

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการทางจิตที่เรื้อรัง(สมภพ เรื่องตระกูล, 2544) ส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุดในการบรรดาโรคทางจิตเวช คือพบประมาณร้อยละ45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (Bethesda, 1999) โดยมีความชุกร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลก และมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5 : ประชากร100,000 คนต่อปี (Kaplan & Sadock, 1998) ในประเทศไทยพบว่ามีความชุกของโรคร้อยละ 0.59 รายงานสถิติผู้ป่วยจิตเวชกรมสุขภาพจิต ปี 2548 พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศมีจำนวน 1,290,716 คนในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภท 357,241 คน คิดเป็นร้อยละ 27.68 นับเป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับหนึ่ง (กรมสุขภาพจิต, 2549) ปัญหาที่พบบ่อย คือ ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544) ทำให้ สูญเสียค่าใช้จ่าย ส่งผล กระทบคือเป็นภาระต่อผู้ป่วยและครอบครัว (นันทิกา วิชาชาติ, 2548) ดังนั้นจึงเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมากโดยเฉพาะในเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวันและการดูแลตนเอง ทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเสื่อมลง ส่งผลกระทบต่อ ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติเป็นอย่างมาก (สุมณฑา บุญชัย, 2545)

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีหลายวิธี แต่การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ ในการควบคุมอาการของผู้ป่วย (Kumar and Sedgwick, 2001) ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านจิตเป็นอันดับแรกในการรักษา และเป็นวิธีที่ใช้มากที่สุด จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 80 รับประทานยาแบบผู้ป่วยนอก (Kaplan and Saddock, 1995) ซึ่งปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุหนึ่งของการป่วยเป็นโรคจิตเภท คือ ปัจจัยด้านชีวเคมีในสมอง ผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ เนื่องจากยาสามารถควบคุมอาการทางจิตได้ (เพชร คันธสายบัว, 2544) แต่ปัญหาที่พบบ่อยในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกคือ การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะเรื่องการรักษาด้วยยา (Sullivan , Well, Morgenstern, and Leake, 1995 อ้างถึงในผลทิพย์ ปานแดง, 2545) มีการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุที่ชัดเจนเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท โดย Oehl, Hummer and Fleischhacker (2000) ซึ่งได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทสรุปว่า มีปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านทมิสุขภาพ จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาโดยเฉพาะ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น ความรู้ ทักษะ และความรู้สึกรู้สึกต่ออาการข้างเคียงเกี่ยวกับยารักษาโรคจิต และส่งผลกระทบต่อ

ทางตรงและทางอ้อม ต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและชุมชนเนื่องจากจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการและป้องกันการป่วยซ้ำ(สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสาเหตุที่พบบ่อยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องคือ ความเบื่อหน่ายที่ต้องรักษาระยะเวลานาน อาการข้างเคียงจากยา และคิดว่าหายดีแล้ว (Rusher et al, 1997) ความเบื่อหน่ายหรือความอับอายที่จะต้องบอกว่าเป็นโรคจิตหรือผู้ป่วย อาจจะรู้สึกว่ายดีแล้ว และไม่จำเป็นต้องใช้ยาอีกต่อไป (ทิวาพร ฟูเฟื่อง, 2544) ซึ่งการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำและจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาทางจิตที่ไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาโดยหยุด เพิ่ม หรือลดขนาดยาเอง(จิติ เจริญสรรพ, 2538) ซึ่งลักษณะของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือการใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา รับประทานยาไม่ครบตามขนาด หยุดใช้ยา หรือใช้เฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติ ใช้ยามืดเวลา ใช้ยาน้อย หรือ เพิ่มยามากกว่าแผนการรักษา (Farragher, 1999)

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา เป็นปัญหาที่สำคัญและยังมีอาการป่วยซ้ำอาการผิดปกติที่หลงเหลือจะยิ่งมากขึ้น ทำให้การปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงานและความสัมพันธ์กับสังคมของผู้ป่วยจะเสื่อมลงอย่างมาก (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาต่อเนื่อง หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547) จากแนวนโยบายการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน เน้นการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับการรักษาดูแลที่บ้าน ให้สามารถอยู่กับครอบครัวที่บ้าน และอยู่ร่วมกับคนในชุมชน แต่เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคจิตเภทจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง อาจทำให้การรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทไม่ถูกต้อง ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนให้ได้รับประทานยาที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ และบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวจะต้องดูแลรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง สมาชิกในครอบครัวจึงเป็นส่วนสำคัญในการช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาที่ถูกต้อง (Razali & Yahya, 1995)

ตำบลแหลมใหญ่ มีสถานบริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิ 2 แห่ง คือ สถานีอนามัยวัดปากสมุทร และ สถานีอนามัยตำบลแหลมใหญ่ โดยสถานีอนามัยวัดปากสมุทรเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นแม่ข่ายของสถานีอนามัยตำบลแหลมใหญ่ทำงานร่วมกันในลักษณะการประสานงาน

ข้อมูลสุขภาพและการสาธารณสุข รวมถึงการทำงานเป็นทีมในการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับตำบล ขณะทำการศึกษาศึกษาคำรณรงค์ตำแหน่งเป็นหัวหน้าสถานีอนามัยวัดปากสมุทร และรักษาการสาธารณสุขตำบลแหลมใหญ่ จึงมีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตในตำบลแหลมใหญ่ มีภารกิจในการจัดบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ตำบลแหลมใหญ่ โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน ฟังฟูสภาพ การดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยา ของผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่ถูกต้อง ในระดับทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ ต่อไป

จากรายงานประจำปี พ.ศ. 2548 - 2550 ของสถานีอนามัยในเขตตำบลแหลมใหญ่ พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 26 ราย, 28 ราย และ 32 รายตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรสงคราม, 2550) จากข้อมูลสถิติที่กล่าวมาข้างต้นชี้ให้เห็นว่า โรคจิตเภท เป็นปัญหาที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้น จากการสรุปข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทของสถานีอนามัยทั้ง 2 แห่ง จำนวนผู้ป่วย 32 ราย โดยศึกษาเพิ่มครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีปัญหาการรับประทานยาต่อเนื่อง ขาดการรักษาต่อเนื่อง และยังพบว่ามีผู้ป่วยมีอาการกำเริบ 2 ราย จากการหยุดยาเอง (สถานีอนามัยวัดปากสมุทร และ สถานีอนามัยตำบลแหลมใหญ่, 2550)

ผู้ศึกษาซึ่งมีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตในตำบลแหลมใหญ่ จึงได้ทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 32 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของอุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ผลการประเมินพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาในระดับต่ำถึงปานกลาง 21 ราย และจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจากผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง เช่น หยุดใช้ยาเอง รับประทานยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง และผู้ป่วยบางคนลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง รู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยา รับประทานยาแล้วง่วงนอนทำให้ทำงานได้น้อยลง และเมื่อสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทบางคนให้ข้อมูลว่า ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยเพราะต้องทำงานเลี้ยงชีพ หารายได้มาจุนเจือครอบครัว บางครอบครัวมีปัญหาด้านการเงินทำให้ไม่สามารถไปปรับยาให้ผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องขาดยา และสมาชิกในครอบครัวบางคนให้ข้อมูลว่าบางครั้งเบื่อหน่ายผู้ป่วย รู้สึกเครียดในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาการป่วยซ้ำตามมา

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในหลายๆด้าน ด้านหนึ่งที่สำคัญคือดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้อง สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยา สมาชิกครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการกำกับดูแลและ กระตุ้นเตือนเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องโดยสมาชิกในครอบครัวสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ดูแลจัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง การสังเกตอาการข้างเคียงจากยาและการให้การดูแลเบื้องต้น (ทูลภา บุปผาสังข์, 2545)

โดยครอบครัวมีส่วนสำคัญในการป้องกันการกำเริบของโรค การที่ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ ในการดูแลให้ความรักความเข้าใจ ความอบอุ่น และมีความเอื้ออาทร ห่วงใย และสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งมีผลต่อการป้องกันไม่ให้เกิดการเป็นซ้ำได้ (อรรณพ ทองคำ , 2546)

ดังนั้นการนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก การส่งเสริมให้มีทัศนคติที่ถูกต้องต่อผู้ป่วย ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจิตเภทจะต้อง ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวให้ได้รับประทานยาเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพศรี บุรณางกูร(2541) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางครอบครัวและความร่วมมือ ในการรักษาของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา พบว่าการสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจ มีความรัก ความเข้าใจ เอื้ออาทร ช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องตามเกณฑ์ มากขึ้น (ผลทิพย์ ปานแดง, 2545)

เมื่อศึกษาถึงรูปแบบและวิธีการดูแลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในระยะเวลาที่ผ่านมา พบว่ามีหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การสอน การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ ทั้งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ดังที่ Favrod (1993) ทำการศึกษาผลของการให้ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต เพื่อเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต สามารถเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทได้ สรินทร เชี่ยวโสทร (2545) ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของผลทิพย์ ปานแดง (2547) ที่ศึกษาเรื่องผลการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการทดลองที่บ้านของผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษา การใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ของ กาญจนา ชัยเจริญ (2547) ที่ศึกษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงขึ้น หลังได้รับการวางแผนการจำหน่ายและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะนำแนวคิด สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มาปรับใช้เพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภทในตำบลแหลมใหญ่ ซึ่งเป็นการปรับใช้

ในครอบครัวโดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมโดยใช้แนวคิด ของ Anderson et al.(1980) ที่มีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต ในการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ส่งผลต่อการลดอัตราการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทลงได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว

คำถามการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นหรือไม่หลังจากได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว

แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นภาระหน้าที่ที่หนักและส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางอารมณ์ของครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ (ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543)เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องมีการรักษาที่ยาวนาน ส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยรู้สึกเครียด ซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง กังวลใจเกี่ยวกับการดูแล เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือมีอาการทางจิตรุนแรง ส่งผลให้เกิดการเพิกเฉยต่อบทบาท หลีกเลียงการดูแลผู้ป่วย ไม่ไปรับยาให้ ไม่จัดเตรียมยาให้เพียงพอ ไม่เตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตและไม่ยอมรับประทานยา ไม่เอาใจใส่ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาและไม่พาผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยา รวมทั้งไม่มีการปลอบใจ ให้กำลังใจผู้ป่วย ส่งผลให้มีการตอบสนองทางอารมณ์ในรูปแบบต่างๆ เช่น โกรธ วิตกกังวล ซึมเศร้าและอื่นๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นผลเสียต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แต่หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องครอบครัวมีการปฏิบัติและการแสดงออกที่เหมาะสม ผู้ป่วยก็จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข ซึ่งผู้ดูแลสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยให้ถูกต้อง ตามชนิด ระยะเวลาและขนาดที่รับประทาน การสังเกตอาการข้างเคียงของยาและให้การดูแลเบื้องต้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยารวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาด้วยยา (ทูลภา บุปผาสังข์, 2545; ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี, 2531) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาสามารถหาวิธีการช่วยเหลือได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ

รูปแบบและวิธีการดูแลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในระยะเวลาที่ผ่านมา พบว่ามีหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การสอน การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ ทั้งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม การให้สุขภาพจิตศึกษารอบครัว (Family psychoeducation) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Anderson, Hogarty & Reiss (1980) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย และการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ การปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต เพื่อลดความตึงเครียด (Williams, 1989) โดยเฉพาะรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษารอบครัว (family psychoeducation) มีการเล็งเห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และให้การยอมรับในการแสดงบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตมากขึ้น ประกอบกับในปัจจุบันแนวคิดและรูปแบบของการดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตนั้น เน้นในเรื่องของการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต ซึ่งเป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และการพัฒนาทักษะทางสังคม และในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาจากการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) โดยปรับเนื้อหาของกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของการศึกษาในครั้งนี้ โดยปรับปรุงกิจกรรมการพัฒนาความรู้ความเข้าใจของครอบครัว (family education) เกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการใช้ยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยามารวมกันไว้ในกิจกรรมเดียวกัน เนื่องจากเป็นเนื้อหาที่ต่อเนื่องกัน โดยในแต่ละขั้นตอนจะประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว (joining) โดยการที่ผู้ศึกษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว พยายามเข้าถึงครอบครัวเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การชี้ให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ รวมทั้งการสร้างความหวังให้กับครอบครัวสำหรับอนาคตที่ดีกว่า จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีความพร้อมและมีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ซึ่งนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการแก้ปัญหา ทำให้เกิดการดำเนินงานในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และ

ดำเนินกิจกรรมกลุ่มจนบรรลุวัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถร่วมมือในการบำบัดรักษา นำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น

2. การพัฒนาความรู้ความเข้าใจของครอบครัว (family education) เกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการใช้ยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยเป็นการให้ความรู้ที่สำคัญตามความต้องการของครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้อย่างถูกต้อง ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค อาการแสดง การดำเนินของโรค แนวทางในการดูแลรักษา การใช้ยา การจัดการกับสาเหตุ ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยนับว่าเป็นสิ่งสำคัญซึ่งทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตน ทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี และการให้ความรู้เกี่ยวกับยา พฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมและอาการข้างเคียงจากยา การพัฒนาทักษะจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักหาแนวทางแก้ปัญหาที่ตนเองไม่สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ อาการผิดปกติจากการใช้ยาทางจิต อาการข้างเคียงจากการใช้ยารวมถึงอาการผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ของผู้ป่วยจิตเภทได้ และเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการรับประทานอย่างต่อเนื่อง รับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (สารุพร พุฒขาว, 2541; อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545)

3. การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) ที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลงมา (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างถึงใน สุรวุฒิ เพ็งเกร็ด, 2550) ซึ่งการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพนี้จะส่งผลต่อพฤติกรรมใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพบว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่เหมาะสม

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

ติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว มีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารเป็นความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมเพราะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (เพชรี คันธสายบัว, 2544) และยังทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้างในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985 อ้างถึงในสุรวุฒิเพ็งเกร็ด, 2550) นอกจากนี้การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะนำ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวมาใช้ในการลดปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท โดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว

สมมุติฐานการศึกษา

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวสูงกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังทำการทดลองโดยทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในเขต ตำบลแหลมใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้ คือ

1. ประชากรที่ศึกษา คือ

ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 1-2 คน

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่

1) ตัวแปรต้นคือ การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว

2) ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว หมายถึงการดำเนินกิจกรรมที่จัดขึ้น เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับ

รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (joining) ในทุกกิจกรรมที่จัดขึ้น ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่ง ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเป็นรายครอบครัวที่บ้าน โดยมีสมาชิกในกลุ่มประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาดำเนินการ 4 ครั้งติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ครั้งละ 60 – 90 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ศึกษา กับผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนมีการประเมินสภาพครอบครัว ได้แก่ ปัญหาและความพร้อมของครอบครัวในการเข้าร่วมกิจกรรม และนำปัญหาที่ได้มาวางแผนและแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ครั้งที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวได้ทราบถึงสาเหตุของปัญหาและ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ อาการการรักษาของโรคจิตเภท พฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์ อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาและ กิจกรรมที่จัดขึ้นนี้เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้าใจถึงอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น และสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นได้

ครั้งที่ 3 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

ครั้งที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคมหมายถึงกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวชตามการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต ซึ่งวัดจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิด

ของ Farragher (1999) และการศึกษาของเพชรี คันธสายบัว (2544) แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

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

2. ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว โดยที่ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภท (Schizophrenia F.20) และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวมีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่มีความเกี่ยวพัน เป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้

ประโยชน์คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการใช้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา