

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คนไทยมีแนวโน้มเกิดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น อัตราผู้ป่วยโรคจิตที่มารับบริการในปี พ.ศ. 2551 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2550 มีอัตรา 565.34 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มขึ้นเป็นอัตรา 581.48 ในปี พ.ศ. 2552 (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2552) และจากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2552 พบประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 12 หรือประมาณ 5 ล้านคน คนกลุ่มนี้ยังไม่ใช่คนป่วยหากได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตก็จะทุเลาและหายเป็นปกติ ส่วนผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการดูแลรักษาในปี 2551 ทั่วประเทศมี 1,668,041 ราย โรคที่พบมากที่สุดคือ โรคจิตเภท 445,840 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.72 รองลงมา ได้แก่ โรควิตกกังวล 375,035 ราย ร้อยละ 22.48 โรคซึมเศร้า 199,667 ราย ร้อยละ 11.97 ที่เหลือเป็นโรคอื่นๆ เช่น ดิซสาร์เซพติก โรคลมชัก ปัญญาอ่อน โดยเฉลี่ยผู้ป่วยทางจิตจะใช้เวลารักษาในโรงพยาบาล 41 วัน สูงกว่าผู้ป่วยโรคทางกาย 5-6 เท่าตัว ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตระบุว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงขั้นรุนแรง ทั้งหมดร้อยละ 20 หรือ 12 ล้านคน โดยเป็นโรคจิตเภทรุนแรง ประมาณ 3 - 6 แสนคน (ชาตรี บานชื่น, 2552) ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ นอกจากนี้ยังพบว่าการดูแลผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท ต้องอาศัยทักษะเฉพาะทางอย่างมาก ดังนั้นจึงมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องกลับมารักษาซ้ำ เพราะไม่ได้รับการดูแลที่ดีเท่าที่ควร

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่พบได้ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ซึ่งเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงเรื้อรัง และพบได้บ่อยที่สุด โดยโรคจิตเภท มีความชุก ประมาณ ร้อยละ 1 ของ ประชากรทั่วโลก (Kaplan & Sadock, 1998) อุบัติการณ์ของโรคจิตเภทนั้น พบได้ ประมาณ ร้อยละ 0.85 ของ ประชากรทั่วโลก หรือ เท่ากับ 0.1-0.5 ต่อประชากร 1000 คน ความชุก 2.5-5.3 ต่อ ประชากร 1,000 คน และมีความชุกตลอดชีพ (lifetime prevalence) 7.0 - 9.0 ต่อประชากร 1,000 คน มีความรุนแรง และเรื้อรัง พบได้ทุกเชื้อชาติ (Sadock, 2000) ผู้ชายหรือผู้หญิงมีโอกาสเป็นเท่าๆ กัน เพศชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าเพศหญิง อายุพบในช่วง 15-54 ปี มักจะเริ่มปรากฏอาการครั้งแรกในช่วง ระยะวัยรุ่นตอนปลาย หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (มานิซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548;



American Psychiatric Association [APA], 2000) จากการศึกษาภาวะโรคในประเทศไทย พบว่าโรคจิตเภทก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะก่อนวัยอันควร คิดเป็น ร้อยละ 2 ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญ 20 อันดับแรก ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด

นอกจากนี้แล้วจากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการกำเริบจากการกลับเป็นซ้ำพบสูงถึงร้อยละ 70 มีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นเมื่อได้รับการรักษาแล้วได้ผลดีไม่กลับเป็นซ้ำอีก ส่วนร้อยละ 50 เป็นผู้ป่วยที่มีอาการเป็นๆ หายๆ ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและต้องการการดูแลจากแพทย์พยาบาลและครอบครัวไปจนตลอดชีวิต ทั้งนี้เนื่องมาจากสาเหตุสำคัญ 4 ประการ (Baker, 1995) คือประการแรก สาเหตุด้านตัวผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยา มีการเพิ่มหรือลดยาเองเพราะผู้ป่วยคิดว่าหายแล้ว อีกส่วนหนึ่งผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยาเพราะทุนกับอาการข้างเคียงของยาไม่ได้ ประการที่สอง สาเหตุด้านครอบครัว ได้แก่ การไม่ยอมรับและไม่เข้าใจของญาติซึ่งญาติส่วนใหญ่อายและมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับผู้ป่วย ละเลยการดูแลมีผลทำให้ขาดการรักษา ประการที่สาม สาเหตุด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ การถูกตราหน้าจากสังคมว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตไม่ได้รับการยอมรับกลับเข้าไปทำงานหรือมีบทบาทในสังคม ประการสุดท้ายสาเหตุการเข้าถึงบริการทางจิตเวช ซึ่งบริการทางจิตเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในประเทศไทยยังมีบริการไม่ทั่วถึงและครอบคลุมผู้ป่วยจิตเวช

