

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สภาวะการเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยจิตเวชที่มีผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัวและสังคม จำแนกได้ 5 กลุ่มโรค ซึ่งประกอบด้วย 1) ความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพ 2) ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ 3) กลุ่มโรคจิตกึ่งจิต 4) ปัญหาจากการใช้สารเสพติด 5) ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวชและโรคจิตอื่นๆ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550) โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นหนึ่งในโรคจิตเวชและโรคจิตอื่นๆ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ของบุคคลที่เจ็บป่วยและเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก (Buchanan & Carpenter, 2005) นอกจากนี้โรคจิตเภทเป็นโรคที่เกิดอุบัติการณ์สูงในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านการคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นโรคที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง อาการของโรคมักพบครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น คือ อายุระหว่าง 15-35 ปี (ร้อยละ 50 เกิดก่อนอายุ 25 ปี) จะพบในคนที่มีอายุก่อน 10 ปี หรือหลังอายุ 40 ปีน้อยมาก โดยมีอัตราส่วนของเพศหญิงและเพศชายเท่าๆ กัน (เพศชายจะพบมากในอายุระหว่าง 21-25 ปี ในขณะที่เพศหญิงพบมากในอายุระหว่าง 35-39 ปี) (WHO, 2002) จากอุบัติการณ์ของการเกิดโรคจิตเภทอยู่ในระหว่าง 0.1-0.5 ต่อประชากร 1000 คน และความชุก 2.5-5.3 ต่อประชากร 1,000 คน มีความชุกคำนวณตลอดชีพ (lifetime prevalence) 7.0-9.0 ต่อประชากร 1000 คน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์สุคนิชย์, 2548) และจากรายงานสถิติผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของหน่วยสุขภาพจิตสังกัดกรมสุขภาพจิต ในปี 2553 พบว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มโรคที่พบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 24.19 (กรมสุขภาพจิต, 2553)

จากการทบทวนสถิติการมารับบริการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง ในปีงบประมาณ 2551-2553 พบว่า โรคจิตเภทเป็นกลุ่มโรคที่มารักษา มากกว่ากลุ่มโรคทางจิตชนิดอื่นคิดเป็นร้อยละ 15, 16.29 และร้อยละ 17 ตามลำดับ และสถิติการกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จะเห็นได้จากในปี 2551-2553 ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุงซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายของโรงพยาบาลวังเหนือ คิดเป็นร้อยละ 16.94, 23.04 และ 29.70 ตามลำดับ

(รายงานสถิติประจำปีโรงพยาบาลวังเหนือ, 2553) ในปี 2552 พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ฆ่าตัวตาย สำเร็จ จำนวน 2 ราย คิดเป็น 4.15 ต่อแสนประชากรและในปี 2553 จำนวน 2 ราย คิดเป็น 4.06 ต่อแสนประชากร ซึ่งสาเหตุที่สำคัญ คือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ทานยา คีมีสุรา และมีภาวะซึมเศร้า ในเดือนมีนาคม ถึงเดือนกันยายน 2554 ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำรุนแรงคิดทำร้ายตนเอง และทำร้ายญาติ จำนวน 5 ราย และผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่มาตามนัด คิดเป็นร้อยละ 7.77 (รายงานเวชระเบียน ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวังเหนือ, 2553) ถึงแม้ว่าทางโรงพยาบาลวังเหนือมีกิจกรรมการให้การช่วยเหลือ โดยการรักษาด้วยยา การให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคจิตเภทให้กับผู้ดูแล การนัดผู้ป่วยมารับยา และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แต่ยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทยังมีอาการกำเริบซ้ำได้อีก (รายงานการเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลวังเหนือ, 2553)

การเป็นโรคจิตเภทและการกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคที่รุนแรง และเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม ผลกระทบที่มีต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการทั้งทางด้านบวกและอาการด้านลบจะส่งผลให้เกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ต่างๆ เช่น การเรียน การดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ในสังคมทักษะในการทำงาน เป็นต้น (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) ในผู้ป่วยบางรายเกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรมและการตัดสินใจไม่เหมาะสม (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางรายไม่สนใจในการรับประทานยา ไม่ยอมอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า (จินดารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) และเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องระยะยาว ผู้ที่เจ็บป่วยมักจะไม่สามารถทำงานตามที่เคยทำได้ เมื่อกลับมาอยู่ในชุมชนมักจะทำร้ายผู้อื่นจากความหวาดระแวง หลงผิด หรือบางครั้งพกพาอาวุธไว้กับตัว บางครั้งทุบทำลายสิ่งของเป็นต้น (วิลาวรรณ เทพโสธร, 2538) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้บางรายจะมีอาการกำเริบซ้ำบ่อยเนื่องจากขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและพบว่า ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นปัญหาสำคัญในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท (Zygmunt, Olsson, Boyer & Mechannic, 2002; Olsson, Marcus Wilk & West, 2006) และเป็นสาเหตุต้องกลับมารักษาซ้ำได้อีก

จากการศึกษาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทพบว่ามีหลายปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การไม่ยอมรับและไม่เข้าใจของญาติซึ่งส่วนใหญ่เป็นญาติและมักมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับผู้ป่วยละเลยการดูแลมีผลทำให้ขาดการรักษา (Baker, 1995) 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และสังคม เช่น จากความเครียดต่างๆเข้ามากระทบ ปัญหาการใช้สารเสพติดและความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดกับการย้อนกลับมารักษาในโรงพยาบาล (Hayard et al; 1995) 3) ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น สาเหตุของความไม่ร่วมมือตามการรับรู้ของผู้ป่วย คือ คิดว่าตนเองหายแล้ว ขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษา การลืมรับประทานยา ไม่ต้องการที่จะรับประทานยาทุกวันและ

กลัวสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย (ราตรี อินทรีย์, 2541) การปฏิเสธความเจ็บป่วยจากอาการทางจิตชนิดเฉย ซึม ไม่สนใจตนเองก็เป็นสาเหตุของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (กรมสุขภาพจิต, 2541) และในผู้ป่วยบางรายไม่ยอมรับว่าตัวเองป่วยเป็นโรคจิตทำให้ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษาซึ่งสร้างความยุ่งยากลำบากใจอย่างมากกับญาติหรือผู้ใกล้ชิดและแพทย์ผู้ให้การรักษา (มูลนิธิโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2548) 4) การได้รับผลข้างเคียงของยาได้แก่ อาการพาร์กินสัน อาการมือและแขนขาคั่น การทำหน้าที่ทางเพศผิดปกติ อาการง่วงนอนและน้ำหนักเพิ่ม (Mortimer, 2005) และจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยาเกิดจากการได้รับยาเป็นเวลานานหรืออาจเกิดอาการเมื่อหยุดยาหรือลดขนาดของยาลง (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) ทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยา ทานยาไม่ต่อเนื่อง และเกิดอาการกำเริบได้ จากที่กล่าวมาข้างต้นการจัดการเรื่องยาจึงเป็นทางเลือกในการรักษาโรคจิตเภท (Dolder, Lacro, Leckband & Jeste, 2003)

