เป็นต้น

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Post-test) ด้วยแบบวัดชุดเดิม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 2 หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows (Statistical Package for the Social science for Windows) ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)
5. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการวางแผนจำหน่าย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังการวางแผนจำหน่าย ($\bar{X} = 76.80$) ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก สูงกว่าก่อนการวางแผนจำหน่าย ($\bar{X} = 35.75$) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย ($\bar{X} = 76.80$) ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X} = 57.20$) ซึ่งอยู่ในระดับดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภททั้งด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาและด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 43.20$) และ ($\bar{X} = 33.60$) ตามลำดับ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติซึ่งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาและด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 37.05$) และระดับปานกลาง ($\bar{X} = 20.15$) ตามลำดับ

สรุปได้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้ตอบสมมติฐานในการวิจัย 2 ประการ คือ

1. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนการวางแผนจำหน่าย
2. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มีผลการวิจัยดังนี้

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 และจากการพิจารณาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายด้านในกลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังจากทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 2 ด้าน คือ ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาและด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังจากทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 2 ด้าน นั่นคือ การได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

ทั้งนี้เนื่องจากการวางแผนจำหน่ายตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยจิตเภทในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการจัดกระทำครอบคลุมทุกสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย โดยนำผลการวิจัยของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่พบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา ร่วมกับการใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายของ Rorden and Taft (1990) ซึ่งมีการดำเนินการตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแล มาสร้างเป็นโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ประกอบกับการสร้างสัมพันธภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องตลอดโปรแกรม เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท โดยมีขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจนและประกอบด้วยกิจกรรมที่มีเป้าหมายการดูแลที่ต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังนี้

การสร้างสัมพันธภาพบำบัดกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นรายบุคคลมีการพูดคุยถึงความคิด ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยและการรักษาด้วยยา ให้โอกาสผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจในปัญหาของตนเองที่เป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง และเกิดการยอมรับการเจ็บป่วยและ

ยอมรับการรักษา เป็นการประเมินและการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ทำให้สามารถกำหนดเป้าหมาย การดูแลร่วมกันเพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและมี พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายได้ โดยการเข้าใจในความรู้สึก และปัญหาของ ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ไว้วางใจ กล้าที่จะซักถามปัญหาและยอมรับอก พฤติกรรมในการรับประทานยาแก่ผู้รักษา (Fleishchacker et al., 1994) และสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง พยาบาลกับผู้ป่วยจะเป็นแรงจูงใจสำคัญต่อการรักษาและการใช้ยาตามคำแนะนำ (Perkin, 2002) ก่อให้เกิดการเรียนรู้ รับรู้และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (Brannon & Feist, 1997 อ้างถึงใน สมัยพร อาชาล , 2543)

โดยจากผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามรายชื่อของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ทุกข้อ ในขณะที่กลุ่มที่ควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกับก่อนการทดลองถึง 3 ข้อ คือ ท่านปรึกษากับทีม สุขภาพ เมื่อมีปัญหาหรืออาการผิดปกติจากการใช้ยา เมื่อท่านมีอาการผิดปกติรุนแรงจากฤทธิ์ ข้างเคียงของยา ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที และท่านขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษา เมื่ออาการทาง จิตไม่ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก การมีสัมพันธภาพระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยในการพยาบาลตามปกติ ส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะสัมพันธภาพทางสังคม เป็นการพูดคุยในลักษณะสอบถามอาการ เจ็บป่วย สอบถามประวัติ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร จิรวัดนกุลและคณะ (2540) ได้ทำการศึกษา สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า การปฏิบัติงานทั้งใน โรงพยาบาลฝ่ายกายและโรงพยาบาลจิตเวช ปฏิบัติการพยาบาลเป็นแบบ “Task Oriented” โดยมุ่งที่จะทำงานประจำให้เสร็จสิ้นในแต่ละเวร ไม่มีสัมพันธภาพเพื่อการ บำบัดรักษาผู้ป่วยอย่างชัดเจน การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นไปตามธรรมชาติ ไม่เน้น การสื่อสารเพื่อการบำบัด การสื่อสารเป็นแบบการสื่อสารทางเดียวจากพยาบาลสู่ ผู้ป่วย ในรูปคำสั่ง คำสอนคำแนะนำ ผู้ป่วยจึงไม่กล้าที่จะแสดงความรู้สึกหรือบอกความต้องการของตนเองกับทีม สุขภาพ ทำให้คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายชื่อดังกล่าว ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่ม ควบคุม จึงต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การที่ผู้ให้บริการและผู้ป่วยมี สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะทำให้เกิดผลบวกต่อการรักษา คือ ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ และส่งผลให้ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการการรักษาเพิ่มขึ้น (Di Matteo & Di Nicola, 1982 อ้างถึงใน สาธุพร พุฒขาว, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ที่ศึกษาผลของการสร้างสัม พันธภาพ การสอนสุขภาพและการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการสร้างสัมพันธภาพ การสอน สุขภาพและการให้เงื่อนไขผูกพัน มีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

การวางแผนพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการวางแผนเพื่อบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดการกับโรคและอาการ การดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) เป็นการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยการเรียนรู้พื้นฐาน 2 อย่าง คือ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และกระบวนการกลุ่ม ซึ่งสมาชิกในกลุ่มแต่ละคนมีการแลกเปลี่ยนความรู้สึกและความรู้ซึ่งกันและกัน โดยเน้น การเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้ป่วย มีการทำกิจกรรมตลอดเวลา ไม่ได้นั่งฟังการบรรยายเพียงอย่างเดียว โดยอาศัยทั้งการพูด การเขียน และการฝึกปฏิบัติ ซึ่งการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมสูงสุดและทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ (Nicol อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2541) ซึ่ง Redman (1993) กล่าวว่า การให้ความรู้ในกลุ่มย่อยมักใช้วิธีการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งเป็นวิธีที่เป็นประโยชน์ ช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุผลตามจุดหมาย มีการพัฒนาด้านทัศนคติความรู้ ความเข้าใจ มีการร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนมีการแลกเปลี่ยน ความรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยจะได้รับความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้อง ทำให้เกิดความมั่นใจต่อการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เกิดกำลังใจ รู้สึกมีเพื่อน ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยนั้นได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนทั้งจากพยาบาลและผู้ป่วยด้วยกันเองภายในกลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสภาพการเจ็บป่วย ตลอดจนการรักษาที่ได้รับอย่างเหมาะสม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529) โดยมีกิจกรรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา โดยเฉพาะการเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของการป่วยซ้ำและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำ รวมทั้งการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นของการป่วยซ้ำ ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ร่วมกับประสบการณ์การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ว่ามีผลกระทบอย่างมากต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและการประกอบอาชีพจะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นภาวะคุกคาม (Pan & Tantam, 1989, Adams & Scott, 2000) ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เมื่อได้รับการอธิบายที่กระจ่างชัดจากทีมสุขภาพ (Kemppainen et al., 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tauglicozzo (1970) พบว่า ความรู้เรื่องโรคและการรักษา เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เพราะข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ ผู้ป่วยได้รับจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วย (Bond & Hussar, 1991) สอดคล้องกับ การศึกษาของ Favrod (1993) ซึ่งศึกษาผลของการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต ผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับยาต้านอาการทางจิตและเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และพบว่าสามารถเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาต้านอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ เช่นเดียวกับการศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้ากลุ่มวางแผนจำหน่ายในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาของ สมสกุล สุภัทรพันธุ์(2543) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วย

จิตเภทที่เข้ากลุ่มวางแผนจำหน่าย มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองมากกว่าเดิม โดยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ถือเป็น การดูแลตนเองที่สำคัญ

การพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เรียนรู้ถึงประโยชน์ของยารักษาอาการทางจิต วิธีการใช้ยาที่ต้องรวมทั้งผลข้างเคียงของยา โดยมีการฝึกทักษะการสังเกตและการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ด้วยตนเอง ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในด้านความสามารถในการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายได้เรียนรู้และฝึกทักษะการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ทั้งจากพยาบาลและจากคำแนะนำและประสบการณ์การจัดการกับอาการดังกล่าวจากเพื่อนผู้ป่วยในกลุ่ม ในขณะที่การพยาบาลตามปกติในปัจจุบันมุ่งเน้นการบำบัดรักษาอาการของผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันและรุนแรงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นเท่านั้น ซึ่งเป็นการดูแลเพื่อบรรเทาอาการทางจิตของผู้ป่วยมากกว่าที่จะดูแลไปถึงปัญหาที่จะเกิดต่อเนื่องหลังจำหน่าย ดังนั้น หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจึงไม่สามารถที่จะสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ดีเหมือนกับกลุ่มทดลอง

การส่งเสริมความตระหนักในการจัดการกับอาการทางลบ และการใช้แหล่งความช่วยเหลือในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองได้มีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นร่วมกัน ได้เปิดเผยและแสดงความรู้สึกของตนเองที่มีต่อตนเอง ครอบครัวและคนในชุมชน ทำให้เกิดการยอมรับตนเองและยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น โดยการที่ผู้ป่วยรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพื่อที่จะสามารถอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข และมีการฝึกให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับการแสดงอารมณ์ในลักษณะต่างๆ ภายในครอบครัว โดยเฉพาะการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง โดยการให้สถานการณ์สมมติและให้ผู้ป่วยได้แสดงบทบาทสมมติ มีการวิเคราะห์และเชื่อมโยงสถานการณ์ที่ชัดเจน มีการฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อบอกกล่าวสิ่งที่ตนเองมีปัญหาหรือบอกความต้องการของตนเองได้ ทำให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปรับตัวในการอยู่ร่วมกันหลังจำหน่ายและสามารถที่จะสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือจากแหล่งให้ความช่วยเหลือที่มีในชุมชนได้

โดยโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในการวิจัยครั้งนี้ มีการเสริมสร้างความมั่นใจในความสามารถในการจัดการกับปัญหาการใช้ยาลงจำหน่าย มีตรวจสอบระดับความสามารถในการดูแล โดยการให้ผู้ป่วยได้ทดลองหยิบยากินเอง และฝึกให้ปฏิบัติด้วยตนเองต่อเนื่องในหอผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามถึงข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้ยา มีการให้กำลังใจและข้อเสนอแนะร่วมกันภายในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะกระทำ มีความหวัง มีเป้าหมาย ดังนั้น พยาบาลจึงต้องเสริมสร้าง

แรงจูงใจและชี้ให้เห็นถึงผลของการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้องหลังจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาต่อเนื่องต่อไป

จากประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ในการพยาบาลตามปกติแม้ว่าจะมีการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด การให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา การปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ยังไม่ครอบคลุมและขาดความต่อเนื่องสม่ำเสมอและยังขาดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล/ครอบครัว อีกทั้งการทำกลุ่มส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะถูกคัดเลือกเข้ากลุ่มโดยไม่มี การอธิบายรายละเอียดให้ผู้ป่วยทราบก่อน ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการพิจารณาตัดสินใจ ไม่มีโอกาสที่จะเลือกรับหรือปฏิเสธในการทำกิจกรรมต่างๆ นอกจากนี้ กิจกรรมกลุ่มส่วนใหญ่ยังขาดการประเมิน การค้นหาปัญหาหรือความต้องการในผู้ป่วยแต่ละคน รวมทั้งยังขาดการประเมิน และติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทำให้การดูแลผู้ป่วยยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการของตัวผู้ป่วย

จากเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในการวิจัยครั้งนี้ นับเป็นศาสตร์ทางการพยาบาลจิตเวช เนื่องจากมีการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยการทบทวนวรรณกรรม ก่อนที่จะจัดกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การบริการพยาบาลได้ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ นับเป็นการบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งการส่งเสริมป้องกันปัญหาและลดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการวางแผนจำหน่ายเป็นรูปแบบการพยาบาลที่ให้การบริการตามแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยพยาบาลควรตระหนักถึงบทบาทของพยาบาลจิตเวช ซึ่งมีความสำคัญในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลพร้อมที่จะกลับไปปรับตัวอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่องได้ เพื่อเป็นการลดการสูญเสียทั้งด้านบุคคล สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. เพื่อการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล ให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพและการตรวจสอบและการประกันคุณภาพการบริการในปัจจุบัน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรเห็นความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งเป็นการพัฒนาการบริการที่มุ่งคุณภาพการดูแลที่ต่อเนื่อง ควรมี

นโยบายในการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายไปใช้ปฏิบัติในหอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งจะกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข ลดอัตราการป่วยซ้ำ นอกจากนี้ควรนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายไปใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน โรคซึมเศร้าหรือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีเป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้มีความพร้อมในการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. ในการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ พยาบาลผู้ใช้โปรแกรมต้องมีความรู้พื้นฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและการสอน โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยที่ให้การดูแลรวมทั้งต้องมีการประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมของบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดำเนินการวางแผนจำหน่ายได้ตามขั้นตอนที่กำหนด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

ในการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งควรมีการติดตามผลในระยะยาวทุก 1 , 3 , 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรม และติดตามผลอัตราการป่วยซ้ำ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กฤษดา แสงวดี. (2539). แนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย. กองการพยาบาล สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- กัลยาณี โนนินทร์. (2542). การดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน.
การค้นคว้าอิสระ ปริญญาโทบัณฑิตสาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เกษม ดันดีผลาชีวะ. (2536). โรคจิตเภท. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จลี เจริญสรรพ. (2539). ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
รายงานผลการวิจัยโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต.
- จินดารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ. (2542). การพัฒนารูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมา
รักษาซ้ำที่หอผู้ป่วยหญิงของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จินตนา ตั้งชวลิต. (2541). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ
ในโรงพยาบาลเอกชนสังกัดมูลนิธิ ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2529). ทฤษฎีทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2542). การพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
ปีที่ 13 มกราคม-มิถุนายน.
- จุฑาทิพย์ นันทวินิตย์. (2541). ผลของการใช้โปรแกรมการสอนที่เน้นกระบวนการกลุ่มสำหรับ
ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขนที่มีต่อความสามารถในการปรับตัว.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เจียมจิตต์ ชีวีตไทย. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติตามกระบวนการ
วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : ยุทธินทร์การพิมพ์ จำกัด.
- ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี. (2531). การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 33 (3), 100-105.
- ชุติมา ยังชัยมงคล. (2544). ผลของการใช้การสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงตา อุทุมพุกษ์พร. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังส่วนตัวและครอบครัวกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะครุศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวีพร วิสุทธีมรรค. (2544). . เกณฑ์วิทยาของยาและสารเสพติด. ตำราการบำบัดผู้ติดยาเสพติด. ปทุมธานี : โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 84-110.
- ทัศนีย์ ทิพย์สุนเนิน. (2544). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทานตะวัน เข้มบุญเรือง. (2540). ผลของการใช้โปรแกรมการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิวาพร เฟื่องฟู. (2544). การศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ธัญลักษณ์ โอบบ่ออม. (2541). การวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ : กิจกรรมที่ต้องอาศัยกลยุทธ์. วิทยาสารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, 23(3), 206-210.
- ธนูชาติธนานนท์. (ม.ป.ป.). คู่มือประกอบการใช้ ICD-10 . นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร นวลสุทธิ. (2542). การปฏิบัติและปัญหาอุปสรรคของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. เอกสารวิชาการ.