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพที่ยาวนาน การที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานไม่ก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยแต่จะเป็นผลเสียต่อการปรับตัวซึ่งจะมีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว (ทัศนีย์ เชื้อมทอง และดาวรุ่งหนูแก้ว, 2550) ประกอบกับในปัจจุบันนี้แนวทางการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนมากที่สุด มุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การรักษาอยู่ในโรงพยาบาลจึงสั้นลงทำให้อัตราการครองเตียงลดลง เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น บางครั้งผู้ป่วยอาจขาดทักษะในการดำเนินชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการปฏิบัติตามแผนการรักษาลดลง (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545) ดังนั้นผู้ที่เป็นโรคจิตเภทควรจะได้รับ การดูแลที่บ้าน โดยมีผู้ดูแลหรือครอบครัวเป็นผู้ให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางการรักษาดังกล่าวข้างต้น ผู้ดูแลหรือครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจึงกลายเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดในการดูแลโดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยาถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะรับประทานยาเองได้ เพราะลักษณะของการดำเนินโรคมีความรุนแรงและเรื้อรังมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง ผลจากการเจ็บป่วยแต่ละครั้งของผู้ป่วย จะทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเสื่อมลง (American Psychiatric Association [APA], 1994) มีการผิคนัด ขาดยา ขาดการรักษาต่อเนื่อง สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยให้มีความรุนแรงมากขึ้น และต้องรับการรักษา

ในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติ ด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม มักจะมีพฤติกรรมแปลกจากคนปกติจากระบบของโรคที่เหลือยู่ ผู้ป่วยจะมีความเสื่อมทางจิตใจและการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งความผิดปกติทางจิตใจที่หลงเหลืออยู่นั้นหากไม่ได้รับการฟื้นฟูอย่างดีก็จะกลายเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และเมื่อป่วยเป็นระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก็จะมีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพมากที่สุด และยังส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงด้วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีหลายรูปแบบ (Kaplan & Sadock, 2000) การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในปัจจุบัน ได้แก่ การรักษาด้วยยา (pharmacological treatment) การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) การรักษาด้านจิตสังคม (psychosocial treatment) โดยในส่วนของ การรักษาด้วยยาด้านโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษาโรคจิตเภทและเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด การรักษาด้วยยานอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ (Kaplan & Sadock, 2000) ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเวชด้วยยาด้านโรคจิตได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพสูงโดยผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาด้านโรคจิตเป็นอันดับแรกในการรักษา จึงทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทร้อยละ 80 ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Kaplan & Sadock, 1996) แต่ปัญหาที่พบบ่อยในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คือ ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล, 2543) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบได้เป็นช่วงๆ ผู้ป่วยร้อยละ 60 จะมีอาการกำเริบของโรคได้อีกหลังการรักษาภายใน 1 ปี (Robert & Heinz, 2000) และมีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 2-6 เดือนถึงร้อยละ 50 และภายใน 2 ปี ร้อยละ 70 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (Frisch & Frisch, 1998) โดยสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

ในการศึกษาของ มุลิก (Mulaik as cited in Glatt, 2002) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า 1) ผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงไม่รับประทานอย่างต่อเนื่องและไม่รับประทานยาตามสั่ง 2) เกิดจากผลข้างเคียงของยา 3) ปฏิเสธว่าตนเองไม่เจ็บป่วยทางจิต 4) ครอบครัวไม่มีความรู้ โดยเฉพาะอาการทางด้านลบ มองว่า เกิดจากบุคลิกภาพมากกว่า เกิดจากการเจ็บป่วย คล้ายกับการศึกษาของ เฮอริสัน (Harrison, Dadds & Smith, 1998) ที่พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่คิดว่าตนเองหายดีแล้ว จึงทำให้ขาดความร่วมมือในการรับประทานยา และจากการศึกษาของ มิสราฮี, ลอร์คา, ลานคอน และบาเซิล (Misdrahi, Lorca, Lancon & Bazle, 2002) พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา พบสองในสามกลับเข้ามารักษาซ้ำ นอกจากนี้ ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า การที่มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในครอบครัวส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยพบว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวล เครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่กำลังใจ รู้สึกเป็นดราม่า

(Greenberg et al., 1993) รวมถึงผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ไม่มีความเข้าใจด้านยา รักษาโรคจิตเวชและการดูแล เช่น ให้ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทหยุดรับประทานยาเพราะไม่อยากให้ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทถูกมองว่าเป็นโรคจิต (ยอดสร้อย วิเวการณ, 2543; วาสนา ปานดอก, 2545) ส่งผลให้เพิกเฉย ต่อบทบาทผู้ดูแล เช่น หลีกเลี่ยงการดูแลผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทไม่ไปรับยาให้ ไม่จัดเตรียมยาให้เพียงพอ ไม่ตักเตือนให้ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทได้รับยาตามเวลา ไม่หาวิธีการให้ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทรับประทานยา เมื่อผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิตและไม่ยอมรับรับประทานยา ผู้ดูแลไม่เอาใจใส่ในขณะที่มีอาการ ข้างเคียงจากยาและไม่พาไปพบแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยา ตลอดจนไม่มีการปลอบใจให้กำลังใจ สิ่ง เหล่านี้ไม่ก่อให้เกิดผลดีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อ ร่างกายและจิตใจทำให้การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำลง (low self esteem) ส่งผลให้มีการตอบสนอง ทางอารมณ์ในรูปแบบต่างๆ เช่น โกรธ ก้าวร้าว วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา ของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มีหลายวิธีการ ได้แก่ 1) แมคโดนัลด์ และคณะ (McDonald et al., 2002) ได้ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่า การให้ความรู้กับผู้ป่วยโดยการสอนแบบปากเปล่า หรือการใช้โปรแกรมการสอน เป็นส่วนหนึ่ง ของการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาแก่ผู้ป่วยได้ และยังพบว่ามีวิธีการให้แรงเสริมเพื่อช่วยให้ ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยา คือ การลดความถี่ในการมาตรวจสำหรับผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือ ในการรักษาและมีอาการสงบ ทำให้เกิดแรงจูงใจให้มารับการตรวจรักษา 2) รีดา และมาโคฮัล (Reda & Makhoul, 2001) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เรื่อง การส่งเสริมความร่วมมือใน การมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย เพื่อดูประสิทธิภาพของการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด พบว่า วิธีการกระตุ้นเตือนง่ายๆอาจจะได้รับความสนใจจากผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมารับการตรวจ ตามนัดได้ 3) เฮนส และคณะ (Haynes et al., 2005) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในเรื่อง วิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา พบว่าการผสมผสานหลายๆ วิธีการ เช่น การให้คำแนะนำ การให้การศึกษา การทำครอบครัวบำบัด หรือการติดตามทางโทรศัพท์ ทำให้เกิด ความร่วมมือในการรักษาและมีผลดีต่อการรักษาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว 4) โปรแกรมการ เสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา จากผลการศึกษา ของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง ตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับที่สูงขึ้น 5) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ซึ่ง พัฒนาขึ้น โดย ภทราภรณ์ หุ่นปั้นคำ และคณะ (2548) มีวัตถุประสงค์ เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ให้เข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค บทบาทของผู้ดูแลโดยใช้ทักษะการดูแล เป็น โปรแกรมที่ ผสมผสานแนวคิดที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์เพื่อให้เกิดประ โยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ประกอบด้วย การดูแลกิจกรรมการดูแลทั้ง 3 ด้านได้แก่ 1) การดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ 2) การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค 3) การดูแลด้านการบริหารยา ซึ่งทักษะในการดูแลมีทั้งหมด 14 ทักษะ (Tungpunkom, 2000) ที่ใช้ในการดูแลครอบคลุมกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลทุกด้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้ศึกษาพบว่า ทุกโปรแกรมช่วยให้ผู้ดูแลสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท และลดอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยได้ แต่โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ของ ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ และคณะ (2548) มีความแตกต่างจากโปรแกรมอื่นๆ ที่กล่าวมาทั้งหมด คือ เป็นโปรแกรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมด้านการพัฒนาทักษะการดูแลของผู้ดูแล ถ้านำไปใช้จะมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชนแดนมากกว่า เนื่องจากพบว่าปัญหาการให้บริการในหน่วยงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลชนแดนนั้น ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขาดยา ทำให้มีอัตราการป่วยซ้ำสูง และอาจเกี่ยวข้องกับ ญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทยังไม่เข้าใจวิธีการดูแล โดยเฉพาะทักษะด้านการบริหารยา บุคลากรทีมสุขภาพจิตมีรูปแบบการดูแลที่หลากหลายเพื่อแก้ไขปัญหาตามประสบการณ์เดิมของแต่ละคน แต่ยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทยังขาดยา มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง การฝึกฝน ซึ่งการนำโปรแกรมนี้มาใช้จะทำให้บุคลากรมีนวัตกรรมที่จะช่วยเพิ่มทักษะการดูแลด้านยาของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ ดังจะเห็นได้จาก การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ของ ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ และคณะ (2548) ไปทดลองใช้ในต่างพื้นที่กันอย่างต่อเนื่อง พบว่า สามารถเพิ่มทักษะการดูแล (จิระพรรณ สุริยงค์, 2550) สามารถลดภาระของผู้ดูแล (สุพิศ กุลชัย, 2550) และลดความเครียดของผู้ดูแลได้ (สุวารี คำปวนสาย, 2550) รวมถึงช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ (จติ เจริญสรรพ, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมนี้อต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลและต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ที่พบว่า หลังจากที่ได้รับโปรแกรมฯ คณะกรรมการร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสูงขึ้น เมื่อผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น จึงได้ใช้ความรู้และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะด้านทักษะการบริหารยาเพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้ (พจนันท์ กาศสกุล, 2550)

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวช่วยเพิ่มทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีเนื้อหาของโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย ความรู้ในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการ และอาการแสดงต่างๆ การให้ความรู้เรื่องยา และทักษะการบริหารจัดการเรื่องยาสำหรับผู้ดูแล โดยครอบคลุมสำหรับผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจัดเป็นหนึ่งในโรคจิตเวช ที่โปรแกรมฯ นี้กล่าวถึง ดังนั้นจึงสามารถใช้ในการเตรียมผู้ดูแลโรคดังกล่าวได้ นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรม

ยังพบว่า ที่ผ่านมามีผู้นำโปรแกรมฯ นี้ไปใช้ในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท ในบทบาทการดูแลตามกิจกรรมการดูแลครบทั้ง 3 ด้าน ดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ ประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ และโดยเฉพาะด้านการบริหารยาเมื่อผู้ดูแลมีทักษะเพิ่มขึ้นจะช่วยส่งเสริมการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้นได้ อัตราการกลับเป็นซ้ำด้วยอาการทางจิตกำเริบรุนแรงลดลง ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น อีกทั้งยังลดค่าใช้จ่ายในครอบครัว (ภัทรภรณ์ ท่งปันคำ และคณะ, 2548)

จากสถิติของผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ของ DSM-V TR และการลงรหัสวินิจฉัยโรคตาม ICD 10 (F.20) ที่มารับบริการที่งานสุขภาพจิต โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ ในปีงบประมาณ 2553 จำนวน 63 ราย ในผู้ป่วยจำนวนนี้มีอาการกำเริบซ้ำสูงขึ้น และในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการรุนแรงคือ ทำร้ายญาติร้อยละ 3.17ฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 3.17 ต้องได้รับการปรับยา และมีการติดตามเยี่ยมบ้านบ่อยครั้งขึ้น มีการส่งต่อไปโรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ จำนวน 16 ราย เฉลี่ยเดือนละ 1-2 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.39 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภททั้งหมดที่ได้รับการส่งต่อ ซึ่งมีอัตราการส่งต่อที่เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2552 ถึงร้อยละ 50 ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นมากกว่าแสนบาทต่อปี (สถิติการส่งต่อ งานสุขภาพจิต โรงพยาบาลชนแดน, 2553) และจากบันทึกการเยี่ยมบ้านพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำเนื่องจากไม่ได้ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ การรับประทานยาไม่ถูกขนาด และไม่ต่อเนื่อง บางครั้งมีการหยุดยาเอง ปัญหาที่พบบ่อยอีกประการหนึ่งคือ ผู้ป่วยมักจะมาขอรับยาก่อนหรือหลังนัดโดยไม่ให้เหตุผลว่าได้ยาไปไม่ครบ มีการรับประทานยาผิด มีอาการหงุดหงิดจึงรับประทานยาเพิ่มหรือว่าลดขนาดยาเอง หรือบางครั้งยารักษาอาการทางจิตจะมีฤทธิ์ข้างเคียงในการนอนจึงทำให้ผู้ป่วยง่วง หลับมากไปไม่ได้รับประทานยาตามกำหนด ได้สอบถามบุคคลในครอบครัว หรือผู้ดูแลพบว่ายังไม่เข้าใจเรื่องโรค และการดูแลรักษาเพราะเข้าใจว่า ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาเองได้ จึงไม่ได้ตระหนักในการดูแล โดยเฉพาะเรื่องยา ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจึงขาดยา ร้อยละ 45.36 และมีอาการทางจิตกำเริบ ร้อยละ 31.89 (รายงานบันทึกการเยี่ยมบ้าน งานสุขภาพจิต โรงพยาบาลชนแดน, 2553) จากสถานการณ์ที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในอำเภอชนแดนที่มีอาการกำเริบรุนแรงหรือควบคุมตนเองไม่ได้ แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นย่อมส่งผลกระทบอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนที่มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

โรงพยาบาลชนแดนเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลและคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่รับผิดชอบ อีกทั้งแนวทางการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในปัจจุบันมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยกลับไปสู่ชุมชนมากที่สุด ดังนั้นครอบครัวหรือผู้ดูแลควรจะได้รับ



การส่งเสริมทักษะการดูแลทั้ง 3 ด้านดังที่กล่าวมาข้างต้น โดยเฉพาะด้านความร่วมมือในการรักษา ด้วยยาในผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการรุนแรงหรือควบคุมไม่ได้เหล่านี้ เนื่องจากเป็นปัญหาที่สำคัญ ในการให้บริการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในหน่วยงานสุขภาพจิต ประกอบกับการไม่ ร่วมมือในการรักษาด้วยยา การไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ความรุนแรงของการเจ็บป่วยซ้ำแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น ทำให้ ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2551) หน่วยงานตระหนักถึงปัญหาด้านนี้ดี จึงได้ให้การดูแลโดยให้สุขภาพจิตศึกษากับผู้ป่วยและญาติ ให้การปรึกษารายบุคคล ติดตามเยี่ยมบ้าน แต่ยังคงพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทยังมีอาการกำเริบซ้ำสูง อาจเกี่ยวข้องกับการขาดยา ผู้ดูแลไม่เข้าใจเรื่อง โรคและการดูแล

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดย ครอบครัวยุคใหม่ ที่พัฒนาขึ้นโดย ภทราภรณ์ พุ่มปิ่นคำ และคณะ (2548) ไปใช้โดยบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อ เตรียมความพร้อมผู้ดูแลให้มีทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในหน่วยงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลชนแดน โดยการศึกษาจะใช้แนวคิดการเผยแพร่นวัตกรรม ของ โรเจอร์ 5 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะให้ความรู้ (knowledge stage) เริ่มมีความรู้จัก และตระหนักเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้น 2) ระยะ โน้มน้าว (persuasion stage) เกิดทัศนคติเกี่ยวกับนวัตกรรมเห็นคุณประโยชน์ของนวัตกรรมนั้น 3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) มีการประเมินคุณลักษณะที่มีอิทธิพลที่จะตัดสินใจยอมรับหรือ ปฏิเสธนวัตกรรมนั้น 4) ระยะปฏิบัติ (implementation stage) นำนวัตกรรมนั้นไปปฏิบัติซึ่งการนำไป ปฏิบัติ อาจเป็นการนำไปใช้โดยตรง ดัดแปลงหรือนำไปใช้ทางอ้อม 5) ระยะยืนยัน (confirmation stage) มีการประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมและตัดสินใจที่จะใช้ต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป โดยวัดผลลัพธ์ด้านความร่วมมือในการรักษา ด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และศึกษาด้านความคิดเห็นของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมฯ ตามแนวคิด ของโรเจอร์ เกี่ยวกับคุณลักษณะของนวัตกรรมที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรมนั้น ซึ่งได้แก่ 1) ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม (relation advantage) 2) การเข้ากันได้ดีกับสิ่งที่มีอยู่เดิม (compatibility) 3) ความซับซ้อน (complexity) 4) การทดลองได้ (trialability) 5) การสังเกตได้ (observability) คือ ระดับของนวัตกรรม ที่สามารถมองเห็นกระบวนการในการปฏิบัติได้อย่างเป็น รูปธรรม ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการศึกษาครั้งนี้ คือ หากผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมฯ นี้ มีประสิทธิผลตามที่วัดได้จริงก็จะเป็นการยืนยันที่จะนำไปใช้ในงานประจำต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์

คำถามการศึกษา

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยวัดประสิทธิผลในด้านต่อไปนี้

1. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นอย่างไร
2. ความคิดเห็นของบุคลากรผู้ที่ใช้โปรแกรมโดยสอบถามความคิดเห็นของทีมพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational study) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่หน่วยงานสุขภาพจิต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ ระหว่าง เดือน เมษายน พ.ศ. 2554 ถึง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2554

นิยามศัพท์

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว หมายถึง รูปแบบการเตรียมความพร้อมในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย การสอนให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของตนเองในฐานะเป็นผู้ดูแลและเข้าใจธรรมชาติของการดูแล ตลอดจนการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลเป็นโปรแกรมที่ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันระหว่างผู้ป่วย และผู้ดูแล ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยา ซึ่งพัฒนาขึ้น โดย ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ และคณะ (2548)

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวโดยมุ่งเน้นประสิทธิผลทางด้านทักษะในการบริหารยาเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งได้แก่

1. **ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท** หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว รับประทานยาอย่างถูกต้องตามขนาด มื้อที่รับประทานในแต่ละวัน สนใจในอาการของตนเองและติดตามกระบวนการรักษาที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ในการรักษาด้วยยา โดยวัดจาก แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545)

2. **ความคิดเห็นของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว** หมายถึง การประเมินด้านความคิดเห็นของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ตามแนวคิด ของ โรเจอร์ เกี่ยวกับคุณลักษณะของนวัตกรรมที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับนวัตกรรมนั้น มี 5 ด้าน ดังนี้ 1) ความมีประโยชน์ต่อพยาบาลในการปฏิบัติงานต่อผู้ป่วยและญาติ 2) ความเหมาะสมในการนำมาใช้ในหน่วยงานสามารถนำมาผสมผสานเข้ากับความรู้เดิมที่มีอยู่ได้ 3) ไม่มีความซับซ้อน มีความสะดวก และง่ายต่อการปฏิบัติ 4) สามารถนำไปทดลองใช้ 5) สามารถสังเกตผลจากการนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ที่มีอาการผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ที่กำหนดใน DSM-IV TR แต่มีการลงรหัสการวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD 10 (WHO, 2006) และได้รับการรักษาด้วยวิธีการรับประทานยาต้านโรคจิต ที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์

ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ของ โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์