การรักษาด้วยยาของโรคจิตเภทเป็นหัวใจหลักของการรักษาและมีความจำเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผู้ที่ เป็น โรคอยู่ในระยะที่มีอาการรุนแรง ภาพหลอนอย่างรุนแรง และเมื่ออาการดีขึ้นยัง ต้องมีการให้ยาอย่างต่อเนื่อง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) การรักษาด้วยยาสามารถรักษาอาการ ประสาทหลอนและหลงผิดและยังช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ (Ken, 2007) สำหรับผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการจำหน่ายกลับเข้าสู่ชุมชนจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการและ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) นอกจากนี้แล้วจาก การศึกษายังพบว่าการจัดการเรื่องยาจึงเป็นทางเลือกในการรักษาโรคจิตเภท (Dolder, Lacro, Leckband & Jeste, 2003) การรักษาด้วยยานอกจากเพื่อควบคุมอาการทางบวกแล้วยังสามารถลด การกำเริบซ้ำของโรคได้ (Kaplan & Sadock, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2550) ที่กล่าวได้ถึงการรักษาด้วยยานอกจากควบคุมอาการทางบวกแล้ว ยังสามารถลดอาการกำเริบซ้ำของโรคได้ นอกจากนี้แล้วการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและ ต่อเนื่องจะทำให้อาการทางจิตสงบ สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ บรรลุถึงผลลัพธ์ของการดูแลที่ พึงประสงค์ ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ลดโอกาสในการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย ในการรักษา และยังช่วยให้การพยากรณ์โรคในระยะยาวของผู้ที่เป็นโรค ดีขึ้นด้วย (Ruscher, Wit & Mazomanie, 1997) แต่ยังมีพบว่าปัญหาที่สำคัญของการรักษาด้วยยา คือ การทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง (Lacro, Dunn & dolder, 2002) ซึ่งความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่ การรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และสม่ำเสมอตามแผนการรักษา การมาตรวจตามนัด และติดตามผลการรักษาของตนเองอย่างสม่ำเสมอ (Homes, 2003; NIMS, 2003) จากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 20-50 ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Kripalai, Yao & Haynes, 2007) ซึ่งการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นปัญหาด้านคลินิก ด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งทำให้มีอาการกลับ

เป็นซ้ำและมีการกลับมาอนในโรงพยาบาลซ้ำมากขึ้น (Vanlen ,Copeland, Blow, Mc Carthy, Gillon et al, 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบ (Gillmer et al., 2004) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ มิลเลอร์ (Miller, 1997) ที่ได้กล่าวถึงสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาและทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกิดโรคซ้ำไว้ 5 ประการ ดังนี้ 1) การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ 2) การรับประทานยาไม่ถูกขนาด 3) การรับประทานยาไม่ตรงเวลา 4) การลืมรับประทานยาในบางขนาด และ 5) การหยุดรับประทานยาหรือไม่รับประทานยา การไม่มาตรวจตามนัด และขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาของ เดรน (Draine, อ้างใน ทัดทรง ดานะเศรษฐ, 2548) พบว่า ทักษะคิดทั้งทางบวกและทางลบของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีต่อการใช้ยาที่ได้รับมาจากการประสบการณ์ของผู้ป่วยเอง เช่น ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการใช้ยา น่าจะมีแนวโน้มที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในการควบคุมอาการของโรคจิตเภท การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และผลในทางลบของยา เช่น อาการข้างเคียงของยา นอกจากนี้จะเห็นได้ว่า ฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตเป็นกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มาก (Ken, 2007) ผู้ที่เป็นโรค จิตเภทบางรายอาจมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้นขณะรับการรักษา เช่น ตัวแข็ง คอเอียงบิดเบี้ยว ง่วงนอน ปากและคอแห้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้นและมีความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ (Agarwal et al., 1998) อาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกิดความทุกข์ทรมานและหยุดใช้ยาในที่สุด และการรักษาด้วยยาสามารถควบคุมอาการได้อย่างรวดเร็วแต่มีผลข้างเคียงหลายอย่าง ทำให้ผู้ป่วยโรค จิตเภทเบื่อหน่ายต่อการรับประทานยา (ทัดทรง ดานะเศรษฐ, 2548)

จากการศึกษาของพิเชษฐ์ อุดมรัตน์และคณะ (2541) ได้กล่าวถึงสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภทซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ขาดทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษาพยาบาล และการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม (วราภรณ์ ตั้งตรงไพโรจน์, 2542; Loukissa, 1995) โดยเฉพาะการขาดความรู้เกี่ยวกับยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา (ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540; สาธุพร พุฒขาว, 2541; วาสนา ปานดอก, 2545; Tungpunkom, 2000; Sethabouppha, 2005) นอกจากนี้แล้วผู้ดูแลให้ผู้ป่วยหยุดยาเนื่องจากไม่ยอมให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทถูกมองว่าเป็นโรคจิต (วาสนา ปานดอก, 2545) ส่วนในด้านพฤติกรรมถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น ผู้ดูแลมีความยุ่งยากมากกับการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วย (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความท้อแท้และเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลรวมถึงเพิกเฉยต่อบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวไม่ดูแล

เรื่องยาเมื่อผู้ป่วยขาดยา ซึ่งสาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้ง่าย (วัชรภรณ์ ลือไชสงค์, 2541) จากที่กล่าวมา ดังนั้น ผู้ดูแลควรมีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นสำคัญ

การศึกษาการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่ได้ผลดีนั้น มีหลากหลายวิธีสามารถแบ่งออกเป็น ดังนี้ 1) การจัดการรายกรณี (Case Management) เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ กระบวนการนี้ครอบคลุมถึงการประเมิน วางแผน ลงมือปฏิบัติ การประสานระบบให้บริการ การติดตามการให้บริการ และการประเมินผล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพของการให้บริการต่อผู้ที่เป็นโรค และครอบครัวในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มค่าต่อทรัพยากรในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

2) การให้การดูแลแบบบองค์รวมของคาร์เธอร์ (Carter, 2002) ซึ่งได้ศึกษาในวัฒนธรรมของชาวแอฟริกัน-อเมริกันในประเด็นการดูแลทางจิตเวช ผู้รักษาที่มีความเข้าใจและให้การรักษาแบบบองค์รวมด้านกาย จิต สังคม และวิญญาณ โดยประเมินเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณร่วมด้วยในการรักษา จะช่วยทำให้ผู้รักษาสามารถตัดสินใจในวิธีการให้การรักษาและทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) การใช้วิธีการปรับขนาดของยาให้ง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา สามารถทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาได้ และเกิดผลดีต่อการรักษาในระยะสั้นและระยะยาว (Mc Donald, Haynes & Garg, 2002; Haynes et al., 2005; Heneghan, Glasziou & Perera, 2006) และ 4) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้นโดย ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ และคณะ (2548) ซึ่งมีวิธีการดำเนินกิจกรรมดังนี้ ครั้งที่ 1 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ครั้งที่ 2 เป็นความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่างๆ ครั้งที่ 3 เป็นความรู้เกี่ยวกับยาและการรักษาอื่นที่ใช้ในการดูแลรักษาโรคจิตเวช ครั้งที่ 4 ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ครั้งที่ 5 ทักษะที่เกี่ยวกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค และครั้งที่ 6 ทักษะที่เกี่ยวกับการบริหารยา มีการวัดการปฏิบัติกิจกรรมโดยให้เลือกว่าได้ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ ซึ่งในเรื่องการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านประกอบด้วย การดูแล กิจกรรมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ 2) การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค 3) การดูแลด้านการบริหารยา และทักษะการดูแลซึ่งมีทั้งหมด 14 ทักษะที่ใช้ในการดูแลครอบคลุมกิจกรรมการดูแลทั้ง 3 ด้าน ในส่วนการดูแลด้านการบริหารยา ได้มีการให้ความรู้เรื่องยาโดยเฉพาะทักษะการบริหารยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ซึ่งจะเป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรค จิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น พบว่า ทุกโปรแกรมล้วนเป็นการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แต่โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวที่พัฒนาขึ้นโดย ภัทรภรณ์ หุ่นปั้นคำ และคณะ (2548) มีความแตกต่างจากโปรแกรมอื่นๆ ซึ่ง เป็นโปรแกรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลเกี่ยวกับการให้ความรู้ และพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชที่บ้านเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยเฉพาะด้านบริหารยา ซึ่งมีวิธีการดังต่อไปนี้ 1) การจัดเตรียมยาให้เพียงพอ เช่น การนับเม็ดยา เพื่อให้เพียงพอจนถึงวันนัด การหาวิธีเพื่อรับยาก่อนวันนัด หากมียาไม่เพียงพอและพามารับยาก่อนวันนัด เพื่อรับยาตามแผนการรักษาแพทย์ 2) การดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษาเช่นการเตรียมยา ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าทุกครั้ง การเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามกำหนดเวลา การหาวิธี ให้ผู้ป่วยได้รับยา หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบ การปรับยาตามความจำเป็นภายใต้การปรึกษาจิตแพทย์ 3) การเอาใจใส่ดูแลขณะที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยา และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น การพาผู้ป่วย มาโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยาที่รุนแรง และปรึกษาแพทย์ในการปรับเปลี่ยนยา การดูแลผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องแม้ว่าผู้ป่วยมีอาการท้อลง ผู้ศึกษาคาดว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวนี้ มีความเหมาะสมเมื่อนำมาแก้ปัญหาในโรงพยาบาลวังเหนือ โดยการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่มีอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทานยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากผู้ดูแลยังพร่องความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่ครอบคลุมในด้านความรู้และทักษะ โปรแกรมนี้ น่าจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะทักษะในด้านการบริหารยาที่ถูกต้อง จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีและส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ดีขึ้นด้วย ซึ่งจะเห็นได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า มีผู้ที่นำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยครอบครัวที่พัฒนาขึ้นโดย ภัทรภรณ์ หุ่นปั้นคำ และคณะ (2548) ไปทดลองใช้ในต่างพื้นที่กัน อย่างต่อเนื่องพบว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยครอบครัวสามารถลดความเครียดของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุวารี คำปวนสาย, 2550) โปรแกรมฯ ช่วยลดภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุพิศ กุลชัย, 2550) ผลของโปรแกรมฯ ทำให้ผู้ดูแลสามารถประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิต กำเริบและส่งเสริมการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากการให้ความรู้ที่ถูกต้องควบคู่ไป กับประสบการณ์การดูแลที่ได้ปฏิบัติจริงที่ปฏิบัติต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการดูแลเรื่องการบริหารยา (พจนันท์ กาศสกุล, 2550) และโปรแกรมฯ ดังกล่าวสามารถ

เพิ่มทักษะในการดูแลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ ด้านการจัดการด้านอาการ ด้านการบริหารจัดการเรื่องยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .01 (วิมลวรรณ คำลือ, 2552)

จากปัญหาการกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทดังกล่าวข้างต้นนั้นสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในเรื่องการไม่ทานยา ทานยาไม่ต่อเนื่อง มีความเชื่อในทางผิดๆ เกี่ยวกับยาที่รักษาโรคจิต และผลข้างเคียงของยา ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกิดความเบื่อหน่ายในการรับประทานยาและหยุดยาในที่สุดนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลแล้วยังพร่องความรู้และทักษะในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน โดยเฉพาะในด้านการบริหารยาและการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา ในการใช้ชีวิตประจำวันร่วมกันกับผู้ป่วย การใช้อารมณ์ที่รุนแรงกับผู้ป่วย มีความเชื่อและทัศนคติในการรักษาโรคจิตที่ไม่เหมาะสม จึงทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการกลับมารักษาซ้ำเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (รายงานเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลวังเหนือ, 2553) ในส่วนของบุคลากรทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลวังเหนือมีความหลากหลายวิธีปฏิบัติและไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล แนวทางในการช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นการให้สุศึกษาในการปฏิบัติชีวิตประจำวัน การรับประทานยา การมาตรวจตามนัดในวันที่มีคลินิก และมีการติดตามเยี่ยมบ้านในกรณีที่มีปัญหาซับซ้อนและในกรณีที่รับยาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสวนปรงมาดูแลต่อเนื่องในชุมชน แต่ยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบเพิ่มขึ้นจากสาเหตุการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (รายงานผลการปฏิบัติงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลวังเหนือ, 2553)

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ศึกษามีความตระหนักถึงปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงได้มีความสนใจที่จะศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวชโดยศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้นโดย ภัทราภรณ์ ท่งปันคำ และคณะ (2548) ในบทบาทและทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรมและทางด้านอารมณ์ ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นหนึ่งในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติดังกล่าว สามารถที่จะใช้หลักการและแนวคิดในการดูแลเดียวกันนี้ได้ ซึ่งประกอบด้วย 1) การดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ 2) การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค และ 3) การดูแลด้านการบริหารยา โดยเฉพาะบทบาทและทักษะด้านการบริหารยาที่ผู้ป่วยได้รับ เมื่อผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมทักษะในด้านนี้ให้สูงขึ้น สามารถนำทักษะด้านบริหารยาไปดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้น เป็นการป้องกันการเกิดอาการกำเริบซ้ำได้

นอกจากนี้แล้วการศึกษาในครั้งนี้ได้นำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดการเผยแพร่แนวคิดของ โรเจอร์ ซึ่งมีทั้งหมด 5 ระยะ ประกอบด้วย 1) ระยะให้ความรู้ (knowledge stage) กับทีมสุขภาพ 2) ระยะโน้มน้าวและชักชวน (persuasion stage) 3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) 4) ระยะปฏิบัติ (implementation stage) และ 5) ระยะยืนยัน (confirm stage) ในประสิทธิผล นอกจากนี้แล้วยังมีการประเมินระดับความคิดเห็นของบุคลากรผู้ที่ใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทมาใช้ตามแนวคิดการเผยแพร่แนวคิดของโรเจอร์ ซึ่งมีทั้งหมด 5 ด้าน ซึ่งได้แก่ 1) ความมีประโยชน์ (relation advantage) 2) การผสมผสานกับความรู้เดิม (compatibility) 3) ความซับซ้อน (complexity) คือ ระดับความยาก-ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ 4) การทดลองให้เห็นจริง (trialability) และ 5) การสังเกต (observability) กระบวนการนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม หากทีมสุขภาพเห็นด้วยกับแนวคิดดังกล่าวสามารถที่จะตัดสินใจนำไปโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง มีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภายหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง

คำถามการศึกษา

1. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในโรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง เป็นอย่างไร
2. บุคลากรทีมสุขภาพผู้ใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง มีความคิดเห็นต่อการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว เป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการเชิงปฏิบัติการ (operational study) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งมารับบริการที่หน่วยงานสุขภาพจิต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง ในระหว่างเดือนเมษายน 2554 ถึงเดือนมิถุนายน 2554

นิยามศัพท์

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว หมายถึง รูปแบบการเตรียมความพร้อมในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านซึ่งประกอบด้วย การสอนให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของตนเองในฐานะเป็นผู้ดูแลและเข้าใจธรรมชาติของการดูแลตลอดจนการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแล ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันระหว่างผู้ป่วย และผู้ดูแล ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรคและทักษะที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยา ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย ภัทราภรณ์ พุ่มปั่นคำ และคณะ (2548)

ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวโดยมุ่งเน้นประสิทธิผลทางด้านทักษะการบริหารยาเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาล วังเหนือ จังหวัดลำปาง ซึ่งได้แก่

1. **ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท** หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว รับประทานยาอย่างถูกต้องตามขนาด มื้อที่ได้รับประทานในแต่ละวัน สนใจในอาการของตนเองและติดตามกระบวนการรักษาที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ในการรักษาด้วยยา โดยวัดจากแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของ สรินทร เชื้อวโสธร (2545)

2. **ด้านความคิดเห็นของบุคลากรในทีมรักษาพยาบาลที่ใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว** หมายถึง การประเมินความคิดเห็นของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ตามแนวคิดของโรเจอร์ เกี่ยวกับคุณลักษณะของนวัตกรรมที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับนวัตกรรมนั้น มี 5 ด้าน ดังนี้ 1) ความมีประโยชน์ต่อพยาบาลในการปฏิบัติงานต่อผู้ป่วยและญาติ 2) ความเหมาะสมในการนำมาใช้ในหน่วยงานสามารถนำมาผสมผสานเข้ากับความรู้เดิมที่มีอยู่ได้ 3) มีความซับซ้อน คือ ระดับความยาก-ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ 4) สามารถนำไปทดลองใช้ 5) สามารถสังเกตผลจากการนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาคมนจิตแพทย์อเมริกา (DSM-IV-TR) ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และมีการลงรหัสการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) (WHO, 1992) และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง