

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายและปัจจัยเหตุของการเกิดโรค
- 1.2 ลักษณะอาการทางคลินิก
- 1.3 การดำเนินโรค
- 1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
- 2.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

3. ปัญหาและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4. การให้สุขภาพจิตศึกษา

- 4.1 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา
- 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

5. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

- 5.1 แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
- 5.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 5.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

6. โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายและปัจจัยเหตุของการเกิดโรค

1.1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบากที่สุดในจำนวนโรคจิตต่าง ๆ คำว่าโรคจิตเภทนี้ Eugen Bleuler ได้เป็นผู้ตั้งชื่อโรคนี้ว่า schizophrenia .ในปี ค.ศ. 1911 และใช้มาจนปัจจุบัน Bleuler เน้นว่าโรคนี้เป็นโรคที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด (thought Process) โดยไม่มีพยาธิสภาพทางสมอง จากการศึกษาอุบัติการณ์พบว่าโรคนี้เกิดในผู้มีอายุระหว่าง 15-34 ปี และเกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในสหรัฐอเมริกาพบว่าชาวผิวดำเป็นมากกว่าชาวผิวขาว มีอัตราการป่วยซ้ำสูง และมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับโรคจิตเภทไว้มากพอจะสรุปได้ดังนี้

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีอาการผิดปกติด้านความคิด การรับรู้พฤติกรรม และอารมณ์ ในขณะที่ความรู้สึกและความสามารถทางสติปัญญายังคงปกติ อาการผิดปกติดังกล่าวอย่างน้อย 2 อาการ และปรากฏชัดเจนอยู่เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน มีการเสื่อมหน้าที่ทางสังคม/ การประกอบอาชีพ มีอาการต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือน ไม่มีสาเหตุมาจากสารเสพติด และภาวะการเจ็บป่วยทางกาย (WHO, 2001)

ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มอาการผิดปกติทางอารมณ์ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความคิดผิดปกติทางอารมณ์การแสดงออกโดยผู้ป่วยตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ความผิดปกติการรับรู้สิ่งต่างๆที่ไม่มีความจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริงๆความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความหลงผิด ส่วนพฤติกรรมและบุคลิกภาพ พบว่า แยกตัว พฤติกรรมถดถอย พฤติกรรมแปลกๆ (อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

ตามความหมายของ ICD 10 (The International Classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีความลักษณะจำเพาะ และ อารมณ์แบบไม่เหมาะสม หรืออารมณ์ที่อับ (Blunter) สติสัมปชัญญะ และเชาว์ปัญญา มักคืออยู่ แม้จะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536)

สมยศ เรื่องตระกูล (2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยา เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

Sandock & Sandock (2000) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดมีลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (Negative

symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ (Cognitive disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ดังนั้นอาการของโรคจิตเภทมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรม สังคม และการหน้าที่

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิดการรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก โดยไม่พบความผิดปกติโรคทางกายและโรคทางสมอง พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด พบได้ในช่วงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น พบทั้งในเพศชายและเพศหญิง

1.1.2 ปัจจัยเหตุของการเกิดโรค Kaplan & Sadock (1995) กล่าวว่า ปัจจัยเหตุของโรคเกิดได้จากหลายปัจจัยดังนี้

1.1.2.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factors) ได้มีการศึกษาด้านพันธุกรรมของบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท พบว่ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ในกลุ่มผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภท มีอัตราการเกิดโรคจิตเภท ร้อยละ 10-16 และจากการศึกษา ในแฝดไข่ใบเดียวกันพบอัตราการเกิดโรค ร้อยละ 35-58 ฝาแฝดไข่คนละใบอัตราการเกิดโรค ร้อยละ 16 (Wilson and Kneisl, 1996)

1.1.2.2 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับ Dopamine ในสมองโดยมีข้อค้นพบดังนี้

- 1) ผู้ป่วยจิตเภทมีปริมาณสาร Dopamine ในสมองมากเกินไป
- 2) มีจำนวน post synaptic receptor มากเกินไป
- 3) มีความไม่สมดุล ระหว่าง excitatory action ของ Acetylcholine กับ inhibitory action ของ dopamine และ Gamma- amino butyric acid นอกจากนี้ยังมีการศึกษาค้นพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีระดับ monoamine oxidase ต่ำในเกล็ดเลือด แต่ไม่เป็นที่ยืนยันแน่ชัด

จากการศึกษาค้นคว้าด้านกายวิภาคของผู้ป่วยจิตเภทด้วย CT scan บางรายพบว่าการขยายของ lateral ventricles บางรายพบว่ามีปริมาณของ cal fluid volume เพิ่มขึ้น บางรายพบว่าการฝ่อของ anterior vermis ของ cerebellum ซึ่งยังไม่มีการยืนยันที่แน่นอนเหมือนโรคทางกายอื่น ๆ

1.1.2.3 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors)

- 1) จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการพบว่า เป็นความผิดปกติ จากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะในขวบปีแรก มีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพ ส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม การสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยเฉพาะพัฒนาการ ด้านภาษา สติปัญญา การคิดความจำการตัดสินใจ ความสนใจ และการรับรู้

ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้ และไวต่อความเครียดมากกว่า ปกติ และสามารถตอบสนองต่อความเครียดได้
 ไม่ได้ผู้ป่วยมีความขัดแย้งในจิตใจ ที่เกิดจากสัญชาตญาณ ธรรมชาติ มีมากและไม่สามารถควบคุมได้
 ขาดสำนึกในการควบคุมตัวเอง ความรู้สึกผิด ชอบ ชั่ว ดี ชอบเอาชนะและขัดแย้งกับผู้อื่น เกิดความ
 ขัดข้องใจ ไม่แนใจ (ambivalence)

1.1.2.4 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors) จาก
 การศึกษาพบว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม มีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท ก็คือ
 ประชากรที่มีฐานะยากจนป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าประชากรที่มีฐานะดี เนื่องจากต้องเผชิญ
 ภาวะเครียดทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังมีรายงานพบว่าเด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท มีบิดา มารดา ที่มี
 ความขัดแย้งกัน พยายามดึงเด็กมาเป็นพวกของตน ในที่สุดเด็กเกิดความลังเล ไม่แนใจ ซึ่งเป็น
 อาการสำคัญของโรคจิตเภท หรือบิดามารดาที่เลี้ยงดูแบบปกป้องเกินไป เด็กไม่สามารถพัฒนา
 บุคลิกของตนได้เหมาะสม

1.2 ลักษณะอาการทางคลินิก Bleuler (1950 cited in Rebraca 1994) ได้แบ่งอาการของโรค
 จิตเภทไว้เป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ ดังนี้

1.2.1 Primary Symptoms อาการระดับต้นมีลักษณะ 4 A ดังนี้ Association
 disturbance or loosening of association มีความผิดปกติในการติดต่อเชื่อมโยง สิ่งต่าง ๆ ทั้งตนเอง
 บุคคล และครอบครัว Affective disturbance or inappropriate mood มีความผิดปกติด้านอารมณ์ มี
 อารมณ์ และการแสดงออกไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ Autism มีความคิดหมกมุ่นแต่เรื่องของตนเอง
 Ambivalence มีความรู้สึก 2 อย่างในเวลาเดียวกัน เกิดความรู้สึกไม่แนใจ ลังเลใจตลอดเวลา

1.2.2 Secondary Symptoms อาการระดับที่ 2 เป็นอาการที่รุนแรงขึ้นกว่าระดับต้น
 ผู้ป่วยจะมีอาการเด่นดังนี้ Delusion มีอาการหลงผิด (false belief) Illusion การแปลภาพผิดไปจาก
 ความจริง (false interpretation) Hallucination การรับรู้ผิด (false perception)

1.2.3 อาการอื่น ๆ คือ สูญเสียความเป็นตนเองและเอกลักษณ์ ของตน
 ความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ เสีย สูญเสียการมีปฏิสัมพันธ์ กับสิ่งแวดล้อม อารมณ์ ขึ้น ๆ ลง ๆ
 มีอาการเจ็บป่วยทางกาย ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง

อาการของโรคจิตเภท (แบ่งในลักษณะเป็นอาการทางบวกและอาการทางลบ) โรค
 จิตเภท Crow (1980) ได้แบ่งความผิดปกติเป็น 2 กลุ่มอาการหลัก คือ อาการทางบวก (positive
 symptoms) และอาการลบ (negative symptoms) (สมพร บุขราทิจ, ศิริรัตน์ กุปติวุฒิ, 2540) ได้แก่
 1) กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) ได้แก่ อาการประสาทหลอน (hallucinations) อาการ
 หลงผิด (delusions) ความคิดผิดปกติ (thought disorders) พฤติกรรมผิดปกติ (behavioral
 disorganization) ประโยคคำพูดฟังไม่รู้เรื่อง ใช้ศัพท์แปลกๆ (Disorganized Speech) นิ่งไม่

เคลื่อนไหวอยู่ในท่าทางแปลกๆหรืออะอะโวยวาย Catatonia) และ 2) กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เป็นอาการที่แสดงถึงการไม่ทำหน้าที่ หรือทำหน้าที่ลดลง ซึ่งหน้าที่นี้ได้เคยมีอยู่ในระยะก่อนเกิดโรค อาการในกลุ่มนี้ ได้แก่ สิ้นน้ำอารมณ์เฉยเมย (blunting of affect) ชีวิตไม่มีจุดหมาย หมดความกระตือรือร้นในชีวิต (avolition) ไม่มีสัมพันธภาพกับใคร (lack of socialization) ไม่พูดหรือพูดน้อย (alogia) ไม่ยินดีในร่าย (anhedonia) บกพร่องทางเขาวนความคิด (cognitive deficit)

1.3 การดำเนินโรค มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2546) กล่าวถึงการดำเนินโรคจิตเภท ดังนี้

1.3.1 ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) เริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ส่วนใหญ่จะ สำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมดูแล้วแปลก ๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจนญาติและคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ซึ่งระยะเวลาไม่แน่นอน เฉลี่ยประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์ได้ไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นาน จากการศึกษา พบว่า ก่อนที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะเกิดอาการกำเริบ มักจะมีอาการนำมาก่อนเป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดี และอยู่ไม่สุข เป็นต้น (Herz et al., 1989)

1.3.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอน และมีพฤติกรรมแปลกๆ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546) ส่วนใหญ่อาการกำเริบรุนแรงเป็นพักๆ อาการจะปรากฏขึ้นเมื่อ ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน หรือมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีสาเหตุส่งเสริมมาจากการซื้อยา กินเอง หรือมีการใช้แอลกอฮอล์ (Herz et al., 1989)

1.3.3 ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว โดยทั่วไป ผู้ป่วยมักไม่หายเป็นปกติ อาการของโรคมักทรงหรือทรุดลงตามลำดับ จนผู้ป่วยไร้ประสิทธิภาพ บางคนเป็น ๆ หาย ๆ บางคนเป็นเรื้อรัง

สรุปการดำเนินโรคสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มมีอาการ ระยะอาการ กำเริบ และระยะอาการคงเหลือ ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีอาการแต่ละระยะที่แตกต่างกันไป

1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท การรักษาโรคจิตเภทประกอบด้วย (สุชาติ พหลภาคย์, 2546)

1.4.1 การรับไว้รักษาภายในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องให้การรักษาภายในโรงพยาบาลจะมีลักษณะต่อไปนี้ คือ มีปัญหาในการวินิจฉัย ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนพฤติกรรมเสียระบบ (disorganized) และไม่เหมาะสมจนไม่สามารถจัดหาความต้องการพื้นฐานให้ตนเอง ผู้ป่วยอาจจะฆ่าตัวตายหรือทำร้ายผู้อื่น

1.4.2 การรักษาทางกาย (somatic treatment) การใช้ยา antipsychotic ทำให้อาการโรคจิตดีขึ้น แต่ไม่ได้ทำให้จิตเภทหาย ผู้ป่วยต้องรับการรักษาานาน โดยมีหลักการคือ รักษาอาการเฉียบพลัน และให้ยาระยะยาวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า (ECT) วิธีนี้ได้ผลสู้ยาต้านโรคจิตไม่ได้ แต่จะใช้ได้ผลดีมากสำหรับจิตเภทชนิด catatonia และผู้ป่วยที่ไม่สามารถช้ยาต้านโรคจิต การรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่น จิตศัลยกรรม (psychosurgery) โดยเฉพาะ frontal lobotomy ปัจจุบันไม่ใช้วิธีนี้ในการรักษาจิตเภทแล้ว

1.4.3 การรักษาทางจิตสังคม แม้ว่ายาต้านโรคจิตจะเป็นหลักในการรักษาจิตเภท แต่การรักษาทางจิตสังคมจะช่วยเพิ่มพูน ทำให้อาการทางจิตดีขึ้น การรักษาจึงควรจะทำควบคู่กันไปทั้งการรักษาด้วยยาและการรักษาทางจิตสังคม จิตบำบัด โดยใช้แนวคิดทฤษฎีต่างๆมาใช้ในการบำบัด เช่น พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) กลุ่มบำบัด (Group Therapy) ครอบครัวบำบัด เพื่อให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเป้าหมายของการรักษามี 3 ประการคือ

1.4.3.1 รักษาอาการให้หายหรือบรรเทา (symptoms reduction) เช่น การรักษาด้วยยา การช้ช็อกด้วยไฟฟ้า

1.4.3.2 ป้องกันไม่ให้เกิดกลับป่วยซ้ำอีก (prevention of relapse) เช่น การทำจิตบำบัดแบบบุคคลหรือกลุ่ม

1.4.3.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (rehabilitation) เช่น เกษตรกรรมบำบัด อาชีวะบำบัด จัดโปรแกรมให้ความรู้ การให้คำปรึกษา จิตบำบัดแบบประทับประคอง

การรักษาผู้ป่วยจิตเภท ควรให้การรักษาย่างเต็มที่ตั้งแต่ครั้งแรกจะเป็นผลดีที่สุด กล่าวคือ ร้อยละ 90 จะหายจากอาการเจ็บป่วย ถ้าทิ้งไว้นานอาการกำเริบครั้งต่อมาจะรักษาไม่ได้ผลดีเท่ากับการรักษาครั้งแรก และยังเป็นบางครั้งต้องใช้เวลารักษานานขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดอาการกำเริบบ่อยครั้ง การทำงานของสมองจะเสื่อมถอยลง โดยพบว่าเนื้อสมองสีเทา (Gray matter) จะมีปริมาณลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการคิด การตัดสินใจอย่างมาก (สมพร บุษราทิจ และธีรศักดิ์ สาตรา, 2546) ซึ่งส่งผลต่อการบำบัดทางจิตสังคม

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคจิตเภทมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและจิตเภทมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านทรัพยากรบุคคล สาเหตุของโรคเกิดจากด้านร่างกายและจิตสังคม การรักษาต้องผสมผสานระหว่างผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกาย คือ การใช้ยาและการรักษา

ด้านจิตสังคมเข้าด้วยกันจึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด รวมถึงผู้ป่วยจิตเภทต้องสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตได้ เพื่อป้องกันป่วยซ้ำ

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ศึกษา และได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท ไว้หลายท่าน แตกต่างกันไปเช่น

Sackett et al. (1985) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท ว่าเป็นพฤติกรรม ที่เปลี่ยนแปลงเพื่อการรักษา ไม่ได้หมายความว่าความถี่การรับประทานยา แต่หมายถึงวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อการรักษาทั้งความยินยอมในการรักษา การไปตรวจตามนัด

Razali & Yahya (1995) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทว่า เป็นการ ใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาที่ถูกต้องและแสดงออกโดย พฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยขาดยาเกิน 2 มื้อ ภายในเวลา 2 สัปดาห์ หรือไม่ขาดการมาตรวจตามนัดเกิน 1 ครั้ง

Farragher (1999) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาว่าลักษณะของพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่จะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าจะมีความผิดปกติ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยามืดเวลา การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา และการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา

Kumar & Sedwick (2001) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาว่า สามารถอธิบายได้ด้วยพฤติกรรม ที่ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา หรือการใช้ยาที่อาจผิดพลาดได้บ้างเป็นบางครั้ง ซึ่งการใช้ยาผิดพลาด 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ Kumar and Sedwick ยังถือว่าเป็นการใช้ยาที่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา แต่ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยา เฉพาะเมื่อมีอาการแสดงของโรครุนแรงขึ้น หรือหยุดใช้ยา จะแสดงถึงการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา

เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าเป็นการ ปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทาน ยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของ บุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ศึกษาความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า เป็นการ ปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับ คำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกต

อาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

สุรวุฒิ เฟ็งเกร็ด (2550) ศึกษาความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาพบว่า เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ซึ่งการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสังเกตอาการข้างเคียงจากยา และการจัดการกับอาการข้างเคียง ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาได้โดยแสดงพฤติกรรมออกมา 5 ลักษณะ คือการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อ/สัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่แตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาต้องการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความครอบคลุมในด้านของการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องและความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิตได้อย่างเหมาะสมจึงเลือกใช้ความหมาย ของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ของ Kumar and Sedwick (2001) และเพชร คันธสายบัว (2544) ที่กล่าวถึงความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา ดังนั้นจึงได้ สรุปและให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทว่า หมายถึงพฤติกรรมของบุคคลที่เลือกปฏิบัติ ให้สอดคล้องกับแผนการรักษา การใช้ยาที่อาจผิดพลาดได้บ้างเป็นบางครั้ง ซึ่งการใช้ยาผิดพลาดได้ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ แต่ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยา เฉพาะเมื่อมีอาการแสดงของโรครุนแรงขึ้น หรือหยุดใช้ยา จะแสดงถึงการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้ง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของ บุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากการศึกษาของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เกิดจาก

2.2.1 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ โดยเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุด อันดับแรกที่สามารถ ทำนายพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย ซึ่งสัมพันธภาพ ที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ รับรู้ และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษา ได้ดี (สมัยพร อาชาล, 2543)

2.2.2 การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง เช่นการดูต่ำ การแสดงท่าทีรังเกียจ รวมทั้งการควบคุมผู้ป่วยมากเกินไป มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดสูง ทำให้ขาดแรงกระตุ้น ให้ได้รับการรักษาที่ดี สอดคล้องกับ

การศึกษาของ เพซรี คันทสาขบัว (2544) ที่พบว่า การแสดงอารมณ์ของครอบครัว เป็นตัวแปรที่มีอำนาจ ในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้

2.2.3 อาการทางลบ ทำให้ผู้ป่วยขาดความพึงพอใจในชีวิต ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติ กิจวัตรต่างๆ และการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Schulz (2000 cited in Oehl et al., 2000) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาไม่ดี

2.2.4 การใช้แอลกอฮอล์ การใช้แอลกอฮอล์มีผลต่อการควบคุมตัวเอง ส่งผลให้ผู้ใช้ แอลกอฮอล์ มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป นอกจากนี้การใช้แอลกอฮอล์ ในผู้ป่วยจิตเภทยังมีผลต่อการเสริมฤทธิ์ของยารักษาทางจิต (ทวิพร วิสุทธีมรรค, 2544) ทำให้ยาออกฤทธิ์มากขึ้น ส่งผลต่อความรู้สึกไม่สุขสบาย ทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย จึงหยุดใช้ยาในที่สุด ซึ่ง Owen et al. (1996) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์ จะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา น้อยกว่าผู้ที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์

2.2.5 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภท เป็นการรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานจากการมีอาการทางจิตมากขึ้น มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Adams & Scott (2000) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง ส่วนใหญ่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการศึกษา ตัวแปรจำแนกผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ และไม่ป่วยซ้ำของ เพซรี คันทสาขบัว (2544) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท ไม่ป่วยซ้ำ มีการรับรู้ความรุนแรง ของการป่วยซ้ำมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

2.2.6 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เป็นความคิด ความเชื่อของบุคคลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ อิทธิพลต่อการรับรู้ที่ขึ้นอยู่กับความเข้าใจ หรือความตระหนักต่อภาวะคุกคามต่อการเกิดโรค เป็นแรงกระตุ้นให้บุคคล ค้นหาหนทางที่จะหลีกเลี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้น (Baker, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของเพซรี คันทสาขบัว (2544) พบว่าการรับรู้ความลำบากในการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำ เกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของความร่วมมือในการรักษา

2.2.7 ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา การที่ยารักษาอาการทางจิตเป็นยาในกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) ทำให้ผู้ป่วยบางรายทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยาไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Renton et al (1963), Reilly et al. (1967), Hoffman et al. (1974) ที่อธิบายว่า ผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา

Oehl et al. (2000) กล่าวถึง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1) ปัจจัยด้านผู้ป่วยเป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงออกถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคลที่ส่งเสริมให้มีการแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค เป็นปัจจัยที่บอกลึกความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

1.1) ลักษณะประชากร คือ

1.1.1 อายุอายุของบุคคลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman (1994) และ Agarwal et al. (1998) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า

1.1.2 เพศ สังคมจะกำหนดบทบาทของผู้หญิงในการเป็นแม่ที่มีหน้าที่ในการดูแลลูกและบุคคลในครอบครัวทั้งในเวลาปกติหรือในยามเจ็บป่วยซึ่งส่งผลให้เมื่อเจ็บป่วย ผู้ป่วยเพศหญิงจะมีความสามารถในการดูแลตัวเองมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) และ Agarwal et al. (1998) ที่พบว่าเพศหญิงปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาดีกว่า เพศชาย

1.2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นทัศนคติและความเชื่อในการอธิบายการปฏิบัติของบุคคลต่อภาวะสุขภาพที่ได้รับการยอมรับในการทำนายพฤติกรรม สามารถอธิบายได้ดังนี้

1.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility) หมายถึงการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงโอกาสที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องกลับเข้ารับการรักษาในซ้ำอีก

1.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived severity) หมายถึงการที่บุคคลรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคม จึงเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

1.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefit) หมายถึงการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภท

1.2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติดูแลสุขภาพ (Perceived barrier) หมายถึงในผู้ป่วยจิตเภทการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติของตนมีอุปสรรค เช่น การที่ญาติช่วยเหลือ

ติดตามมากเกินไปไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นอิสระสิ่งเหล่านี้ขัดขวางการดูแลตนเอง และส่งผลต่อการเชื่อมตอยสมรรถภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

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

1.3.1 ความคิดหลงผิดว่าตัวเองใหญ่โต หมายถึง การรับรู้ความเชื่อของผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองเป็นคนสำคัญ หรือมีอำนาจพิเศษ โดยไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความเชื่อได้ด้วยการอธิบายโดยใช้เหตุผลตามธรรมชาติ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการขาดการตระหนักรู้ในตนเอง ซึ่งมีผลทำให้คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องรับการรักษา

1.3.2 อาการลบเป็นกลุ่มอาการ เช่น มีการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ ขาดความสามารถในการคิด การแสดงอารมณ์ และการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Oehl et al., 2000)

2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภททั้งครอบครัว และชุมชน ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วย

2.1) ฐานะทางเศรษฐกิจ โดยบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการดูแลสุขภาพเพื่อดูแลตนเองได้ดีกว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งภัทรา ถิรลาภ (2532) และ Kumar&Sedgwick (2001) พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาเนื่องจากยาราคาแพง ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

2.2) การอยู่ร่วมกับครอบครัว โดยผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนดูแลทางด้านจิตใจแล้ว การสนับสนุนของครอบครัวยังมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมด้านสุขภาพและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

2.3) การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีบุคคลช่วยให้ได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง บุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา การนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด เป็นการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแลในเรื่องเหล่านี้

2.4) การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวหมายถึง โดยการแสดงอารมณ์สูงลักษณะที่มีวิพากษ์วิจารณ์สูงการแสดงถึงความไม่เป็นมิตร และความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Backer, 1993) มีผลต่อการสนับสนุนผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ไม่ดี (Oehl et al., 2000)

2.5) ทศนคติของสังคมและครอบครัวเป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลเหล่านั้นต่อการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยทางจิต เช่น ผู้ป่วยถูกแสดงความจริงเกี่ยวกับพยายามหลีกเลี่ยงการแสดงให้บุคคลอื่นรู้ว่าตนเองป่วยหรือผู้ป่วยอยู่ในสังคมที่ไม่เห็นความสำคัญของการรักษาทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนให้รับการรักษาและมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Oehl et al., 2000)

3) ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านนี้ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทได้แก่

3.1) วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย หมายถึงช่องทางการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย คือ การกิน การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ซึ่ง Kumar & Sedgwick (2001) กล่าวว่า การได้รับยาเข้าสู่ร่างกายโดยใช้วิธีฉีดจึงสามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าวิธีการรับประทานยา

3.2) ความซับซ้อนของการรักษา หมายถึง ความรู้สึกลำบาก ลำบากในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิดและมีจำนวนมาก อาจเกิดความสับสนในการใช้ยา ลืมวิธีการใช้ยา นอกจากนี้จำนวนครั้งของการรับประทานยาในแต่ละวัน ก็มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา Razali & Yahya (1995) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะร่วมมือในการรักษาที่ดีเมื่อรับประทานยา 1-2 ครั้ง/วันแต่ถ้าได้รับยามากกว่า 2 ครั้ง/วัน

3.3) ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ยารักษาโรคจิตเป็นกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มา (เกษมตันติผลาชีวะ, 2537) ผู้ป่วยจิตเภทบางรายขณะรับการรักษาโดยใช้รักษาอาการทางจิตอาจมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น ตัวแข็ง คอแข็งบิดเบี้ยว ง่วงนอน ปากและคอแห้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้น และความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ Kumar & Sedgwick (2001) พบว่าเหตุผลของการไม่ใช้ยาในกลุ่มที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในกลุ่มที่ไม่ร่วมมือ คือ ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา

4) ปัจจัยด้านทรมานสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทรมานสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยทางจิตเภท (Kempainen et al., 2003) โดย Frank & Gunderson (1990) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เรื้อรัง ซึ่งมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รักษาภายใน 6 เดือนแรกที่เริ่มมีอาการทางจิต จะมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน และมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลายปัจจัยด้วยกัน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทและมุ่งที่จะจัดการกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทดังที่กล่าวมาเพื่อแก้ไขปัญหายุทธกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพต่อไป

2.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยต่างๆพบวิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาพอสรุปได้ดังนี้ (เพชรี คันธสายบัว, 2544; Fenton et al., 1997; Agarwal et al., 1998)

2.3.1 การประเมินโดยตรง (Direct method) คือ การวัดระดับปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้ โดยติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของระดับยาหรือปริมาณยาตามแต่ความเหมาะสม ได้แก่

2.3.1.1 การวัดระดับยาในเลือด (Blood level monitoring) โดยใช้หลักการเปลี่ยนแปลงของยาในเลือดหรือพลาสมา จะมีความสัมพันธ์กับขนาดของยาที่ได้รับเมื่อถึงระดับคงที่ของยาในเลือดและการที่ระดับของยาในเลือดมีผลโดยตรงต่อรักษา ดังนั้นเมื่อทำการวัดระดับยาหรือการเปลี่ยนแปลงของยาที่ทราบผู้ป่วยใช้ยาหรือไม่

2.3.1.2 วัดปริมาณยาในปัสสาวะใช้หลักการเดียวกับการวัดระดับยาในเลือดแต่ยาที่วัดโดยวิธีนี้ได้ต้องเป็นยาที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ

2.3.1.3 การวัดปริมาณยาจากสิ่งขับหลังออกจากร่างกายอื่นๆเช่น น้ำลาย อุจจาระ ลมหายใจ

2.3.2 การประเมินทางอ้อม (Indirect method) เป็นการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจากวิธีอื่นที่ไม่ใช่วัดจากตัวยาโดยตรงทำได้หลายวิธี คือ

2.3.2.1 การประเมินโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและง่ายที่สุดอาจจะสอบถามหรือสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วยข้อดีของวิธีนี้คือ ได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัด คือ พบว่าผู้ป่วยมักให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงคำถามให้มีความชัดเจนแม่นยำ

2.3.2.2 ประเมินได้จากการนับจำนวนเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วย และจำนวนที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาหรือเมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง จำนวนที่เหลือมากกว่าที่ควรจะเป็นแสดงว่าผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ข้อดีของวิธีนี้คือ สามารถบอกถึงจำนวนยาที่ใช้ไปแต่มีข้อจำกัด คือ อาจได้ ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงหาก ผู้ป่วยทิ้งยาโดยไม่ได้รับประทาน หรือ ผู้ป่วยให้ผู้อื่นใช้ยาด้วย

2.3.2.3 การสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วย โดยตรงซึ่งการประเมินวิธีนี้ ญาติผู้ป่วยหรือบุคคลากรที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านจะสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือแผนการรักษาได้ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่

2.3.2.4 พิจารณาจากการมารับการตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มารับการตรวจ

รักษาตามนัดเป็นผู้ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา และพิจารณาจากผลของการรักษาที่ควรเป็นไปตามการพยากรณ์ของโรคแต่ละระยะ

2.3.2.5 การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตนเอง (Self Report) ซึ่งมีวิธีการนี้มีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยอาจเขียนบันทึกไม่ตรงกับความจริง

นอกจากนี้ การทบทวนรายงานการวิจัยจากต่างประเทศพบว่า Adams and Howe (1993) ใช้แบบสอบถามในการวัดปัจจัยที่มีผลต่อการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาและการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา ส่วน Agarwal et al. (1998) ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้แบบวัดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของ Lin et al. (1974 cited in Agarwal et al., 1998) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่อธิบายการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา จากการที่ผู้ป่วยบอกว่าไม่ได้ใช้ยาจะใช้ยาเมื่อเกิดอาการผิดปกติหรือจากการที่ครอบครัวผู้ป่วยบอกว่าผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยา และ Kumar & Sedgwick (2001) ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้ Compliance Rating Scale (CRS) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้วิจัยแสดงความคิดเห็นว่าการใช้เครื่องมือที่มีองค์ประกอบของการตรวจทางห้องทดลอง สามารถทำให้ผลการประเมินเชื่อถือได้ก็จริง แต่เหตุการณ์ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยของแต่ละราย ผู้วิจัยสามารถใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มากกว่า ดังนั้นการประเมินโดยการสัมภาษณ์อย่างเดียวจึงดีกว่าการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง

การทบทวนการวิจัยในประเทศไทยพบว่า ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้ แบบสัมภาษณ์เป็นส่วนใหญ่ ดังที่ ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน (2544) เพชร คันธสายบัว (2544) สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) วัดพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองมีเพียงแต่ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ประเมินผลความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้วิธีการนับเม็ดยาที่เหลือและการมาตรวจตามนัดความถูกต้องของการทำเครื่องหมายบนปฏิทินและการรับประทานยา ดังนั้น อาจสรุปได้ว่า แม้การใช้การประเมินหลายวิธีจะทำให้ผลการประเมินน่าเชื่อถือ แต่การสัมภาษณ์ก็เป็นวิธีที่น่านิยม และจากการสัมภาษณ์ในลักษณะการพูดคุยกับผู้ป่วยตัวต่อตัวทำให้สามารถได้ข้อมูลที่ละเอียดและมีประโยชน์ต่อการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่สร้างขึ้นโดย สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) เพื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท คือ การรับประทานยาตามแผนการรักษาและความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้

นอกจากนี้ Farragher (1999) กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทว่า แสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ

1) การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่นการหยุดใช้ยา หรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติ

2) การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา

3) การใช้ยามิถเวลา

4) การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา

5) การใช้ยาเพิ่มมากกว่าแผนการรักษา

ส่วนเพชร คันธสายบัว (2544) กล่าวถึงลักษณะพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา ว่าประกอบด้วย

1) การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างเคร่งครัด และสม่ำเสมอ ไม่ลดหรือเพิ่มจำนวนเม็ดยาเอง

2) การสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น รวมทั้งสามารถบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาด้วยยา ให้ทีมการรักษาได้อย่างถูกต้อง

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ

1) การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยามิถเวลา การไม่ลด หรือเพิ่มขนาดยามากกว่าแผนการรักษา

2) ความสามารถในการสังเกต และการจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตที่เกิดขึ้นได้อย่าง เหมาะสม รวมทั้งสามารถบอกอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรักษาด้วยยารักษาโรคจิตให้ทีมสุขภาพจิตได้รับทราบอย่างถูกต้อง

3. ปัญหาและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การที่ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ ส่งผลให้มีการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม การดำเนินโรคเป็นแบบรุนแรงและเรื้อรังระยะเวลาในการเจ็บป่วยยาวนาน ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยจิตเภทเอง ครอบครัวชุมชนและสังคม จะเห็นได้ว่า ในปัจจุบันนโยบายในการรักษาผู้ป่วยทางจิตได้เปลี่ยนแปลงไป โดยเน้นที่การ

รักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ระยะเวลาที่สั้นลง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการจำหน่าย ออกสู่อุครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น ผู้ป่วยจำนวนมากต้องใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้ศึกษาเกี่ยวกับสภาพการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะขาดความสามารถในการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการไม่รับประทานยา การไม่เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับครอบครัว ทำให้ญาติต้องให้การช่วยเหลือทั้งทางด้านความคิด กิจกรรมประจำวัน การตัดสินใจและการทำงานนอกจากนี้ จากผลการศึกษาของ (เพ็ญญา แดงด้อมบุษย์, อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา, 2547) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวต้องประสบกับปัญหา เมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตก็จะมีทัศนคติทางลบ หวาดกลัวไม่คบหา เมื่อพบเห็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบรุนแรงจะรังเกียจหรือไม่ติดต่อไม่ให้เข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยถูกตัดโอกาสในการมีกิจกรรมและการใช้ชีวิตอย่างปกติในสังคมของตน ทำให้ขาดทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตอยู่อย่างว่าเหว่และรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม รวมทั้งมองตนเองไร้ค่าไม่มีความมั่นใจในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทต้องประสบกับปัญหาเมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต คนทั่วไปพยายามหลีกเลี่ยงไม่อยากจะพูดคุยด้วย ไม่ยอมรับ พยายามหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วย มีความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วยบางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้เห็นทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นคนไม่น่าเชื่อถือไว้ใจไม่ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายถูกทอดทิ้งให้ใช้ชีวิตอยู่อย่างโดดเดี่ยว จากการศึกษาของ สุวิมล สมัตตะ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมที่จะช่วยเหลือตนเอง และเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยมักจะแยกตัว ไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบางรายมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่นจะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงหนึ่งคนหรือสองคนเท่านั้น มักเกิดปัญหาว่ามีความคับข้องใจในครอบครัวเนื่องจากครอบครัวยังไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำที่ได้รับก่อนที่จะรับผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้าน

กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินชีวิตในครอบครัวในปัจจุบันนั้น มีทั้งผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่และผู้ป่วยที่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ ดังนั้นสิ่งที่พบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ คือ การยอมรับจากสังคมและปัญหาในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวันหรือการมีอาการหลงเหลืออยู่ รวมถึงการขาดการยอมรับจากญาติผู้ดูแลซึ่งทำให้เป็นอุปสรรคที่สำคัญในการดำรงชีวิต จึงอาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ นอกจากนี้

ผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัญหาเกี่ยวกับทักษะทางสังคมต่าง ๆ ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่ง พบว่าเป็นปัญหาในเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่ว่าจะเป็นการที่มีสมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติเชิงลบกับผู้ป่วยมีการแสดงความรักความสงสารน้อย อีกทั้งยังไม่สนใจความรู้สึกของผู้ป่วย และรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระกับสมาชิกในครอบครัวและยังพบว่า ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการปรับตัวเข้ากับญาติ ในเรื่องพฤติกรรม การรับประทานยา ผู้ป่วยมักหุคยาเอง ญาติไม่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยา ปัญหาที่ตามมาคือ ปัญหาอาการกำเริบและกลับป่วยซ้ำ

4. การให้สุขภาพจิตศึกษา

4.1 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (Williams, 1989) สุขภาพจิตศึกษาไม่ใช่การบำบัด แต่เป็นวิธีการที่ถูกออกแบบมาเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการบำบัดรักษาทั้งหมด ตัวอย่าง เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคที่ผู้ป่วยเป็นย่อมจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและระบบสนับสนุนของผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัวและผู้ดูแล ทำให้รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย จนสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และสามารถหาวิธีป้องกันการป่วยซ้ำได้ วิธีการนี้มักนิยมใช้ก่อนหรือร่วมกับการทำครอบครัวบำบัด (family therapy)

การให้สุขภาพจิตศึกษา มีรูปแบบของการให้ความรู้อยู่ 2-3 รูปแบบสำหรับญาติผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการยอมรับ ซึ่งรวมถึงการประคับประคอง (support) และการบริการด้านความรู้ (educational services) โดยมีเป้าหมายที่จะให้ข้อมูล (information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (network) (Anderson, Hogarty, and Reiss, 1980) ซึ่งในที่นี้หมายถึงรูปแบบของการปฏิบัติการ (intervention) ซึ่งพยายามที่จะแก้ไขปัญหาและจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยการสร้างความร่วมมือและสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวของผู้ป่วย การให้สุขภาพจิตศึกษามีความแตกต่างกันในด้านรูปแบบโดยแบ่งได้ดังนี้ (Williams, 1989)

4.1.1 การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะขณะที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้ฝึกทักษะและสามารถดูแลตนเองได้

4.1.2 การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Group psychoeducation) เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย หรือญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

4.1.3 การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) เป็นรูปแบบจำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะสำคัญ คือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม และมีการร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psycho education)

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ถือว่าเป็นการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การปรับประคอง และการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Abramowitz & Coursey, 1989) การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษารูปแบบนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากผลการวิจัยเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว (expressed emotion) ที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย Brown et al. (1972) ได้เสนอผลงานวิจัยว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ซึ่งได้แก่ การแสดงความไม่เป็นมิตรระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย (hostility) มีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมาก (criticism) และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional overinvolvement) จะมีสถิติการกลับมาเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย

จากผลการวิจัยดังกล่าว ทำให้ผู้รักษาดำเนินข้อสันนิษฐานว่า ครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับโรคอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย รวมทั้งขาดทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยความไม่รู้และไม่เข้าใจของครอบครัวในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากโรคของผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดและกลับเป็นซ้ำอีก ดังนั้น รูปแบบของการบริการจึงให้จัดในรูปแบบของ โปรแกรมการให้ความรู้กับครอบครัว โดยมุ่งเน้นในการให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของโรคจิต สาเหตุของโรคการรักษา การพยากรณ์โรคแก่ครอบครัว การฝึกทักษะเกี่ยวกับการแก้ปัญหา (problem solving skills) การอยู่ในสังคม (social skills) และการติดต่อสื่อสาร (communication skills) แก่ครอบครัว

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวพัฒนาขึ้นโดย Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแลประกอบด้วย

4.2.1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) คือ การที่ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ซึ่งไม่ใช่การทำความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว แสดงความห่วงใยเอาใจใส่เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และยอมรับในตัวผู้รักษา รวมทั้งการสร้างความหวังให้กับครอบครัวเพื่ออนาคตที่ดีกว่า

4.2.2 การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต(Family education) คือ การที่ผู้รักษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและพวกเขาสามารถทำอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ได้บ้าง

4.2.3 การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) คือการที่ผู้รักษาทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของพฤติกรรม ความคิด และเทคนิคการติดต่อสื่อสาร

4.2.4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือ การที่ผู้รักษาชี้ให้เห็น ความสำคัญและประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

4.2.5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้

จะเห็นได้ว่า เมื่อได้รับการประคับประคองจากบุคลากรทางสุขภาพจิตในการเข้าไปช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ และได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไปพร้อมๆกัน กลายเป็นแนวทางที่ดีในการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย สามารถลดอัตราการเข้ากลับรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 1 ปีแรก หลังจากออกจากโรงพยาบาล (Harter, 1988) ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวนี้ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งผู้รักษาอีกด้วย นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นการส่งเสริมความสามารถแก่ผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการดูแลตนเองหรือผู้ป่วย และการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยนั้นนับว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้นทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery et al., 1985)

5. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

5.1 แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาด้านความคิด การรับรู้ด้านการสื่อสาร ความหมาย และด้านสังคม ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ที่ให้การพยาบาลจะต้องตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม และเนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริงไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ โดยการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท มีหลักการดังต่อไปนี้ (สุวนิชย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544)

5.1.1 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วย

5.1.1.1 การพยาบาลด้านร่างกาย ในการพยาบาลด้านร่างกายเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพและสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลายๆวัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่แปรงฟัน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพร่างกาย ด้านสุขอนามัย ผู้ป่วยที่หวาดระแวงอาจจะไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ ภาวะขาดสารอาหารเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยเหล่านี้ ผู้ป่วยประเภทนี้มีพฤติกรรมคงรูปเดิมชนิดหุนหันพลันแล่นอาจมีปัญหากล้ามเนื้อขาดเลือดไปเลี้ยง พยาบาลต้องคอยเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดิมนานๆ ผู้ป่วยที่นั่งอยู่ท่าใดท่าหนึ่งนานๆ ก็อาจจะมีปัญหาด้านกล้ามเนื้ออกกดทับและขาดเลือดไปเลี้ยง พยาบาลจึงไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดียว กิจกรรมที่จัดให้ ก็ควรให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ในระยะแรกรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผู้ป่วยอาจจะยังไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ควรอนุโลมให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังได้ตามสมควร

5.1.1.2 การพยาบาลด้านความคิด การพยาบาลผู้ป่วยด้านความคิดนั้น พยาบาลควรกระทำคือ การหาความหมายของความคิดผู้ป่วย การสนทนากับผู้ป่วยแสดงออกนั้นจะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (search for meaning) ได้มากขึ้นและสุดท้ายที่พยาบาลต้องทำคือทำให้ความจริงแก่ผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (Reinforcing reality) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด ความคิดหลายๆความคิดของผู้ป่วยถูกถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมที่ คนอื่นไม่เข้าใจ ดังนั้นสิ่งแรกที่พยาบาลต้องทำเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือ การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นๆ พยาบาลฟังเพื่อสาระที่ผู้ป่วยพูด สังเกตพฤติกรรมเพื่อหาความหมาย บางครั้งอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วย

2) การให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและส่งเสริมผู้ป่วยให้อยู่กับความจริงโดยไม่ขัดแย้งความรู้สึก ในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนผู้ป่วยอาจจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารู้ เช่น ได้ยินเสียง ในขณะที่พยาบาลไม่ได้ยิน พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งใน

ความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วย พยาบาลจะบอกในการรับรู้ของผู้ป่วย ว่าได้ยินเสียงของผู้ป่วยนั้นจริงสำหรับผู้ป่วย แต่พยาบาลไม่ยินเสียงที่ผู้ป่วยได้ยิน

5.1.1.3 การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้านิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบเหตุการณ์ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจทำให้พยาบาลหงุดหงิดและไม่พอใจ และพยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

5.1.1.4 การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมทางสังคม และการไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ปัญหาเหล่านี้จะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา พยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยเดินอยู่คนเดียวในที่ห่างไกลผู้อื่น พยาบาลที่มีความตั้งใจดีอาจจะพยายามนำผู้ป่วยกลับมาอยู่กับคนอื่นๆ โดยยังไม่ได้ประเมินภาวะอันตรายของผู้ป่วย อาจทำอันตรายพยาบาลได้ด้วย ความหวาดระแวงและการหลงผิด นอกจากนี้สิ่งที่ผู้ป่วยพูดเนื้อหาการพูดอาจสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจพฤติกรรมแปลกๆของผู้ป่วย ทำให้เป็นที่ขบขันและเป็นต้นเหตุให้ไม่มีผู้ใดสังคมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถทางสังคมที่เหลือน้อยของผู้ป่วย และ เสริมสร้างทักษะทางสังคมพื้นฐานด้านสังคมที่ยังหลงเหลืออยู่ ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน พัฒนาทักษะทางสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม

5.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การจัดกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ปัจจุบันมีรูปแบบการให้การพยาบาลดังนี้ (เปรมฤดี คำรักษ์, 2545)

5.2.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล ที่มุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี มีสุขภาพะ ซึ่งเป็นจุดเน้นของการให้บริการของวิชาชีพพยาบาล ที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพะ แนวทางในการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทผู้ป่วยในชุมชนมีดังนี้

5.2.1.1 การสำรวจผู้ป่วยในชุมชน ประเมินปัญหา อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพเพื่อนำข้อมูลไปดำเนินการวางแผนแก้ไขปัญหา ถ้าพบปัญหาเร่งด่วนทำการแก้ไขทันที

5.2.1.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลและการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ป่วย สมาชิกของครอบครัว และสมาชิกของชุมชน

5.2.1.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่นการประกอบอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายด้วย

5.2.1.4 การดูแลและการบำบัดการให้การรักษาตามความเหมาะสม เช่นการให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดรายครอบครัว รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว

5.2.1.5 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี

5.2.1.6 การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย การเพิ่มความรู้สึภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การตั้งเป้าหมายของผู้ป่วย และครอบครัวเพื่อเพิ่มความมั่นใจในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม

5.2.2 การดูแลในชุมชน เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแล ช่วยเหลือ ประคับประคอง ให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข กิจกรรมการพยาบาลยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม คือกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีหลักการพื้นฐานของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย

5.2.2.1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท และ/หรือครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ผู้ป่วยจิตเภท และ/หรือครอบครัวสามารถบอกถึงปัญหา ความต้องการ และพยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการรวมทั้งช่วยกันแก้ไขปัญหาผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วยได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาก็ปัจจุบัน(Here and now) ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหา สามารถเผชิญปัญหาตามความเป็นจริงมองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา สื่อความหมายได้ชัดเจนตรงกับสิ่งที่ต้องการ มีทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตตามสภาพการณ์ที่เป็นจริงได้ต่อไป

5.2.2.2 การให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นกระบวนการช่วยเหลือที่เน้นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้

เข้าใจสถานภาพและปัญหาของตน ตระหนักตัวตนและสิ่งแวดล้อม ให้เกิดการตัดสินใจที่ดี จนสามารถแก้ไขปัญหาและพัฒนาตนเองไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม กระบวนการให้คำปรึกษาประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ เช่นการทักทาย การแสดงท่าที่เป็นกันเอง สนใจตั้งใจรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเภท และ/หรือครอบครัวพูด การสำรวจปัญหา เป็นการแยกแยะปัญหา เพื่อให้สามารถมองเห็นปัญหาที่แท้จริงและการแก้ไขปัญหาเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท และ/หรือครอบครัว ได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูล การประคับประคองให้กำลังใจ และมีการคาดการณ์ด้วยเหตุผล

5.2.2.3 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นการให้ความรู้กับครอบครัวเพื่อทำให้เกิดความรู้ มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้อย่างเหมาะสมและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ความรู้ที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการทางจิตในเรื่องของความหมาย สาเหตุอาการ การดำเนินของโรคและการรักษา การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา ความสำคัญและความจำเป็นในการรับประทานยา การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เมื่อเกิดภาวะเครียดจะอย่างไร การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การแนะนำครอบครัวในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย เป็นต้น

5.2.2.4 การป้องกันภาวะวิกฤติและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะวิกฤติและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชเพื่อขจัดความรุนแรงที่เกิดขึ้นในขณะนั้น โดยเร็ว ลดภาวะความเครียด ความคับข้องใจทางอารมณ์ของผู้ป่วย และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่น รวมทั้งทรัพย์สินต่างๆ โดยให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการแก้ไขปัญหาและเรียนรู้แผน ในการแก้ไขปัญหา ด้วยวิธีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในด้านทักษะการจัดการ การเผชิญภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน โดยการฝึกกระบวนการแก้ปัญหา การผ่อนคลายความเครียด การใช้แหล่งช่วยเหลือและการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย

5.2.3 การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การตัดสินใจแก้ปัญหา ตลอดจนประเมินติดตามผลงานนั้นเอง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการส่งเสริมสนับสนุน ให้ช่วยเหลือตนเอง มีการประกอบอาชีพตามศักยภาพและลดโอกาสในการป่วยซ้ำ โดยการจัดอบรมกิจกรรมในชุมชน

5.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นปัญหาที่สำคัญ และมีความเกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญ และต้องกระทำต่อเนื่องทั้งขณะให้การดูแลในโรงพยาบาลและขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลหลากหลายวิธี เช่น

5.3.1 การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education) Kay. (1998) อ่างในกาญจนา ชัยเจริญ(2547) กล่าวว่า วิธีการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อวางแผนเพิ่มการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และวิธีการเผชิญความเครียด ร่วมกับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพจิต เป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาดีขึ้น ลดการป่วยซ้ำนอกจากนั้นวิธีการสอนที่ปฏิบัติในกลุ่มครอบครัวที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้แต่ละครอบครัวมีเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ปัญหา จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5.3.2 การดูแลในชุมชน (Community programs) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งการติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองและการได้รับการรักษาที่เหมาะสม ซึ่ง Olofson (cited in Kay, 1998) กล่าวว่า การดูแลในชุมชนที่จะได้ผล ต้องสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งต้องมีการดูแลที่สามารถส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพของผู้ป่วยด้วย จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติ และ Forman (1993) กล่าวว่าแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

5.3.2.1 คำนี้ถึงสาเหตุสำคัญของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา 3 ปัจจัย คือ ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา การขาดความรู้ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ

5.3.2.2 ทำความเข้าใจกับเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย

5.3.2.3 การปฏิบัติการพยาบาล เช่น การสอนผู้ป่วยรายกลุ่มและรายบุคคลเกี่ยวกับการใช้ยา โดยกลุ่มจะต้องประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มีลักษณะความเจ็บป่วยและความสามารถในการทำหน้าที่คล้ายคลึงกัน โดยกระตุ้นให้กลุ่มเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาการใช้ยารักษาทางจิต และระหว่างกระบวนการกลุ่ม พยาบาลสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับยา ความเจ็บป่วยตามความพร้อมของผู้ป่วย

5.3.2.4 ความร่วมมือจะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแลและพยาบาล

5.3.3 การเสริมสร้างการมีส่วนร่วม โดย Marland (1999) ได้กล่าวถึงแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้วิธีการเพิ่มความมีอิสระและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ คือ

5.3.3.1 การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ป่วย หรือผู้ดูแล พยาบาลใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Orem ในการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ต้องอาศัยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญ เกี่ยวกับการรับรู้ความคิดของผู้ป่วย สิ่งที่ยาบาลจำเป็นต้องประเมิน คือ อาการผิดปกติที่รบกวนผู้ป่วย ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการรักษา

5.3.3.2 การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล ขึ้นอยู่กับการได้รับข้อมูลการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และการยินยอมรับการรักษา ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีปัญหาการตัดสินใจ ดังนั้นสิทธิในการตัดสินใจที่ถูกต้องด้วยตัวของผู้ป่วยเอง ยังเป็นที่ถูกถกเถียงอย่างกว้างขวางและเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมผู้ป่วยที่มีความสามารถในการตัดสินใจแตกต่างกัน ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่มีความบกพร่องในการตัดสินใจ และสามารถตัดสินใจอย่างอิสระ Marland (1999) เสนอแนวทางการปฏิบัติว่าถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย การให้แรงจูงใจเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อการรักษา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ ก่อนจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง แต่สำหรับผู้ป่วยบางราย การใช้ยาเพื่อรักษาเป็นการแสดงถึงการต้องพึ่งพา พยาบาลจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ ว่า เขาสามารถควบคุมชีวิตให้ปกติ (Litrell, 1996 cited in Marland, 1999) และเป้าหมายของการรักษาจะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพ

5.3.3.3 การส่งเสริมความร่วมมือ เหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยแต่ละบุคคลแตกต่างกัน การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องปฏิบัติตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยควรได้รับการติดตามหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การเรียนรู้ของ ผู้ป่วยเพื่อแยกอาการแสดงที่ผิดปกติ การจัดการความผิดปกติเกี่ยวกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นเรื่องที่พยาบาลและบุคลากรในทีมต้องคำนึงถึง นอกจากนั้นความสามารถในการเรียนรู้เรื่องเหตุผลในการใช้ยาขึ้นอยู่กับความพร้อม ข้อจำกัดและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย การประเมินสภาพผู้ป่วย แหล่งสนับสนุน การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในแหล่งบริการที่สะดวก เป็นต้น

5.3.3.4 การประเมินผลการประเมิน จากการบอกเล่าของผู้ป่วยอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอ การสังเกตการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยญาติผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพ หรือการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจะต้องใช้ควบคู่กัน การเปิดเผยความจริงของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกไว้วางใจว่าสามารถบอกถึงความต้องการของตนเอง ดังนั้น บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้ยา การตรวจสอบผู้ป่วยอาจต้องมีการพูดคุยทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไรเพื่อรักษาสัมพันธภาพความรู้สึกไว้วางใจ ให้เกิดผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาต่อไป

กล่าวโดยสรุป การปฏิบัติพยาบาลที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องมีหลายวิธี และต้องอาศัยความร่วมมือกันของทุกฝ่าย ทั้งผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพ และต้องกระทำอย่างต่อเนื่องทั้งขณะกำลังรักษาอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อออกไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้โดยไม่มีการป่วยซ้ำ

6. โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

การศึกษาค้นคว้าและทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิตประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) จากแนวคิดดังกล่าว ผู้ศึกษาได้พัฒนาโปรแกรมโดยปรับปรุงจากการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) เช่นกัน ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้คงกิจกรรมที่ 1, 2, และ 4 ไว้ แต่มีการปรับเนื้อหาของกิจกรรมที่ 3 และ 5 เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของการศึกษาในครั้งนี้ โดยในกิจกรรมที่ 3 ตามโปรแกรมเดิมของจิราพร รักการ (2549) นั้นเป็นกิจกรรมที่เน้นการพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เพิ่มเติมการตระหนักในความสำคัญของผลกระทบที่

เกิดขึ้นจากความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และในกิจกรรมที่ 5 โปรแกรมเดิมของจิราพร รักการ (2549) นั้นเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะทางสังคม ใน การศึกษารั้งนี้ผู้ศึกษาได้เน้นเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการสื่อสารและทัศนคติของครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมจะ ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างเสริมสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ติด กับครอบครัว (joining) ซึ่งนำมาจากแนวคิดของ Anderson et al. (1980) โดยการที่ผู้ศึกษาพยายาม สร้างสัมพันธภาพที่ให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การทำความรู้จักคุ้นเคยกับ ครอบครัว การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่าง สม่ำเสมอ ยินดีจะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การชี้ให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิด ประโยชน์จากการเรียนรู้ รวมทั้งการสร้างความหวังให้กับครอบครัว สำหรับอนาคตที่ดีกว่า ก็เป็น การแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมและความต้องการ การเรียนรู้มากขึ้น (จิราพร รักการ, 2549)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยเป็นการให้ความรู้แก่ครอบครัว เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Family education) ซึ่งเป็นการนำเอาแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการ เจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ความจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติ อย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี และสามารถจัดการกับ อาการข้างเคียงจากการการใช้ยาได้

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา (Problem solving skills) การตระหนัก ถึงความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากโรคจิตเภท และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ปัญหา จากการใช้ยาและอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและครอบครัว จำเป็นที่ต้องทราบถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช การพัฒนาทักษะการจัดการอาการ ข้างเคียงจากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นเรื่องที่สำคัญ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและครอบครัว จำเป็นที่ ต้องทราบถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช ซึ่งจะทำให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับ อาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการ กำเริบของโรค โดยผู้ศึกษานำแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการให้ความรู้ครอบครัว

เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ร่วมกับการฝึกฝนทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill) มาใช้ในการให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะความรู้และการฝึกฝนทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง (Lazarus & Folkman, 1984 & Montgomery et al., 1985) อีกทั้งเพื่อให้ตระหนักในความสำคัญของผลกระทบที่เกิดจากความรุนแรงของโรคจิตเภทและ โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (อุมาพร กาญจนรักษ์ , 2545)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียด เป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลงมา (Lazarus & Folkman, 1984) โดยผู้ศึกษานำแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skill) มาใช้ในการส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการความเครียดสามารถหลีกเลี่ยงภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดรวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ขึ้น มีความพร้อมที่เผชิญปัญหา (Cohen & Will, 1985 อ้างในทิปประพิณ สุขเขียว , 2543) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งสามารถลดความเครียดได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและ ทักษะคติของครอบครัวโดยผู้ศึกษานำแนวคิด Anderson, Hogarty & Reiss (1980) เกี่ยวกับการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยเน้นที่การสนับสนุนของครอบครัว ร่วมกับการพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร (communication) ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเองและสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) การฝึกฝนการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานยาตามแผนการรักษา (เพชร คันธสายบัว, 2544) การสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยเอง การพัฒนาทักษะในด้านนี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้จักแนวทางแก้ปัญหาที่ตนเองไม่สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ อาการผิดปกติจากการใช้ยาทางจิตอาการข้างเคียงจากการใช้ยารวมถึงอาการผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งทำ

ให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว (Brandt & Weinert, 1985) นอกจากนี้ทัศนคติของครอบครัวยังเป็นส่วนที่มีผลต่อการรับประทานยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วย หากทัศนคติของครอบครัวดี จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานยาตามแผนการรักษา (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545)

7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ราตรี อินทรีย์ (2541) ศึกษาการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยโรคจิตเภท และเหตุการณ์ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน และผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวนกลุ่มละ 36 คน พบว่า การไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่แตกต่างกัน โดยเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ร่วมมือ ในการรับประทานยาตามการรับรู้ของพยาบาล 5 อันดับแรก คือ คิดว่าตนเองหายแล้ว การมีความรู้น้อยทำให้ไม่เข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องรับประทานยา ไม่ต้องการรับประทานยาทุกวัน ลืมรับประทานยา และไม่อยากรับประทานยา ส่วนเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ร่วมมือในการรับประทานยาตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตเภท 5 อันดับแรก คือ การมีความรู้น้อยทำให้ไม่เข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องรับประทานยา คิดว่าตนเองหายแล้ว ไม่ต้องการรับประทานยาทุกวัน สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและไม่อยากรับประทานยา

เพชร คันธสาขบัว (2544) ศึกษาวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มาับการรักษา ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 220 คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ 110 คนและผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีทั้งหมด 5 ตัวแปร และมีน้ำหนักในการจำแนกตามลำดับดังนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยา สถานภาพการสมรส การแสดงอารมณ์ของครอบครัว และแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มาับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต 260 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอยู่ใน

ระดับสูง และตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา

พรสวรรค์ พูลกระจำง (2548) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมให้ความรู้และระดับประคองต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาเป็นวิจัยเชิงกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา คือ โปรแกรมให้ความรู้และระดับประคองตามแนวคิดของ Orem (1995) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ดำเนินการในลักษณะกลุ่มกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลเป็นแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา พบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมให้ความรู้และระดับประคองในผู้ป่วยจิตเภท มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสมมากกว่าก่อนการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุรวุฒิ เพ็งเกร็ด (2550) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภท และภาวะการดูแลของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ดีขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Ran et al. (2003) ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนของประเทศจีน โดยทำการสุ่มในครอบครัว ที่มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 326 ราย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ให้ทั้งโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว , กลุ่มที่ 2 รักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว และกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีสัมพันธภาพดีขึ้นในครอบครัว ญาติมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วย ส่งผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เหมาะสมกับการดูแล รักษาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Pitschel-Walz, Bauml & Bender et al., (2006) ศึกษาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อการใช้อาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในประเทศเยอรมันนีโดยทำการสุ่มผู้ป่วยจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-III-R จำนวน 236 ราย ผู้ป่วยและญาติจะได้รับโปรแกรมมากกว่า 4-5 เดือน มีการเข้าร่วมกลุ่มเป็นเวลา 8 ครั้ง ส่วนอีกกลุ่มจะได้รับการดูแลตามปกติ ผลลัพธ์ที่ได้พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิต ศึกษาครอบครัว

มีอัตราการกลับ เข้ามารับการรักษาซ้ำลดลง และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการ ดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการศึกษา

