

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารั้ครั้งนี้ เป็นการศึกษาร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษารั้ นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

#### 1. โรคจิตเภท (Schizophrenia)

- 1.1 ความหมาย
- 1.2 สาเหตุของการเกิดโรค
- 1.3 ชนิดของโรคจิตเภท
- 1.4 อาการและอาการแสดง
- 1.5 การดำเนินโรค
- 1.6 การรักษาโรคจิตเภท
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
- 1.8 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา
- 1.9 การวางแผนจำหน่าย

#### 2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
- 2.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

#### 3. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

- 3.1 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
- 3.2 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 3.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### 4. โปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว

- 4.1 ความหมายการให้ความรู้
- 4.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชสำหรับครอบครัว (Psychoeducation)
- 4.3 แนวคิดเกี่ยวกับการให้ความรู้รายครอบครัว
- 4.4 โปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตาม

#### 4.4 โปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา

### 5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

5.2งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้รายครอบครัว

### 1. โรคจิตเภท(Schizophrenia)

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรงเรื้อรังมีสถิติเข้ารับการศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชมากที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2545) ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติที่มีลักษณะอาการต่างๆ เช่น หลงผิด ประสาทหลอน การพูดไม่มีระเบียบแบบแผน มีความแตกแยกของความคิด อารมณ์และพฤติกรรม มีการเสื่อมเสียหน้าที่ทางสังคม การประกอบอาชีพ โดยไม่มีสาเหตุจากสารเสพติดหรือภาวะการเจ็บป่วยทางกายทั่วไป (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) โรคจิตเภทมีอัตราการเกิดโรค ร้อยละ 1 ของประชากรโลกและพบมากในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น (Kaplan & Sadock, 1998)

#### 1.1 ความหมาย

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความสำคัญมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช เป็นโรคที่พบได้มากที่สุด พบในประชากรทุกกลุ่มและมีอัตราการป่วยซ้ำสูง และมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับโรคจิตเภทไว้มากพอจะสรุปได้ดังนี้

ตามความหมายของ ICD-10 (The International classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์แบบไม่เหมาะสม หรืออารมณ์ท้อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเซาว์ปัญญา มักคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2536)

ในระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ( Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition ; DSM-IV , 1995) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ต่างๆลดลง ประกอบด้วยอาการด้านบวกและอาการด้านลบ อาการด้านบวกประกอบด้วย ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม ส่วนลักษณะอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในคนทั่ว ๆ ไปควรจะมี ประกอบด้วย อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูดและขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการในระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (American Psychiatric Association, 1994)

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด

อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

จากความหมายดังกล่าวพอสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ที่พบความผิดปกติของความคิด อารมณ์และการรับรู้ พบมากที่สุดในกลุ่มโรคทางจิตเวชทั้งหมด ซึ่งพบทั้งในเพศหญิงและเพศชายและมักมีการป่วยซ้ำสูง

## 1.2 สาเหตุของการเกิดโรค

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดโรคทางจิตเวช จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เชื่อว่า โรคจิต มีสาเหตุ หรือปัจจัยต่างๆของการเกิดโรค ดังนี้

### 1.2.1. ปัจจัยทางชีววิทยา แบ่งเป็น

1) ด้านกรรมพันธุ์และองค์ประกอบของร่างกาย มีการศึกษา ค้นพบว่า ความผิดปกติใน Gene มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคทางจิต มีการศึกษาอัตราการเกิดโรคในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือด ยิ่งใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากเท่าใดจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคทางจิตมากขึ้น

2) ชีววิทยาของร่างกาย สรีระวิทยาของสมองและชีวเคมีของสมอง พบว่าการเปลี่ยนแปลง และระดับฮอร์โมนของร่างกาย มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และจิตใจ

3) สารจากต่อมไร้ท่อ เช่น โรคไทรอยด์เป็นพิษ (Hyperthyroidism) จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย มีความเครียด มีอารมณ์เศร้าและเฉื่อยชา ความจำเสื่อม และโรคขาดฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ (Hypothyroidism) ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เฉื่อยชา ความจำเสื่อม อารมณ์เฉยเมย ไม่อยากพูด และประสาทหลอน

4) โรคของสมอง เช่น เนื้องอกของสมอง การอักเสบของสมอง โรคลมชัก รวมทั้งการได้รับเชื้อโรคที่เป็นอันตรายต่อสมอง เชื้อหุ้มสมองอักเสบ การที่สมองได้รับพิษของสารเสพติด เช่น เหล้า ฝิ่น ยาบ้า กระท่อม กาว ผงขาว ฯลฯ และการที่สมองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง เช่น ถูกตีที่ศีรษะ รถคว่ำ พยาธิสภาพของโรคดังกล่าว ทำให้เซลล์ของสมองถูกทำลาย และเกิดความเสื่อมของเซลล์สมอง อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติของจิตได้

1.2.2. กระบวนการทางจิตใจและอารมณ์ (Psychodynamic) ของแต่ละบุคคล มีผลต่อพฤติกรรม และแรงจูงใจ (Motivation) ของคน ซึ่งเป็นสาเหตุที่เชื่อว่า ทำให้คนเกิดปัญหาทางจิตใจ

1.2.3. สังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่เป็นปัญหาอยู่รอบตัวของบุคคล เช่น ปัญหาทางครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ ปัญหาทางเพศบางประการ หรือ ชีวิตสมรส / ชีวิตโสดที่มีปัญหา

### 1.3 ชนิดของโรคจิตเภท

แบ่งตามลักษณะอาการทางคลินิกออกเป็น 5 ชนิด (American Psychiatric Association 1994; เกษม ตันติผลาชีวะ; 2536, สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

1. ชนิดหวาดระแวง (paranoid type) ลักษณะที่สำคัญของชนิดนี้คือ ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิดและประสาทหลอน อาการเด่นชัดได้แก่ อารมณ์ราบเรียบไม่เหมาะสมกับสภาพการณ์ ไม่มีการพูด พฤติกรรมสับสน

2. ชนิดวุ่นวาย (disorganized type) ลักษณะที่สำคัญของชนิดนี้คือ ผู้ป่วยมีความผิดปกติของคำพูด พฤติกรรมวุ่นวายและมีอารมณ์เฉยเมย หรือไม่เหมาะสม ผู้ป่วยอาจมีกิริยาท่าทางแปลกๆ เช่น หัวเราะจำขันโดยไม่มีเหตุผล และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว หรือรับประทานอาหารเช้า ผู้ป่วยที่เป็นชนิดนี้มักเริ่มมีอาการตั้งแต่อายุน้อยๆ โดยอาการเกิดซ้ำๆ และมักมีความผิดปกติของบุคลิกภาพมาก่อน โรคจิตเภทชนิดนี้มักเป็นเรื้อรัง มีชื่อเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า hebephrenic

3. ชนิดคาทาโทเนีย (Catatonia type) ผู้ป่วยที่เป็นชนิดนี้ต้องมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่าง คือ 1) ร่างกายไม่มีการเคลื่อนไหวเลย โดยมีอาการ catalepsy หรือ stupor 2) มีพฤติกรรมพลุ่งพล่านกระวนกระวาย 3) มีอาการ negativism หรือ mutism 4) มีการเคลื่อนไหวด้วยท่าทางแปลกๆ เช่น ยืนหรือนั่งด้วยท่าทางแปลกๆ และทำอะไรซ้ำๆ 5) พูดเลียนแบบ (echolalia) หรือทำเลียนแบบ (echopraxia)

4. ชนิดแยกไม่ได้ (undifferentiated type) ผู้ป่วยมีอาการของโรคจิตเภทชัดเจน แต่อาการของโรคไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทั้ง 3 ชนิด

5. ชนิดมีอาการหลงเหลือ (residual type) ชนิดนี้ผู้ป่วยเคยมีอาการของโรคจิตเภทมาก่อนอย่างน้อย 1 ครั้ง แต่ลักษณะทางคลินิกในปัจจุบันไม่มีอาการทางด้านบวก ผู้ป่วยจะมีอาการทางด้านลบ เช่น อารมณ์เฉยเมย ไม่พูดหรืออยู่เฉยๆ ไม่ทำกิจกรรมทุกชนิดบางรายอาจมีอาการหลงผิด หรือหูแว่ว แต่อาการจะไม่เด่นชัด ผู้ป่วยอาจมีอาการอยู่ชั่วระยะเวลาสั้นๆ หรืออาจมีอาการอยู่นานหลายปี โดยมีอาการกำเริบเป็นบางครั้งคราว

### 1.4 อาการและอาการแสดง

อาการของโรคจิตเภท เป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หรือรุนแรงซึ่งอาจมีปัจจัยนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 ด้าน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

1. อาการทางด้านบวก (Positive Symptoms) ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านความคิด ทั้งด้านเนื้อหาและการเชื่อมโยงความคิด มีความผิดปกติของการรับรู้ อาการหลงผิดชนิดที่พบบ่อยคือ delusion of persecution ผู้ป่วยหลงผิดคิดไปเองว่ามีคนคอยปองร้าย (delusion of reference) และ ผู้ป่วยคิดไปเองว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน อาการประสาทหลอน (Hallucination) ชนิดที่พบบ่อยคือหูแว่ว เสียงแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเพียงเสียงหรือคำพูด เช่น คนพูดว่าร้าย หรือ พูดเรื่องราว

เกี่ยวกับผู้ป่วย อาจเป็นเสียงคนๆเดียว หรือหลายคน ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉยๆ หรือพูดโต้ตอบ ความผิดปกติของคำพูด (Disorganize Speech) พูดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว ขาดความเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ดังนั้นเวลาฟัง ผู้ป่วยพูดหรือตอบคำถามจึงไม่ค่อยเข้าใจและมีความผิดปกติของพฤติกรรม (Bizarre behavior) มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมเหมือนเด็กและพลุ่งพล่าน กระวนกระวายมาก อาจไม่สนใจดูแลตัวเอง แต่งตัวสกปรกหรือแต่งตัวเปลือยประหลาด ผู้ป่วยอาจส่งเสียงตะโกนหรือกล่าวคำหยาบ

2. อาการทางด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นอาการที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติ หรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีพฤติกรรมอยู่ในท่าเฉยๆ ไม่เคลื่อนไหวเลย (Catatonic stupor) ไม่พูดและไม่รับรู้ความเป็นไปของสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะด้านอารมณ์ มีอารมณ์เฉยเมย (affective flattening) สีหน้าของผู้ป่วยเรียบเฉย ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ไม่มีการสบตา พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) ใช้คำพูดน้อยตอบคำถามสั้นๆ และไม่สนใจที่จะตอบ ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (avolition) ผู้ป่วยไม่สามารถริเริ่มในการทำกิจกรรมโดยจะนั่งเฉยๆ เป็นเวลานานๆ และไม่สนใจที่จะเข้าร่วมในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม บางรายมีอาการซึมเศร้า สับสน โดยผู้ป่วยจะมีอาการเหมือนขาดแรงจูงใจ

### 1.5 การดำเนินโรค

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินโรคจะเกิดขึ้นช้าๆ แรก ๆ อาการจะน้อยและไม่ชัดเจน และเมื่ออาการเกิดชัดเจนขึ้นผู้ดูแลจึงนำมาพบแพทย์ ปัจจุบันมีการรักษาหลายวิธี การดำเนินโรคจึงเปลี่ยนไป ผู้ป่วยจิตเภทมีการดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงเป็น 5 แบบ ดังนี้ (เกษม ตันติผลาชีวะ. 2536) 1) หายขาดโดยไม่กลับมาเป็นซ้ำอีก 2) หายโดยกลับมาเป็นอีก 3) หายโดยไม่สมบูรณ์ คือพอจะเข้าสังคมได้ แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพ จะต้องได้รับการช่วยเหลือ 4) เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง ระยะเวลาป่วย 2 ปี เป็นตัวเองบอกความเรื้อรังของผู้ป่วยจิตเภท 5) มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ หรือแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้ (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2548)

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยจะมีอาการเบาก่อนเป็นค่อยๆไป มักมีปัญหาในหน้าที่รับผิดชอบ ขาดความสนใจในการเรียนหรือทำงาน มีพฤติกรรมผิดปกติซึ่งความผิดปกติดังกล่าวสังเกตได้ไม่ชัดเจน ระยะเริ่มมีอาการโดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี ก่อนแสดงอาการชัดเจน

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก หรือมีอาการแสดงผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ ยังมีอาการทางจิตหลงเหลือ แต่ไม่รุนแรงเท่ากับระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยจิตมักมีอาการกลับเป็นซ้ำระหว่าง 5

ปีแรก หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ถ้ามีอาการกลับซ้ำบ่อยจะมีอาการหลงเหลือมากขึ้น

## 1.6 การรักษาโรคจิตเภท

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นแบบผสมผสานมีวิธีการหลายอย่างร่วมกัน โดยแต่ละวิธีมีส่วนช่วยรักษาอาการของโรคการรักษาหลักๆ แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ (Kaplan & Sadock, 1998: กิตติวรรณ เทียนแก้ว, 2544 และ สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

### 1. การรักษาทางกาย (Somatic Treatment)

1.1 การรักษาด้วยยา ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมักจะเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล การรักษาที่สำคัญคือการรักษาด้วยยา จุดประสงค์ของการให้ยา เพื่อให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นปกติโดยเร็วที่สุด เป็นการป้องกันอันตรายซึ่งอาจเกิดกับผู้ป่วยหรือผู้อื่นการรักษาดด้วยยา เป็นการรักษาหลัก เนื่องจากยาจะไปช่วยแก้ไขความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุโรค ยาที่ใช้คือ กลุ่มยาด้านโรคจิต (antipsychotic drugs) ยาจะทำให้อาการของโรคจิตเภทดีขึ้น ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงต้องใช้ยารักษาโรคจิตที่มีขนาดสูง เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงลดขนาดยาลง จนกระทั่งอาการคงสภาพและยังต้องได้รับยาต่อเนื่องนานอย่างน้อย 1-2 ปี การรักษาดด้วยยาอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ เช่น อาการคลื่นไส้ กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง ตาเหลือก คอบิด มีกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ขยับลำบาก พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านโรคจิต (antipsychotic drugs) ภายใน 6 สัปดาห์ จะมีอาการดีขึ้นและกลับไปอยู่ในสังคมได้ถึงร้อยละ 75 (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวนิชย์, 2542) ผู้ป่วยจึงต้องรับประทานยาด้านโรคจิตอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ เช่น คืมสุรา ความเครียด (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

ชนิดของยารักษาอาการทางจิตที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบัน (เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2537 : สมภพ เรืองตระกูล, 2542 ) แบ่งเป็น 2 แบบได้แก่

#### 1. ยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิม ( Typical anti – psychotics)

ก. Phenothiazines เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่ใช้แพร่หลายที่สุด ยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิด มีสูตร โครงสร้างเหมือนกัน แต่มี side chain แตกต่างกัน 3 แบบ ทำให้มีฤทธิ์แตกต่างกัน คือ 1) Aliphatic เป็นกลุ่มที่มีฤทธิ์ทำให้วังนอนสูง และมีฤทธิ์ข้างเคียง คือ ความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มอื่น เช่น Chlopromazine Triflupromazine 2) Piperidines มีฤทธิ์ทำให้วังนอนปานกลาง มีข้อดี คือ มีฤทธิ์ Extra – pyramidal side effectต่ำกว่ากลุ่มอื่น แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงด้าน Anticholinergic สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Thioridazine 3) Piperazines เป็นยาในกลุ่มที่มี potency สูง มีฤทธิ์ sedative น้อย แต่มี Extra – pyramidal side effect สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Perphenazine Trifluoperazine Fluphenazine

ข. Thioxanthenes เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ Phenothiazines มาก แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน เช่น Chlorprothixene Thiothixene Flupenthixol Chopenthixol

ค. Butyrophenones เป็นยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์สูง มีฤทธิ์ขยับยั้งน้อย และมี Extra – pyramidal side effect สูง คล้ายกับ Phenothiazines เช่น Haloperidol และ Triperidol

ง. Dibenzoxanzepines ยาในกลุ่มนี้ใช้ในเมืองไทยตัวเดียว คือ Loxapine

จ. Diphenbutypiperidine ใช้ในประเทศไทย 2 ตัว คือ Pimozide และ Penfluridol

ฉ. Benzamides ตัวอย่างเช่น Sulpiride

ช. Reserpine ปัจจุบันไม่ใช่เป็นยารักษาโรคจิตแล้ว ใช้เป็นยาแก้ปวด

## 2. ยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ (New anti – psychotics) ยาในกลุ่มนี้มี 2 ชนิด

(สมภพ เรื่องตระกูล. 2542) คือ

ก. Clozapine จะได้ผลดีในการรักษาโรคจิตเภท โดยได้ผลดีทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ รวมทั้งได้ผลดีพอสมควรในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งต้านการรักษา 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 เพราะยังไม่มีการศึกษาที่พบว่าฤทธิ์ข้างเคียงที่รุนแรง

ข. Risperidone เป็นยารักษาโรคจิตเภทที่มีประสิทธิภาพเท่า haloperidol แต่ต้องใช้ขนาดปานกลาง (4-10 มิลลิกรัมต่อวัน) และมีผลข้างเคียงน้อยกว่า haloperidol

กลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตที่สำคัญ คือ การ Block dopamine receptors ในสมอง นอกจากนั้นยังออกฤทธิ์ Block receptors ของ catecholamines ตัวอื่นๆ และรบกวน catecholamine storage ด้วย ทั้งของ serotonin norepinephrine และ dopamine

ฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตที่สำคัญ (เกษม ดันดีผลลาชีวะ . 2537) คือ

### 1. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effect)

เป็นฤทธิ์ที่มักพบในตอนต้นของการให้ยามากกว่าเมื่อให้ยาไปนานๆ ซึ่งร่างกายมักปรับตัวได้ ที่พบบ่อย ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ม่านตาหดหรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำ ในผู้ชายอาจมีการหลั่งน้ำกามช้าหรือไม่หลั่งเลย บางรายมีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัว อาการความดันโลหิตต่ำพบได้มากที่สุดจาก Chlorpromazine จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอและผู้สูงอายุ ส่วน Extra – pyramidal side effect เป็นฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลางโดยตรงแบ่งเป็น 4 แบบ คือ

#### 1.1 Parkinsonian syndrome ผู้ป่วยอาจมีอาการสั่น (tremor) ที่มี

แขน ขา ลำตัว มีอาการตัวแข็ง (Rigidity) เดินตัวทื่อ ไม่แกว่งแขน เดินหรือเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) หน้าตาเฉยเมยเหมือนใส่หน้ากาก (mask-like faces)

1.2 Acute dystonia เป็นอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง (torticollis) อาจพบคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ขากรรไกรแข็ง ลิ้นคืบปากพูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากสั่น บางรายอาจมีนัยน์ตาเหลือบขึ้นข้างบนตลอดเวลา อาการดังกล่าวไม่เป็นอันตรายแต่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน

1.3 Akathisia เป็นอาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนขาสั่นมีลักษณะคล้ายกับอาการวุ่นวาย (agitated)

1.4 Tardive dyskinesia เป็นกลุ่มอาการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจ ที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน มีลักษณะที่สำคัญคือ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อสามแห่ง คือ แก้ม หน้า ลิ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแก้มพองซึ่งเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก เคี้ยวสุดปาก เลียและดูดริมฝีปาก แลบลิ้น ขากรรไกรเคลื่อนไหวด้านข้าง อาจมีอาการกระพริบตา หน้าตาบูดเบี้ยว ขมวดคิ้ว เปลือกตากระตุกมีอาการเคลื่อนไหวแบบกระตุกไม่เป็นจังหวะค่อนข้างเร็วและคาดคะเนไม่ได้ของมือและเท้า

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

3. Central Anticholinergic Syndrom เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบน้อย อาจเกิดจากยาที่มีฤทธิ์ Anticholinergic สูง และในรายที่ให้ยา antiparkinson ร่วมด้วย ก็อาจเป็นผลมาจากยาทั้ง 2 ตัว หรือจากตัวใดตัวหนึ่งก็ได้ อาการที่สำคัญคือ มีวุ่นวาย สับสน ประสาทหลอน ชัก เหนื่อย ม่านตาขยาย และสติสัมปชัญญะลดลงถึงโคมาได้

4. Neuroleptic Malignant syndrome (NMS) อาการที่สำคัญคือ มีไข้ กล้ามเนื้อมีความตึงตัวเพิ่มขึ้น หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะนี้มีอัตราการตายถึงหนึ่งในห้า ต้องรีบให้การแก้ไข โดยการหยุดยารักษาโรคจิตทั้งหมด ให้การรักษาประคับประคองเพื่อให้ไข้ลด และควบคุมความดันโลหิตให้คงที่

5. อาการชัก อาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูง ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลด Threshold ของการชัก แต่ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการใช้ยา ส่วนใหญ่สามารถแก้ไขได้โดยการลดขนาดของยา

6. อาการง่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ยาในระยะแรกแต่มีผลลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ ฤทธิ์ของยาที่ทำให้ง่วงมักมีเพียง 2-3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์รักษาโรคจิตมีอยู่ตลอดเวลา จึงสามารถให้ยารักษาโรคจิตโดยการกินเพียงวันละครั้งก่อนนอนได้



7. อาการดีซ่าน (Jaundice) อาการดีซ่านที่เกิดจาก Phenothiazines เป็นที่รู้จักกันมาตั้งแต่เริ่มใช้ยา แต่ปัจจุบันลดน้อยลงโดยไม่ทราบสาเหตุ และมีฐานที่เป็นข้อบ่งชี้ว่าอาการดีซ่านที่เกิดขึ้นเป็นผลของปฏิกิริยาภูมิแพ้มากกว่าสาเหตุอื่น ยาที่ทำให้เกิดดีซ่านมักเป็น Phenothiazines โดยเฉพาะ Chlopromazine พบมากที่สุด

8. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเลือด อาการที่พบบ่อยคือ Eosinophilia ซึ่งแสดงถึงปฏิกิริยาภูมิแพ้แต่ก็ไม่ร้ายแรง อาการที่พบน้อยแต่เป็นอันตรายมาก คือ Agranulocytosis Leukopenia . Pancytopenia . Hemolytic anemia และ Thrombocytopenia purpura

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

10. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตา ผู้ป่วยที่ได้รับ Chlopromazine ในขนาดสูงนานๆอาจมีสารสีน้ำตาลแกมเหลืองไปจับบริเวณ lens และ cornea พบบ่อยในผู้ที่พบการเปลี่ยนแปลงในผิวหนังร่วมด้วย เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับที่ได้รับแสงแดด และการให้ Thioridazine ในขนาดที่สูง อาจทำให้เกิด pigmentary retinopathy ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้ ซึ่งอาจไม่หายแม้จะหยุดยาแล้วก็ตาม จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ Thioridazine เกินวันละ 800 มิลลิกรัม

11. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ ยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลายตัวด้วยกัน ที่พบบ่อย คือ การเพิ่มระดับ prolactin ซึ่งเป็นผลทำให้มีนมคัดและบางรายมีน้ำนมไหล ผู้ป่วยบางรายมีระดูขาดไประยะนาน นอกจากนั้นยารักษาโรคจิตยังมีผลต่อฮอร์โมนอื่นแม้พบได้น้อย เช่น ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ ต่อมใต้สมอง เป็นต้น

12. น้ำหนักตัวเพิ่ม (Laraia, 1995 อ้างใน ปิณานิ คสัยนิล, 2547) Risperidone olanzapine quetiapine และ clozapine อาจทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีรายงานว่า Clozapine และ olanzapine อาจทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 15-20 กิโลกรัม ภายในระยะเวลาไม่นาน ซึ่งการที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากอย่างรวดเร็ว อาจก่อให้เกิดโรคเบาหวานหรือทำให้อาการของโรคเบาหวานแย่ลง จึงควรต้องระวังการใช้ยาดังกล่าวในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน

การรักษาด้วยยาโรคจิตเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมาป่วยซ้ำบ่อย ส่วนใหญ่มีปัญหามาจากการขาดยา

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยไฟฟ้าจะใช้ก็ต่อเมื่อการรักษาด้วยยาไม่ได้ผลหรือในรายที่มีข้อบ่งชี้อย่างชัดเจน ได้แก่ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงหรือมีอาการจิตเภทชนิด catatonia ส่วนอาการทางจิตชนิดอื่นๆ การรักษาด้วยไฟฟ้ามักไม่ค่อยได้ผล ส่วนอาการข้างเคียงที่อาจพบได้จากการรักษาด้วยไฟฟ้า เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน งุนงง สับสน พบได้

ในระยะ 1-2 ชั่วโมงหลังจากนั้นอาการต่างๆ ก็จะหายไป ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหลงลืมซึ่งอาการนี้จะมากขึ้นตามจำนวนครั้งที่ทำการรักษาเมื่อหยุดการรักษาอาการหลงลืมจะค่อยๆ ดีขึ้นและจะหายไปภายในระยะเวลา 3-6 เดือน (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

2. การรักษาทางจิตและสังคม(Psychosocial Treatment) การรักษาทางจิตและสังคม การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนอกจากการใช้ยาทางจิตเวชแล้ว ยังมีการรักษาทางจิตสังคมร่วมด้วย ซึ่งมีรูปแบบการรักษาหลากหลาย ได้แก่

2.1 จิตบำบัดประคับประคองทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่มการทำจิตบำบัดมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไข้ปัญหาของตนเองอย่างเหมาะสมและปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งแก้ไข้สาเหตุของปัญหา (สุมาลี ชัยสิทธิพานิชย์และคณะ, 2541) อังอิงในนงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548)

2.2 พฤติกรรมบำบัด มีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ไข้พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมโดยผู้รักษาจะให้แรงจูงใจและเสริมแรงในพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ (จารุวรรณ จินตมางค, 2541; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2548)

2.3 ครอบครัวบำบัดมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง (high expresses emotion หรือ high EE) ของสมาชิกภายในครอบครัว ซึ่งจะลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากขาดความคิดริเริ่ม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมใดๆ รวมทั้งขาดมนุษยสัมพันธ์ แยกตัวอยู่ลำพัง ในการทำครอบครัวบำบัดจะช่วยให้ครอบครัวได้มีโอกาสระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ และปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว เพื่อช่วยให้ครอบครัวคลายเครียด และมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป (Cook et al., 1999 อ้างถึงในอุมาพรตรังคสมบัติ, 2540) และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2548)

## 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านความคิด การรับรู้ ด้านการสื่อความหมาย และด้านสังคม ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ที่ให้การพยาบาลจะต้องตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม และเนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท มีหลักการดังต่อไปนี้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2547)

### 1.7.1 หลักการพยาบาลผู้ป่วย

1.7.1.1 การพยาบาลด้านร่างกาย ในการพยาบาลด้านร่างกายเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขอนามัยจะไม่มีดี ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลาย ๆ วัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่แปรงฟัน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดร่างกาย ด้านสุขอนามัย ผู้ป่วยที่หวาดระแวงอาจจะไม่ยอมรับประทาน

อาหาร ไม่ดื่ม น้ำ ภาวะขาดสารอาหารเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยเหล่านี้ ผู้ป่วยประเภทนี้มีพฤติกรรมคงรูป เดิมชนิดหนึ่งซึ่งสิ่งนี้อาจจะมีปัญหาถ้ากล้ามเนื้อขาดเลือดไปเลี้ยง พยาบาลต้องคอยเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยใน กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดิมนาน ๆ ผู้ป่วยที่นั่งอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ ก็อาจจะมีปัญหาด้าน กล้ามเนื้อกดทับและขาดเลือดไปเลี้ยง พยาบาลจึงไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดียว กิจกรรมที่จัด ให้ ก็ควรให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ในระยะแรกผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผู้ป่วย อาจจะไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ควรอนุญาตให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังตนเองได้ตามสมควร

1.7.1.2 การพยาบาลด้านความคิด การพยาบาลผู้ป่วยด้านความคิดนั้น พยาบาลควรกระทำคือ การหาความหมายของความคิดของผู้ป่วย การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เรา ได้ทราบความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นจะ ช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (search for meaning) ได้มากขึ้น และสุดท้ายที่พยาบาลต้องทำคือการให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วย จิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด ความคิดหลาย ๆ ความคิดของผู้ป่วยถูกถ่ายทอดออกมาทาง คำพูดและพฤติกรรมที่ คนอื่นไม่เข้าใจ ดังนั้นสิ่งแรกที่พยาบาลต้องทำเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้น ๆ พยาบาลฟังเพื่อหาสาระที่ผู้ป่วยพูด สังเกต พฤติกรรมเพื่อหาความหมาย บางครั้งอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นกับ ผู้ป่วย

2) การให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและ ส่งเสริมผู้ป่วยให้อยู่กับความ จริงโดยไม่ขัดแย้งกับความรู้สึก ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนผู้ป่วยอาจจะบอกพยาบาล ในสิ่งที่เขารับรู้ เช่น ได้ยินเสียง ในขณะที่พยาบาลไม่ได้ยิน พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วย โดย ไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย พยาบาลจะบอกในการรับรู้ของผู้ป่วย ว่าการได้ยินเสียงของ ผู้ป่วยนั้นจริงสำหรับผู้ป่วย แต่พยาบาลไม่ได้ยินเสียงที่ผู้ป่วยได้ยิน

1.7.1.3 การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความ ผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่านิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์ สนองตอบเหตุการณ์ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจจะทำให้พยาบาล หงุดหงิดและไม่พอใจ และพยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการ สนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

1.7.1.4 การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของ ผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคม และการไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้อง วางแผนแก้ไข แม้ว่าปัญหาเหล่านี้จะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา พยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยเดินอยู่

คนเดียวในที่ห่างไกลผู้อื่น พยาบาลที่มีความตั้งใจดีอาจจะพยายามนำผู้ป่วยให้กลับมาอยู่กับคนอื่น ๆ โดยที่ยังไม่ได้ประเมินภาวะอันตรายของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะทำอันตรายพยาบาลได้ด้วย ความหวาดระแวงและการหลงผิด นอกจากนี้สิ่งที่ผู้ป่วยพูดและเนื้อหาการพูดอาจจะมีสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจพฤติกรรมแปลก ๆ ของผู้ป่วยทำให้เป็นที่ขบขัน และเป็นต้นเหตุให้ไม่มีผู้ใดสังคัมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านสังคัมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะทางสังคัมพื้นฐานด้านสังคัมที่ยังหลงเหลืออยู่ ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้คนที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน พัฒนาทักษะสังคัมที่ถูกต้องเหมาะสม

### 1.7.2 การใช้กระบวนการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นการพิจารณาปัญหาจากการประเมิน ซึ่งสามารถจำแนกปัญหาที่ได้ว่าเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ในระยะสั้นหรือระยะยาว โดยเป็นปัญหาที่ต้องใช้เวลาในการแก้ไขตามลำดับความสำคัญก่อน-หลังของปัญหา มีการวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล

1) การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินสภาพทั่วไปและอาการต่างๆ ของผู้ป่วย ประเมินความคิด การรับรู้และพฤติกรรมโดยทั่วไปของผู้ป่วย การประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยถูกนำส่งโรงพยาบาล

1.1) ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไปเพื่อดูความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประเมินการแต่งกายว่าเหมาะสมกับสภาพการณ์หรือไม่ นอกจากนี้ควรประเมินว่ามีภาวะน้ำเป็นพิษหรือไม่ (water intoxication) การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้ยาต้านอาการทางจิต การได้รับยาชนิดนี้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคอแห้ง กระหายน้ำ ผู้ป่วยจะดื่มน้ำบ่อย การดื่มน้ำบ่อยทำให้ผู้ป่วยได้รับน้ำมาก ทำให้การขับถ่ายน้ำไม่ทัน เกิดภาวะน้ำเป็นพิษได้

1.2) ประเมินความคิดของผู้ป่วยอาการสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทคือความผิดปกติด้านความคิด ดังนั้น สิ่งที่จะต้องทำในเบื้องต้นคือการประเมินความคิด ว่าผู้ป่วยมีภาวะความหลงผิดหรือไม่ ภาวะหลงผิดมีลักษณะใด ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ประเมินความผิดปกติของการรับรู้ว่ามีหรือไม่ ลักษณะใด มีเป็นครั้งคราวหรือมีอยู่ตลอดเวลา ที่ทำให้ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับ การสนองตอบต่อภาวะประสาทหลอนนั้น ๆ ภาวะประสาทหลอนของผู้ป่วยจะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเองและผู้อื่นอย่างไรบ้าง

1.3) ประเมินพฤติกรรมผู้ป่วย เช่น การหนีผู้คน หลบซ่อนตัว เนื่องจากความกลัวว่าจะมีผู้คนจะทำร้าย นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยอยู่หนึ่งไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวนตลอดเวลา มีพฤติกรรมรุนแรงอยู่ไม่นิ่ง รบกวนผู้อื่น อาจทำให้ผู้อื่นรำคาญและทำร้ายผู้ป่วยได้ หรือผู้ป่วยอาจจะเป็นอันตรายต่อผู้อื่น เนื่องจากภาวะหลงผิดและประสาทหลอนได้

1.4) ประเมินด้านสัมพันธภาพ ควรประเมินผู้ป่วยด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ผู้ป่วยมีการ รบกวนผู้อื่นหรือไม่อย่างไร มีปัญหาการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นหรือไม่ พฤติกรรมที่เกิดจากความคิดหลงผิดและภาวะประสาทหลอน จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติ ถ้าการกระทำของผู้ป่วยรบกวนผู้อื่นก็อาจจะเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยอื่นรำคาญและอาจทำร้ายผู้ป่วยได้ โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีแนวโน้มที่จะแยกตัวอยู่คนเดียวเป็นส่วนใหญ่ เพื่อที่จะช่วยผู้ป่วยในด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างราบรื่น พยาบาลควรต้องประเมินปัญหาด้านการอยู่ในสังคมที่ผู้ป่วยอาจจะมี เพื่อที่จะได้หาวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้อยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข

2) การวินิจฉัยการพยาบาล ขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการประเมินสภาพและอาการทั่วไปที่ได้ทำในขั้นต้น การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นต่อมา โดยทั่วไปการวินิจฉัยทางการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท และจะสัมพันธ์กับอาการ โดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

3) การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วยแผนการพยาบาลระยะสั้นและแผนการพยาบาลระยะยาว เพื่อที่จะได้แนวทางการประเมินผลความสำเร็จด้านการพยาบาล

4) การปฏิบัติการพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ควบคุมตนเองไม่ได้ และการอยู่ในชุมชนไม่มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย และคนอื่น ๆ ในชุมชน การมี Clinical pathway จะช่วยทำให้การปฏิบัติการพยาบาลง่ายขึ้น

5) การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงมีอยู่ เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลานั้นๆ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้และด้านต่างๆ ผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน วินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมิน วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์รวมทั้งด้านสังคม และสุดท้ายต้องมีการประเมินผลทางการพยาบาล

### 1.7.3 การส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ปัญหาพฤติกรรมในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้แก่ การใช้ยาตามความต้องการของตนเอง อาจจะใช้มากกว่าหรือน้อยกว่าแผนการรักษาที่กำหนดไว้ ใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะยาที่ต้องรับประทานเวลาก่อนนอน ซึ่งมีผลต่อการนอนหลับของผู้ป่วย นำยาผู้อื่นมารับประทาน หรือแบ่งยาของตนเองให้ผู้อื่นรับประทาน ใช้ยาผิดวิธี บางรายผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษาทำให้ผู้ป่วยแอบทิ้งยาทำให้ได้ยาไม่เพียงพอ การที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นปัญหาที่สำคัญ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยาจึงเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญ และต้องกระทำต่อเนื่องทั้งในขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชมีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภท มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ ถูกต้อง โดยใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่หลากหลาย ดังนี้

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต (Psycho-education) Kay (1998) กล่าวว่า เป็น วิธีการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อวางแผนเพิ่มการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษา ด้วยยาและวิธีการเผชิญความเครียด ร่วมกับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพจิต เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วย ให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาดีขึ้น ลดการ ป่วยซ้ำ นอกจากนี้วิธีการสอนที่ปฏิบัติในกลุ่มครอบครัวที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้ แต่ละครอบครัวมีเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. การให้บริการทางด้านสุขภาพจิตในชุมชน (Give Care in the Community) (WHO, 2001 อ้างถึงในเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2549) พบว่าการให้บริการดูแลในชุมชนจะทำให้ ผู้ใช้บริการรายบุคคลที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังทางจิต โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าการบำบัดรักษาใน สถานบริการสุขภาพ นำไปสู่การเปลี่ยนแนวคิดการดูแลผู้ป่วยทางจิตในโรงพยาบาลไปเป็นการ ดูแลในชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อผู้ใช้บริการ อีกทั้งก่อให้เกิดความคุ้มทุน และการ เคารพในสิทธิมนุษยชน (human rights) ของผู้ใช้บริการอีกด้วย เนื่องจากบริการที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน สามารถให้การปฏิบัติดูแลช่วยเหลือได้ตั้งแต่ในระยะแรกก่อนที่จะมีการเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้น จึง ช่วยลดตราบาปจากการที่ต้องรักษาด้วยยา โดยOlafson (1990 cited in Kay, 1998) กล่าวว่า การ ดูแลในชุมชนที่จะ ได้ผล ต้องสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วรวมทั้งต้องมีการดูแลที่ สามารถส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพของผู้ป่วยด้วย จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนิน ชีวิตอย่างปกติ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งการ ติดตามอาการเปลี่ยนแปลง จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง และ ได้รับความรักษาที่เหมาะสม ทำให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ

3. การเสริมสร้างการมีส่วนร่วม โดย Marland .1999 (อ้างถึงในงามตา อักษรไพพร. 2548) ได้กล่าวถึงแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้วิธีการเพิ่มความมีอิสระและการมีส่วนร่วม ของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยมี ขั้นตอนการปฏิบัติ คือ

1) การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ป่วย หรือผู้ดูแล พยาบาลใช้แนวคิดทฤษฎีพยาบาลของ Orem ในการประเมินความพร้อมในการดูแล ตนเองของผู้ป่วย การประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคน ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา โดยอาศัย

การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ ความคิดของผู้ป่วย สิ่งที่พยาบาลจำเป็นต้องประเมิน คือ อาการผิดปกติที่รบกวนผู้ป่วย ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการรักษา

2) การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล ขึ้นอยู่กับการได้รับข้อมูลการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและยินยอมรับการรักษา ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีปัญหาการตัดสินใจ ดังนั้นสิทธิในการตัดสินใจอย่างถูกต้องด้วยตัวของผู้ป่วยเอง ต้องอาศัยความรู้และทักษะของพยาบาลจิตเวช ในการส่งเสริมผู้ป่วยที่มีความสามารถในการตัดสินใจที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่มีควมบกพร่องในการตัดสินใจและสามารถตัดสินใจอย่างอิสระ Marland (1999) เสนอแนวทางการปฏิบัติว่า ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย การให้แรงจูงใจเพื่อการกระตุ้นการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อการรักษา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง แต่สำหรับผู้ป่วยบางราย การใช้ยาเพื่อการรักษาเป็นการแสดงถึงการต้องพึ่งพาพยาบาลจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และรับรู้ว่ายาสามารถควบคุมชีวิตให้ปกติ (Litrell, 1996 cited in Marland, 1999) และเป้าหมายของการรักษาต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ญาติ พยาบาลและทีมสุขภาพ

3) การส่งเสริมความร่วมมือ เหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องปฏิบัติตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยควรได้รับการติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การเรียนรู้ของผู้ป่วยเพื่อแยกอาการแสดงที่ผิดปกติ การจัดการกับความผิดปกติเกี่ยวกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา การรับรู้ของผู้ป่วยว่าสามารถพูดคุยถึงการปรับเปลี่ยนเวลาในการรับประทานยาที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต เช่น ต้องทำงานตอนกลางคืน อาจปรับยาก่อนนอนเป็นเวลากลางวัน เป็นเรื่องที่พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพต้องคำนึงถึง นอกจากนั้นความสามารถในการเรียนรู้เรื่องผลของการใช้ยา ขึ้นอยู่กับความพร้อม ข้อจำกัดและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย การประเมินสภาพผู้ป่วยแหล่งสนับสนุน การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในแหล่งบริการที่สะดวก เป็นต้น

4) การประเมินผล การประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ การสังเกตการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยญาติผู้ดูแล พยาบาล และทีมสุขภาพ หรือการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจะต้องใช้ควบคู่กัน การเปิดเผยความจริงจากผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกไว้วางใจว่าสามารถบอกถึงความต้องการของตนเอง

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดคุยอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้ยา การตรวจสอบผู้ป่วยอาจต้องมีการพูดคุยทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร เพื่อรักษาสัมพันธภาพ ความรู้สึกไว้วางใจ ให้เกิดผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาต่อไป โดยใช้กิจกรรมกลุ่มและการดูแลเป็นรายบุคคล โดยจะเห็นว่าการให้ความรู้รายครอบครัว เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความรู้

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ลดการป่วยซ้ำ นอกจากนี้วิธีการปฏิบัติในรายครอบครัวที่มีปัญหาในการดูแล โดยการหาเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### 1.8 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา

ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ส่วนใหญ่มักมีอาการทางจิตที่รุนแรง (Active phase) มีความผิดปกติด้านความคิด การตัดสินใจ โดยการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จะทำในกรณีต่อไปนี้ (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534)

1. มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นหรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่บุคคลอื่น
2. มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น อาการข้างเคียงที่รุนแรงจากยา
3. เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
4. มีปัญหาในการวินิจฉัย

ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตตามปกติ สามารถทำได้โดยใช้แนวคิดการพยาบาลที่ปกติสุข (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542 ) ดังนี้

1. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคล
2. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออก การควบคุมอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมของตน
3. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขโดยเสริม สร้าง ศักยภาพส่วนบุคคล ด้านต่างๆ ดังนี้
  - 3.1 การดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การดูแลการเคลื่อนไหวของร่างกายและการขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น
  - 3.2 การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่อยู่รอบข้าง และการมีกิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่น
  - 3.3 การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ ความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิต เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก การแสดงออกและการกระทำ
  - 3.4 การมีสมรรถนะด้านร่างกาย หรือมีความแข็งแรงด้าน



ร่างกาย ได้แก่การดำรงรักษาเสริมสร้างความแข็งแกร่งของระบบกายวิภาคและสรีรภาพของบุคคล ให้ทำหน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคล สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล สามารถช่วยลดความตึงเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัว ลงจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านอื่นๆที่นอกเหนือไปจากเรื่องยา

### 1.9 การวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่าย เป็นกิจกรรมทางการพยาบาลที่มีความสำคัญและจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย ดังนี้

การวางแผนจำหน่าย หมายถึง กระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้ป่วย หรือญาติผู้ดูแล การดูแลในกระบวนการวางแผนจำหน่าย จะเริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายไปอยู่บ้าน (Rorden & Tafts, 1990)

การวางแผนจำหน่าย หมายถึง กระบวนการที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากสถานที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง ซึ่งรวมถึงการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย จากสถานะหนึ่งไปอีกสถานะหนึ่งในทางที่ดีขึ้น การสนับสนุนด้านจิตใจ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การสนับสนุนให้คำปรึกษาและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และอำนวยความสะดวกต่อการย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วย จากสถานบริการหนึ่งไปสู่สถานบริการอื่น หรือสถานบริการไปบ้านของผู้ป่วย

การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง เป็นการให้บริการดูแลผู้ป่วยโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนอยู่ในโรงพยาบาล 2) ระยะอยู่ในโรงพยาบาล และ 3) ระยะออกจากโรงพยาบาล (Rorden & Tafts, 1990)

กล่าวได้ว่า การวางแผนจำหน่าย หมายถึง กระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อวางแผนแก้ปัญหาไปสู่การปฏิบัติตามแผนและประเมินผล โดยความร่วมมือของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายไปอยู่บ้าน

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคจิตเภทมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวชและโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านทรัพยากรบุคคล สาเหตุของโรคเกิดจากด้านร่างกายและจิตสังคม การรักษาต้องผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกาย คือการใช้ยาและการรักษาจิตสังคมเข้าด้วยกันจึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด รวมถึงผู้ป่วยจิตเภทต้องสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตได้ และเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการพยากรณ์โรค จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วย ทำให้ทราบแนวโน้มของการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก สามารถนำมาวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ อีกทั้งมีการวางแผนการจำหน่ายที่มี

ประสิทธิภาพ กล่าวคือ จะต้องมีความร่วมมือของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และทีมสุขภาพ โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นฐานเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ เป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

## 2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

### 2.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

เพชร คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการ ปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ นอกจากนี้ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในการรับประทานอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ที่มีพื้นฐานความเชื่อว่าการรักษาด้วยยาต่อเนื่อง การปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และการสังเกตอาการตนเองจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

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

Dracup and Melcis (1982) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เลือกปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมและรับพฤติกรรมใหม่ ในทางกลับกันความไม่ร่วมมือในการรักษาจึงหมายถึงพฤติกรรมเดิม หรือการกระทำที่ขัดแย้งกับการรักษาหรือคำแนะนำ ซึ่งอาจเป็นไปในลักษณะ ไม่ปฏิบัติตาม หรือปฏิบัติ นอกเหนือแผนการรักษา

Razali and Yahya (1995) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง จะแสดงออกโดยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยขาดเกิน 2 มื้อ ภายในเวลา 2 สัปดาห์ หรือไม่ขาดการมาตรวจตามนัดเกิน 1 ครั้ง

Farragher (1999) กล่าวถึง ลักษณะของพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทว่าจะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยามืดเวลา การใช้น้อยกว่าแผนการรักษา และการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา

Kumar and Sedgwick (2001) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสามารถอธิบายได้ด้วยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา หรือการใช้ยาที่อาจผิดพลาดได้บ้างเป็นบางครั้ง ซึ่งการใช้ยาที่ผิดพลาด 1-2 ครั้ง /สัปดาห์ Kumar and Sedgwick ยังถือว่าเป็นการใช้ยาที่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา แต่ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาเฉพาะเมื่อมีอาการแสดงของโรครุนแรงขึ้นหรือหยุดใช้ยา จะแสดงถึงการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ไว้มากมาย ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจากการศึกษาของ Farragher (1999) และเพชร คันธสายบัว (2545) จึงพอจะสรุปความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ว่า เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกซึ่งการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสังเกตอาการข้างเคียงจากยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาได้ โดยแสดงพฤติกรรมออกมา 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

## 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

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

2.2.1 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงออกถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคลที่ส่งเสริมให้มีการแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือป้องกันการป่วยซ้ำ หลังจากที่ได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้นและกลับไปอยู่ในชุมชนได้ เป็นปัจจัยที่บอกระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

2.2.1.1 ลักษณะประชากร จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆพบลักษณะประชากรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มี 2 ประการ คือ

1) อายุ ซึ่งเป็นจำนวนระยะเวลาทั้งหมดของการนับตามปฏิทินตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน (Orem, 2001) อายุของบุคคลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจาก

ความสามารถในการดูแลตนเองจะถูกพัฒนาขึ้นตามอายุจากวัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลตนเองสูงสุด และจะลดลงและมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman (1994 อ้างใน สรินทร เชี่ยวโสธร. 2545) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

2) เพศเป็นตัวกำหนดความแตกต่างระหว่างบทบาท บุคลิกภาพ ในครอบครัวชุมชนและสังคม โดยกำหนดบทบาทของเพศหญิงในการเป็นแม่ที่มีหน้าที่ในการดูแลลูกและบุคคลทั้งในเวลาปกติหรือยามเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลให้เมื่อเจ็บป่วยเพศหญิงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ที่ศึกษาผลการสร้างสัมพันธภาพ การสอนและการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า เพศหญิงปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าเพศชาย

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

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างตามการประเมินความเป็นไปได้ในการเกิดปัญหา โดยรับรู้จากความเสี่ยงและประสบการณ์ของตนเองทำให้มีการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือปัญหาสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเข้าใจถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เคยเป็นมาก่อนและได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้น การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำจะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง

2) การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived severity) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลถึงความรุนแรงของการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น ความรุนแรงนี้ขึ้นอยู่กับประเมินการเกิดโรคของตนเอง การที่บุคคลรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคม จึงเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้นร่วมกับประสบการณ์การ

รักษาในโรงพยาบาลซ้ำว่ามีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นภาวะคุกคามเหล่านี้

3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefit) หมายถึงความคิด ความเชื่อ ของผู้ป่วยต่อการกระทำที่เป็นการป้องกันการเกิดโรค หรือการป้องกันการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่เชื่อว่าสามารถทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภทจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต และการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการ การดูแลตนเองที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการยอมรับ ลดความรังเกียจจากสังคม ทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสงบสุข และมีส่วนช่วยในป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้

4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ (Perceived barrier) หมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่างๆที่ขัดขวางการปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีร่างกายแข็งแรง ในผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติของตนเองมีอุปสรรค เช่น การที่ญาติช่วยเหลือติดตามมากเกินไป ไม่ปล่อยให้เป็นอิสระ การถูกรังเกียจ ห้ามปราม กีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ การไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้ขัดขวางการดูแลตนเอง และส่งผลต่อการเสื่อมถอยสมรรถภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

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

1) ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต หมายถึงการรับรู้ ความเชื่อของผู้ป่วยที่คิดว่าตนเอง เป็นคนสำคัญ หรือมีอำนาจพิเศษ โดยผู้ป่วยจะเชื่อในความคิดนั้น โดยไม่สามารถเปลี่ยนความเชื่อถือได้ด้วยการอธิบาย โดยใช้เหตุผลตามธรรมดาได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการขาดการตระหนักรู้ในตนเอง (Lack of insight) คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา

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

2.2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภททั้งในครอบครัวและชุมชน ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งประกอบด้วย

1) ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จากการศึกษาของภัทราธิรลภ (2532) พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากยามีราคาแพงทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

2) การอยู่ร่วมกับครอบครัว หมายถึงกลุ่มคนที่มีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือดและ/ หรือทางกฎหมาย ได้แก่ พ่อ (สามี) แม่ (ภรรยา) ลูก และญาติพี่น้อง มีบทบาทหน้าที่ที่พึงปฏิบัติต่อกัน ให้ความรักและเอาใจใส่ต่อกัน เอื้ออาทร มีความปรารถนาดีต่อกันทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม (เพชร คันธสายบัว, 2544 ) นอกจากนี้จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนการดูแลทางด้านจิตใจแล้ว การสนับสนุนของครอบครัวยังมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

3) การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา หมายถึงการที่ผู้ป่วยมีบุคคลคอยช่วยเหลือ ให้ได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง บุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา การนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด หรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ที่สำคัญคือการดูแลของญาติให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า รวมทั้งการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแลเรื่องเหล่านี้

4) การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หมายถึงการแสดงลักษณะอารมณ์ของบุคคลมากเกินไป ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีผลต่อการสนับสนุนผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ไม่ดี (Ochl et al., 2000)

5) ทักษะคิด ทักษะคิดของสังคมและครอบครัวเป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิกริยาของบุคคลเหล่านี้ต่อการรักษาอาการทางจิต ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับผลกระทบจากการถูกตีตราจากสังคม เช่น การรับประทานยารักษาอาการทางจิต การมาตรวจที่โรงพยาบาล หรือผู้ป่วยที่อยู่ในสังคมที่ไม่เห็นความสำคัญของการรักษา ทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนให้รับการรักษา และมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Ochl et al., 2000)

2.2.3 ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการรักษาที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้แก่

1) วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย หมายถึง ช่องทางการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย คือการกิน การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดเข้าระหว่างชั้นกล้ามเนื้อและไขมัน การฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ การอมยาใต้ลิ้นและการเหน็บยาทางช่องคลอด หรือทางทวารหนัก Kumar and Sedgwick (2001) กล่าวว่า การได้รับยาเข้าสู่ร่างกายโดยใช้วิธีฉีด จึงสามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษามากกว่าวิธีการรับประทานยา

2) ความซับซ้อนของการรักษา หมายถึงความรู้สึกลังเลยากลำบากในการ ปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลาย ชนิดและมีจำนวนมาก อาจเกิดความสับสนในการรับประทานยา สืบวิธีการใช้ยา การรับประทาน ยาที่ไม่เหมือนกันจะทำให้ผู้ป่วยสับสน หมดความอดทนที่จะรับประทานยาต่อไป

3) ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ยารักษาโรคจัดเป็นกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มาก ผู้ป่วยจิตเภทบางรายขณะรับการรักษาอาจมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น ตัวแข็ง คอแข็ง บิด เบี้ยว ง่วงนอน ปากและคอแห้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้น และความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ อาการเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน และหยุดการใช้ยาในที่สุด

2.2.4 ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ ซึ่งทีมสุขภาพ หมายถึง พยาบาล แพทย์ เภสัชกร และ นักสังคมสงเคราะห์ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา ปัจจัยด้านทีมสุขภาพที่ส่งผลถึง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ สัมพันธ ภาพที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษา ได้ดี บุคลิกภาพที่อ่อน น่ารัก จะส่งผลดีต่อความร่วมมือในการรักษา

นอกจากปัจจัยข้างต้นแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ความรู้เรื่อง โรคและการรักษาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา (Tauglicozzo, 1970 ) ซึ่ง Todd (1981) กล่าวว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่หยุดรับประทานยาเมื่อรู้สึกรับประทานยาแล้ว อาการไม่ดีขึ้น ไม่ค่อยสบายหรือรู้สึกแย่ลง โดยไม่ทราบว่านั่นคือผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งหยุดรับประทานยาเมื่อรู้สึกรู้สึกว่าอาการดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทธา ธิระลาภ (2532) ที่ศึกษาการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลศรีศรีอยุธยา พบว่าการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องของ ผู้ป่วยมีสาเหตุแตกต่างกัน เช่น เมื่อผู้ป่วยรู้สึกรับประทานยาแล้วไม่ดีขึ้น รู้สึกไม่สบายหรือมี อาการเลวลง โดยไม่ทราบว่านั่นคือผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น หรือบางรายหยุดรับประทานยา เองเมื่อรู้สึกสบายขึ้น เนื่องจากเข้าใจว่าตนเองหายจากโรคแล้ว เป็นต้น นอกจากนี้ผลการศึกษานองเยาว์ พูลศิริ และคณะ (2535) ที่ศึกษาปัญหาการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิต เวชนครราชสีมา พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือขาดยา นั้นสาเหตุหลัก คือผู้ป่วยไม่เข้าใจความสำคัญของยาต่อการรักษาโรคจิตเภท รวมถึงไม่เข้าใจเวลา ของยาแต่ละมื้อ และระยะเวลาที่ต้องรับประทานถึงร้อยละ 54

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งที่จะจัดการกับปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท โดยการสนับสนุนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและเกิดความตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านทางด้านผู้ป่วย และปัจจัยระหว่างทีมสุขภาพโดยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเพื่อนำไปสู่เป้าหมายเดียวกัน

**2.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา** เป็นการยากที่จะระบุคุณสมบัติหรือ วัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของผู้ป่วย ซึ่งการศึกษารายงานวิจัยต่างๆพบว่ามีวิธีการประเมินการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาหลายวิธี (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536; สาธุพร พุฒขาว, 2541) ได้แก่

**2.3.1 การประเมินโดยตรง (Direct method)** วิธีการประเมินโดยตรง คือการวัดระดับปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้โดยติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของระดับยาหรือปริมาณยาตามความเหมาะสมได้แก่

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

2) การวัดปริมาณยาในปัสสาวะ ใช้หลักการเดียวกับการวัดระดับยาในเลือด แต่ยาที่จะวัดโดยวิธีนี้ต้องเป็นยาที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ มีผู้วิจัยโดยวิธีนี้ เช่น กลุ่มการรักษาโรคจิต

3) การวัดปริมาณยาจากสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายอื่นๆ เช่น น้ำลาย อุจจาระ สมหายใจ

วิธีการประเมินโดยตรงเป็นการตรวจโดยอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งเป็นวิธีที่มีข้อจำกัดคือ

1) ความเข้มข้นของยาอาจจะได้รับผลจากความแตกต่างในการดูดซึมของยา และการขับออกของยาในร่างกายของแต่ละบุคคล ระดับความเข้มข้นของยาจึงอาจจะไม่ใช่ข้อบ่งชี้ของการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในการใช้ยาของผู้ป่วย

2) ความเข้มข้นของยาที่ตรวจพบ สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานว่ามีจำนวนทั้งหมดเท่าใด ครบตามแผนการรักษาหรือไม่

3) การรับประทานยาก่อนการตรวจ จะทำให้ค่าของความเข้มข้นของยาสูงซึ่งไม่ได้แสดงถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ



4) ต้องใช้อุปกรณ์ เครื่องมือและวิธีการที่ยุ่งยาก การวิเคราะห์ต้องเป็นระยะภายหลังการรับประทานยา วิธีการนี้จึงไม่อาจนำมาใช้ได้ในทุกกรณี

**2.3.2 การประเมินทางอ้อม (Indirect method)** เป็นวิธีการประเมินพฤติกรรม การใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย โดยประเมินจากวิธีการอื่นที่ไม่ใช่การ วัดจากตัวยาโดยตรง แต่วิธีการประเมินนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย อาจทำได้หลายวิธี คือ

1) การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและใช้ง่ายที่สุด อาจสอบถามหรือ สัมภาษณ์จากตัวผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย ข้อดีของการประเมิน แบบนี้ คือ ได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัดของวิธีการนี้ คือ พบว่าผู้ป่วยมักให้ข้อมูลไม่ตรงกับ ความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงคำถามให้มีความชัดเจน แม่นตรง และระหว่างการ สัมภาษณ์ไม่ควรตำหนิเมื่อผู้ป่วยตอบว่าไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา หรือไม่รับประทานยา โดยผู้สัมภาษณ์เองต้องคำนึงถึงว่า แม้จะมีทักษะและมีความละเอียดในการสัมภาษณ์ก็ตาม แต่ก็มัก พบปัญหาในการประเมินเสมอ

2) การนับจำนวนเม็ดยา เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ใช้บ่อย การปฏิบัติตามเกณฑ์ การรักษาประเมินได้จากการนับเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วย และจำนวนที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยา หรือ เมื่อไปซื้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง จำนวนยาที่เหลือมากกว่าที่ควร เป็นการแสดงว่าผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตาม เกณฑ์การรักษา ข้อดีของวิธีการนี้คือ สามารถบอกถึงจำนวนเม็ดยาที่ใช้ไป แต่ก็มีข้อจำกัด คืออาจ ได้ข้อมูลไม่ตรงกับความจริง หากผู้ป่วยทิ้งยาโดยไม่รับประทานยา หรือผู้ป่วยให้คนอื่นซื้ยาด้วย

3) การสังเกตพฤติกรรม การปฏิบัติของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการประเมินวิธีนี้ ญาติผู้ป่วยหรือบุคลากรที่มสุขภาพที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จะสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยว่าสามารถ ปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือแผนการรักษาได้ถูกต้องครบถ้วน หรือไม่

4) พิจารณาจากการมาตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษา อย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มารับรักษาตามนัดเป็นผู้ที่ไม่ปฏิบัติตาม เกณฑ์การรักษา และพิจารณาจากผลของการรักษาที่ควรเป็น ไปตามการพยากรณ์ของโรคแต่ละ ระยะ

5) การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตนเอง (Self-report) ซึ่งวิธีการ นี้มีข้อจำกัด คือผู้ป่วยอาจเขียนบันทึกไม่ตรงกับการปฏิบัติจริง

จากการทบทวนรายงานการศึกษาพบว่า เพชร คันธสายบัว (2544) วัดพฤติกรรม การใช้จ่าย ของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ส่วน Kumar & Sedgwick (2001) ประเมิน พฤติกรรม การใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้ Compliance Rating Scale (CRS) ซึ่งเป็นแบบ สัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น โดยแสดงให้เห็นว่าการใช้เครื่องมือที่มีองค์ประกอบของการตรวจทาง ห้องทดลอง สามารถทำให้ผลการประเมินเชื่อถือได้มากขึ้นก็จริง แต่เหตุผลของการไม่ปฏิบัติตาม

เกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย สามารถได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มากกว่า ดังนั้นในการประเมินโดยการสัมภาษณ์อย่างเดียวจึงดีกว่าการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่นการตรวจเลือดหรือการตรวจปัสสาวะ หรือการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง (Self-report) (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545)

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า แม้ว่าการใช้การประเมินหลายวิธีร่วมกันจะทำให้ผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือ แต่การสัมภาษณ์เป็นวิธีการที่นิยม และสามารถได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการวางแผนการช่วยเหลือ เนื่องจากบทบาทของพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างใกล้ชิดมากกว่าวิชาชีพอื่น ผู้ศึกษาเชื่อว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย จะสามารถทำให้ผู้ศึกษาได้ข้อมูลจากผู้ป่วยข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง ความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด ในการศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่สร้างขึ้นโดย สรินทร เชี่ยวโสทร (2545)

### 3. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ก็ใช้หลักการเดียวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านซึ่งปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบอย่างกว้างขวางทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โดยดำเนินการตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ (Pelletier, 1988; Klebnoff, 1989 อ้างถึงใน อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545)

- 1) ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและลดความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด
- 2) ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
- 3) พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน
- 4) ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวและผู้ป่วยกับผู้บำบัด
- 5) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล
- 6) ประสานงานติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน
- 7) เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว
- 8) ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว
- 9) เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์ การใช้ยา การมีกิจกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม
- 10) จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชน ในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีลักษณะการบริการแบบผสมผสานด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพที่บ้าน โดยทีมสุขภาพ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบของการให้บริการที่บ้านและในชุมชนเพื่อให้ได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ เน้นการบริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรง มีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ และการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน อีกทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลอีกด้วย

**3.1 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท** ผู้ดูแลในครอบครัว หรือ ผู้ดูแลที่บ้าน คือ สมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน

Horowitz (1985 cited in Horowitz & Reinhard, 1995) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทาน เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มากกว่าคนอื่น ๆ

2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชน จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปตรวจรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ยูพาพิน สิริโพธิ์งาม (2539) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลที่สำคัญในชีวิต ทำการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลที่เกิดขึ้นที่บ้าน หรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ

จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแล คือ ผู้ที่ช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันรวมทั้งการดูแลเฉพาะโรค ดังนั้นในการเลือกบุคคลให้เป็นผู้ดูแลในครอบครัวต้องพิจารณาหลาย ๆ ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพหรืองานประจำที่ทำอยู่ นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาร่วมกับแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลด้วย

**3.2 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** การเจ็บป่วยทางจิตต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวผู้ดูแล และการที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ตามปกติ ครอบครัวจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเมตตา และอดทนต่อผู้ป่วย (สุวิมล สมัตถะ, 2541) ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์ (2534) กล่าวถึงการดูแลที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องการ ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลทั้ง 6 ด้าน ดังนี้

1) ด้านความเป็นอยู่ ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย หากมีอาการทางจิตมากไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลต้องคอยให้ความช่วยเหลือ กระตุ้นเตือนให้ทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ

2) ด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลควรชมเชยและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยแก้ปัญหา ให้คำปรึกษาแนะนำ ไม่ดูต่ำหรือแสดงอารมณ์ที่รุนแรงเพื่อลดความวิตกกังวล และสร้างความเชื่อมั่นในการปรับตัวให้กับผู้ป่วย

3) ด้านสังคม ผู้ที่มีพฤติกรรมเฉื่อยชา แยกตัวเอง ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมากขึ้น เช่น การพูดคุยกับผู้อื่น เล่นกีฬา หรือร่วมงานต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในชุมชน

4) ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมของบุคลิกภาพอาจจะไม่สามารถประกอบอาชีพที่มั่นคงได้ ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

5) ด้านการรักษา ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือนหรือดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมาพบแพทย์ตามนัด พร้อมทั้งเป็นผู้ช่วยสนับสนุนการรักษาพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

6) ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและฝึกทักษะการปรับตัวให้กับผู้ป่วยให้สามารถรับผิดชอบและช่วยเหลือตนเองได้

ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) แบ่งบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามประเภทของบทบาทได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

1) บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (care provider role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของร่างกาย และตอบสนองความต้องการด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยโดยยึดแนวทางการรักษา เช่น การให้อาหาร การรับประทานยา เป็นต้น

2) บทบาทของผู้จัดการดูแล (care manager role) เป็นบทบาทของผู้ดูแลที่ต้องประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และภาวะจิตสังคม โดยผู้ดูแลจะทำหน้าที่หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือบริการอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟู

จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบมากมายดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีที่เข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการการดูแลให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท

**3.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท** การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และความรู้สึก ความบกพร่องเหล่านี้ย่อมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่และรับภาระอย่างมากตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) ผลกระทบด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว ในระยะที่มีอาการกำเริบผู้ดูแลบางราย อาจต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างใกล้ชิดสูงถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้เวลาสำหรับการดูแลตนเองและการพักผ่อนลดลง นอกจากนี้การรับผิดชอบในหลายบทบาท เช่น การดูแลสมาชิกคนอื่น ๆ ภายในครอบครัว การหารายได้ควบคู่กับการทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลัก อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอ่อนล้าจากการรับบทบาทที่มากเกินไป (รุจา ภูไพบูลย์, 2532) จนอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลหลายคนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้ากับการดูแล (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538; ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540; Hobbs, 1997; Song, Biegel, & Milligan, 1988; Eakes, 1995; Adamec, 1996; Sallah, 1994) ดังเช่นการศึกษาของ Sallah (1994) พบว่า อาการของผู้ป่วยจิตเภทจะขัดขวางการปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัวของผู้อื่นและบางครั้งมีผลให้ผู้อื่นมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบายทางกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรส่วนตัว ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน ผู้ดูแลต้องกระทำแทน อีกทั้งต้องคอยดูแลด้านความปลอดภัยของตนเอง ผู้ป่วย และสิ่งของต่าง ๆ อีกด้วย

2) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจต่าง ๆ ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หดหวัง มีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย อาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และกังวลว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไรถึงจะ

เหมาะสม จนก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (ไกรวรรณ เจริญกุล, 2539; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543; วรช นธิกุล, 2535; Loukissa, 1995) นอกจากนี้การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป และความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า โกรธ หรือรู้สึกเครียดอยู่ตลอดเวลา (Ip & Mackenzie, 1998) ดังเช่นการศึกษาของ Baker (1989) พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด คือ ความรู้สึกสูญเสีย เสรีภาพ เสียใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และในรายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลก็จะกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลที่อยู่รอบข้าง บางครั้งจำเป็นต้องแยกหรือขังผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกกับข้องใจที่ต้องทำเช่นนั้น ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมา

3) ผลกระทบด้านสังคม จากการที่ต้องเข้ารับบทบาทใหม่ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่เดียวกันก็ต้องรับบทบาทอื่นร่วมด้วย การรับบทบาทใหม่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีเวลาสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอื่น ๆ ลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดปัจจัยในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การพบปะเพื่อนฝูงลดลง (จูไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2532) เนื่องจากการที่ผู้ดูแลต้องเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างมาก ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการเฝ้าดูแลในขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพังได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจวัตรส่วนตัวได้ตามความต้องการ ไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปร่วมทำบุญ ประเพณีต่าง ๆ หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่จัดขึ้นภายในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความห่างเหินกับสังคม รู้สึกว่าถูกแยกและถูกทอดทิ้งจากเพื่อน (มนตรี ออมพิเศษจุฑกุล และพรชัย พงศ์สงวนศิลป์, 2544; ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; วรช นธิกุล, 2535; Eakes, 1995)

4) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลให้เกิดความสูญเสียรายได้ทั้งผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล เพราะผู้ป่วยจิตเภทต้องขาดงาน รวมทั้งผู้ดูแลต้องลางานหยุดงานหรืออาจต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (รัชนิกร อุปเสน, 2541; Eakes, 1995; Thomson et al., 1993) ประกอบกับผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในครอบครัว และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง จึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ (นมิตา ล. สกุล, 2544) ดังเช่นการศึกษาของ เพชรา อ้อมอม (2531 อ้างถึงใน นพรัตน์ ไชยธานี, 2544) เกี่ยวกับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายมากขึ้นในการรักษาพยาบาล และรายได้ของสมาชิกคนอื่น ๆ ลดลง

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ดังที่กล่าวมาข้างต้น เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย อาจทำให้เกิดการเบื้อ

หน้าผู้ป่วย หรือละเลยการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังโดยไม่ได้รับ การช่วยเหลือจากคนในครอบครัว จะเกิดความรู้สึกยุ่งยากในการดูแล ซึ่งส่งผลให้การดูแลผู้ป่วย ไม่มีประสิทธิภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ ดังนั้นหากผู้ดูแลสามารถหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีและผู้ป่วยจิตเภท ก็จะได้รับ การดูแลอย่างเหมาะสม ซึ่งผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีดังนี้ (Horowitz . 1982 อ้างถึงใน ตรีณี คชพรหม, 2543)

1) การดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ในการดูแลมีหลักที่สำคัญ คือ ผู้ดูแลและครอบครัวต้องพยายามกระตุ้น ให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองมากที่สุด กิจวัตรประจำวัน ที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วย มีดังนี้

(1) การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลจะต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้การอาบน้ำ การแปรงฟัน การสระผม การรักษาความสะอาดของเล็บ

(2) การให้ผู้ป่วยมีส่วนช่วยทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ภายในบ้าน เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน แม้ไม่ใช่งานอาชีพที่มีรายได้ตอบแทนที่เลี้ยงตัวเองได้แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้มาอยู่ที่งานหรือกิจกรรมที่มอบให้ทำ หรือในรายที่ผู้ป่วยซึมเศร้า แยกตัวเอง ถ้าได้ทำงานก็จะทำให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจไปอยู่ที่การทำงานได้

(3) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ จะสามารถควบคุมอาการของโรคจิตได้ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานอาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย คือ ซัดซิ้น ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลต้องจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน และติดต่อกับโรงพยาบาลเดิม เพื่อขอรับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

(4) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ตรงเวลาและรับประทานสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทั้งนี้การรับประทานอาหารที่ตรงเวลา จะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาหลังอาหารได้ครบตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารที่ไม่มีคุณค่านอกจากไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยแล้ว อาจทำให้ผู้ดูแลต้องมีการหางานด้าน การเงินเพิ่มขึ้น ควรให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่อร่อยง่าย รับประทานผักผลไม้เพื่อจะช่วยให้ระบบขับถ่ายสะดวก

(5) การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยหญิงบางรายอาจ แต่งหน้าเข้ม ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด ไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า พฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ ผู้ดูแลจะต้อง คอยแนะนำผู้ป่วยให้ปฏิบัติตนให้เหมาะสมถูกต้องกาลเทศะ

(6) การพักผ่อนนอนหลับผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน ผู้ดูแลต้องสังเกต หาสาเหตุ หรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

(7) การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยอาจจะเป็นการให้ช่วยทำงานบ้าน ขุดดิน คายหญ้า จะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้ร่างกายแข็งแรง

(8) การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน จะมีความบกพร่องในการออกสู่สังคมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นทักษะการรับประทานอาหาร การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้ถูกกาลเทศะ ซึ่งทักษะเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

(9) การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่แวดล้อมผู้ป่วย

(10) การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตร รวมทั้งการไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา การสวดมนต์ ไหว้พระ

(11) การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ควรให้คำชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

2) การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional and Psychological support) ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ เกิดขึ้นในชีวิต การดูแลด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงในมากที่สุด การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การป้องกันภาวะซึมเศร้า การป้องกันความเครียด

3) การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแปลงประโยชน์ที่จำเป็นเพื่อขอความช่วยเหลือต่อไป

4) การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ในคำรักษาพยาบาลตลอดทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

สรุปได้ว่า การรักษาพยาบาลในชุมชน เน้นการดูแลของผู้ดูแลและครอบครัวเป็นสำคัญ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ดูแลและครอบครัวจะต้องรับผู้ป่วยกลับดูแลต่อเนื่อง ที่บ้าน



โดยที่ผู้ดูแลและครอบครัวจะต้องดูแลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองมากที่สุด ทั้งในด้านการรับประทาน การทำกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม การเผชิญปัญหา การให้กำลังใจและกำลังใจ รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง และการพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ โดยบุคลากรทางโรงพยาบาลอาจติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชนร่วมด้วย ดังนั้นความรับผิดชอบของผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยให้สามารถอยู่ที่บ้านหรือชุมชนนานที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการป่วยซ้ำได้หลายครั้ง มีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ซึ่งเป็นภาระหนักต่อครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยไม่ให้มีอาการป่วยซ้ำ

#### 4. โปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว

##### 4.1 ความหมายการให้ความรู้

นักวิชาการหลายท่าน ได้ให้ความหมายของการให้ความรู้ (สุนันท์ ทรวงจันทร์, 2549) ไว้ดังนี้

มานี ชูไทย (2521) ได้ให้ความหมายว่า การให้ความรู้ หมายถึง กระบวนการที่ส่งเสริมหรือช่วยให้บุคคลเกิดความเจริญงอกงามทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การให้ความรู้มุ่งให้ผู้เรียนเกิดความคิด ได้แสดงความคิดเห็น รู้จักแสวงหาความรู้เพิ่มเติม และทำงานร่วมกับผู้อื่นได้

Good (1973) ได้ให้ความหมายว่า การให้ความรู้ หมายถึง การจัดกิจกรรม ประสบการณ์ต่างๆ ในการเรียนและการแนะแนวทางเพื่อให้ผู้เรียนดำเนินไปด้วยดี ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาในระบบหรือการศึกษานอกระบบ

Wilcs(1975) ได้ให้ความหมายของการให้ความรู้หรือการสอนไว้ 4 ประการ ได้แก่

1) การชี้แนวทาง การช่วยเหลือแนะนำ การจัดหาวัสดุและการส่งเสริมให้ผู้เรียนคิดและทำในสิ่งที่อยากรู้ และจัดกิจกรรมที่เหมาะสมให้ผู้เรียนเพื่อให้ผู้เรียนพัฒนาไปในทางที่ปรารถนา ตามวัตถุประสงค์

2) การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องต่างๆ โดยผู้สอนเป็นผู้รวบรวมความรู้แล้วจัดอันดับความรู้ที่เกี่ยวกับกฎเกณฑ์ความจริงให้ง่าย น่าสนใจ และสะดวกในการที่ผู้เรียนจะเข้าใจและรับไว้ได้

3) การทำงานร่วมกับผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบ รู้จักคิด รู้จักทำด้วยตนเอง

สรุปได้ว่า การให้ความรู้หรือการสอน คือ กระบวนการถ่ายทอดเนื้อหา ความรู้ ทักษะ เจตคติต่าง ๆ เป็นการจัดสถานการณ์ หรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เกิดประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้ สามารถคิดเป็น ทำเป็น และแก้ปัญหาได้ เกิดเป็นความเจริญงอกงามในด้านร่างกาย

อารมณ์ สังคม สติปัญญา รวมทั้งสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้ หรือผู้เรียนพัฒนาความสามารถที่มีอยู่เดิม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่มุ่งหวัง

การให้ความรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้ โดยการให้ความรู้เป็นสถานการณ์หรือสิ่งที่ผ่านเข้ามาในอวัยวะรับสัมผัสของผู้เรียน และเกิดการตอบสนองในรูปของการกระทำหรือพฤติกรรมดั่งนั้นในการให้ความรู้หรือการสอน ผู้สอนต้องให้ความสำคัญขององค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้า ผู้เรียน และการตอบสนองของผู้เรียน ดั่งนั้นการจัดสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้า ควรมีการเตรียมแผนการสอน การถ่ายทอดเนื้อหา วิธีการสอน กิจกรรมเอกสารประกอบการสอน และสื่อการสอนเอาไว้ ด้านผู้เรียนผู้สอนต้องเตรียมความพร้อมของผู้เรียนก่อนว่า ผู้เรียนคือใคร บุคลากรพยาบาล ประชาชน หรือผู้ป่วย เพื่อให้การเตรียมเนื้อหาบทเรียน การจัดประสบการณ์และกิจกรรมได้ตรงกับความต้องการของผู้เรียน และด้านการตอบสนองของผู้เรียน ผู้สอนต้องกำหนดพฤติกรรมตอบสนองที่ต้องการให้ผู้เรียนแสดงออก หลังจากได้ได้เรียนในบทเรียนนั้น ๆ โดยการเขียนเป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมให้ชัดเจน และการปฏิบัติได้ กระทำได้ ถือว่าเป็นการเรียนรู้ที่สมบูรณ์

### ขั้นตอนการให้ความรู้

ขั้นตอนการให้ความรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมี 7 ขั้นตอน ดังนี้ (Goldrick & Turner . 1995 อ้างถึงในสุนันท์ ทรงจรินทร์,2549)

1. การสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ การเรียนรู้ของบุคคลขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ รูปแบบการดำเนินชีวิตในสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อมทางด้านร่างกาย ซึ่งจะชักนำให้เกิดหรือยับยั้งกระบวนการการเรียนรู้ ตัวอย่างการสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ เช่น การจัดที่นั่ง ให้ผู้เรียนซึ่งสามารถสบตากับผู้สอนซึ่งชักนำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียน และผู้สอน จะช่วยส่งเสริมและเปิดโอกาสให้การเรียนรู้เป็นไปได้ง่ายและประสบความสำเร็จ

2. การกำหนดโครงสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน บุคคลส่วนใหญ่จะมีความยึดติดกับการตัดสินใจ หรือกิจกรรมที่ตนเองมีส่วนร่วม ในการวางแผนหรือการกระทำอยู่ การให้ความรู้โดยปราศจากการมีส่วนร่วมของผู้เรียนในการกำหนดแผนงานและกิจกรรม มีผลทำให้ผู้เรียนเฉยเมยไม่กระตือรือร้นและไม่พอใจในการเรียนรู้นั้น ๆ

3. การวิจัยความต้องการในการเรียนรู้ ผู้ให้ความรู้ต้องศึกษาข้อมูลของผู้เรียนว่ามีความต้องการที่จะเรียนรู้อะไรบ้างเพียงใด เพื่อประเมินว่าควรจะใช้เนื้อหาและวิธีการให้ความรู้แบบใด เพื่อให้ตรงกับความต้องการของผู้เรียน

4. กำหนดวัตถุประสงค์ในการให้ความรู้ เพื่อให้การเรียนรู้แต่ละครั้งมีทิศทางที่แน่นอน และบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้

5. การเลือกรูปแบบการให้ความรู้ ผู้ให้ความรู้มีวิธีการให้ความรู้ได้อย่างกว้างขวาง

ได้แก่ การบรรยาย การสนทนากลุ่ม บทบาทสมมติ เกมส์ กรณีตัวอย่าง โสตทัศนูปกรณ์ คอมพิวเตอร์ สื่อมวลชน การเลือกใช้วิธีการให้ความรู้ อาจใช้หลายวิธีร่วมกัน ขึ้นอยู่กับสถานการณ์นั้นๆ ผู้ให้ความรู้ควรเลือกวิธีการให้ความรู้ที่ง่ายและสะดวกต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน

6. การให้ความรู้ที่สนองความต้องการของผู้เรียน เมื่อผู้ให้ความรู้ได้เลือกรูปแบบการให้ความรู้ที่เหมาะสมแก่ผู้เรียน แล้วจึงเริ่มดำเนินการให้ความรู้ที่สนองความต้องการของผู้เรียนตามรูปแบบหรือวิธีการนั้น ๆ

7. การประเมินผล จะทำให้ผู้ให้ความรู้ประเมินประสิทธิภาพการให้ความรู้ว่าประสบความสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่ และผู้เรียนสามารถกระทำพฤติกรรมได้ถึงระดับที่ต้องการหรือไม่

ในการเรียนการสอน ผู้สอนควรตระหนักดังนี้ (อรนันท์ หาญยุทธ, 2532 อ้างถึงในสุนันท์ ทรงจรินทร์, 2549)

- 1) ให้การเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพมากที่สุดก็ต่อเมื่อ จุดมุ่งหมายนั้นตอบสนองความต้องการของผู้เรียน
- 2) ช่วงเวลาของการสอน ในการเรียนการสอนนั้นผู้สอนควรคำนึงถึงช่วงเวลาการสอนหรือการฝึกหัดให้ได้ผลดีนั้น มีช่วงเวลาจำกัด ดังนั้นการสอนหรือการฝึกที่นานหรือล่วงเลยเวลาที่กำหนด จะทำให้การเรียนรู้หรือการฝึกนั้นไม่ได้ผล เสียเวลา ผู้เรียนเบื่อหน่ายเมื่อล้าหมดความสนใจ อัลล์ได้เสนอแนะว่า อย่าสอนผู้เรียนที่เหนื่อย เพลีย ง่วงนอน ไม่สบายหรือตื่นเต้นกับสิ่งนั้น เพราะผู้เรียนจะพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีการเรียน
- 3) กระบวนการในการฝึก ในการเรียนการสอน ควรจัดลำดับขั้นตอนของกิจกรรมการเรียนการสอนให้เหมาะสม ต้องใช้เวลาในแต่ละขั้นตอนนานเพียงพอ และสิ่งสำคัญที่จะทำให้การเรียนรู้เกิดผลดี ต้องมีการเสริมแรงในแต่ละขั้นตอนอย่างเหมาะสม
- 4) การถ่ายโยงการเรียนรู้ ผู้สอนควรเน้นให้ผู้เรียนได้เชื่อมโยงบทเรียนหนึ่งกับอีกบทเรียนหนึ่ง หรือระหว่างกิจกรรม ซึ่งเป็นไปตามหลักการเรียนรู้ที่ว่า เมื่อมีสิ่งเร้าใหม่ ๆ ที่มีความคล้ายคลึงกับสิ่งเร้าเก่าที่เคยตอบสนองมาแล้ว ร่างกายย่อมมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าใหม่ ๆ เหมือนกับสิ่งเร้าเดิม
- 5) การเรียนรู้ทักษะ ควรสอนจากง่ายไปหายาก และคำนึงถึงความสัมพันธ์ของทักษะแต่ละทักษะด้วย จะทำให้ผู้เรียนเข้าใจง่ายขึ้น และมองเห็นความสัมพันธ์ของกิจกรรมนั้น ๆ

การให้ความรู้ ให้คำแนะนำหรือสอนแก่ผู้ป่วนั้น เป็นงานที่ต้องทำด้วยความละเอียดรอบคอบ ต้องใช้เวลาและความอดทน มีการดำเนินงานอย่างมีจุดมุ่งหมายและมีระเบียบแบบแผนมีการวางแผนไว้ล่วงหน้า มีการผสมผสานหลักการทางการพยาบาล และหลักทางการศึกษาเข้าไว้ด้วยกัน ทั้งนี้

เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ให้มากที่สุด พยาบาลเองก็จะต้องมีความพร้อม ความมั่นใจการสอนก็จะสำเร็จลุล่วงไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

#### 4.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชสำหรับครอบครัว (Psychoeducation)

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชแก่ผู้ป่วยทางจิตและครอบครัวมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (Williams, 1989) การให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตไม่ใช่การบำบัด แต่เป็นวิธีการที่ถูกออกแบบมาเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการบำบัดรักษาทั้งหมด ตัวอย่างเช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นย่อมจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและระบบสนับสนุนของผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัวและผู้ดูแล ทำให้รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย จนสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและสามารถหาวิธีป้องกัน การป่วยซ้ำได้ วิธีการนี้มักนิยมใช้ก่อนหรือร่วมกับการทำครอบครัวบำบัด (family therapy)

การให้ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช มีรูปแบบของการให้ความรู้ สำหรับญาติผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการยอมรับ ซึ่งประกอบด้วย การประคับประคอง (support) และการบริการด้านความรู้ (educational services) โดยมีเป้าหมายที่จะให้ข้อมูล (information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (network) (Anderson, Hogarty, and Reiss, 1980) ซึ่งในที่นี้จะหมายถึงรูปแบบของการปฏิบัติการ (intervention) ซึ่งพยายามที่จะแก้ไขปัญหาและจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยการสร้างความร่วมมือ และสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวของผู้ป่วย การให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตสำหรับครอบครัวมีความแตกต่างกันในด้านรูปแบบ (Anderson, Hogarty, and Reiss, 1980) โดยแบ่งได้ดังนี้

1. การให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตรายบุคคล (Individual psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะขณะที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้ฝึกทักษะ และสามารถดูแลตนเองได้
2. การให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตรายกลุ่ม (Group psychoeducation) เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย หรือญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย
3. การให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตสำหรับครอบครัว (Family - psychoeducation) เป็นรูปแบบจำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวโดยลักษณะสำคัญ คือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม และมี

การร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว Anderson et al. (1980)

#### 4.3 แนวคิดเกี่ยวกับการให้ความรู้รายครอบครัว (Family education)

การให้ความรู้ครอบครัว ถือว่าเป็นการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) ส่วนในขั้นตติยภูมิ (tertiary prevention) จะช่วยลดการป่วยซ้ำ ซึ่งไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การประคับประคอง และการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Abramowitz & Coursey, 1989) โดยการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา โดยได้รับอิทธิพลมาจากผลการวิจัยเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว (expressed emotion) ที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย Brown et al. (1972) ได้เสนอผลงานวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ซึ่งได้แก่ การแสดงความไม่เป็นมิตรในระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย (hostility) มีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมาก (criticism) และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional overinvolvement) จะมีสถิติการกลับมาเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย

การให้ความรู้ครอบครัว พัฒนาขึ้นโดย Anderson . Hogarty & Reiss (1980) เป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (joining) ในการดูแล ประกอบด้วย

1) การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว คือ การที่ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ต้องทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ซึ่งไม่ใช่การทำความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว แสดงความห่วงใย เอาใจใส่ เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และยอมรับในตัวผู้รักษา รวมทั้งการสร้างความหวังให้กับครอบครัวเพื่ออนาคตที่ดีกว่า

2) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) คือ การที่ผู้รักษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และพวกเขาสามารถจะช่วยเหลือหรือทำอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ได้บ้าง

3) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) คือ การที่ผู้รักษาทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของพฤติกรรม ความคิด และเทคนิคการติดต่อสื่อสาร

4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือ การที่ผู้รักษาชี้ให้เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้

โดยอาศัยหลักการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper, Lefl & Lam, 1992) ดังนี้

- 1) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
- 2) การช่วยเหลือทางด้านสังคมตามความต้องการของผู้ป่วย
- 3) การจัดการในเรื่องการใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วย
- 4) รับฟังครอบครัวและช่วยเหลือในด้านการวางแผนการรักษาตามความเหมาะสม
- 5) ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับโปรแกรมการรักษาสำหรับผู้ป่วย
- 6) ประเมินความเข้มแข็งของครอบครัวและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย
- 7) ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์
- 8) การให้ข้อมูลที่ตรงประเด็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การรักษาการประคับประคองในเวลาที่เหมาะสม
- 9) การวางแผนการช่วยเหลือในระยะวิกฤติ การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว

10) การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว

11) ส่งเสริมครอบครัวในการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

12) สอบถามถึงความรู้สึกสูญเสียภายในครอบครัวของสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วย

13) การลดความสับสนความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และผู้รักษา ดังนี้

#### ด้านผู้ป่วย

- 1) ช่วยสร้างเครือข่ายในการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ
- 2) ลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล
- 3) ลดปริมาณการใช้จ่าย
- 4) พัฒนาทักษะทางสังคมและการติดต่อสื่อสาร
- 5) ช่วยเพิ่มรายได้ และโอกาสในการประกอบอาชีพ
- 6) สร้างความแข็งแกร่งให้กับครอบครัว
- 7) ลดความขัดแย้งภายในครอบครัว

#### ด้านครอบครัว

- 1) เป็นการเตรียมทักษะในการการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ
- 2) พัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต
- 3) พัฒนาทักษะในการเผชิญความเครียด

4) ลดความรู้สึกเป็นตราบาปและการแยกตัว

5) ลดความตึงเครียด

6) พัฒนาสัมพันธภาพภายในครอบครัว

### ด้านผู้รักษา

1) พัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ภายในชุมชนและการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย

2) สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตที่หลากหลาย และวิธีการรักษาพยาบาล

3) ช่วยเพิ่มความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

4) สามารถลดการดูแลในภาวะวิกฤติได้

5) พัฒนาสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว

จะเห็นได้ว่า เมื่อการประทับประครองจากบุคลากรทางสุขภาพจิต การได้รับความช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ และได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไปพร้อม ๆ กัน ถือเป็นแนวทางที่ดีในการบำบัด เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยสามารถลดอัตราการเข้ากลับรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 1 ปีแรก หลังจากออกจากโรงพยาบาลได้ (Harter, 1988) ซึ่งการให้ความรู้ครอบครัวนี้ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งผู้รักษาด้วย ทั้งนี้เป็นเพราะการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสร้างความร่วมมือของครอบครัวในการวางแผนการรักษา การค้นหาวีธีการแก้ปัญหา และการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท สามารถพัฒนาให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม (Ran, Xiang & Chan, 2003) และผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข ช่วยลดภาระการดูแลของครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985)

### 4.4 โปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

แนวคิดการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตสำหรับครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบการให้ความรู้โดยมีหลัก ดังนี้

1) มีการประทับประครอง (Support) ซึ่งผู้บำบัดมีส่วนร่วมสำคัญในการสร้างบรรยากาศให้สมาชิกรู้สึกถึงความเกื้อกูลอบอุ่นและปลอดภัย ทำให้สมาชิกเชื่อถือและได้รับประสบการณ์ เป็นที่ที่มีคนรับฟังยอมรับและเข้าใจ สนับสนุนให้สมาชิกได้ช่วยเหลือเกื้อกูลต่อกันโดยการประทับประครองนี้ จะช่วยลดความวิตกกังวลในทุกขั้นตอนของกระบวนการ (Anderson et al., 1980)

2) การบริการด้านความรู้ (Educational Service) เป็นการเพิ่มความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เช่น ทฤษฎีการเกิดโรค สาเหตุ อาการ ผลกระทบ และการจัดการเกี่ยวกับอาการของ

โรค รวมถึงการตอบสนองทางอารมณ์ของครอบครัว จัดได้ว่าเป็นการให้ข้อมูล (Information) เพื่อลดทัศนคติด้านลบ ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping Skills)

3) สถานะตั้งเครียดของสมาชิก เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยมีผลต่อความตั้งเครียดในครอบครัว จากปัญหาการสื่อสารที่สับสน และมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความวุ่นวาย ส่งผลต่อสมาชิกเกิดความรู้สึกผิด โกรธ คับข้องใจ ซึ่งAndersonกล่าวว่า การจัดการด้านการสื่อสารที่ดี การมีข้อตกลง การเคารพขอบเขตของบุคคล รวมถึงการประคับประคองกันจะทำให้ความเครียดลดลงไปได้

4) สร้างเครือข่าย (Network) ซึ่งหมายถึง การสนับสนุนทางสังคม (Social support) มีหลักฐานชี้ชัดว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจะส่งผลต่อระยะเวลาการเกิดและหายของโรค การได้รับความช่วยเหลือจะช่วยลดความกดดัน ซึ่งเครือข่ายทางสังคมเบื้องต้น คือ สมาชิกในครอบครัว ชุมชน

ในโครงการศึกษาอิสระนี้ผู้ศึกษาได้พัฒนาจากโปรแกรมการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของการศึกษาในครั้งนี้ โดยการสร้างสัมพันธภาพ กับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลให้ร่วมกันคิดและมองปัญหาร่วมกันให้ความรู้เรื่องโรค การรักษา และเพิ่มเนื้อหาในเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การสังเกตและจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา ซึ่งผลโดยรวมของกิจกรรมจะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี อบอุ่น ยอมรับเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยการที่ผู้ศึกษาทำความรู้จักคุ้นเคยกันกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละครอบครัว ยินดีที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทได้พูดถึงปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาและเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมทั้งการสร้างความหวังให้กับครอบครัวสำหรับอนาคตที่ดีกว่า ก่อให้เกิดแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีความพร้อมและมีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น (Anderson et al., 1980; สมจิต หนูเจริญกุล . 2543)

2. การพัฒนาความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับโรคจิตเภทและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการให้ความรู้ที่สำคัญตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ส่วนผู้ป่วยจิตเภทก็จะเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี และการให้ความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงจากยา การเตรียมและจัดยารับประทานเอง การสนับสนุนให้



ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (อุมพร กาญจนรักษ์, 2545; สรินทร เชื้อว โสธร, 2545; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547)

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

4. การพัฒนาทักษะด้านสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับการพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร (communication skills) มาใช้ ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) การฝึกการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารเป็นความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (เพชร คันธสายบัว, 2544) การสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่เป็นประโยชน์กับตัวผู้ป่วยเอง การพัฒนาทักษะในด้านนี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้จักหาแนวทางแก้ปัญหาที่ตนเองไม่สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ อาการผิดปกติจากการใช้ยาทางจิต อาการข้างเคียงจากการใช้ยารวมถึงอาการผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และยังทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้างในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่

รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) นอกจากนี้การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ทำให้อัตราการป่วยซ้ำลดลง (Ran, Xiang & Chan, 2003)

## 5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 5.1งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จติ เจริญสุรพร (2538) ศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเวชกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมารักษาซ้ำคือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคและการรักษา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านเรื่องการรับประทานยาและการไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนบ้าน

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

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 260 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงของยา

สรินทร เชี่ยวโสธร(2545) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน ผลจากการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลัง

ได้รับการโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อน ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลจำนวน 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจากผู้ป่วยจิตเภทที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัว พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

กาญจนา ชัยเจริญ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน ได้รับการวางแผนจำหน่าย ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าก่อนได้รับการโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Azrin and Teichner (1998) ศึกษาการประเมินผลโปรแกรมการสอนเพื่อปรับปรุงความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้นอกจำนวน 39 คน ที่ได้รับการดูแลรายการจากศูนย์สุขภาพชุมชนและมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง 1) กลุ่มตัวอย่างที่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับความรู้เรื่องยาและการสอนเรื่องการจัดเตรียมยาใส่ภาชนะเพื่อเตือนตนเองให้รับประทานยาและมาพบแพทย์ตามนัด 2) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้เรื่องยาและการสอนเรื่องการจัดเตรียมยาใส่ภาชนะเพื่อเตือนตัวเองให้รับประทานยา และมาพบแพทย์ตามนัดเฉพาะผู้ป่วย และ 3) กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะผู้ป่วย ประเมินผลโดยการนับเม็ดยาและการรายงานตัวเอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับความรู้เรื่องยาและการสอนเรื่องการจัดเตรียมยาใส่ภาชนะเพื่อเตือนตนเองให้รับประทานยาและมาพบแพทย์ตามนัดมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Kumer and Sedgwick (2001) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชอายุ 17-65 ปี ที่กลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำเป็นระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 90 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเป็นเวลา 30-45 นาที ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงให้ความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าเพศชาย ศาสนาฮินดูให้ความร่วมมือในการใช้น้อยกว่าศาสนาอื่นๆ การสนับสนุนทางสังคมสูงทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาสูง และการตัดสินใจของตัวผู้ป่วยเองว่าไม่ขอเข้าร่วมมือในการใช้ยามีผลสูงกว่าการ

ตัดสินใจของคนอื่น นอกจากนี้ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะของครอบครัว และระยะทาง ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช

## 5.2งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้สำหรับครอบครัว

ครุณี คชพรหม (2543) ได้ศึกษาผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 24 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน กลุ่มทดลองได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ภาวะเชิงประนัยและภาวะเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลงภายหลังได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษา และพบว่าภาวะเชิงประนัยและภาวะเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกัน และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษา มีภาวะเชิงประนัยและภาวะเชิงอัตนัยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สกาวัฒน์ ภูผา (2543) ได้ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำนวน 18 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 10 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการเข้ากลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินหรือการตอบสนอง การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านแหล่งประโยชน์และบริการ โดยเข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ในเวลา 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของคะแนนการดูแลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มทดลองมีปัจจัยในการบำบัดเกิดขึ้นดังนี้คือ การมีความรู้สึกล้ายคลึงกัน ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การระบาย การให้ข้อมูล ความเกื้อกูล การได้รับความจริงของชีวิต และความหวัง

สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ทำการศึกษาเรื่องผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพและการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 10 คน และกลุ่มทดลอง 10 คน ดำเนินการทดลองโดยพบผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง เมื่อผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลเป็นเวลา 4 เดือน โดยทำการทดลองเป็นรายบุคคลและทำการวัดความร่วมมือในการรักษา 4 ด้าน คือ ความรู้ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ โดยวัดหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการให้เงื่อนไขผูกพัน มีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วย

จิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มา  
รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่ม  
ทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนความรู้การ  
ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ สูงกว่าก่อนการได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  
ระดับ .05 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่ม  
ทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาแล้วพบว่ากลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่ม  
ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของ  
ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย สูงกว่าก่อนได้รับ  
การให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการ  
ดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองค่า  
คะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิราพร รักการ (2549) ได้ศึกษาผลของการเข้าร่วม โปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวต่อ  
ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่  
อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัดธาตุทอง กรุงเทพมหานคร จำนวน 30  
คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่า  
ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการเข้าร่วม โปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวต่ำ  
กว่าก่อนได้รับ โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และภาระในการดูแลของผู้ดูแล  
ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่การเข้าร่วม โปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแล  
ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Favrod (1993 อ้างถึงใน คารณี จามจรี, 2545) ศึกษาผลการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยว  
กับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต เพื่อเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภท โดยทำ  
การทดลองแบบกลุ่มเดียว เป็นรายบุคคล พบผู้ป่วย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 90 นาที รวมระยะ  
เวลา 4 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำนวน 25 คน ได้รับโปรแกรมครบสมบูรณ์  
จำนวน 19 คน ทำการวัดผลการทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า การให้  
ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับยา  
รักษาอาการทางจิตและเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลได้ และพบว่าสามารถเพิ่ม  
พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยารักษาอาการทางจิต ของผู้ป่วยจิตเภทได้

Francell (1998) ได้ศึกษาการรับรู้ภาระของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง  
ศึกษากับครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 86 ครอบครัว โดยการแบ่งเป็นกลุ่มย่อยและสัมภาษณ์  
(focus group) เกี่ยวกับประสบการณ์ของภาระในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มีอาการป่วยทางจิต  
ผลการศึกษาพบว่า แนวทางที่จะช่วยลดภาระครอบครัว คือ การให้ความรู้กับครอบครัว (family

education) เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาและการจัดการกับภาวะวิกฤติ และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทีมรักษา

Lim & Ahn (2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเทศเกาหลี จำนวน 57 ราย งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การเผชิญความเครียด และภาระของผู้ดูแลในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย นั่นคือผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเชิงอัตนัย ซึ่งรูปแบบของปฏิบัติการที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวคือการใช้กระบวนการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดภาระเชิงอัตนัย นอกจากนี้ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลและเพศของผู้ดูแลยังมีผลต่อการเผชิญความเครียดทางบวกของสมาชิกในครอบครัว โดยผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงและผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานจะมีการเผชิญความเครียดในทางบวกมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อย ซึ่งระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนี้ยังมีผลกระทบโดยตรงต่อการรับรู้ภาระของผู้ดูแลอีกด้วย สำหรับอายุของผู้ดูแลนั้นพบว่ามีผลกระทบต่อภาระของผู้ดูแลเพียงเล็กน้อย

Pai and Kapur (1981) ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตเภทเป็นครั้งแรก จำนวน 54 คน โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งรับการรักษาในโรงพยาบาลตามปกติ อีกกลุ่มหนึ่งให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยร่วมด้วย หลังจากนั้นติดตามผลเป็นเวลา 6 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ มีภาระในการดูแลน้อยกว่า และมีการทำหน้าที่ในสังคมดีขึ้น

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

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

สัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว ญาติมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วย ส่งผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวเหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวคิดการให้ความรู้เรื่องโรคทางจิต สำหรับครอบครัว สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และยารักษาอาการทางจิต นอกจากนี้ยังสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ ทำให้อัตราการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลง ส่วนในผู้ดูแลสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและผู้ให้การรักษา ซึ่งแนวคิดการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตสำหรับครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้แก่ครอบครัว เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) นำมาซึ่งการสร้างกรอบแนวคิดการศึกษาได้ดังนี้

### กรอบแนวคิดการศึกษา

