



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเรื้อรังที่มีการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ (Puangsoi Worakul Med, 2007) โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด จากอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทอยู่ระหว่าง 0.1-0.4 ต่อประชากร 1,000 ราย (พิเชษฐ อุคมรัตน์, 2547) เป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตรา 1-5% ของจำนวนประชากรในอนาคตคาดว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (Garry M. Vickar, M.D., F.R.C.P.C., 2009) พบได้ทุกสังคม ทุกวัฒนธรรม ทุกศาสนา ทุกเพศ (Jablensky, 1987) เกิดในทั้งเพศชายและหญิง (Tri-city community Mental Health Center, 2007, online) มีสัดส่วนร้อยละ 5 ในเพศชายและร้อยละ 4 ในเพศหญิง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) อายุเริ่มต้นอาการส่วนใหญ่ระหว่าง 15-35 ปี (พิเชษฐ อุคมรัตน์, 2547) โรคจิตเภทมีความชุกถึง 24 ล้านคนของประเทศทั่วโลกมากกว่าร้อยละ 50 ไม่ได้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ร้อยละ 90 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาและพบว่า การให้น้ำหนักของโรคจิตเภท อยู่ในอันดับที่มีการสูญเสียความสามารถสูงเมื่อเทียบกับโรคทางกาย (World Health Organization, 2005) โรคจิตเภทยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศที่มีความสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข เพราะเป็นโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน มีภาวะพึ่งพิงสูง ก่อให้เกิดความสูญเสียหลายด้าน ซึ่งทางเศรษฐศาสตร์นับว่าเป็นการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม อีกทั้งเป็นโรคที่ก่อปัญหาและส่งผลกระทบต่อภาระการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคม (สันชัย วสุนธรา, 2547) และมีอัตราการกำเริบสูง โดยพบว่า ร้อยละ 50 - 70 จะมีการกลับเป็นซ้ำของโรคได้อีกภายใน 1 ปี หากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลาย โดยมีความผิดปกติทั้งทางด้าน ความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัสและพฤติกรรม (พิเชษฐ อุคมรัตน์และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) เป็นกลุ่มของโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีลักษณะเฉพาะ คือมีอาการด้านบวกและด้านลบ (ธีระ ติลานันทกิจ, 2550) การป่วยด้วยโรคจิตเภทมีลักษณะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและค่อยเป็นค่อยไปจนกระทั่งอาการรุนแรง และมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของตนเอง ซึ่งในการป่วยแต่ละครั้งทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเสื่อมลง ส่งผลให้เกิดความเสื่อมของการทำหน้าที่และเป็นภาระในการรักษาพยาบาล (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) และถ้าผู้ป่วยซ้ำบ่อยมีโอกาสมิมีพยาธิสภาพที่ถาวรมากขึ้น (เพชร ดันธสาขบัว, 2544) และยากต่อการแก้ไขในการเพิ่มทักษะการใช้ชีวิตในสังคม

การเรียน การประกอบอาชีพและการพัฒนาตนเองในมิติต่างๆให้กลับมาปกติ ผู้ป่วยจะมีพยากรณ์ของโรคไม่ดี มีโอกาสเกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้เกิดขึ้นอย่างถาวร (สันชัย วสุนธรา, 2547)

การป่วยซ้ำสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ที่ไม่สามารถควบคุมได้ในสิ่งแวดล้อมปกติหรือเป็นการกลับมามีอาการที่ไม่พึงประสงค์อีก และในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการมีพฤติกรรมผิดปกติ บุคคลไม่สามารถแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมได้หรือความสามารถลดลง (เพชร คันธสาขบัว, 2548) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาก่อให้เกิดการป่วยซ้ำของตนเองอยู่ (Gulseren, Turgut, Yaprak & Kultur, 1999) ดังนั้นการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติก่อนเกิดการป่วยซ้ำ (Meijel, Gaag, and Grypdock: 2003) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำจึงเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพจิต มากกว่าที่จะมองว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยจิตเภทที่จะต้องพัฒนาไม่ให้ตนเองป่วยซ้ำ การป้องกันการป่วยซ้ำจึงมุ่งเน้นที่การรักษาเพื่อให้มีอาการทางจิตทุเลา ไม่มีอาการกำเริบมากขึ้น เนื่องจากนโยบายตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) และที่จะดำเนินการในอนาคตตามแผนฯฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) มุ่งเน้นให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ที่ให้ความสำคัญกับการพึ่งตนเอง การมีภูมิคุ้มกัน และการสร้างสมดุลของการพัฒนาให้เกิดขึ้นในทุกมิติ โดยมีทิศทางการพัฒนาประเทศในการเพิ่มคุณภาพและศักยภาพคน ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนในทุกมิติ ทั้งด้านจิตใจ สติปัญญาและสุขอนามัย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549) ดังนั้นแนวทางในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ คือการป้องกันอาการทางจิตไม่ให้อาการกำเริบ (Shepherd et al., 1989) โดยมุ่งเน้นที่ตัวผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่เหมาะสม (สุนิสสา พันธุ์สงวนสุข, 2550) ซึ่งจากการศึกษาของ Meijel, et al. (2003) พบว่าพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ คือ กิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติในการดูแลตนเอง 3 ด้าน คือ 1) การจำแนกอาการเตือน 2) การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและ 3) การใช้ยาที่ถูกต้อง

1) การจำแนกอาการเตือน การจำแนกอาการเตือนให้ได้อย่างรวดเร็วที่สุดเป็นการลดผลกระทบ ช่วยลดความรุนแรงของอาการและลดการเกิดอาการเช่นเดียวกันในอนาคต อาการเตือนเป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมที่แสดงถึงการเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้น และมีสุขภาพจิตเสื่อมลง (Herz & Melville, 1980; Brichwood, et al., 1989) Meijel, et al., (2003) กล่าวว่า การจำแนกอาการเตือนได้สามารถป้องกันอุบัติการณ์การป่วยซ้ำได้ถ้าสามารถตรวจพบอาการที่บ่งบอกการกลับเป็นซ้ำได้รวดเร็ว อาการเตือนที่พบมากที่สุดคือ อาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น อาการทางประสาทและตึงเครียด ปัญหาในการนอน เหนื่อยมากกว่าปกติ อยากรับประทานอาหารลดลง ไม่มีสมาธิและซึมเศร้า ส่วนอาการทางจิตที่พบมากที่สุดได้แก่ หูแว่ว พูดคนเดียว หมกมุ่นทางด้านศาสนา และคิดว่ามีคนควบคุมตนเอง (Brichwood, et al., 1989)

2) การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อการดำรงชีวิตเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยซ้ำ เป็นความสามารถในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนที่จะมีอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้น (Baker, 1995) สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ เพื่อลดภาวะเสี่ยงของการป่วยซ้ำ (เพชรี คันธสายบัว, 2544:29) จากการศึกษาของ Kampman and Lehtinen (1999) พบว่าการไม่มีสังคม หรืออยู่ในครอบครัวที่ไม่สามารถให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ต้องเผชิญความเครียดค่าใช้จ่ายในการรักษาทำให้ขาดแหล่งสนับสนุนในการเตรียมเผชิญปัญหา การเตรียมเผชิญปัญหาเป็นความพยายามของบุคคลในการกระทำและคิดที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยเริ่มจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานทางจิตใจที่เกิดขึ้น สามารถระงับอาการเตือนก่อนการเจ็บป่วยได้ และแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อป้องกันการมีอาการมากขึ้น ต่อมาผู้ป่วยจะตระหนักถึงอาการที่ผิดปกติที่ทำให้มีอาการทางจิตแย่ลง และเฝ้าระวังอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ โดยค้นหาวิธีที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการรักษาทางจิตเวช เพื่อไม่ให้มีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก (Baker, 1995)

3) การใช้จ่ายที่ถูกต้อง มีผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยาถูกต้องในปีแรก เพียงร้อยละ 50 และมีแนวโน้มจะลดลงเหลือร้อยละ 15-25 ในปีต่อไป (Ruscher, Wit and Mazmanian, 1997 อ้างถึงใน สารุพร พุฒขาว, 2541) จากการศึกษาของจันลิดา ดวงสลัดและคณะ (2547) ที่ศึกษาปัจจัยของการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์พบว่าขณะมารับการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยร้อยละ 63.89 ไม่ยอมรับประทานยา 13.88 ไม่ทราบว่าอาการข้างเคียงจากการใช้ยามีอาการอย่างไร นอกจากนี้เพชรี คันธสายบัว (2549) ศึกษาพบว่าการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในด้านการไม่สามารถรับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษาทำให้ขาดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการป่วยซ้ำภายใน 2 ปี (Lindstrom and Bingefors, 2000) การใช้จ่ายที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์และคำแนะนำของทีมบุคลากร นับเป็นการดูแลตนเองที่สำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทนับว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทต้องรับประทานยาเป็นเวลานานจำเป็นต้องอาศัยการดูแลตนเองเพื่อสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งมีความรู้เรื่องยาที่ได้รับเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกคลายกังวล การใช้จ่ายที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำประกอบด้วยพฤติกรรมดังต่อไปนี้ คือ การมารับยาอย่างต่อเนื่อง รับประทานยาตรงตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มยาด้วยตนเอง โดยไม่ปรึกษาทีมบุคลากร การสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ร่วมกับการสังเกตอาการของตนเองเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง (วัฒนาภรณ์ พิบูลลาภิชัย, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ พบว่ามีการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลายรูปแบบ เช่น โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา (William,2001) ซึ่งแบ่งได้เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษา รายบุคคล (individual psychoeducation) รายกลุ่ม (group psychoeducation) และการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัว ในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี โดยการให้ความรู้ผู้ป่วย ญาติและครอบครัวเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับการรักษา การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา และการเตรียมผู้ป่วยให้สามารถเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ ลดการกลับเป็นซ้ำ (Christine Rummel Kluge et al., 2006) ซึ่งในปัจจุบันแนวคิดและรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางจิตนั้น เน้นในเรื่องของการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา จึงมีผู้สนใจและพยายามที่จะนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต โดยมีจุดมุ่งหมายในการเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว (Eugenio Aguglia et al., 2007) จากการศึกษาของ Herz,Lamberti,Mintz et al. (2000) ที่ได้ศึกษาโปรแกรมที่ป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยการสอนสุขภาพจิตศึกษาสำหรับการจำแนกอาการเตือนที่ผิดปกติแก่ผู้ป่วยจิตเภทแบบกลุ่มผู้ป่วย และแบบกลุ่มครอบครัวในแผนกผู้ป่วยนอก พบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยซ้ำร้อยละ 39 น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีจำนวนผู้ป่วยซ้ำร้อยละ 73 จากการติดตามหลังการทดลอง 18 เดือน สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาของสุภาภรณ์ ทองคารา (2545) ซึ่งศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย มีกิจกรรมซึ่งมุ่งความสำคัญไปที่การให้ความรู้และการฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ หรือกับญาติผู้ดูแลหลักเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นรายบุคคลที่บ้าน จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากเหตุผลและความสำคัญดังที่ได้กล่าวมา ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะนำการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Anderson, Hogerty,and Reiss. (1980) มาใช้ในการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เนื่องจาก โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวนี้เป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีหุ้นส่วน (partnership) มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยนำผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพิ่มขึ้น

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Anderson, Hogerty,and Reiss.(1980) เป็นรูปแบบการปฏิบัติสำหรับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการ

ให้ครอบครัวเข้ามามีหุ้นส่วน (partnership) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลกับผู้ป่วยให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากขึ้น และสามารถพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง (Chien,Kam,&Lee, 2001) ในการดูแลประกอบด้วยการสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว(joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) สร้างสัมพันธภาพในครอบครัว การรับฟังปัญหาของครอบครัว การช่วยเหลือในด้านการวางแผนการรักษาตามความเหมาะสม ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับรูปแบบการรักษาสำหรับผู้ป่วย สอบถามถึงความรู้สึกสูญเสียภายในครอบครัว ลดความสับสนและตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยการให้ข้อมูลและการช่วยเหลือประคับประคอง ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์ การช่วยเหลือในระยะวิกฤติ การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว ตลอดจนการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพอาการ และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต จะเห็นได้ว่า เมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ป่วยจะมีแหล่งประโยชน์เพิ่มขึ้น และประเมินได้ว่าตนเองมีแหล่งประโยชน์ที่เพียงพอที่จะจัดการกับสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นได้ ผู้ป่วยจึงมีความเครียดลดลงด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จะมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับหรือไม่
2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จะมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

การป่วยซ้ำเป็นปัญหาที่ซับซ้อน และเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากในการให้การพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งการป่วยซ้ำมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมได้ ในสิ่งแวดล้อมปกติหรือเป็นการกลับมามีอาการไม่พึงประสงค์อีก และในสถานการณ์ที่มีความเครียดสูงต่อการมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ บุคคลไม่สามารถแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ หรือความสามารถลดลง (เพชรี คันธสายบัว, 2548) ซึ่งการป่วยซ้ำแต่ละครั้งทำให้สมรรถภาพการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเสื่อมลง ส่งผลให้เกิดความเสื่อมของหน้าที่และเป็นภาระในการรักษาพยาบาล (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) แนวทางหนึ่งในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ คือ การป้องกันอาการทางจิตไม่ให้กำเริบ โดยมุ่งเน้นที่ตัวผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่เหมาะสม (สุนิสสา พันธุ์สงวนสุข, 2550) Lin&Ahn (2003) ศึกษาพบว่าครอบครัวมีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากสมาชิกในครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ย่อมส่งผลให้ขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน ในชุมชน และเพื่อให้เกิดผลดีต่อการดูแลและลดการกลับเป็นซ้ำ จึงมีความสำคัญยิ่งที่ครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งประคับประคองสนับสนุนทางอารมณ์ที่สำคัญของครอบครัว ต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้สามารถดำรงอยู่ได้ในสังคม สมาชิกในครอบครัวจึงทำหน้าที่สถานการดูแลต่อจากทีมสุขภาพ จนกว่าผู้ป่วยจิตเภทจะสามารถกลับสู่สังคมหรือทำงานประกอบอาชีพได้ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้เมื่ออาการทุเลายังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆในชีวิตประจำวันได้เท่ากับบุคคลทั่วไป จำเป็นต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดหรือให้ความช่วยเหลือในการจัดการกับการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน (Ruppert, 1996) อรพรรณ ลือนุญธวัชชัย (2553) ศึกษาพบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยยังคงมีการกลับเป็นซ้ำคือครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ผู้ดูแลยังคงขาดความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ป้องกันการป่วยซ้ำ รวมทั้งขาดทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ความไม่รู้และไม่เข้าใจของครอบครัวในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากโรคของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดและกลับเป็นซ้ำอีก ทั้งนี้ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวโดยทั่วไปจะมีการช่วยเหลือประคับประคองซึ่งกันและกัน แต่ความเจ็บป่วยทางจิตของสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัวย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อสัมพันธ์ภาพในทางลบ นำไปสู่ความขัดแย้งและความเครียดภายในครอบครัวได้ และเมื่อสมาชิกในครอบครัวหรือญาติคนใดคนหนึ่งของผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed Emotion หรือ EE) ย่อมมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยเช่นกัน ในขณะที่ครอบครัวมีบทบาทในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย การแสดงออกของครอบครัว การเอาใจใส่ผู้ป่วยจิตเวชอย่างไม่สิ้นสุดก็เป็นสิ่งที่จะช่วยประคับประคอง และเป็นแรงเสริมให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น มีการพัฒนาและปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมในสังคมได้ในที่สุด และสามารถอยู่บ้านได้นานๆ โดยไม่เป็นภาระของครอบครัวมากนัก ไม่ต้องกลับมาเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงขึ้นอีก ซึ่งโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พัฒนาขึ้นจาก

แนวคิดของ Anderson, Hogerty, and Reiss. (1980) เป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีหุ้นส่วน ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วย เป็นรูปแบบของการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา การยอมรับปัญหา นำไปสู่ความสามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และยังรวมถึงการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (Williams, 1989) สุขภาพจิตศึกษาเป็นวิธีการที่ออกแบบมาเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการบำบัดรักษาทั้งหมด การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษารูปแบบนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากการวิจัยเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว (expressed emotion) ที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย การแสดงความเป็นมิตรระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย มีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมาก และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional overinvolvement) จะมีสถิติการกลับมาเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ดังนั้นผู้ศึกษาได้ค้นคว้าและทบทวนแนวคิดต่างๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพิ่มมากขึ้น รูปแบบของการบริการจึงให้จัดในรูปของโปรแกรมการให้ความรู้กับครอบครัว โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของโรคจิต สาเหตุของโรค การรักษา การพยากรณ์โรคแก่ครอบครัว การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การอยู่ในสังคม (social skills) และการติดต่อสื่อสาร (communication skills) ซึ่งรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ได้มาจาก จิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Anderson, Hogerty, and Reiss. (1980) มีกิจกรรมในการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ครอบครัวโดยเน้น 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) คือ การที่ผู้วิจัยพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ซึ่งไม่ใช่การทำความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว แสดงความห่วงใยเอาใจใส่ เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และยอมรับในตัวผู้วิจัย รวมทั้งการสร้าง ความหวังให้กับครอบครัว ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น สามารถให้ความร่วมมือในการดำเนินสัมพันธภาพได้

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Family education) คือ การที่ผู้วิจัย ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเองตามความเป็นจริงและสามารถช่วยจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ และเมื่อผู้ป่วยมีความรู้แล้ว เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองและสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ (กนกวรรณ กันยาสาช, 2552)

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท (problem solving skill) คือการที่ผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของพฤติกรรม ความคิด เทคนิคการติดต่อสื่อสาร

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ (coping skills) คือการที่ผู้วิจัยชี้ให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) คือการช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยในการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน และการขอรับความช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ โดยใช้หลักการทำงานร่วมกับครอบครัว เมื่อครอบครัวได้รับการประทับประคองจากบุคลากรทางสุขภาพจิต ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจึงเป็นแนวทางที่ดีในการบำบัดและเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ทำให้สามารถลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลภายในปีแรกหลังจากออกจากโรงพยาบาล (Harter, 1988 อ้างในอรพรรณ ลือบุญวิชชัย, 2553)

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษา
2. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มทดลองที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยเป็นการวิจัยแบบการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติในเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

3. ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรต้น คือ การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความ

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พัฒนารูปแบบจากแนวคิดของ Anderson, Hogerty, and Reiss. (1980) เป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้ที่เป็นผู้ป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีหุ้นส่วน (partnership) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลกับผู้ป่วยให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากขึ้น และสามารถพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง (Chien,Kam,&Lee, 2001) ในการดูแลประกอบด้วยการสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งใช้ของ จิราพร รักการ (2549) ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Anderson,Hogerty,and Reiss. (1980) โดยดำเนินกิจกรรมให้แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายครอบครัวที่บ้าน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว 4 ครั้ง ครั้งละ 1-2 กิจกรรม รวมทั้งหมด 5 กิจกรรม โดยใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 45 – 60 นาที เป็นเวลาติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ดังนี้

1) การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว (joining) โดยการที่ผู้วิจัยพยายามเข้าถึงครอบครัวเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว นอกจากนี้การชี้ให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมและมีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น สามารถร่วมมือในการบำบัดรักษา นำไปสู่การปรับตัวเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง การป้องกันการป่วยซ้ำและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น

2) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการใช้ยา เป็นการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การใช้ยา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะให้มีอาการดีขึ้น มีพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้

3) การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำอาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งปัญหาของการจำแนกอาการเตือน ได้แก่ ขาดทักษะและความรู้ในการจำแนกอาการเตือน การปฏิเสธอาการที่เกิดขึ้น และขาดแหล่งสนับสนุนในการช่วยจำแนกอาการเตือน เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ก็จะทำให้ผู้ป่วยทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค

4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เป็นการจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งต้องใช้แหล่งประโยชน์ของบุคคลและจากสิ่งแวดล้อม (รินฤติ ลิ้มฉาย, 2552) ในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับความเครียดสามารถหลีกเลี่ยงสถานะที่ทำให้เกิดความเครียด สามารถเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง

5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นการพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว มีทักษะในการรับส่งสารการแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติในการดูแลตนเองที่เน้นการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ทั้งในขณะที่ปกติและเมื่อเกิดภาวะการเจ็บป่วย วัดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามแนวคิดของ Meijel, et al. (2003) มาพัฒนาเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 3 ด้าน

1) การจำแนกอาการเตือน หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทแยกแยะอาการทางจิตทั้งด้านความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม ที่เปลี่ยนแปลงก่อนเกิดอาการทางจิตมากขึ้น รวมทั้งยอมรับอาการเตือนที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการรับรู้อาการเตือนที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

2) การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา หมายถึง ความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วย

ซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ เพื่อลดภาวะเสี่ยงของการป่วยซ้ำ

3) การใช้ยาที่ถูกต้อง หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยา รักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการจัดการอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD – 10 ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทที่อยู่ในชุมชน มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี มีคะแนนอาการทางจิตโดยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร เช่น การได้ยิน การพูด

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพประจำสถานบริการสาธารณสุขในชุมชน จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงขึ้น
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและพัฒนาด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการใช้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมาส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพื่อลดอัตราการป่วยซ้ำ