- นันทนา รัตนกร. (2536). ลักษณะโครงสร้างและเศรษฐกิจของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เขตจังหวัดนนทบุรี. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา, 3 (1), 57-68.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราศูร. (2544). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง วรรณสุต. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ด้านสุทธการพิมพ์.
- โปรยทิพย์ กสิพันธ์. (2541). ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรรณทิพา ศิลป์ประสิทธิ์. (2532). การศึกษาความรู้ คุณค่า และการปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนการจำหน่ายตามการรายงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชรี คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชรน้อย สิ่งช่างชัย และคณะ. (2539). วิจัยทางการแพทย์ : หลักการและกระบวนการ. พิมพ์ครั้งที่ 2 . สงขลา : เทพการพิมพ์.
- ไพรัตน์ พุกษาชาติคุณากร. (2534). จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภัทรา ธีรลาภ. (2530). การศึกษาสภาพผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการรักษา ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และ สุภาพรรณ อุปโยกิน. (2543). การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. วารสารการศึกษาพยาบาล. 11(3) กันยายน-ธันวาคม : 81-87.
- รพีพรรณ วัจจลพงษ์. (2543). การปฏิบัติของพยาบาลจิตเวชในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชของแผนกผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลฝ่ายกายและในโรงพยาบาลจิตเวช เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ราตรี อินทรีย์. (2541). การไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยโรคจิตเภท. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วิชณี หัตถพนม และคณะ. (2529). ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. รายงานผลการวิจัยโรงพยาบาลขอนแก่น.
- วันเพ็ญ พิฆิตพรชัย และ อุษาวดี อัครวิเศษ. (2545). การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย : แนวคิดและการประยุกต์ใช้. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2536). มุมชนกับการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัว. กรุงเทพฯ : สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย.
- ศุภชัย นวลสุทธิ.(2542).การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมชาย จักรพันธุ์. (2543). แนวโน้มและทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต. (อัดสำเนา)
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และ กฤตยา แสงเจริญ. (2535). ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและการเตรียมตัวรับผู้ป่วยของญาติเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 9(1),11-17.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6.กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้ว
- สมสกุล สุภัทรพันธุ์, นุชจรินทร์ โมระเสริฐ และศศิธร เดชะโกศยะ. (2542). การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้ากลุ่มวางแผนจำหน่ายในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมัยพร อาชาล. (2543).ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สรินทร เชี่ยวโสธร.(2545). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาธพร พุฒขาว. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ศิริภรณ์ ศรีละออ. (2542). **ความเป็นไปได้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุภาพจิต, กรม. (2541). **คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม**. นนทบุรี : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข.
- สุภาพจิต, กรม. (2545). **แผนพัฒนาสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 ด้านสุขภาพจิต**. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด สยามอินเสิร์ทมาเก็ตติ้ง.
- สุธีรา ชันตระกูล และ มาลี แจ่มพงษ์. (2532). **อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า**. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า.
- สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์. (2536). **ผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพิศศรี รัตนสิน และ วีระ คุลย์ชูประภา. (2537). **ศึกษาปัญหาการใช้ยาจิตเวชของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มารับบริการจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์**. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- สุพล รุจิรพิพัฒน์ และคณะ. (2528). **การศึกษาผู้ป่วยโรคจิตที่กลับมารับการรักษาซ้ำ**. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา.
- สุภาภรณ์ ทองดารา. (2545). **ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทวิทยาศาสตร์ สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุริพร ทองธีรภาพ. (2532). **การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเอดส์ออกจากโรงพยาบาล**. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 9(3) : 1-9.
- หลุยส์ จำปาเทศ. (2533). **จิตวิทยาสัมพันธ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรจิต อุดุลยานุภาพ. (2541). **กลุ่มการบำบัดผู้ป่วยจิตเวช**. วารสารกรมสุขภาพจิต. 5(3) มิถุนายน-กันยายน : 170-178.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2543). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวการปฏิบัติตาม
พยาธิสภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : วิ เจ พรินติ้ง.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย
จิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2540). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว. กรุงเทพมหานคร : เพ็ญฟ้า
พรินติ้ง.
- อุไรวรรณ เหลืองไฟโรจน์ และคณะ. (2536). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาด้วยยาของ
ผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญา. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข.

ภาษาอังกฤษ

- Aberti, C. (1996). **How to live with mental ill person.** New York : John Willey & Sons.
- Adams,J. and Scott, J. (2000). Predicting medication adherence in severe mental disorders.
Acta Psychiatrica Scandinavica 101 : 119-124.
- Agarwal, R.M.et al. (1998). Non-Compliance with treatment in patients suffering Form
schizophrenia A Study to evaluate possible contributing factors. **International
Journal of social psychiatry** 44(2) : 92-106.
- Alex Hofer et al. (2002). Attitude Toward Antipsychotics Among Outpatient Clinic Attendee
With Schizophrenia. **Journal of Clinical Psychiatry** 63(1) 49-53.
- Azrin, N. H. and Teichner, G. (1998). Evaluation of an instructional Program for improving
medication compliance for chronically mentally ill outpatients. **Behavior Research
Therapy** 36 : 849-861.
- Bakker, C. (1995). The development of self-care ability to detect early signs of relapse among
individuals who have schizophrenia. **Archives of psychiatric nursing** 9(5) : 261-268.
- Beare, P.G. & Myers, J.L. (1994). **Principles and practice of adult health nursing.** (2nd ed).
St. Louis : Mosby.
- Blackwell,B.(1997). Treatment compliance and therapeutic alliance. **Psychiatric service**
49(November) : 1496-1497.
- Brooten D., et al. (1995). Effects of nurse specialist transitional care a patient outcomes and cost :
Results of five randomized trials. **The American Journal of Managed Care,** 1(1):45-51.

- Buchanan, A. (1992). A two-year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia. **Psychological Medicine** 22 : 787-797.
- Burns, N. and Grove, S. K. (2001). **The Practice of Nursing Research : Conduct, Critique And Utilization**. 2nd ed. Philadelphia : W.B.Saunders.
- Carol J. Van Dongen. (1997). Attitudes Toward Medications Among Persons With Severe Mental Illness. **Journal of Psychosocial Nursing**. 35(3) : 20-25.
- Charlesworth, G.A., & McKenzie, P.A. (1996). Unit discharge planning model. **Clinical Nurse Specialist**, 10(2) : 102-105.
- Coldham, E.L. and Addington, J. (2002). Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 106 : 286-290.
- Corkery, E. (1989). Discharge planning and home health care : What every staff nurse should know. **Orthopedic Nursing** 8(6) : 18-26.
- Cramer, J.A.& Rosenheck,R.(1998). Compliance with Medication Regimens for Mental and Physical Disorders. **Psychiatric services** 49(2) : 196-201
- Darcup, K. A. and Meleis, A.I. (1982). Compliance : An interactionist approach. **Nursing Research** 31(1) : 31-36.
- Del Campo, E. J. et al. (1983). Rehospitalized schizophrenics : What they report about illness, treatment and compliance. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services** 21(6) : 29-33.
- DeRienzo, B.(1985). Discharge Planning. **Rehabilitation Nursing** 10(4) : 34-36.
- Dixon, L.B. et al. (1995). Drugs abuse in schizophrenic patients : Clinical correlates and reasons for use. **American Psychiatric Association** 148 (2) : 230-244.
- Drake, R. E. Osher, F. C. and Wallach,M. A. (1989). Alcohol use and abuse in schizophrenia. A prospective community study. **The Journal of Nervous and Mental Disease** 177(7) :408-414.
- Durbak, J.(1992). Effective discharge planning. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service** 30(2) : 6.
- Erb, J.K.(1997). **Discharge planning**. In M.D.Harris. (Ed.) Handbook of home health care administration. (2th ed). Gaithersberg : An Aspen publication.
- Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. **Irish Medication Journal** 92(6) :1-3.

- Favrod, J.(1993). Taking back control...giving patients information about their drug regimens improves compliance. **Nursing Time** 89 (34) : 68-70.
- Fenton, W. S. et al. (1997). Determinants of Medication Compliance in Schizophrenia : Empirical and Clinical Findings. **Schizophrenia Bulletin** 23(4) : 637-651.
- Fleischhacher, W. W. et al. (1994). Compliance with antipsychotic drug treatment : Influence of side effects. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 89 (supplement 382) : 11-15.
- Forman, L. (1993). Medication : Reasons and Interventions for Noncompliance.**Journal of Psychosocial Nursing** 31(10) :23-25.
- Foster, S.D. (1988). The role of education in discharge planning . **The American Journal of Maternal / child nursing** 13(6) : 403.
- Fox, C. and Kane, F. (1996). **Psychiatric Mental Health Nursing: Integrating the behavioral and biological sciences**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Frank, A. F. & Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the Treatment of schizophrenia. **Archive General Psychiatry** 47 : 228-236.
- Gikow, F. et al.(1985). The Continuing Care Nurse : A description of a nursing specialty that bridge the gap between client needs and health care resources. **Nursing Outlook** 33(4) : 195-97.
- Green, J. H. (1988). Frequent re- hospitalization and compliance with treatment. **Hospital Community Psychiatry** 39 : 963-966.
- Haddock, K.S. (1991). Characteristics of effective discharge planning programs for the frail elderly. **Journal of Gerontological Nursing**, 17(7) : 10-14.
- Hartigan,E.G.(1987). Discharge planning : Identification of high-risk groups. **Nursing Management** 18(12) : 30-32.
- Herz, M. I. And Marder, S. R. (2002). **Schizophrenia Comprehensive Treatment and Management** . Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Hester, L.E. (1996). Coordination a successful discharge plan. **American Journal Nursing**, 96(6) : 35-37.
- Hoffman, H. et al. (1994). Age and other factors relevant to rehospitalization of schizophrenic out-patient. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 89 : 205-210.

- Hogan, T. P., Award, A. G., and Eastwood, R. (1983). A Self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenia : Rehability and discriminative validity. **Psychological Medicine** 13 : 177-183.
- Horwath, E. and Cournos, F. (1999). **Psychiatry** . Philadelphia : W. B. Saunders.
- Johnson, J & Pachano,A. (1981). Planning patient' discharge. **Supervisor Nurse** 12(3): 44-48.
- Jackson, M.F. (1994). Discharge planning: Issues and Challenges for gerontological nursing. A critique of the literature. **Journal of Advanced Nursing** 19(3): 492-502.
- Johnson, B.S. (1993). **Psychiatric Mental Health Nursing**. 3rded. Pennsylvania: J.B. Lippincott.
- Johnstone, E.C. and Geddes, J. (1994). How high is relapse rate in schizophrenia. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 89 : 6-10.
- Jupp, M. & Sims, S. (1986). Going home. **Nursing Times** 82(40) :40-42.
- Kay, L.T. (1998). Best Practice Outcomes for Schizophrenia : Does Measurement of Medication Compliance Provide a Key?. **Australasian Psychiatry**.6(6) : 306-308.
- Kelly, G. R. et al. (1987). Utility of the health belief model in examining medication compliance among psychiatric outpatients. **Social Science Medicine** 25(11) : 1181-1191.
- Kelley, K. & McClelland, E. (1985). **Discharge planning. Nursing Interventions : Treatments for nursing diagnosis**. Philadelphia : W.B. Saunders company.
- Kemp, P., Hayward, P. et al. (1996). Compliance therapy in psychotic patients : A randomised controlled trial. **British Medical Journal** 312 :345-349.
- Kemppainen, J. H. et al. (2003). Psychiatric Nursing & Medication Adherence. **Journal of Psychosocial Nursing** 41(2) : 39-49.
- Kumar,S. and sedgwick,P. (2001). Can the factors influencing medication : Compliance reported form western populations be applied to an eastern Indian context. **Journal of Mental Health** 10(3) : 267-277.
- Lacro, J. P. et al. (2002). Prevalence of and Risk Factors for Medication Nonadherence in Patients With Schizophrenia : A Comprehensive Review of Recent Literature. **Journal Clinical Psychiatry** 63(10) : 892-909.
- Lundh, U. & Williams, S. (1997). The challenges of improving discharge planning in Sweden and the UK : Different but the same. **Journal of Clinical Nursing** 6(6) : 435-442.
- Marchette, L.and Holloman, F. (1986). Length of stay : Sinificantvariables. **Journal of Nursing Administration** 16 (3) : 12-19.

- Marder, S.R. et al. (1983). A Comparison of patients who refuse and consent to neuroleptic treatment. **American Psychiatric Association** 140 : 470-472.
- Marland, G.R. (1999). Depot neuroleptics, schizophrenia and the role of the nurse : is practice evidence based? A review of the literature. **Journal of Advanced Nursing** 30(6) : 1255-1262.
- Martha Sajatovic et al. (2002). Insight Into Illness and Attitudes Toward Medications Among Inpatients With Schizophrenia. **Psychiatric service**. 53 : 1319-1321.
- Marvin, I.H. and Stephen, R.M. (2002). **Schizophrenia: Comprehensive treatment and management**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- McBride, A. B. and Austin, J. K. (1996). **Psychiatric-Mental Health Nursing**. Pennsylvania : W. B. Saunders.
- McClelland, E., Kelly, K. & Buckwalter, K.C. (1985). **Continuing of Care : Advancing the Concept of Discharge Planning**. Orlando : Grune & stratton, Inc.
- McGinley, S., et al. (1996). Multidisciplinary discharge planning : Developing a process. **Nursing Administration** 27(10) : 55-60.
- Mckeehand, K.M. (1981). **Continuing of Care : A multidisciplinary approach to discharge planning**. St. Louis : Mosby Company.
- Neidlinger, S.H., Scroggins, K., & Kennedy, L.M. (1987). Cost evaluation of discharge planning for hospitalized elderly. **Nursing Economics**, 5(5) : 225-230.
- O'connor, F.W. (2000). System Monitoring for Relapse prevention in schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing** 5(4): 266-275.
- Oehl, M. Hummer, M. and Fleischhacker, W.W. (2000). Compliance with antipsychotic treatment. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 102 (Suppl.407) : 83-86.
- Olfson, M. et al. (2000). Predicting Medication Noncompliance After Hospital Discharge Among Patients With Schizophrenia . **Psychiatric Services** 51 : 216-222.
- Owen, R.R. et al. (1996). Medical noncompliance and substance abuse among Patients with schizophrenia. **Psychiatric Services** 47(8) : 853-858 .
- Peplau, H.E. (1952). **Interpersonal Relation in Nursing**. New York: G.P. Putnam's Son.
- Perkins, D.O. (2002). Predictors of Noncompliance in Patients With Schizophrenia. **Journal of Clinical Psychiatry** 63(12) : 1121-1127.
- Polit, D.F. and Hungler, B.P. (1999). **Nursing Research: Principles and Methods**. Philadelphia: J.B. Lippincott.

- Razali, M. S. and Yahya, H. (1995). Compliance with treatment in schizophrenia : A drug intervention program in a developing program. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 91 : 331-335.
- Redman, B.K. (1993). **The process of patient education**. 7th ed., St. Louis : C.V. Mosby.
- Reilly, E. L. et al. (1967). Clinical characteristics and Medication history of schizophrenics readmitted to the hospital. **International Journal of Neuropsychiatry** 39 : 85-90.
- Renton, C. A. et al. (1963). A follow-up of schizophrenic patients in Edinburgh. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 39 : 548-600.
- Rorden, J.W. & Taft, E. (1990). **Discharge Planning Guide for Nurses**. W.B. Saunders Company. Philadelphia.
- Ryan, T. (1994). Improving discharge planning. **Nursing times** 90(20) : 33-34.
- Schlemmer, B. (1989). The status of discharge planning intensive care units. **Nursing Management** 20(7) : 88A-88P.
- Scott, B.R. (1986). **The Oxford Companion to Medicine**. New York: Oxford University Press.
- Smeltzer, C.H. (1990). The impact of prospective payment on the economics, ethics, and quality of nursing. **Nursing Administration Quarterly** 14(3) : 1-10.
- Smith, J. and Birch, M. (1992). Informing people with Schizophrenia about their illness: The effect of residual symptoms. **Journal of Mental Health**. 1(1) : 61-71.
- Spencer, C.J. and Davison, H.A. (1998). The community adaptive planning assessment: A clinical tool for documenting future planning with clients. **The American Journal of Occupational Therapy** 52(1): 19-28.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1992). **Community health nursing : Process and practice for promotion health**. (3rd ed). St. Louis : Mosby year book.
- Steele, N.F., & Sterling, Y.M. (1992). Application of the case study design : Nursing intervention for discharge readiness. **Clinical Nurse Specialist** 6(2) : 79-84.
- Sundel, M. and Sundel, S. (1999). **Behavior Change in the Human Series**. 4th ed. California: Sage Publications.
- Taylor, C.M. (1994). **Essential of Psychiatric Nursing**. (4th ed) .St. Louis : Mosby Yearbook.
- Videbeck, L.S. (2001). **Psychiatric Mental Health Nursing**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Youssef, F. A . (1987). Discharge Planning for Psychiatric patients : the effects of a family-patient teaching program. **Journal of Advanced Nursing** 12(5) : 611-616.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

1. รศ.ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. อาจารย์ทานตะวัน เข้มบุญเรือง อาจารย์ประจำภาควิชาการสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนนทบุรี
3. นพ.วีระ ชูรุจิพร นายแพทย์ 9 ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตเขต 11
4. นางสาวจันทนา ศรีวิศาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
5. นางนพรัตน์ ไชยขำนิ พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
6. นางดวงตา กุลรัตนญาณ พยาบาลวิชาชีพ 7
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
7. นางเพชร คันธสายบัว พยาบาลวิชาชีพ 7
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การคำนวณหาค่าความคงที่ภายในใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach coefficient) ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2545: 210)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

α = ค่าความคงที่ภายใน

n = จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบสอบถาม

$\sum S_i^2$ = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

S_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มใช้สูตร Dependent t-test (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2545: 355)

$$t = \frac{\bar{d}}{S.d / \sqrt{n}}$$

\bar{d} = ผลของค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างระหว่าง Post-test กับ Pre-test

$S.d$ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างระหว่างกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2

n = จำนวนคู่ของคะแนน

df = $n - 1$

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สูตร Independent t-test (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัยและคณะ, 2535: 212)

$$t = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) - (\bar{\mu}_1 - \bar{\mu}_2)}{S_p \sqrt{(1/n_1 + 1/n_2)}} \quad \text{เมื่อ } S_p^2 = \frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$



ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

- แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
- โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย
- เครื่องมือกำกับการทดลอง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ชาย หญิง
1. อายุ (ระบุ).....ปี
2. รับการศึกษาสูงสุด (ระบุ).....
3. อาชีพ ไม่มีอาชีพ รับราชการ รับจ้าง ธุรกิจส่วนตัว อื่นๆ (ระบุ).....
4. ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอ ไม่เพียงพอ
5. สถานภาพสมรส โสด สมรส ม่าย
6. ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย (ระบุ).....
7. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา (ระบุ).....
8. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (ระบุ).....ปี

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่สร้างขึ้นโดย อุมพร กาญจนรักษ์(2545) ตามแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับแนวคิดของ เพชรี คันธสายบัว (2544) เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วน 5 ระดับประกอบด้วย ข้อคำถาม 16 ข้อ ซึ่งข้อคำถามทั้งหมดครอบคลุมพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา 2 ด้าน คือ 1) การปฏิบัติตามแผนการรักษา 9 ข้อ 2) ความสามารถในการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา 7 ข้อ และแบ่งเป็นข้อความทางบวก 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 5, 8, 10, 11, 12, 13, 16 และข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 14, 15 โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ค่าคะแนนทางบวก	ค่าคะแนนทางลบ
ประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	4	2
บางครั้ง	ปฏิบัติเดือนละครั้ง	3	3
นานๆครั้ง	นานๆ ปฏิบัติครั้งหนึ่ง	2	4
ไม่เคย	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5

คำชี้แจง แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีจำนวน 16 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อ
 สัมภาษณ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมาของผู้ถูกสัมภาษณ์
 โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับคำตอบของผู้รับการสัมภาษณ์มากที่สุด

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านเคยหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น					
2. ท่านเคยลืมรับประทานยา					
3. ท่านเคยรับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น					
4. ท่านหยุดรับประทานยาโดยที่แพทย์ ไม่ได้แนะนำ					
5. ท่านรับประทานยาตรงตามเวลา					
15. เมื่อขาดท่านไม่ซื้อยาทางจิตกินเอง โดย ไม่ได้พบแพทย์ (ไม่รวมการสั่งซื้อยาทาง ไปรษณีย์)					
16. ท่านปรึกษากับทีมสุขภาพ เมื่อมีปัญหาหรือ อาการผิดปกติจากการใช้ยา					

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา และสามารถรับรู้ถึงรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำได้

2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและหลีกเลี่ยงการป่วยซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ การรักษาและการรับรู้ความรุนแรงของโรคโดยให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคม และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำหรือรับรู้ปัจจัยที่จะทำให้ตนเองมีอาการทางจิตมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจสามารถคาดการณ์สถานการณ์ การดำเนินโรคและพยากรณ์โรคจิตเภทได้ ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาและเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและลดการป่วยซ้ำได้

สื่อ / อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1, 2
2. ใบงานที่ 2, 3, 4
3. ใบชี้แจงที่ 4
4. ปากกา/ดินสอ

การประเมินผล

ผู้ป่วย/ผู้ดูแลบอกถึงสาเหตุ อาการ การรักษา ความรุนแรงหรือผลกระทบจากการป่วยซ้ำ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของโรคจิตเภทได้โดยประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจและการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ และประเมินความรู้ความเข้าใจและการนำไปประยุกต์ใช้ โดยใช้การประเมินจากใบงาน

เวลา 60 นาที

กิจกรรมการเรียนรู้การสอน

องค์ประกอบ/กลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
<ul style="list-style-type: none"> ● ประสพการณ์ เวลา 5 นาที ● สะท้อนคิด/อภิปราย เวลา 10 นาที 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกสลับกันพูดถึงการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ● ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันบอกและอภิปรายเกี่ยวกับสาเหตุและอาการแสดงของโรคที่ทำให้ต้องมาการรักษาและการรักษาที่ได้รับในโรงพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> ● ใบงานที่ 2 ● ปากกา/ดินสอ
<ul style="list-style-type: none"> ● ความคิดรวบยอด เวลา 10 นาที 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้นำกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้จากการอภิปรายและบรรยายเรื่อง “โรคจิตเภทและการรักษา” 	<ul style="list-style-type: none"> ● ใบความรู้ที่ 1
<ul style="list-style-type: none"> ● ประสพการณ์ เวลา 5 นาที ● สะท้อนคิด/อภิปราย เวลา 10 นาที 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้นำกลุ่มเปิดประเด็นคำถาม “อาการของท่าน/ผู้ป่วยท่านดูแลก่อนการป่วยซ้ำเป็นอย่างไร” ● ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกได้ทบทวนอาการเตือนเบื้องต้นของการป่วยซ้ำ และอภิปรายร่วมกัน 	<ul style="list-style-type: none"> ● ใบงานที่ 3 ● ปากกา/ดินสอ
<ul style="list-style-type: none"> ● ความคิดรวบยอด เวลา 10 นาที 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปและบรรยายเรื่อง “ปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบต่อผู้ป่วยซ้ำ” 	<ul style="list-style-type: none"> ● ใบความรู้ที่ 2
<ul style="list-style-type: none"> ● ประยุกต์ความคิด เวลา 10 นาที 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้นำกลุ่มสมาชิกอ่านสถานการณ์สมมุติ “เรื่องของ สมชาย” และร่วมกันพูดคุยแสดงความคิดเห็นในประเด็น “ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำของสมชาย” และ “อาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำของสมชายคืออะไร” ● ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปเน้นความสำคัญของการรักษาด้วยยาเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามเพิ่มเติมและให้กำลังใจสมาชิกเพื่อการปฏิบัติตัวที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ใบงานที่ 4

เครื่องมือการกำกับการทดลอง

แบบวัดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลรักษา (สำหรับผู้ป่วย)

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย / ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลรักษา

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยไม่มีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้		
2. โรคจิตเภทส่วนใหญ่จะปรากฏอาการครั้งแรกในวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น		
3. สาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง		
4. โรคจิตเภทไม่สืบทอดทางพันธุกรรมหรือสายเลือด		
15. การเสพสารเสพติดทำให้การรักษาด้วยยาไม่ได้ผล		
16. การดื่มสุราขณะที่รับประทานยารักษาโรคจิตจะทำให้เสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ		
17. เมื่อผู้ป่วยมีอาการป่วยซ้ำบ่อยๆทำให้เกิดความตึงเครียดภายในครอบครัว		
18. การไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานของผู้ป่วย		
19. การที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับชุมชน ช่วยให้ชุมชนเข้าใจและยอมรับในตัวผู้ป่วยมากขึ้น		
20. เมื่อท่านมีอาการทางจิตขั้นอื่นอีก ท่านควร ไปรับการรักษาจากโรงพยาบาลใกล้บ้านก่อนการรักษาด้วยวิธีอื่น		

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดสอบ คือ แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลรักษา (สำหรับผู้ดูแล)

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย / ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลรักษา

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยไม่มีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้		
2. โรคจิตเภทส่วนใหญ่จะปรากฏอาการครั้งแรกในวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น		
3. สาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง		
4. โรคจิตเภทไม่สืบทอดทางพันธุกรรมหรือสายเลือด		
5. ผู้ป่วยโรคจิตเภททุกคนจะมีอาการหวาดระแวงหรือหูแว่ว		
28. การปรึกษาหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยกับเพื่อนบ้าน เป็นสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์		
29. การรู้จักสถานที่ต่อไปนี้อย่างดี เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลใกล้บ้าน สถานีตำรวจ จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย		
30. เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตขึ้นอีก ท่านจะพาผู้ป่วยไปรับการรักษาจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน ก่อนการรักษาด้วยวิธีอื่น		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวกาญจนา ชัยเจริญ เกิดเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2518 ที่อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. 2540 จากนั้นเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2545

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย