บทที่ 2
เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการใช้กลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจาก ตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภท

1.2 สาเหตุ

1.3 อาการ

1.4 การวินิจฉัย

1.5 การดำเนินของโรค

1.6 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2.1.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2.1.2 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2.2 ความหมายของความตั้งใจมาตรวจตามนัด

2.3 บทบาทพยาบาลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์และความตั้งใจมาตรวจตานัด

3. ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

3.1 การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

3.2 ผลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

3.3 การวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

4. การบำบัดด้วยกลุ่ม และจิตบำบัดกลุ่ม

4.1 ความหมาย

4.2 แนวคิดและหลักการ

4.3 จิตบำบัดกลุ่ม

5. กลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภท โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด (Thought) เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ (perception) อารมณ์ (affect) และพฤติกรรม (behavior) เป็นลักษณะสำคัญผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยมี consciousness ดีและไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะส่วนใด โรคของสมอง หรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) เป็นโรคที่พบได้มากที่สุดในจำนวนโรคจิตชนิดต่างๆ โดยมีความผิดปกติเกิดอย่างซับซ้อนและมีความยุ่งยากในการวินิจฉัย เพราะเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นในหลายๆด้าน และการดำเนินของโรคไม่เด่นชัด แบบค่อยเป็นค่อยไป อาการแรกเริ่มอาจแสดงถึงความบกพร่องด้านมนุษยสัมพันธ์ เช่น เป็นคนเงียบเฉยหรือไม่ค่อยสนใจผู้อื่น ต่อเมื่อมีเหตุการณ์บางอย่างมากระตุ้น ซึ่งส่วนมากเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เครียด อาจทำให้บุคคลนั้นแสดงอาการผิดปกติเด่นชัดขึ้นมาก ซึ่งพบว่า อาการผิดปกติมักเริ่มปรากฏเด่นชัดในช่วงวัยที่กำลังเจริญ เติบโตหรือช่วงวัยรุ่น สาเหตุของความผิดปกตินั้นยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจน จึงทำให้การป้องกันการเกิดโรคทำได้ค่อนข้างยาก อย่างไรก็ตาม โรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อบุคคลครอบครัวและสังคมค่อนข้างมาก จากการศึกษาอุบัติการณ์พบว่าโรคนี้เกิดในผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-34 ปี และเกิดในเพศชายมาก กว่าเพศหญิง ในสหรัฐอเมริกาพบว่า ชาวผิวดำเป็นมากกว่าชาวผิวขาว (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะยากจนและการศึกษาน้อย โรคนี้ส่วนมากเกิดกับคนวัยรุ่นหรือหนุ่มสาว ส่วนมากเป็นเรื้อรัง เมื่อเป็นโรคนี้แล้ว ผู้ป่วยมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม จะมีความผิดปกติของของบุคลิกภาพให้เห็นได้ จัดเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขเพราะมีการกำเริบได้บ่อยและอัตราการกลับป่วยซ้ำสูง

โรคจิตเภทนี้ Eugen Bleuler เป็นผู้ตั้งชื่อโรคนี้ว่า Schizophrenia ในปี ค.ศ. 1991 และใช้มาจนปัจจุบัน Bleuler เน้นว่าโรคนี้เป็นโรคที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด (thought process) โดยไม่มีพยาธิสภาพทางสมองคำว่า Schizophrenia เป็นคำมาจากภาษากรีกว่า "skhizo" หมายถึงการแยกออก (Split) และ "phren" หมายถึง จิตใจ (mind) เมื่อมารวมกันเป็นคำว่า Schizophrenia จึงหมายถึงคนที่มีจิตใจแตกแยก ในทางวิชาจิตเวชศาสตร์โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึงผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดย ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติทางด้านการรับรู้แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่างๆที่ไม่มีจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริงๆ ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิด

ที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพ พบว่ามีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอย และมีพฤติกรรมแปลกๆ

1.2 สาเหตุ ปัจจัยเหตุของโรคจิตเภทเกิดได้หลายปัจจัยยังไม่สามารถสรุปแน่นอนได้ ปัจจัยที่เป็นที่ยอมรับมีดังนี้ (Kaplan and Sadock, 1995)

1.2.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factors) ได้มีการศึกษาด้านพันธุกรรมของบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท พบว่ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง ในกลุ่มผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภท มีอัตราการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 10-16 และจากการศึกษาในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันพบอัตราการเกิดโรค ร้อยละ 35-58 ฝาแฝดไข่คนละใบมีอัตราการเกิดโรคร้อยละ 16 (Wilson and Kneisl, 1996)

1.2.2 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความ สัมพันธ์กับ dopamine ในสมองโดยมีข้อค้นพบดังนี้

1) ผู้ป่วยจิตเภทมีปริมาณสาร dopamine ในสมองมากเกินไป

2) มีจำนวน post synaptic receptor มากเกินปกติ

3) มีความไม่สมดุลระหว่าง excitatory action ของ acetylcholine กับ inhibitory action ของ dopamine และ Gamma-amino butyric acid

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาค้นพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีระดับ monoamine oxidase ต่ำใน blood platelet แต่ไม่เป็นที่ยืนยันแน่ชัด จากการศึกษาค้นคว้าด้านกายวิภาคของผู้ป่วยจิตเภทด้วย CT scan บางรายพบว่ามีการขยายของ lateral ventricles บางรายพบว่ามีปริมาณของ salcal fluid volume เพิ่มขึ้น บางรายพบว่ามีการฝ่อของ anterior vermis ของ cerebellum ซึ่งยังไม่มีการยืนยันที่แน่นอน เหมือนโรคทางกายอื่นๆ

1.2.3 ปัจจัยด้านกายวิภาคของสมองมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น บางรายงานพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลบริเวณ limbic และ periventricle

1.2.4 ปัจจัยด้านประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงบริเวณ frontal lobe

1.2.5 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors)

1) จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ พบว่าเป็นความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะในขวบปีแรกมีผลให้เกิดพยาธิสภาพ

ส่วนที่ทำหน้าที่ปรับตัวการควบคุมพฤติกรรมและการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดย เฉพาะพัฒนาการด้านภาษา สติปัญญา การคิด ความจำ การตัดสินใจ ความสนใจ และการรับรู้

2) ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้ และไวต่อความเครียดมากกว่าปกติ ตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี

3) ผู้ป่วยมีความขัดแย้งในจิตใจที่เกิดจากสัญชาติญาณธรรมชาติมีมาก ไม่สามารถควบคุมได้ ขาดสำนึกในการควบคุมตนเอง และความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ชอบเอาชนะ และขัดแย้งกับผู้อื่น เกิดความคับข้องใจ ไม่แน่ใจ (ambivalence)

1.2.6 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors) จากการศึกษา พบว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท ก็คือประชากรที่มีฐานะยากจนป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าประชากรที่มีฐานะดี ประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำต้องเผชิญกับสภาวะเครียดมากกว่าประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง ซึ่งอาจเป็นจากการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือสภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น(social causation hypothesis) นอกจากนี้ยังมีรายงานพบว่า เด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท มีบิดามารดาที่มีความขัดแย้งกัน พยายามดึงเด็กมาเป็นพวกของตน ในที่สุดเด็กเกิดความไม่แน่ใจ (ambivalence) ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคจิตเภท หรือบิดามารดาที่เลี้ยงลูกแบบปกป้องมากเกินไป เด็กไม่สามารถพัฒนาบุคลิกของตนได้เหมาะสม ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภทเชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมาจากหลายๆสาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับในปัจจุบันคือ stress diathesis model เชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยมีแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้ อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

ทฤษฎีชีวเคมีของโรคจิตเภท

แต่เดิมมีข้อสันนิษฐานว่าโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับ hyperactivity ของ dopamine เนื่องจากยารักษาโรคจิตออกฤทธิ์ต่อ dopamine D2 receptor และยาซึ่งมีฤทธิ์ dopamine agonist เช่น amphetamine ทำให้อาการของโรคจิตกำเริบ

ทฤษฎีใหม่สันนิษฐานว่าโรคจิตเภทมีความบกพร่องของ dopamine ในบริเวณ prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางด้านลบ ร่วมกับมี dopamine dysregulation ที่ striatum โดยเกิดความผิดปกติของการปล่อย dopamine ทำให้เกิดอาการทางบวก

ในปัจจุบันมีข้อสันนิษฐานว่า D4 receptor มีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภทเนื่องจากพบว่ายาclozapine มีความสัมพันธ์ชัดเจนกับ D4 receptor นอกจากนี้ยังมีข้อสันนิษฐานว่าในโรคจิตเภทมีความผิดปกติของภาวะสมดุลระหว่าง serotonin กับ dopamine ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตชนิด

ใหม่ คือ clozapine และ risperidone มีความสัมพันธ์กับ serotonin receptor มากกว่า dopamine D2 receptor โดยทั้ง clozapine และ risperidone มีฤทธิ์เป็นทั้ง dopamine และ serotonin antagonist

1.3 อาการ ลักษณะอาการที่สำคัญของโรคจิตเภท คือ มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และ พฤติกรรม มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไปโดยมีระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อยนาน 1 เดือน ไม่มีโรคทางกายและพยาธิสภาพทางสมอง หรือพิษจากยาที่จะเป็นสาเหตุ ดังกล่าวแบ่งอาการเป็น 2 แบบ (มาโนช หล่อตระกูล, 2543; สมภพ เรืองตระกูล, 2542; Taylor, 1994) คือ

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่

1) Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน

- อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยได้แก่ persecutory delusion, delusion of reference รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆ ที่พบบ้างเช่น somatic delusion religious delusion หรือ grandiose delusion เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจ หรือเป็นไปไม่ได้เลย อาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider จัดว่าเป็น bizarre delusion

- อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วยหรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้ยังเป็นเสียงอื่นๆที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้าง เช่น tactile หรือ somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ auditory hallucination ที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider

2) Disorganization dimension ได้แก่ disorganized behavior และ disorganized speech

- Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติไปอย่างมากผู้ป่วยแต่งตัวสกปรกแปลก เช่นสวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปัสสาวะกลางที่สาธารณะ บางคนจู่ๆร้องตะโกนโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

- Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านการพูดสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้อง

เป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างอาการเช่น loose associations, incoherent speech หรือ tangentiality เป็นต้น

1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วๆไปควรมี เช่นในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆอาการเหล่านี้ได้แก่

- Alogia พูดน้อยเนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

- Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมยไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจมียิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลง

- Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลงไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

- Asociality เก็บตัว เฉยๆไม่แสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

ในระยะอาการกำเริบอาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และมาค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

กลุ่มอาการหลักของ Schneider (Schneiderian first - rank symptom) อาการเหล่านี้ไม่ได้ระบุว่าเป็นโรคจิตเภทแน่นอน (pathognomonic) ในการวินิจฉัยยังต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆด้วย เนื่องจากโรคจิตเวชอื่นๆก็พบอาการในกลุ่มอาการนี้ได้เช่นกัน แม้ว่าจะไม่บ่อยเท่า

1) Audible thoughts ผู้ป่วยมีหูแว่วเป็นเสียงพูด เกิดขึ้นๆพร้อมกันกับที่คิดเนื้อหาใจความเหมือนกับที่คิดทุกอย่าง ผู้ป่วยบางคนบอกว่าเป็นเสียงสะท้อนของความคิด

2) Voices arguing ผู้ป่วยมีหูแว่วได้ยินเสียงตั้งแต่สองคนถกเถียงหรือออกความคิดเห็นกันโดยมีเนื้อหาพาดพิงถึงตัวผู้ป่วย (มีผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สาม)

- Voices commenting ผู้ป่วยหูแว่วได้ยินเสียงพูด หรือ วิจารณ์ถึงการกระทำ หรือกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วย

- Somatic passivity ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของตนเองร่วมกับเชื่อว่าความผิดปกติที่เกิดขึ้นนี้เนื่องมาจากการกระทำของบุคลหรืออำนาจภายนอก

- Thought withdrawal ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าจู่ๆ ความคิดเกิดหายไปกะทันหันจากการ ที่มีบุคคลหรืออำนาจภายนอกมาดึงความคิดออกไป

- Thought insertion ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าความคิดที่มีนั้นไม่ใช่ความคิดของเขาหากเป็นจากบุคคล หรืออำนาจภายนอกสอดแทรกความคิดนั้นเข้าสู่ตนเอง

- Thought broadcasting ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าความคิดของตนแผ่ออกไปภายนอก จนคนอื่นๆรอบข้างทราบกันหมดว่าตนเองคิดอะไรอยู่

- Delusional perception ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ผิดปกติ แต่เชื่อมโยงเหตุการณ์ที่รับรู้เข้ากับความหลงผิดของตนเองที่เกิดขึ้นมาในขณะเหตุการณ์นั้น ทั้งที่ไม่มีความเกี่ยวเนื่องกัน

- Delusion of control ผู้ป่วยเชื่อว่าอารมณ์ ความรู้สึกแรงผลักดัน หรือการกระทำที่มีในขณะนั้นไม่ใช่ของตนเองหากเป็นอำนาจจากภายนอกมาควบคุมบังคับให้เป็นเช่นนั้น ตนเองเหมือนหุ่นที่คอยทำตามการควบคุม

1.4 การวินิจฉัยโรค หลักการวินิจฉัยโรค (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) มีดังต่อไปนี้คือ

1.4.1 ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่างโดยมีอาการเป็นเวลานาน 1 เดือน (ระยะ เวลาอาจน้อยกว่า 1 เดือน ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษา) ได้แก่ 1. อาการหลงผิด 2. อาการประสาทหลอน 3. มีความผิดปกติของคำพูด 4. มีพฤติกรรมวุ่นวาย หรืออาการคาทาโทเนีย 5. มีอาการทางด้านลบ เช่น อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย หรือไม่ทำกิจกรรมทุกชนิด

หมายเหตุ ถ้าอาการหลงผิดมีลักษณะแปลกประหลาด เช่น เชื่อว่าความคิดของตนถูกดึงออกไปจากสมอง หรือ มีอาการหูแว่วเป็นเสียงคนวิจารณ์ตัวเองเสียงคนพูดคุยกัน มีอาการเพียงอย่างเดียว

1.1.2 อาการดังกล่าวทำให้ผู้มีปัญหาทางด้านอาชีพการงาน

1.1.3 ผู้ป่วยมีอาการไม่สบายติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

1.1.4 ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการของโรคจิตชนิดอื่น

1.1.5 อาการไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติด หรือโรคทางกาย

การวินิจฉัยโรคจิตเภทจำแนกเป็น 2 ระบบ ได้แก่ ระบบ DSM IV ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และระบบ ICD 10 ขององค์การอนามัยโลก โดยประเทศไทยได้นำมาใช้ทั้งสองระบบ บางสถาบันอาจใช้ DSM IVแต่ทางด้านสุขภาพจิตมักจะใช้ ICD 10 ทั้งสองระบบนี้มีความคล้ายคลึงกัน

การจำแนกโรคทางจิตเวชตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) พิจารณาตาม เกณฑ์อาการและอาการของโรคจิตเภทจะเน้นที่ความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน การสังคม ระยะเวลาการเกิดอาการ (อ้างใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ดังนี้

1) ลักษณะอาการ (Characteristic Symtoms) ผู้ป่วยต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไปและ มีอาการเด่นชัดมาเป็นเวลา 1 เดือนโดยมีอาการดังนี้

1.1) อาการหลงผิด (Delusion) มีอาการหลงผิด โดยที่ไม่เป็นจริง เช่นหลงผิดคิดว่าผู้อื่นปองร้ายคิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษหรือมีอำนาจเหนือธรรมชาติ

1.2) อาการประสาทหลอน (Hallucination) มีอาการประสาทหลอนเป็นการรับรู้โดยทางประสาททั้งห้า โดยไม่มีสิ่งมากระตุ้นจากภายนอก เช่น หูแว่ว ได้ยินเสียงคนมาเรียก เป็นต้น

1.3) อาการด้านการพูด พูดคนเดียวเนื้อหาไม่สัมพันธ์กันไม่เป็นเรื่องราวต่อเนื่องสร้างคำขึ้นเองโดยที่คนอื่นไม่เข้าใจพฤติกรรมแปลกๆทำอะไรที่แตกต่างจากคนปกติเช่น นั่งในหนึ่งท่าใดนานๆ

1.4) ปฏิเสธ อารมณ์เฉยเมย ราบเรียบไม่พูด

2) การสังคมและการงานเสีย ขาดความรับผิดชอบด้านหน้าที่ การงาน และสัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัวอยู่คนเดียว ไม่สนใจสุขอนามัย

3) ระยะเวลาที่มีอาการ อาการจะมีอยู่ต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

4) อาการที่ไม่ใช่ภาวะผิดปกติทางอารมณ์

5) อาการที่เกิดไม่ใช่เกิดจากการได้รับสารเคมีหรือได้รับยาตัวอื่น

6) อาการมีความสัมพันธ์กับประวัติความผิดปกติด้านพัฒนาการในวัยเด็ก เช่น มีประวัติออติสติก (Autistic Disorder)

องค์การอนามัยโลก (ICD-10) ได้จำแนกโรคจิตเภทออกเป็น 9 ประเภทดังนี้

1) โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia)

2) โรคจิตเภทชนิดเฮบีฟรีนิก (Hebephrenic Schizophrenia)

3) โรคจิตเภทชนิดคาทาโทนิค (Catatonic Schizophrenia)

4) โรคจิตเภทชนิดเรื้อรังที่มีอาการหลงเหลือ (Residual Schizophrenia)

5) โรคจิตเภทชนิดจำแนกไม่ได้ (Undifferentiated Schizophrenia)

6) โรคจิตเภทชนิดเศร้าภายหลัง (Post-Schizophrenic Depression)

7) โรคจิตเภทชนิดพฤติกรรมเสื่อมถอย (Simple Schizophrenia)

8) โรคจิตเภทชนิดอื่นๆ (Other Schizophrenia)

9) โรคจิตเภทชนิดที่ไม่สามารถระบุได้ (Unspecified Schizophrenia)

1.5 การดำเนินของโรค อายุของผู้ป่วยเริ่มเป็นครั้งแรกในผู้ชาย เท่ากับอายุ 20 กลางๆ และในผู้หญิง 20 ตอนปลาย อาการอาจเกิดแบบเฉียบพลัน หรือค่อยๆเกิด โดยมี prodromal symptoms นำ มาก่อน เช่น แยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจในการเรียน หรือการทำงาน ไม่ดูแลสุขอนามัย และมีท่าทางสกปรก มีพฤติกรรมผิดปกติ หรือแสดงอารมณ์โกรธอย่างรุนแรง ญาติพี่น้องจะสังเกตพบว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากคนเดิม ในที่สุดผู้ป่วยจะแสดงอาการของโรคชัดเจน เช่น อาการหูแว่ว หรืออาการหลงผิด ผู้ป่วยที่มีอาการตั้งแต่อายุน้อยมักเป็นผู้ชาย มีการปรับตัวก่อนป่วย

หอสมุดกลาง ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ไม่ดี การเรียนไม่ดี มีความผิดปกติของสมองและการรู้การเข้าใจ มีอาการด้านลบ และมีการพยากรณ์โรคไม่ดี การดำเนินโรคในผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกันมาก บางคนเป็นๆ หายๆ ในขณะที่บางคนเป็นเรื้อรัง โดยทั่วไปผู้ป่วยมักไม่หายเป็นปกติ อาการของโรคมักทรง หรือทรุดลงตามลำดับจนผู้ป่วยไร้ประสิทธิภาพในระยะแรกของโรคอาการทางด้านลบมักเด่นชัด และในเวลาต่อมาอาการทางด้านบวกจะปรากฏ เมื่อได้รับการรักษาอาการทางด้านบวกจะหมดไป แต่อาการทางด้านลบจะคงอยู่ ในบางรายอาการทางด้านลบจะเป็นรุนแรงขึ้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

1.6 การรักษา การรักษาโรคจิตเภทเป็นการรักษาทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) การรักษามีเป้าหมายเพื่อ

1.6.1 รักษาอาการให้หายหรือบรรเทาลง

1.6.2 ป้องกันไม่ให้ป่วยอีก โดย การให้ยากินติดต่อกันหลีกเลี่ยงสาเหตุที่จะทำให้ป่วยหรืออาการกำเริบ สังเกตอาการก่อนที่จะมีอาการกำเริบใหม่

1.6.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่นฝึกทักษะการใช้ชีวิตในสังคม ทักษะในการประกอบอาชีพ ทักษะในการสื่อสาร

วิธีการรักษา ประกอบด้วยวิธีการดังนี้

1) การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่นๆที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง เพื่อควบคุมเรื่องยาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยาและมีปัญหาในการวินิจฉัย ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

2) การรักษาด้วยยาเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่า ผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆนั้นส่วนใหญ่มีปัญหามาจากการขาดยา การรักษานั้นอาจแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่

- ระยะควบคุมอาการ (acute phase) คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการวุ่นวายหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้นเป็นมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยาส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล

- ระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) หลังจากที่อาการสงบลงแล้วผู้ป่วยยังจำเป็น ต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะ แรกโดยจะค่อยๆลดยาลงจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ ผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกนั้นหลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปีหากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว นานอย่างน้อย 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต (มาโนช หล่อตระกูล และ ประโมทย์ สุคนิชย์, 2544)

3) การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT)ในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น ผลการรักษาไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยาโดยทั่วไป จะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา อาจใช้ในผู้ป่วยจิตเภทชนิด Catatonic รุนแรงผู้ป่วยที่มีอาการ Mania หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้การรักษาด้วยๆไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสน เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้นแต่ละราย

4) การรักษาด้านจิตสังคมเป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้างแม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไขรวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกๆด้าน การรักษาด้านจิตสังคมประกอบด้วย

- การบำบัดรักษาทางจิต เป็นกระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ใช้และผู้ให้บริการ มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัดมี 2 แบบ คือจิตบำบัดแบบรายบุคคลและจิตบำบัดรายกลุ่ม

- กิจกรรมบำบัดเป็นการบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมหลายๆ รูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนานกระตุ้นความคิดแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์

- พฤติกรรมบำบัด เป็นการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการให้แรงจูงใจในพฤติกรรมที่เหมาะสมแนะนำแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

- ครอบครัวบำบัดเป็นการให้ความรู้เรื่องโรค รวมทั้งการปฏิบัติต่อผู้ป่วยการแสดงอารมณ์เพื่อให้การทำหน้าที่ครอบครัวดีขึ้น

- นิเวศน์บำบัดเป็นการจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย แบบแผนหลักการ วัตถุประสงค์และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษาคุ้มกันให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจและพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

จะเห็นได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง มีหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้อารมณ์และพฤติกรรม ส่งผลให้การทำหน้าที่และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง จากภาวะปกติและทำให้ความสามารถในด้านต่างๆ ลดลง และลักษณะของโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง การดูแลรักษาในปัจจุบันใช้การรักษาด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิตและการรักษาด้วยไฟฟ้าใช้ในรายที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยคงอาการใน ภาวะปกติมากที่สุด

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จินตนา ยูนิพันธ์ (2536) กล่าวว่าการพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการครอบครัวและชุมชน โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยรวม หรือเรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือการพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพึ่งพาตนเองได้

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งที่เน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม โดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาตลอดจนศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมนุษย์ เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดอาการทางจิต ช่วยเหลือและฟื้นฟูบุคลิกภาพแก่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ และการปรับตัว ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ เบี่ยงเบนและเจ็บป่วยทางจิต

ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านความคิด การรับรู้ด้านการสื่อความหมายและด้านการเข้าสังคม ดังนั้นผู้ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท จะต้องตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อมเนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริงไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียน และการพูดความจริงได้ (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545)

1.7.1 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ชัดเจนเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการปฏิบัติการพยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542)

1) เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งจิตสังคมและจิตวิญญาณ

2) คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือ การตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัวด้วย รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนด้วย

3) การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคลครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วยคือการช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

1.7.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล การประเมินสภาพปัญหา เน้นการศึกษาการค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์ระดับพฤติกรรม และสาเหตุของพฤติกรรมต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ดังนี้

1.7.2.1 การประเมินสภาพปัญหา

1) การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกายความสะอาด การดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหารได้รับสารอาหารสารน้ำ การพักผ่อน พยาบาลใช้การสังเกต สัมภาษณ์ และตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาวะทางด้านร่างกายพยาบาลใช้การสังเกต สัมภาษณ์ และตรวจสอบทั่วไป

2) การประเมินด้านการคิด มีความผิดปกติระดับใด อาการหลงผิดประสาทหลอนความ คิดโดนปองร้าย มีหรือไม่ความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือ หรือระมัดระวังเพียงใด

3) การรับรู้ของผู้ป่วย ระดับการรับรู้ของผู้ป่วย อาการประสาทหลอนระยะเวลาที่เกิดและการตอบสนอง เพื่อกำหนดแนวทางช่วยเหลือ

4) พฤติกรรมของผู้ป่วยมีการแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร อาการย้ำคิดย้ำทำ ไม่อยู่นิ่งรบกวนผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่าย จากอาการหลงผิด ประสาทหลอนต้องได้รับการช่วย เหลือ

5) ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพและสร้างความไว้วางใจ อย่าเร่งรีบหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียด้านความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

1.7.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยพยาบาล ในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งสภาพทางด้านร่าง กาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและสัมพันธภาพ

1.7.2.3 การวางแผนการพยาบาล การวางแผนระยะสั้นและระยะยาวเน้นหลัก การดังนี้

1) การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการจำเป็นต้องได้รับการดุแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่าง ๆ ดังนี้

- การดูแลความปลอดภัยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ระวังเรื่องอุบัติเหตุที่เกิดจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง

- การดูแลสภาพร่างกาย การได้รับสารน้ำ อาหาร การพักผ่อน และสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักหมกมุ่นกับเรื่องของตนจนขาดความสนใจในสิ่งเหล่านี้

- การดูแลด้านการบำบัดทางชีวภาพ ได้รับยาถูกต้องปลอดภัยสังเกตและระวังอาการ ที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

- การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่มสร้างสัมพันธภาพด้วยความ เข้าใจไว้วางใจสนับสนุน ความเข้าใจไว้วางใจสนับสนุนผู้ป่วยให้เรียนรู้ประโยชน์และทักษะการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นทั้งรายบุคคล และเป็นกลุ่ม

- พัฒนาการปรับตัวการมองตน และการมองโลกในทางที่ดี

2) การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาว และต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต

- การดูแลตนเองด้านสุขภาพและการบำบัดอย่างต่อเนื่องเน้นการใช้ยาอย่างถูกต้อง การรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมต่างๆ เน้นการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล

- การกำหนดแผนการดำเนินชีวิต ในครอบครัวและในสังคมอย่างเหมาะสม

- การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชนหน่วยงานใกล้บ้าน

1.7.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลโดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสม

1) เสริมสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจ

2) ลดความวิตกกังวล ด้วยการยอมรับเสนอแนะและส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

3) รักษาสมดุลด้านชีววิทยา

4) ใช้ความคงเส้นคงวา ชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร

5) ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

7) ระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและผู้ที่อยู่ข้างเคียง ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

1.7.2.5 การประเมินผล ผลการประเมินควรพิจารณาดังนี้

1) ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตรายและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะไม่รู้สติ

2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยา และการบำบัดทางชีวภาพ

3) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น

4) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น

5) ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคมดีขึ้น

6) ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวดีขึ้น

7) ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ด้านต่างๆผู้ให้การพยาบาล จะต้องมีความละเอียดรอบคอบประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกๆด้านวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมินวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายความคิด จิตใจ อารมณ์ ด้านสังคม และสุดท้ายต้องมีการประเมินผลทางการพยาบาล (สุภาวดี บุญชู, 2551)

บทบาทสำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สิ่งสำคัญคือการปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยมีผู้รับบริการเป็นจุดศูนย์กลาง มุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทั้งคน ในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอยู่รวมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวชจึงครอบคลุมบทบาทที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการและสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ซึ่งครอบคลุมบทบาท 6 บทบาท (Harder et al, 1987) ดังนี้

1) บทบาทผู้ดูแล โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

2) บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ การจัดกิจกรรม ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสันทนาการและกิจกรรมอื่นๆ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด จึงรับหน้าที่ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการรักษาพยาบาล

3) บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วย พัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วย ได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นๆ เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทนทาน หรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาล ในสังคมที่บ้านและชุมชน

4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ใช้บริการให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิการแก้ปัญหาใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือ ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจ จะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5) ผู้ให้ความรู้/ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครูหรือผู้สอน ให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคม สิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยควรได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา อาการที่ควรระวัง อาการเตือนและการป่วยซ้ำ สนับสนุนให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างถาวร

6) ผู้ชำนาญการทางคลินิก พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ ทักษะเฉพาะทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาอย่างผู้ชำนาญการ

นอกจากการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาททั้ง 6 บทบาทนี้แล้ว พยาบาลควรให้ความ สำคัญกับความต้องการมนุษย์ด้วย เพื่อนำมาผสมผสานกับการให้กิจกรรมพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตรงความต้องการมากที่สุด เมื่อพิจารณาความต้องการของมนุษย์โดย ทั่วไปแล้ว จัดเป็น 4 ประเภทได้แก่ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

1) ความต้องการเพื่อความอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการเพื่อเพิ่มความแข็งแรงทางด้านร่างกาย เพิ่มความแข็งแกร่งของอวัยวะของร่างกายในสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงในระบบโครงสร้างของบุคคล ทั้งด้านร่างกายจิตสังคมหรือจิตวิญญาณ ความต้องการเพื่อความอยู่รอดนี้จะเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ตลอดเวลา เป้าหมายการตอบสนองความต้องการกลุ่มนี้คือ ชีวิตอยู่รอดปลอดภัย

2) ความต้องการเพื่อทำหน้าที่ (Role function needs) บุคคลแต่ละคนต้องสวมบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน บุคคลยิ่งมีอายุมากขึ้นเท่าใดบทบาทที่ต้องกระทำยิ่งมากขึ้นเท่านั้น ทั้งบทบาทปฐมภูมิ (Primary role) คือ บทบาทที่ติดตัวมาแต่กำเนิดจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงได้ยากมาก บทบาททุติยภูมิ (Secondary role) เป็นบทบาทที่บุคคลได้มาตามระยะพัฒนาการซึ่งบุคคลสามารถเลือกได้ และเป็นบทบาทที่ค่อนข้างถาวร และบทบาทตติยภูมิ (Tertiary role) คือบทบาทที่บุคคลได้มาหรือดำรงอยู่ชั่วคราวเท่านั้น เมื่อบุคคลมีบทบาทหลายบทบาทบุคคลนั้นยิ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดในบทบาท และยิ่งลำบากในการตอบสนองหรือแสดงพฤติกรรมตามบทบาทที่มีอยู่ได้ทั้งหมด เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการเพื่อการทำหน้าที่นี้ คือ ความสำเร็จของการปฏิบัติตามบทบาทที่บุคคลดำรงอยู่ หรือปฏิบัติบทบาทอย่างสร้างสรรค์ และมีความภาคภูมิใจ

3) ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual need) หมายถึง ความต้องการให้มีความกลมกลืนของกระบวนการด้านการคิด ความเชื่อและศรัทธา อารมณ์และการแสดงออก (Integrated thought, belief, emotion and action) มีความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และไม่มีความขัดแย้งในใจเกิดขึ้นในการดำรง ชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการของบุคคลที่เมื่อได้รับการตอบสนองแล้วบุคคลจะมีความสบายใจ พึงพอใจ มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ รู้สึกและรับรู้คุณค่าในตน รับรู้ศักดิ์ศรีในตน กล่าวได้ว่าเป้าหมายของการตอบสนองความต้องการในกลุ่มนี้ คือบุคคลมีความรู้สึกมั่นคงและพอใจ

4) ความต้องการด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship needs) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่รวมกลุ่มกับบุคคลที่เป็นที่รัก และบุคลอื่นๆเป็นกลุ่มๆ ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติทางสังคมของมนุษย์ ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้หากได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม บุคคลจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย ซึ่งหมายถึงมีการเรียนรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้น สู่การมีอุดมการณ์ของความคิดและอารมณ์และการพึ่งพาสนับสนุน ประคับประคองซึ่งกันและกันตลอดทุกช่วงของชีวิต

ความต้องการของบุคคลทั้ง 4 ประเภทดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน บุคคลจะมีความต้องการทุกด้านพร้อมๆกัน การตอบสนองก็เช่นเดียวกันไม่มีแบบแผนแน่นอนว่าต้องตอบสนองด้านใดก่อนหรือหลัง นอกจากนี้การกระทำที่มุ่งตอบสนองความต้องการด้านหนึ่งก็สามารถตอบสนองความต้องการด้านอื่นร่วมไปด้วยเสมอ

เมื่อพิจารณาความต้องการทั้ง 4 ประเภทดังกล่าว เป็นการพิจารณาที่คำนึงถึงความเป็นองค์รวมของบุคคลซึ่งมีความสอดคล้องกันดังนี้

1) ความต้องการด้าน ชีว-กาย (Biophysical needs) คือความต้องการเพื่อความอยู่รอด

2) ความต้องการด้านจิต-สังคม-กาย (Psycho-social-psychical needs) คือความต้องการเพื่อทำหน้าที่

3) ความต้องการด้านจิต-สังคม (Psycho needs) คือความต้องการด้านสัมพันธภาพเพื่อการเรียนรู้ และการพึ่งพา การสนับสนุนซึ่งกันและกัน

4) ความต้องการด้านจิต-สังคม-จิตวิญญาณ (Psycho-social-spiritual needs) คือความต้องการด้านจิตใจ เพื่อความสุข ความสงบของจิตใจ

สรุปได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายต้องมีความรู้ ความตระหนักในหน้าที่ ทักษะและประสบการณ์และปฏิบัติงานอย่างอิสระในขอบเขตของวิชาชีพทางการพยาบาลในการดูแลผู้ใช้บริการ ต้องยึดหลักการปฏิบัติ การพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

1.7.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยนอกคือ ผู้ป่วยซึ่งเมื่อได้รับบริการการตรวจรักษาแล้ว สามารถกลับไปรับประทานยาหรือปฏิบัติตนตามที่แพทย์แนะนำที่บ้านได้ การพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกเป็นการดูแลผู้แลผู้ป่วยในชุมชนประเภทหนึ่งการดูแลผู้ป่วยในชุมชนต้องอาศัยความร่วมมือประสานงานของทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การรักษาต่อเนื่องที่สถานบริการที่ใกล้บ้านที่สุด ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง มีการส่งต่ออย่างเป็นระบบ กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาดูแลในกรณีที่มีปัญหาซับซ้อน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมชุมชนได้อย่างมีความสุข (สุภาวดี บุญชู, 2551) โดยมีรูปแบบการพยาบาล ดังนี้

1.7.3.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความ สามารถในการทำกิจกรรมของบุคคลซึ่งเป็นจุดเน้นของการให้การบริการของวิชาชีพ

พยาบาล ที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและดำเนินชีวิตอย่างมีความผาสุก บทบาทของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยนอกมีดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลให้การพยาบาลโดยตรง โดยการประเมินภาวะสุขภาพ คัดกรองผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตัดสินใจทางคลินิก ในการจัดระบบการบริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละคนสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในปัญหาที่ซับซ้อนจนครบกระบวนการ ประสานงานกับพยาบาลแพทย์บุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมปรึกษาวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลต้องจัดการกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น หรือภาวะวิกฤตของผู้ป่วย

2) ด้านบริหารจัดการให้การดูแลผู้ป่วยโดยการทำงานเป็นทีม เสนอ แนะแนวทางและปรับปรุงระบบบริการให้บริการพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย เป็นตัวแทนของ ผู้ป่วยในการประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ครบถ้วน

3) ด้านการให้ความรู้ โดยทำหน้าที่ในการให้ความรู้ สอนให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ครอบครัว ถึงการพัฒนาทักษะทางสังคม การปรับตัว ทักษะชีวิต การให้ความรู้และแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

4) ด้านการเป็นที่ปรึกษา เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต สำหรับครอบครัวผู้ป่วย และแก่ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการ

5) ด้านการวิจัย พยาบาลต้องติดตามงานวิจัยใหม่ๆที่เกี่ยวข้องกับสาขาการพยาบาล นำมาปรับใช้ในการบริการแก่ผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และจะต้องทำการวิจัยจากปัญหาที่พบเพื่อนำผลการวิจัยนั้นมาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

6) จัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต โดย การให้คำปรึกษาครอบครัว จัดกลุ่มให้ความรู้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

7) บทบาทของผู้บำบัด โดยวิธีทำจิตบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มให้การบำบัดครอบครัว รวมทั้งวิธีการบำบัดด้วยวิธีพฤติกรรมบำบัดพัฒนาความเข้าใจในครอบครัวซึ่งต้องอาศัยสัมพันธภาพ เพื่อการบำบัด

1.7.3.2 การเยี่ยมบ้านและครอบครัว (Home care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือประคับประคอง ให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข (เปรมฤดี ดำรักษ์, 2545) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเน้นผู้ป่วยเป็น

ศูนย์กลางครอบคลุมทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว โดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย สิทธิในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษาหรือปฏิบัติพยาบาล ควรคำนึงถึงจริยธรรมในวิชาชีพสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว ในการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยด้วย

1.7.3.2 การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ชุมชนเข้าใจ ผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนติดตามประเมิน ผลงาน ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ช่วยตัวเอง มีการประกอบอาชีพตามศักยภาพและลดโอกาสการป่วยซ้ำ โดยการจัดอบรมจัดกิจกรรมในชุมชนการจัดกิจกรรม ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้แก่สมาชิกในชุมชน ซึ่งมีผลให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ มีความเห็นใจผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น (เปรมฤดี ดำรักษ์, 2545)

สรุปแล้วการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น ต้องอาศัยองค์ความรู้ทั้งทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และศาสตร์สาขาอื่นๆ การดูแลผู้ป่วยต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวมของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด (สุภาวดี บุญชู, 2551) แต่ในปัจจุบัน ผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการโรงพยาบาลระดับจังหวัดนั้น มีทั้งในเขตพื้นที่รับผิดชอบและมาจากนอกเขตรับผิดชอบ ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ห่างไกล การดูแลผู้ป่วย เช่นการติดตามให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้าน ยังเป็นปัญหาในทางปฏิบัติ การประสานการทำงานกับทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยและครอบครัว

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้ศึกษา และให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้

สาธุพร พุฒขาว (2541) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับแผนการรักษา และปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่องของการรับประทานยาร่วมกับมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

เพชรี คันธสายบัว (2545) กล่าวว่าพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ

สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) กล่าวว่าเป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยแสดงออกใน 5 ลักษณะคือการใช้ยาอย่างต่อเนื่องไม่ หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลาโดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อ/สัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

Sackett et al. (1985) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ว่าเป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงเพื่อการรักษา ไม่ได้หมายความแค่เพียงการรับประทานยา แต่หมายถึงวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อการรักษาทั้งความยินยอมในการรักษา การไปตรวจตามนัด

Razali and Yahya (1995) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ว่าเป็นการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง โดยมีพฤติกรรมการแสดงออกด้วยไม่ขาดยาเกิน 2 มื้อภายในเวลา 2 สัปดาห์ หรือไม่มาตรวจตามนัดเกิน 1 ครั้ง

Kumar and Sedwick (2001) ให้ความหมาย พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาว่าสามารถอธิบายได้ด้วยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้ยาถูกต้องตามแผนการรักษา หรืออาจผิดพลาดได้ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ แต่ถ้าผู้ป่วยใช้ยาเมื่อมีอาการรุนแรงหรือหยุดยาเอง แสดงว่าการใช้ยาไม่เป็นไปตามแผนการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยามากมายซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากการศึกษาของสรินทร เชี่ยวโสธร (2545) สรุปความหมายดังนี้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยแสดงออกใน 5 ลักษณะคือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยาการใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อ/สัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

2.1.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการศึกษาถึง สาเหตุและปัจจัยของการป่วยซ้ำ จนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีหลายสาเหตุหลายปัจจัยได้แก่ ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้ยาในการรักษา ใช้ยาไม่ต่อเนื่อง หยุดยาก่อนกำหนดใช้ยาเฉพาะเวลารู้สึกมีอาการผิดปกติ ใช้ยาไม่ถูกขนาดใช้ยาน้อยหรือเพิ่มขนาดมากกว่าแผน การรักษา ใช้ยาไม่ถูกเวลา (Perkins Do, 2002) รวมถึงไม่มาตรวจตามแพทย์นัด (Davidhizar, 1982)

จากการศึกษาของ Oehl, Hummer and Fleischhacker (2000) กล่าวว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มีหลายปัจจัยต่างกัน แบ่งกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์เป็น 4 ด้าน

1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เป็นปัจจัยพื้นฐานแสดงออกถึงคุณสมบัติแต่ละบุคคลให้มีการแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือป้องกันการป่วยซ้ำหลังได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้นและกลับคืนสู่ชุมชนได้ ซึ่งบอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยดังนี้

1.1) ลักษณะประชากรที่ส่งผล ต่อกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยมี 2 ประการคือ อายุและเพศ

1.2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สร้างขึ้นโดย Becker (1974) ที่เน้นทัศนคติและความเชื่อในการอธิบายการปฏิบัติของบุคคลต่อภาวะสุขภาพที่ได้รับการยอมรับ ในการทำนายพฤติกรรม ประกอบด้วยการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติการป้องกันโรค แนวคิดนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทดังนี้

1.2.1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility) หมายถึง ความคิดความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้แต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันตามการประเมินความเป็นไปได้ในการเกิดปัญหา โดยรับรู้จากความเสี่ยงและประสบการณ์ของตนเองทำให้มีการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ หรือปัญหาสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เป็นปัจจัยสำคัญที่เข้าใจถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เคยเป็นมาก่อน ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึง ความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อย่างถูกต้อง

1.2.2) การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived severity) หมายถึง ความคิดความเชื่อของบุคคลถึงความรุนแรงของการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น ความรุนแรงขึ้นอยู่กับการประเมินการเกิดโรคของตนเอง การที่บุคคลรับรู้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีผลกระทบรุนแรงต่อร่างกาย สังคมสัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาทในสังคม จึงเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้นร่วมกับประสบการณ์การรักษาในโรงพยาบาลซ้ำว่า มีผลกระทบต่อร่างกายจิตใจครอบครัว และการประกอบอาชีพ จะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นภาวะคุกคามนี้

1.2.3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefit) หมายถึง ความคิดความเชื่อของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค หรือป้องกันอาการเจ็บป่วยมาก

ขึ้นเป็นการตัดสินใจทำกิจกรรมดูแลตนเอง ที่เชื่อว่าสามารถทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการ การดูแลตนเองที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการยอมรับลดข้อรังเกียจจากสังคม สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุขและมีส่วนช่วยป้องกันการป่วยซ้ำได้

1.2.4) การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ (Perceived barrier) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่างๆที่ขัดขวางการปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมให้มีร่างกายแข็งแรง ในผู้ป่วยจิตเภทการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติของตนเองมีอุปสรรค เช่นการที่ญาติให้ความช่วยเหลือมากเกินไปไม่ปล่อยให้เป็นอิสระ การถูกรังเกียจ กีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ไม่ได้รับความไว้วางใจ สิ่งเหล่านี้ขัดขวางการดูแลตนเอง ส่งผลต่อการเสื่อมถอยสมรรถภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

1.3) ลักษณะความเจ็บป่วย Kaplan and Sadock (1995) กล่าวถึง สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วย ไม่ปฏิบัติตามแผนว่าเกิดเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์ 2 ลักษณะได้แก่

1.3.1) ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต

1.3.2) อาการทางลบ เป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดคุณสมบัติบางประการที่บุคคลปกติควรมี เช่น การตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ แยกตัว ขาดความสามารถในการคิดการแสดงอารมณ์ การทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ขาดแรงจูงใจในการรักษา ไม่ใช้ยาตามเกณฑ์ การพยากรณ์โรคไม่ดี (Oehl et al., 2000)

2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้น ในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภททั้งครอบครัวและชุมชนที่มีผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วย ฐานะทางเศรษฐกิจ การอยู่ร่วมกับครอบครัว การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา การแสดงออกทางอารมณ์ของญาติ ทัศนคติของสังคมและครอบครัว เป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลเหล่านี้ต่อการรักษาทางจิต ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท

3) ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการรักษาที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้แก่

3.1) วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย

3.2) ความซับซ้อนของการรักษา

3.3) ฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต

4) ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ ปัจจัยด้านทีมสุขภาพที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ได้แก่สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ สัมพันธภาพที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ และจดจำปฏิบัติตามแผนได้ดีจะส่งผลดีต่อความร่วมมือในการรักษา

จะเห็นได้ว่า มีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในผู้ป่วยจิตเภท การประเมินปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา เป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องลดโอกาสเสี่ยงของการกลับป่วยซ้ำได้

2.1.2 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์มีหลายวิธี (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536; สาธุพร พุฒขาว, 2541) ได้แก่

2.1.2.1 การประเมินโดยตรง (Direct method) วิธีการประเมินโดยตรง คือ การวัดระดับปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้ โดยติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของระดับยาตามความเหมาะสม ได้แก่

1) การวัดระดับยาในเลือด (Blood level monitoring)

2) การวัดปริมาณยาในปัสสาวะ

3) การวัดปริมาณยาจากสิ่งคัดหลังจากร่างกายอื่นๆเช่นน้ำลาย อุจจาระ ลมหายใจ

2.1.2.2 การประเมินทางอ้อม (Indirect method) เป็นการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์โดยประเมินจากวิธีการอื่นที่ไม่ใช่การวัดจากตัวยาโดยตรง แต่วิธีการประเมินสัมพันธ์กับพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วย อาจทำได้หลายวิธี คือ

1) การสัมภาษณ์เป็นวิธีที่ใช้บ่อยและง่ายที่สุด

2) การนับจำนวนเม็ดยา

3) การสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยตรง

4) พิจารณาจากการมาตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ เป็นผู้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา 5) การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตนเอง (Self–report)

จากการทบทวนรายงานการศึกษาพบว่า เพชรี คันธสายบัว (2544) วัดพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ส่วน Kumar and Sedgwick (2001) ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ โดยใช้ Compliance Rating Scale (CRS) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นโดยแสดงให้เห็นว่าการใช้เครื่องมือทีมีองค์ประกอบของการตรวจทางห้องทดลองสามารถทำให้ผลการประเมินเชื่อถือได้มากขึ้นก็จริง แต่เหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์ของผู้ป่วยแต่ละราย สามารถได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มากกว่า ดังนั้นการประเมินโดย

I26060176

การสัมภาษณ์อย่างเดียวจึงดีกว่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง (Self–report) (อุมาพร กาญจนรักษ์ , 2545)

ดังนั้น สรุปได้ว่าแม้ว่าใช้การประเมินหลายวิธีจะทำให้ผลการประเมินน่าเชื่อถือ แต่การสัมภาษณ์ เป็นวิธีที่นิยมสามารถได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่สร้างขึ้นโดย สรินธร เชี่ยวโสธร (2545

2.2 ความหมายของความตั้งใจมาตรวจตามนัด ความหมายของความตั้งใจมีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายดังนี้

Ajzen and Fishbein (1980) กล่าวว่าความตั้งใจ หมายถึงเหตุผลของมนุษย์ที่มีการพิจารณาก่อนตัดสินใจกระทำพฤติกรรม (Behavior intention) ซึ่งสามารถทำนายความตั้งใจกระทำพฤติกรรมได้จากการวัด ถ้าสามารถวัดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมแล้วก็สามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องใกล้เคียงมากที่สุด ความตั้งใจกระทำพฤติกรรมนั้นขึ้นอยู่กับเจตคติ และบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมนั้น

Ajzen (1988) กล่าวว่า ความตั้งใจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับแรงจูงใจที่มีผลกระทบกับการกระทำพฤติกรรมของบุคคล กล่าวคือความตั้งใจ เป็นตัวบ่งชี้ว่าบุคคลมีเจตนาและมีการวางแผนมากน้อยเพียงใดในการกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ซึ่งความตั้งใจกระทำพฤติกรรมพฤติกรรมนี้จะคงอยู่จนกระทั่งถึงเวลาและโอกาสที่เหมาะสม บุคคลจึงแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะที่สอดคล้องกับความตั้งใจ ซึ่งการทำนายพฤติกรรมอย่างง่ายคือ การสอบถามว่าบุคคลมีความตั้งใจจะกระทำหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่

Salazar (1991) กล่าวว่าถ้าสามารถวัดความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมแล้วก็จะสามารถอธิบายพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องใกล้เคียงมากที่สุด

Conner and Armitage (1998) กล่าวว่า ความตั้งใจหมายถึง ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม สามารถช่วยให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้

Lennon (2000) กล่าวว่าพฤติกรรมความตั้งใจ (Behavior intention) ของผู้บริโภคเป็นตัวสะท้อนของการทำนายพฤติกรรมการซื้อบริการ หรือการใช้บริการในอนาคตและสามารถใช้เป็นตัวทำนายที่เหมาะสมในการแสดงออกของพฤติกรรมนั้นๆ

จากแนวคิดเกี่ยวกับความตั้งใจนี้ ผู้วิจัยได้นำมาเป็นพื้นฐานในการศึกษาเกี่ยวกับการทำนายพฤติกรรมที่มาจากความตั้งใจจะกระทำของบุคคล ซึ่งหากมีความตั้งใจระดับสูงย่อมมีโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมตามที่ตั้งใจมากเช่นกัน ทั้งนี้ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้เป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรม และความตั้งใจจะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลแสดงออกมาเป็น

พฤติกรรม (Pender, 1996) ดังนั้นพฤติกรรมความตั้งใจสามารถกล่าวได้ว่า เป็นตัวแทนของพฤติกรรม หรือเป็นการวางแผนพฤติกรรมในอนาคตของแต่ละบุคคล

สรุปได้ว่าความตั้งใจมาตรวจตามนัด หมายถึงแนวคิดของผู้ป่วย ที่แสดงออกตามความตั้งใจมาตรวจตามนัดหมายของแพทย์ ติดตามการรักษาของตนอย่างระมัดระวัง ซึ่งเกิดจากเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมและประเมินแล้วว่าพฤติกรรมนั้นเกิดผลบวก และรับรู้ว่าตนมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรม ส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมมาตรวจรับยาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ มาตรวจตามนัดมากขึ้น

ปัจจัยเกี่ยวกับเรื่องเวลาที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด ดังรายละเอียดดังนี้

1) การลดความถี่ของการนัด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจมาตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง (McDonald et al., 2002)

2) การเลือกเวลานัดตรวจที่ผู้ป่วยสามารถมาตามนัดได้ และเลื่อนเวลานัดได้ตามความเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด การทำนายการมาตรวจตามนัดตามแนวคิดของ Ajzen (1988) คือ การสอบถามว่าบุคคลมีความตั้งใจจะกระทำหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษานั้น ถือได้ว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากแนวคิดสร้างเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender et al., 2006) ได้กล่าวว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จะสามารถควบคุมอาการของโรคและลดความรุนแรงของโรคได้ (โดยบุคคลกระทำพฤติกรรมใดๆ เพื่อให้มีสุขภาพดี) ซึ่งผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษานั้นมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดังนี้ 1) เป็นผู้ริเริ่มและกระทำอย่างจริงจัง (active role) โดยมาตรวจรับยาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

2) เป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย (goal directed) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพื่อให้เกิดผลดีต่อการรักษาและลดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย ยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี

3) รับเอาพฤติกรรมนั้นๆ เข้าไว้เป็นวิถีชีวิต (life style) โดยผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมวิถีชีวิตด้วยความเต็มใจ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิตโดยเฉพาะเมื่อผสม ผสานอยู่ในวิถีชีวิตทุกด้าน

2.3 บทบาทพยาบาลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด การที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นปัญหาที่สำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำและกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัดเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญ และต้องทำอย่างต่อเนื่องทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน ซึ่งพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนให้

ผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัด โดยการให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาการให้คำแนะนำในการรับประทานยาตามแผนการรักษา การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดผลข้างเคียงของยาและการมารับการรักษาตามนัด การติดตามผลการรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทบอกปัญหาที่เกิดจากการรับประทานยา รวมทั้งการให้เวลาแก่ผู้ป่วยในแต่ละครั้ง (Johnson, 1987; 1988) ซึ่งแนวทางการพยาบาลมีดังนี้

2.3.1 การดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภท ได้รับยาอย่างปลอดภัยสิ่งสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก คือเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกปัญหาและความต้องการของตนที่เกิดจากการใช้ยา สร้างความไว้วางใจให้เกิดกับผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วยช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา รวมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะที่ได้รับยา (Hitchen, 1977)

2.3.2 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ การให้ความรู้เป็นบทบาทที่สำคัญที่พยาบาลต้องให้แก่ผู้ป่วย (Wilson and Kneisl, 1996) มีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่เกิดจากการรักษา ระดับความรู้ที่ผู้ป่วยมี ก่อนให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับระดับปัญหาของผู้ป่วย (Johnson, 1989) เนื้อหาของความรู้ที่พยาบาลควรให้แก่ผู้ป่วยคือ (Johnson, 1997) ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา, การมารับการรักษาตามนัด, การติดตามการตอบสนองของผู้ป่วยที่มีต่อยา, การติดตามผลการรักษา

2.3.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด (Johnson, 1987) พยาบาลควรกระตุ้นให้ญาติหรือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้รับความรู้เรื่องโรคและการรักษา เพื่อสามารถช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้

3. ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน(Percived self-efficacy) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social learning Theory) ของ Bandura (1977) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในโดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆก็ถือว่าการเรียนรู้เกิดขึ้นแล้ว และการแสดงออกของพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นการเรียนรู้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) แม้ความรู้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่สามารถอธิบายการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้ ครอบคลุมมีการศึกษาที่ยืนยันว่า ความรู้จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ต้องผ่านความรู้สึกนึกคิด (Self-referent thoughts) ของบุคคลก่อน (Schunk and Cabonari, 1984) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด และ เป็นตัวเชื่อมระหว่าง ความรู้ และ การกระทำ

(Lawrance, Levy and Rubinson, 1990; Lawrance and McLeroy, 1986) มีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางของจิตใจ และก่อเกิดความรู้สึกว่า "ฉันทำได้" (I can do) (Ross, 1992) งานของ Bandura ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น ในระยะแรก Bandura เสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม (Bandura, 1977) แต่ต่อมา Bandura (1986) ได้ใช้คำว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Percived self - efficacy) โดยให้ความจำกัดความว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยที่ Bandura นั้นไม่ได้กล่าวถึงคำว่าความคาดหวังความสามารถของตนเองอีกเลยจึงใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง แทนคำว่า การคาดหวังความสามารถของตนเอง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura,1986:1997) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำสิ่งต่างๆให้ประสบความสำเร็จได้ตามที่ต้องการ เนื่องจากบุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมก็ต่อเมื่อเขาเชื่อว่าตนเองสามารถกระทำสิ่งนั้นให้สำเร็จ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเอง นั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกันแต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ถ้าพบว่าบุคคล 2 คนนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่างกัน ในคนๆเดียวกันก็เช่นกัน ถ้าการรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์ที่แตกต่างกันก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม บุคคลมีโอกาสพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ ถ้าได้รับแรงส่งเสริมให้ฝึกทักษะอย่างเพียงพอ ที่จะทำให้ประสบความสำเร็จได้ดีพร้อมๆกับได้รับแรงส่งเสริม จะทำให้ตนรับรู้ว่าตนสามารถที่จะทำได้เช่นกัน (Hejelly and Ziegler, 1992) ซึ่งจะแสดงไว้ให้เห็นดังภาพ

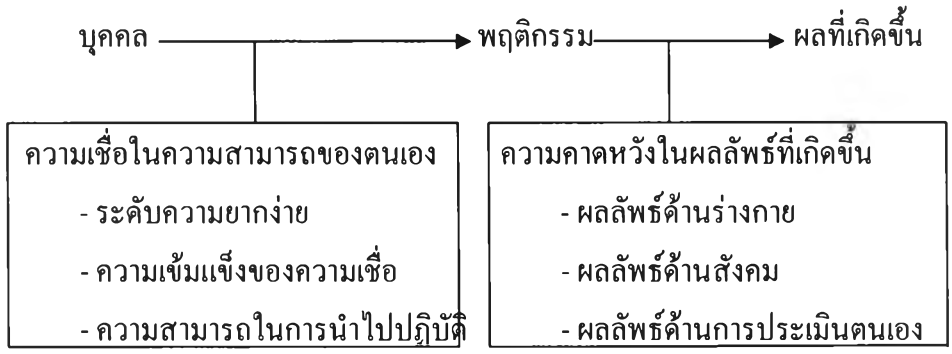
ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้น

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	สูง	ต่ำ
สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Bandura, 1978)

การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) แรงผลักดันทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล บุคคลจะได้รับการเสริมให้มีแรงจูงใจเพิ่มขึ้น เมื่อผลจากการกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นไปในทางที่ดี และจะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติในพฤติกรรมที่มีผลเสีย (สมจิตร หนุเจริญกุล, 2537)

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมถูกส่งเสริมให้เกิดการรับรู้การควบคุมของบุคคล ถ้าบุคคลเชื่อว่าสามารถแก้ปัญหาได้เขาก็มีแนวโน้มที่จะทำและมั่นใจในการตัดสินใจมากขึ้น ในขณะที่คาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (outcome expectation) เป็นการรับรู้ผลที่ได้จากการกระทำ หมายถึงการคาดคะเนของบุคคลว่า ถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนคาดหวังเป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน Bandura (1997) ได้นำเสนอรูปแบบปัจจัยด้านความคาดหวังในความสามารถสัมพันธ์กับพฤติกรรมและผลลัพธ์ ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 1 ความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไข และความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (Bandura , 1997)

self-efficacy ทำให้เกิดความแตกต่างของบุคคลทางด้านความรู้สึกความคิด และ พฤติกรรมที่แสดง ออกในส่วนของความรู้สึก ความรู้สึกรับรู้ความสามารถของตนเองที่ต่ำ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (depress) วิตกกังวล (anxiety) ความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง (hopelessness) คนเหล่านี้มักมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (low self esteem) และมองโลกในแง่ร้ายในความคิดเรื่องความสำเร็จ และการพัฒนาบุคคลในส่วนของความคิดการรับรู้กระบวนความคิดที่มีความสามารถ(competency) และการกระทำที่เป็นวิชาการ (academic performance) ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถเสริมและขัดขวางการกระทำ การจูงใจในการกระทำ คนที่รับรู้ความสามารถของตนเองเลือกที่จะทำงานท้าทาย พวกเขาจะตั้งเป้าหมายสูงขึ้นและเข้มงวดกับสิ่งนั้น (Locke and Latham, 1990)

สรุปได้ว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ ขึ้นอยู่ว่าตนเองรับรู้ว่ามีความสามารถพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถพอกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนเองต้องการหรือไม่ บุคคลเกิดการเรียนรู้ว่าการกระทำนั้นเกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่ถ้าคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถไม่เพียงพอที่จะกระทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เกิดประโยชน์ต่อตนเอง จะคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถไม่เพียงพอที่กระทำพฤติกรรมนั้น ก็หลีกเลี่ยงที่จะกระทำพฤติกรรม เพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวังหรือความล้มเหลว

3.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Bandura (1986) กล่าวว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำของบุคคล 4 ประการดังนี้

3.1.1 การเลือกกระทำพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันนั้น บุคคลจะต้องตัดสินใจตลอดเวลา ว่าจะต้องกระทำพฤติกรรมใด ใช้เวลานานเท่าใด การที่เลือกปฏิบัติกิจกรรมใดในสภาพการณ์ใดนั้น ส่วนหนึ่งก็เนื่องมาจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยเฉพาะบุคคลจะเลือกทำงานนั้นถ้าเขาเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำงานนั้นให้สำเร็จได้ ในขณะที่บุคคลที่เชื่อว่าเขามีความสามารถไม่พอในการทำงานนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงงาน บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงมักจะเลือกทำงานที่มีลักษณะท้าทาย มีแรงจูงใจที่จะพัฒนาความสามารถของตนให้สูงขึ้น ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ มักจะหลีกเลี่ยงงาน ท้อถอยขาดความมั่นใจในตนเอง เป็นการพลาดโอกาสที่จะพัฒนาความสามารถของตน แต่ถ้าบุคคลประเมินความสามารถของตนสูงเกินไปและต้องพบกับการทำงานที่เกินความสามารถ ความล้มเหลวจะทำให้เขารู้สึก ทุกข์ เครียด ผิดหวัง และทำลายความเชื่อในความสามารถของเขาลงไปด้วย ส่วนบุคคลประเมินความสามารถของตนต่ำเกินไปมักจะเลือกงานที่พื้นๆ และง่าย ซึ่งเป็นการจำกัดความสามารถของตนเองและมักจะมีความสงสัยในความสามารถของตนเอง ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน ทำให้เขาขาดความพยายามในการทำกิจกรรมใดๆ ในที่สุดก็ขาดการพัฒนาความสามารถของตนเองให้ก้าวหน้า

3.1.2 การใช้ความพยายามและความอดทนในการทำงาน สมรรถนะแห่งตนที่บุคคลประเมินนั้น จะเป็นตัวกำหนดว่าเขาต้องใช้ความพยายามเท่าใด และจะต้องอดทนเผชิญต่ออุปสรรคต่างๆได้นานเท่าใด ยิ่งบุคคลมีความสามารถสูงเท่าใด บุคคลนั้นจะยิ่งมีความพยายามและอดทนในการทำงานมากเท่านั้น และมักจะประสบความสำเร็จในงานที่ท้าทายความสามารถ ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ มักจะสงสัยในสมรรถนะแห่งตน เมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรคหรือพบกับงานที่รู้สึกว่ายาก ทำให้ขาดความพยายามและเลิกกระทำไปในที่สุด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคล ซึ่งมีผลต่อความพยายามที่จะเรียนรู้และกระทำการใดๆให้ลุล่วงจึงมีความสำคัญ

และจำเป็นในกิจกรรมที่บุคคลรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ยาก โดย Solomon (1984 อ้างถึงใน Bandura, 1986) พบว่า นักเรียนที่รับรู้ว่าตนมีสมรรถนะแห่งตนสูง จะมีความพยายามเรียนสูง และมีการเรียนรู้ได้ดีเมื่อเรียนจากสื่อการสอนที่เขารู้สึกว่ายาก ในขณะที่เขาเรียนจากสื่อการสอนที่รู้สึกว่าง่ายนั้นจะใช้ความพยายามในการเรียนต่ำกว่าและเรียนรู้ได้น้อยกว่า

3.1.3 รูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อรูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ในระหว่างการกระทำพฤติกรรม และการคาดการณ์กระทำภายหน้า ผู้ที่รับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะแห่งตนสูง จะเอาใจใส่และมีความพยายามในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ สำหรับบุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะแห่งตนต่ำจะรู้สึกว่างานนั้นยากลำบาก ซึ่งมักจะรู้สึกมากเกินความเป็นจริง มีผลให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดและทำลายสมรรถนะของตนเองที่จะเรียนรู้ในงานที่ล้มเหลวสูง อุปสรรคจะเป็นการกระตุ้นตนเอง ให้มีความพยายามยิ่งขึ้น จากการศึกษาของ Collins (1982 อ้างถึงใน Bandura, 1986) พบว่า การแก้ไขปัญหาที่ยากนั้น บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะสูงจะอนุมานถึงสาเหตุของความล้มเหลวของตนว่า เกิดจากขาดความพยายามขณะที่บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะต่ำนั้นอธิบายว่า เกิดจากการขาดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั่นเอง

3.1.4 เป็นผู้กำหนดการกระทำพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้ทำนายพฤติกรรม นั่นคือ บุคคลที่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะคิด และรู้สึก และกระทำพฤติกรรมที่แตกต่างจากบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ โดยบุคคลที่มีการรับรู้ว่าตนมีสมรรถนะสูงจะสนใจและเลือกทำงานท้าทาย หากยังไม่บรรลุเป้าหมายก็จะยิ่งพยายามมากขึ้น ถ้าพบกับความล้มเหลวก็จะใช้ความล้มเหลวเป็นตัวกระตุ้นช่วยให้ประสบความสำเร็จ และกระทำการต่างๆ อย่างไม่วิตกกังวล ตรงกันข้ามกับผู้ที่รับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะต่ำ มักจะเอาสมรรถนะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมในอนาคตของตน แต่ไม่พยายามใช้สมรรถนะของตน โดยจะหลีกเลี่ยงงานที่ยากเมื่อพบกับอุปสรรคก็จะเลิกล้มการกระทำนั้นทำให้มีความปรารถนา ความทะเยอทะยานต่ำ และต้องพบกับความเครียดและความวิตกกังวลอย่างมาก

Bandura (1986) กล่าวว่า ปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนมีดังนี้

1) อายุ ซึ่งเป็นปัจจัยแสดงถึงวุฒิภาวะของบุคคลหรือเป็นความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับเรื่องราว หรือปัญหาต่างๆ ของตนเอง และบุคคลที่มีอายุมากกว่าย่อมมีโอกาสมากกว่าที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง และการได้สังเกตแบบอย่างการกระทำจากบุคคลอื่น ดังนั้นอายุที่แตกต่างจึงน่าจะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้วยเช่นเดียวกัน

2) ระดับการศึกษา ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของการรู้คิด การตัดสินใจหรือพิจารณา เรื่องราวต่างๆ พร้อมทั้งมีการเรียนรู้ และเข้าใจในสิ่งต่างๆ ได้ง่าย รู้จักแสวงหาแหล่งความรู้ และได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆได้หลายประเภท อีกทั้งยังช่วยให้บุคคลมีความสามารถนำเอาความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป (Orem, 1985)

3) รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญอีกประการหนึ่ง ที่จะส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะของบุคคล จะเห็นได้จากการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจหรือระดับรายได้ Pender (1996) กล่าวว่าระดับฐานะทางเศรษฐกิจสังคม มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเอง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน จะผันแปรไปตาม 3 มิติ (dimension) ดังนี้ (Bandura, 1977, 1986, 1997)

มิติที่ 1 มิติตามขนาด หรือระดับความยากง่ายของพฤติกรรม (Magnitude or level) หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำพฤติกรรมของแต่ละบุคคล จะมีความแตกต่างกัน ซึ่ง บางครั้งอาจจะถูกจำกัดจากระดับความยากง่ายของงาน ที่บุคคลเชื่อว่า จะสามารถทำได้และเลือกกระทำในสถานการณ์นั้นๆ การรับรู้ความสามารถของบุคคลจะอยู่ในระดับใดวัดได้โดยเปรียบเทียบกับระดับความต้องการทำงาน ที่แสดงให้เห็นในขั้นที่ท้าทายหรือมีสิ่งใดขัดขวางให้การกระทำนั้นไม่ประสบความสำเร็จ ถ้าไม่มีอุปสรรคเกิดขึ้นกิจกรรมนั้นจะเป็นสิ่งที่ง่ายต่อการกระทำ และทุกๆคนจะมีความรู้สึกรับรู้สมรรถนะของตนสูงเหมือนๆ กัน

มิติที่ 2 มิติความเข้มแข็งหรือความมั่นใจ (Strength) หมายถึงความเชื่อมั่นของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ ถ้าความเชื่อในความสามารถของตนเองมีความเข้มแข็งน้อย บุคคลจะไม่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง เมื่อประสบกับสถานการณ์ที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ในขณะที่บุคคลมีความเข้มแข็งหรือเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองอย่างเหนียวแน่น จะมีความอุตสาหะใช้ความพยายามมากขึ้น ที่จะกระทำกิจกรรมแม้จะประสบกับสถานการณ์ที่มีความยุ่งยาก หรือ อุปสรรคมากมายเพียงใดก็ตาม ทำให้กิจกรรมที่เลือกกระทำนั้นมีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จมิ

ติที่ 3 มิติความเป็นสากล (Generality) หมายถึงความสามารถในการนำประสบการณ์ที่ตนเคยประสบความสำเร็จในการเผชิญกับสถานการณ์บางอย่างมาก่อน มาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความคล้ายคลึงกันในสถานการณ์ใหม่ บุคคลจะตัดสินความสามารถของตนเองบางสถานการณ์หรือบางกิจกรรมเท่านั้น ซึ่งจะผันแปรไปตามจำนวนของมิติที่แตกต่างกัน ระดับความคล้ายคลึงกัน

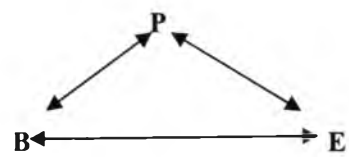
ของกิจกรรม รูปแบบที่แสดงออกถึงความสามารถ (พฤติกรรม ความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึก) ลักษณะของสถานการณ์และลักษณะเฉพาะของบุคคลที่มีท่าทีต่อพฤติกรรมนั้นโดยตรง

3.2 การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura (1986) เกิดจาก 4 ปัจจัย ดังนี้

3.2.1 การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ จะเกิดความวิตกกังวลและความเครียด และจะนำไปสู่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณ์ดังกล่าวเกิดมากขึ้นจะทำให้บุคคล ไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี นำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลงทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

3.2.2 การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลกรรมที่พึงพอใจก็จะทำให้ผู้สังเกตฝึกความรู้สึกว่า เขาก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ การเรียนรู้ Bandura จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆ ก็ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว แม้ว่าจะยังไม่มีการแสดงออกก็ตาม

1) องค์ประกอบของการเรียนรู้โดยผ่านตัวแบบ Bandura เชื่อว่าพฤติกรรมของคนเรานั้นไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ว่าต้องมีปัจจัยส่วนบุคคล (ปัญญา ชีวะภาพ และสิ่งภายในอื่นๆ) ร่วมด้วยและการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้น จะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) กับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมซึ่งอาจแสดงได้ดังภาพ



ภาพ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางพฤติกรรมและปัจจัยจากสภาพแวดล้อม

จากภาพ ปัจจัยทั้งสาม ได้แก่ ปัจจัยทางพฤติกรรม (B) ปัจจัยส่วนบุคคล (P) และ (E) ปัจจัยจากสภาพแวดล้อมการที่ปัจจัยทั้ง 3 ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้น จะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกันบางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่า อีก

บางปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้นไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมๆกัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ (Bandura,1989)

2) กระบวนการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบ ประกอบด้วย

2.1) กระบวนการตั้งใจ (Attention Processes) เป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจแบ่งออกเป็น องค์ประกอบของตัวแบบเองโดยตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะสังเกตต้องมีลักษณ์เด่นชัด ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อน จิตใจรวมทั้งพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงออกควรมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบของผู้สังเกต ซึ่งได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ การได้ยิน การรับรู้รส กลิ่นและสัมผัสจุดของการรับรู้ ความสามารถทางปัญญา ระดับการตื่นตัว ความชอบที่เคยได้เรียนรู้มาก่อนแล้ว

ความตั้งใจ สำหรับ Ajzen and Fishbein (1980) กล่าวว่าบุคคลจะทำอะไรโดยมีเหตุผลเสมอและจะมีวิธีการใช้ข้อมูลที่มีอยู่ประกอบการพิจารณาในการกระทำในแต่ละครั้ง พฤติกรรมของบุคคลจะถูกกำหนดโดยความตั้งใจ ซึ่งความตั้งใจจะกระทำถูกกำหนดด้วยปัจจัย 2 ประการคือ ทัศนคติต่อพฤติกรรมบุคคลจะประเมินความเชื่อเกี่ยวกับผลการกระทำพฤติกรรมประเมินค่าของผลการกระทำพฤติกรรมนั้น ปัจจัยที่สองคือ บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง บุคคลจะประเมินว่ากลุ่มที่มีความสำคัญกับตนคิดว่าตนควรทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ ถ้าการกระทำนั้นนำไปสู่ผลการกระทำที่เป็นบวก บุคคลจะมีทัศนะคติที่ดีต่อการกระทำ ตรงกันข้ามถ้าบุคคลเชื่อว่าการกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลในทางลบบุคคลจะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการกระทำนั้น ดังนั้นบุคคลจะตั้งใจทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งเมื่อได้ประเมินแล้วว่าพฤติกรรมนั้นมีผลทางบวก และเชื่อว่ากลุ่มอ้างอิงเห็นด้วยว่า เขาควรทำพฤติกรรม ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลประเมินว่าพฤติกรรมนั้นมีผลทางลบและกลุ่มอ้างอิงไม่เห็นด้วยที่จะให้เขาทำพฤติกรรมเขาก็จะหลีกเลี่ยงที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น

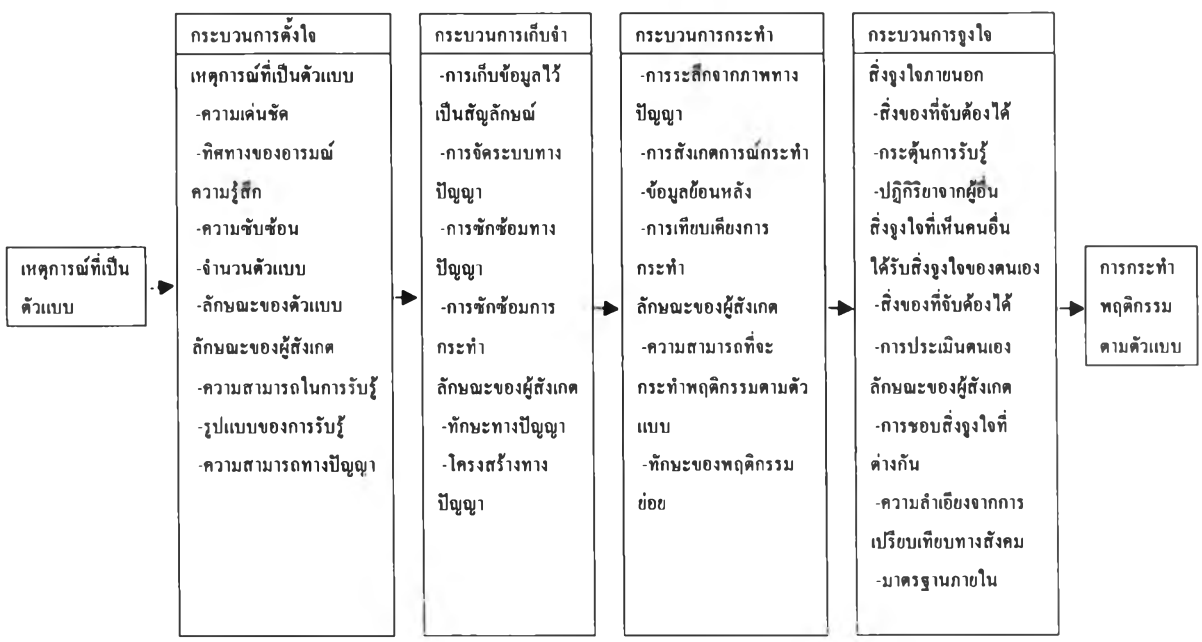
2.2) กระบวนการเก็บจำ (Retention Processes) บุคคลจะไม่ได้รับอิทธิพลมากนักจากตัวแบบถ้าเขาไม่สามารถจดจำได้ถึงลักษณะของตัวแบบ ปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการเก็บจำ คือ การเก็บรหัสเป็นสัญลักษณ์ เพื่อให้ง่ายแก่การจำ การจัดระบบโครงสร้างทางปัญญาการซักซ้อมลักษณะของตัวแบบที่สังเกตในความคิดของตนเองและซักซ้อมด้วยการกระทำ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความสามารถทางปัญญาและโครงสร้างทางปัญญาของผู้สังเกตอีกด้วย

2.3) กระบวนการกระทำ (Production Processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้นั้นมาเป็นการกระทำ ขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำได้ในการสังเกตการณ์กระทำของตนเอง การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง และการเทียบเคียงการกระทำ

กับภาพที่จำได้และขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้สังเกต ซึ่งได้แก่ ความสามารถทางกายและทักษะในพฤติกรรมย่อย ที่ทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมได้ตามตัวแบบ

2.4) กระบวนการจูงใจ (Motivational Processes) การที่บุคคลเกิดการเรียนรู้แล้วจะแสดงพฤติกรรมหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับกระบวนการจูงใจ ย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของสิ่งล่อใจจากภายนอกสิ่งนั้นจะต้องการกระตุ้นการรับรู้จับต้องได้ เป็นที่ยอมรับของสังคมและพฤติกรรมที่กระทำตามตัวแบบนั้นสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ได้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจที่เห็นผู้อื่นได้รับตลอดจนสิ่งล่อใจของตนเองซึ่งอาจจะเป็นวัตถุสิ่งของและการประเมินตนเอง นอกจากนี้ในแง่ของผู้สังเกตนั้นยังขึ้นอยู่กับความพึงพอใจในสิ่งล่อใจ ความลำเอียงจากการเปรียบเทียบทางสังคมและมาตรฐานภายในของตนเอง

การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบสามารถสรุปได้ ดังนี้



ภาพที่ 3 กระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ

3) ประเภทของตัวแบบ ตัวแบบแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

3.1) ตัวแบบสัญลักษณ์เป็นตัวแบบที่เสนอโดยผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ ภาพยนตร์ สไลด์ วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน หรือข้อเขียนต่างๆ เป็นต้น ซึ่งการเสนอตัวแบบวิธีนี้สามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์และพฤติกรรมให้มีความเด่นชัด ไม่ซับซ้อน ตลอดจนสามารถควบคุมผลกรรมของตัวแบบที่จะได้รับ เนื่องจากมีการจัดเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้แล้ว

ตัวแบบเพียงตัวเดียวสามารถก่อให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมแก่บุคคลจำนวนมาก และในหลายๆ สภาพการณ์ รวมทั้งถ่ายทอดความคิดและการแสดงออกได้พร้อมๆกัน (Bandura, 1977) แต่ถ้าตัวแบบสัญลักษณ์ไม่สมจริงหรือขัดแย้งกับพฤติกรรมของตัวแบบในชีวิตจริง อาจทำให้ผู้สังเกตเกิดความสับสน ไม่เชื่อถือ และอาจไม่เลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบนั้น

3.2) ตัวแบบที่มีชีวิตจริง เป็นตัวแบบที่บุคคลสามารถสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรงโดยไม่ต้องผ่านสื่อต่างๆ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) ข้อดีคือสามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตัวแบบให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ต่างๆ ได้ตามธรรมชาติตัวแบบประเภทนี้กระตุ้นความสนใจมากกว่าตัวแบบสัญลักษณ์ แต่ต้องระวังเรื่องการควบคุมผลกรรมเพราะอาจมีเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดไว้เกิดขึ้น ทำให้ตัวแบบไม่ได้รับผลกรรมตามเป้าหมายที่คาดไว้ (Bandura, 1977)

4) ผลของการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบจะส่งผลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบุคคล (Bandura,1986) ดังนี้

4.1) สร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ใหม่ ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลสังเกตเห็นการกระทำของตัวแบบในลักษณะของความคิด หรือพฤติกรรมใหม่ๆที่ไม่เคยทำมาก่อน โดยบุคคลจะรวมแบบอย่างพฤติกรรมใหม่ๆมาตรฐานการตัดสินใจ รูปแบบทางภาษา และความสามารถทางปัญญาของตัวแบบมาเป็นเกณฑ์ในการสร้างพฤติกรรม

4.2) ลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับการได้รับผลกรรมของตัวแบบภายหลังแสดงพฤติกรรม ถ้าบุคคลสังเกตเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลกรรมที่ไม่น่าพึงพอใจ บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำตามตัวแบบ ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลสังเกตเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่เคยถูกระงับมาก่อนแล้วได้รับผลกรรมที่พึงพอใจบุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบมากขึ้น

4.3) ช่วยเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยช่วยให้พฤติกรรมที่เคยได้รับการเรียนรู้มาก่อนมีโอกาสแสดงออกหรือถ้าเคยแสดงออกแล้วแต่ไม่ค่อยได้แสดงออกให้แสดงออกเพิ่มมากขึ้นผลของตัวแบบในลักษณะนี้จะทำหน้าที่กระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมนั้นออก มา

4.4) ปัจจัยที่ช่วยให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ประกอบด้วยความสามารถของผู้สังเกตในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตามพฤติกรรมของตัวแบบที่เหมาะสมที่สุด การเรียนรู้ของผู้สังเกตถึงการกระทำของตัวแบบว่า ได้รับผลกรรมทางบวกหรือผลกรรมทางลบ และผลกรรมที่ได้กระทำพฤติกรรมของผู้สังเกตจะเป็นแรงจูงใจให้มีการพัฒนาพฤติกรรมที่มีอยู่แล้วให้ดียิ่ง

5) แนวทางในการเลือกตัวแบบ มีดังนี้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

5.1) ควรเลือกตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต ทั้งในด้าน เพศ เชื้อชาติศาสนา และทัศนคติซึ่งการที่ตัวแบบมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตนั้น จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมานั้นเหมาะสม และสามารถทำได้เพราะบุคคลนั้นมีลักษณะคล้ายคลึงกับตนซึ่งจะทำให้เขารู้สึกว่าเขาเองก็น่าจะทำได้เช่นกัน

5.2) ตัวแบบควรจะเป็นผู้ที่มีชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกต แต่ถ้ามีชื่อเสียงมากเกิน ไปก็จะทำให้เขามีความรู้สึกว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ไม่น่าจะเป็นจริงสำหรับเขาได้

5.3) ระดับความสามารถของตัวแบบนั้น ควรจะมีระดับที่ใกล้เคียงกับผู้สังเกตเพราะถ้าใช้ตัวแบบที่มีความสามารถสูงจะทำให้ผู้สังเกตคิดว่าไม่น่าจะทำตามได้จะปฏิเสธที่ทำตามตัวแบบ

5.4) ตัวแบบควรมีลักษณะที่เป็นกันเองและอบอุ่น

5.5) ตัวแบบเมื่อแสดงพฤติกรรมแล้ว ได้รับการเสริมแรง จะทำให้ได้รับความสนใจจากผู้สังเกตมากขึ้น การนำวิธีการเรียนรู้จากตัวแบบไปใช้ในการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการสังเกตอย่างชัดเจน ไม่ซับซ้อน สำหรับการคัดเลือกตัวแบบนั้น ต้องคำนึงถึงลักษณะของตัวแบบและวิธีการให้ตัวแบบด้วย

3.2.3 การทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่ง Bandura (1986) เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำคัญทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง การที่บุคคลทำงานแล้วประสบความสำเร็จซ้ำๆกันหลายครั้งจะทำให้บุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นจำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่าเขามีความสามรถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

3.2.4 การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้วิธีการดังกล่าวค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไป Bandura (1986) แบ่งวิธี การชักจูงด้วยคำพูดเป็น 4 วิธี ได้แก่ การแนะนำ (Suggestion) การกระตุ้นชักชวน (Exhortation) การชี้แนะ (instruction) และการอธิบาย (Interpretive treatment) โดยกล่าวว่าการใช้คำพูดชักจูงนั้น ไม่ค่อยจะได้ผลนักในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่จะพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งถ้าจะให้ได้ผล ควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จซึ่งอาจ

จะต้องค่อยๆสร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นพร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกันก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทั้ง 4 ด้านนี้ เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำนายหรือตัดสินว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป เพราะส่งผลให้บุคคลประเมินความ สามารถของตนเอง และเป็นการคำนึงถึงการตัดสินใจของบุคคล เกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนในการดำเนินงานบางอย่างให้สำเร็จ

3.3 ผลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน Bandura (1986) กล่าวถึงผลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ว่ามี 3 ด้าน คือ

3.3.1 รูปแบบความคิดที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลกระทบต่อระบบการคิดและปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่ง สามารถส่งเสริม หรือ บั่นทอน ผลการปฏิบัติงาน

3.3.2 การเลือกกระทำพฤติกรรม บุคคลมักเลือกกระทำพฤติกรรมหรือเลือกสถานการณ์ ที่เขาตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะควบคุม หรือจัดการให้ประสบความสำเร็จได้และหลีกเลี่ยงการกระทำหรือสถานการณ์ที่เขาเชื่อว่ายากเกินความสามารถของตน

3.3.3 ความพยายามและความพากเพียรในการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อระดับความพยายามและความพากเพียรในการเผชิญปัญหา อุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลต่อการกระทำของบุคคล เนื่องจากมีอิทธิพลต่อระบบการคิด การจูงใจ และอารมณ์ความรู้สึกของบุคคล

3.4 การวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนวัดได้ 3 ด้าน (Bandura, 1977) ได้แก่

3.4.1 ความยาก (Magnitude) คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลในการที่จะกระทำพฤติกรรมหนึ่งๆ หรือ แตกต่างกันในบุคคลเดียวกันเมื่อต้องทำพฤติกรรมที่มีความยากง่ายแตกต่างกัน

3.4.2 การนำไปใช้ (Generality) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นๆ ซึ่งประสบการณ์บางอย่างก่อให้เกิดความสามารถในการนำไปปฏิบัติงาน ในสถานการณ์อื่นที่คล้ายคลึงกัน แต่ในปริมาณที่แตกต่างกันได้ ประสบการณ์บางอย่างไม่ทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนถูกนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นๆได้

3.4.3 ความเข้มหรือความมั่นใจ (Strength) ถ้าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความเข้มน้อยคือบุคคลไม่มั่นใจในความสามารถของตน เมื่อประสบเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่ตนเอง

คาดหวัง จะทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง แต่ถ้ามีความเข้มหรือความมั่นใจมากบุคคลจะมีความมานะพยายามแม้ว่าจะประสบเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวังของตนบ้าง

ส่วนใหญ่นิยมวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพียง 2 มิติ คือ ระดับความยากและระดับความมั่นใจ (ละม้าย เกิดโภคทรัพย์, 2548) ซึ่งควรจัดจากสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงและจำเป็นต้องกระทำ ประเมินโดยการแสดงหรือบรรยายสิ่งที่จะปฏิบัติหรือจะกระทำ แล้วถามว่ามีความมั่นใจหรือคาด หวังในการที่จะปฏิบัติหรือ กระทำพฤติกรรมนั้นมากน้อยเพียงใด บุคคลจะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เชื่อว่าเกินความสามารถของตน และจะปฏิบัติพฤติกรรมที่พิจารณาแล้วว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติได้ การรับรู้สมรรถนะของตนยังเป็นตัวกำหนดความมากน้อยและความคงทนของการใช้ความพยายามของบุคคล บุคคลที่ไม่ค่อยแน่ใจในสมรรถนะของตนมักไม่ค่อยใช้ความพยายาม หรือเลิกปฏิบัติพฤติกรรมได้ง่ายเมื่อเผชิญปัญหาหรืออุปสรรค ในขณะที่บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนสูง จะใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อเอาชนะอุปสรรค และบุคคลที่มีความพยายามสูง มักจะปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ

4. การบำบัดด้วยกลุ่ม และจิตบำบัดกลุ่ม (Group Therapy and Group Psychotherapy)

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2553) ได้กล่าวถึงการบำบัดกลุ่มไว้ดังนี้

การบำบัดด้วยกลุ่ม (Group therapy) เป็นการบำบัดทางจิตสังคมชนิดหนึ่งด้วยการใช้กระบวนการและอิทธิพลของกลุ่มเป็นสื่อ ในการช่วยให้เกิดผลลัพธ์ในเชิงบวกและนำไปสู่การบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ได้มีผู้สนใจใช้กลุ่มบำบัดในรูปแบบต่างๆโดยมีเป้าหมาย เทคนิค วิธีการในลักษณะต่างๆ และเรียกชื่อตามชนิดการบำบัดแบบกลุ่ม เช่นการบำบัดด้วยกลุ่ม (Group therapy) กลุ่มสนับสนุน (Support Group) กลุ่มบำบัดประคับประคอง (Supportive Group Therapy) กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง (Group Supportive Psychotherapy) และกลุ่มจิตบำบัด (Group Psychotherapy)

4.1 ความหมายการบำบัดด้วยกลุ่มและจิตบำบัดกลุ่มแบบต่างๆ ได้มีการให้ความหมายของการบำบัดด้วยกลุ่มและจิตบำบัดกลุ่มแบบต่างๆไว้ดังนี้

4.1.1 การบำบัดด้วยกลุ่ม (Group therapy) เป็นการบำบัดชนิดหนึ่งโดยอาศัยกลุ่มเป็นสื่อในการสนับสนุนบุคคลให้เข้าถึงปัญหา วิเคราะห์ปัญหา นำไปสู่การรู้และเข้าใจตนเองเข้าใจปัญหา และค้นพบแนวทางการจัดการกับปัญหา โดยใช้กระบวนการและพลังของสมาชิกในกลุ่ม หรือบางครั้งอาจเป็นเพียงการใช้กลุ่มเพื่อการสนับสนุนส่งเสริมความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ก็เรียกว่า กลุ่มสนับสนุน ((Supportive Group) ปัจจุบันมีการใช้กลุ่มในการบำบัดผู้ป่วยในลักษณะต่างๆ โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังเช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-

help Group) มีผู้ใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้สูงอายุ กลุ่มช่วยเหลือตนเองในการสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่างๆ เช่นผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น

4.1.2 กลุ่มบำบัดประคับประคอง (Supportive Group Therapy) เป็นการใช้กลุ่มในการบำบัดโดยเน้นกระบวนการกลุ่มเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนสมาชิก ให้เกิดความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง ใช้พลังของกลุ่มและกิจกรรมที่อาศัยความคิดเห็นและประสบการณ์ของสมาชิกกลุ่ม สนับสนุน ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มด้วยกันให้เรียนรู้จักตัวเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวเองในทางที่ถูกต้องเหมาะสมโดยผู้บำบัดได้รับการอบรมมาโดยเฉพาะ

4.1.3 จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม (Group Supportive Psychotherapy) เป็นการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่งโดยอาศัยกลุ่มเป็นสื่อ เน้นการประคับประคองสนับสนุนผู้ที่มีปัญหาด้านจิตใจ ในการเข้าถึงปัญหาทางจิต วิเคราะห์ปัญหา นำไปสู่การรู้และเข้าใจตนเองเข้าใจปัญหา และค้นพบแนวทางการจัดการกับปัญหา โดยใช้กระบวนการและพลังความคิดความรู้สึกประสบการณ์และความร่วมมือร่วมใจกันของสมาชิกในกลุ่ม โดยผู้บำบัดที่ได้รับการศึกษาและฝึกอบรมมาโดยเฉพาะ

4.1.4 จิตบำบัดกลุ่ม (Group Psychotherapy) เป็นการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่งโดยอาศัยกลุ่มเป็นสื่อในการเข้าถึงปัญหาทางจิต การวิเคราะห์ปัญหาทางจิต ใช้อำนาจและพลังของกลุ่มนำไปสู่การรู้และเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหา และค้นพบแนวทางการจัดการกับปัญหาทางจิต การใช้กระบวนการกลุ่มบำบัดที่อาศัยพลังความคิด ความรู้สึก ประสบการณ์ และความร่วมมือร่วมใจของสมาชิกในกลุ่ม โดยผู้บำบัดที่ได้รับการศึกษาและฝึกอบรมมาโดยเฉพาะ

4.2 แนวคิดและหลักการบำบัดด้วยกลุ่ม และกลุ่มบำบัดประคับประคอง

4.2.1 แนวคิดและหลักการ

โดยลักษณะทั่วไปของการบำบัดด้วยกลุ่ม มีลักษณะที่เน้นการใช้กระบวนการและพลังของกลุ่มในการสนับสนุน พัฒนา สร้างเสริมความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลให้เกิดขึ้นในทางที่พึงประสงค์ ได้มีผู้รู้ศึกษาและอธิบายถึงกระบวนการใช้กลุ่มบำบัดในลักษณะต่างๆไว้ดังนี้

Kinney et al. (1992) กล่าวว่าการทำกลุ่มประคับประคอง ประกอบด้วยแนวคิดพื้นฐาน 2 ประการคือ การสนับสนุนทางสังคม และกระบวนการกลุ่ม โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นเครือข่ายของบุคคลที่มีความผูกพันและให้การดูแลซึ่งกันและกัน เพื่อสนับสนุนความต้องการของบุคคล ส่วนกระบวนการกลุ่มประกอบด้วย ขั้นตอน 3 ระยะ คือระยะเริ่มต้น หรือระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

Frisch (2002) กล่าวว่ากลุ่มบำบัดประคับประคองเป็นการรวมกลุ่มของบุคคลตั้งแต่ 3 คนขึ้นไปมีเป้าหมายในการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในด้านความรู้และแหล่งสนับสนุนทางสังคม

Loomis (1998) กล่าวถึงกลุ่มบำบัดประคับประคองว่าประกอบด้วย 2 กระบวนการ ได้แก่

1) การให้ข้อมูล เป็นการสอนหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลและความรู้ต่างๆ อาจใช้วิธีการบอกตรงๆ หรือชี้แนะแนวทาง รวมถึงแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ความก้าวหน้าของโรค วิธีการเผชิญปัญหา เพื่อนำมาคุยแลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม

2) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้น สมาชิกในกลุ่มจะเป็นผู้ที่มีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งการพูดกันในกลุ่มจะมีรายละเอียดถึง ทักษะในการเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจากผู้เคยมีประสบการณ์กับปัญหานั้นมาแล้ว และช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการปรับตัวให้กับสมาชิกอื่นเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา

Yalom (1995) กล่าวว่า กลุ่มบำบัดเป็นการบำบัดชนิดหนึ่งที่ใช้กลไกของกลุ่มในการบำบัด โดยช่วยให้สมาชิกปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ลักษณะของกลุ่มบำบัดเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้บำบัดกับสมาชิกผู้ป่วยหลายๆคน สมาชิกกลุ่มประกอบ ด้วยผู้ที่มีปัญหาตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป มาร่วมกันทำงานเพื่อไปสู่เป้าหมายเดียวกัน การดำเนินกลุ่มส่วนใหญ่จะเป็นกระบวนการซึ่งอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่มการมีน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด ซึ่งมีพลังได้มากกว่าการบำบัดรายบุคคล

สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2545) อธิบายว่า กลุ่มบำบัดประคับประคอง เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้บำบัดรักษาผู้รับบริการที่มีปัญหาด้านอารมณ์ ด้านจิตใจ หรือด้านพฤติกรรมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและหาวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

สรุปได้ว่ากลุ่มบำบัดประคับประคอง เป็นวิธีการที่บุคคลตั้งแต่ 3 คนขึ้นไปที่มีปัญหาสุขภาพที่คล้ายคลึงกันมารวมกลุ่มกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ช่วยเหลือสนับสนุน ประคับประคอง ซึ่งกันและกัน ร่วมกันในการวิเคราะห์ประเด็นปัญหา หาสาเหตุของปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาต่างๆโดยมีผู้บำบัดที่มีความรู้และฝึกอบรมทักษะในการใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นผู้ดำเนินการเพื่อไปสู่เป้าหมายและมีประสิทธิภาพ

4.2.2 กระบวนการกลุ่มบำบัดประคับประคอง

Chu, Liu and Chu (2002) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มบำบัดประคับประคองประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญๆ ดังนี้

การให้ข้อมูล (Information) มุ่งเน้นการให้ผู้ดูแลได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วย

การแก้ไขปัญหา (Problem solving) มุ่งเน้นบทบาทของผู้ที่มีปัญหาในการลดหรือขจัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และวิธีที่ผู้ดูแลจะสามารถตอบสนองต่อความต้องการส่วนบุคคล

ทักษะการเผชิญปัญหา (Coping) มุ่งเน้นที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยการเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองหรือจัดการกับอารมณ์ที่ถูกกระตุ้นตาม แต่ละสถานการณ์

การสนับสนุน (Support) เป็นกระบวนการที่รวมไปถึงการแบ่งปันความรู้สึกการแลกเปลี่ยนวิธีการประสบการณ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม

ตามแนวคิดของ Yalom (1995) กลุ่มบำบัดประดับประคองมีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกกลุ่มได้มีความเข้าใจตนเองและผู้อื่น เพื่อช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกแต่ละคนมีการปรับตัวสามารถเข้าใจตนเองมากขึ้น ทำให้เกิดการพัฒนาตนเอง มีความปรองดองกัน มีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน และเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาและอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุขในสังคมซึ่งมีลักษณะดังนี้

1) ประเภทกลุ่ม โดยทั่วไปมี 2 ลักษณะคือ ลักษณะกลุ่มปิด หมายถึงกลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียวกัน ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งปิดกลุ่ม ลักษณะกลุ่มปิดนี้มีความเฉพาะเจาะจงตามวัตถุประสงค์ของกลุ่มในการที่จะแก้ไขปัญหาใดปัญหาหนึ่งโดยเฉพาะ เช่น ปัญหาของสมาชิกคนใดคนหนึ่งที่กลุ่มเห็นว่าต้องการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง เช่นปัญหาพฤติกรรมรุนแรง ปัญหาส่วนตัวที่ลึกซึ้งต้องการการจัดการที่ต่อเนื่อง จำเป็นต้องอาศัยเวลาและความรู้สึกผูกพันเป็นหนึ่งเดียว การมีสมาชิกใหม่เข้ามาอาจขัดขวางต่อการพัฒนากลุ่มได้ ส่วนลักษณะกลุ่มเปิดเป็นกลุ่มที่เปิดให้สมาชิกใหม่เข้ามาร่วมกลุ่มได้ โดยในการดำเนินการกลุ่มแต่ละครั้งอาจมีสมาชิกบางคนไม่สามารถเข้ากลุ่มได้โดยตลอด มีความจำเป็นต้องออกจากกลุ่ม ผู้บำบัดและสมาชิกกลุ่มมีความเห็นว่า สมควรรับสมาชิกใหม่เข้ามาแทนที่ได้ ก็สามารถเพิ่มสมาชิกใหม่ได้เป็นระยะๆ

2) ขนาดของกลุ่ม ในการทำกลุ่มจำนวนสมาชิกที่เข้ากลุ่มมีความสำคัญ สมาชิกไม่ควรจะมากหรือน้อยเกินไป เพราะอาจจะเกิดผลต่อการบำบัด สมาชิกกลุ่มน้อยเกินไปจะทำให้สมาชิกเกิดความวิตกกังวลที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์บ่อยครั้ง และหากสมาชิกมากเกินไปจะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ ไม่ทั่วถึง จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการบำบัดคือ 8-10 คน

3) ระยะเวลาและความถี่ในการทำกลุ่ม โดยทั่วไประยะเวลาในการทำกลุ่มแต่ละครั้งควรใช้เวลา 1-1.30 ชั่วโมง (Marram, 1978) ความถี่ของการทำกลุ่มที่เหมาะสม คือ สัปดาห์ละ 1 ครั้งอย่างน้อยที่สุดสมาชิกควรเข้ากลุ่มได้ไม่น้อยกว่า 6-8 ครั้ง Yalom (1995)

4) สถานที่ในการทำกลุ่ม ควรจัดให้มีความเป็นสัดส่วนเฉพาะเงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน สภาพแวดล้อมและบรรยากาศสะดวกสบาย ไม่มีกลิ่น หรือเสียงดังรบกวน ห้องไม่แออัด มีที่นั่งเหมาะสม

5) การเลือกสมาชิกเข้ากลุ่ม ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์หลักของการทำกลุ่ม พิจารณาตามความเหมาะสมดังนี้

5.1) กลุ่มที่สมาชิกลักษณะเหมือนกัน สมาชิกที่มีอาการเหมือนหรือใกล้เคียงกัน การจัดกลุ่มลักษณะนี้สมาชิกกลุ่มที่มีปัญหาหรือเรื่องในการเข้ากลุ่มเดียวกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน และให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้เท่าๆกัน ไม่มีการเกิดกลุ่มย่อยหรือแยกกันในกลุ่ม จะช่วยให้สมาชิกเข้ากันมาก

5.2) กลุ่มที่มีสมาชิกลักษณะแตกต่างกัน ทั้ง กลุ่มอายุ การเจ็บป่วย อาการแสดง ทำให้ได้ประโยชน์ประโยชน์ในด้านการเพิ่มพูนความรู้ประสบการณ์ เพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก มองโลกในแง่มุมต่างๆได้หลายแง่มุมจาการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

6) บทบาทผู้บำบัด บทบาทการเป็นผู้บำบัด ต้องการความเป็นหนึ่งเดียวในกลุ่ม สนับสนุนให้สมาชิกกลุ่ม มีการพูดคุยกันโดยไม่มีการกำหนดหัวข้อสนทนา แต่ให้สมาชิกเปิดเผยเรื่องราวต่างๆเอง กำหนดข้อตกลงร่วมกัน ช่วยให้สมาชิกเปิดเผยเรื่องที่เก็บกดเอาไว้ออกมาวิเคราะห์และแปลความหมายการต่อด้านที่เกิดขึ้นในกลุ่ม กระตุ้นให้สมาชิกร่วมมือกับกลุ่มและสร้างสัมพันธภาพ กับสมาชิกด้วยกัน โดยยึดกลัก "ที่นี่และเดี๋ยวนี้" บทบาทการเป็นผู้วิเคราะห์และแปลความหมาย ผู้บำบัดต้องใช้การวิเคราะห์และแปลความหมายเป็นเครื่องมือในการพัฒนาความสามารถของกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม และให้เข้าใจตนเอง อาจช่วยเชื่อมโยงด้วยเทคนิค clarification and conformation ดังนี้

6.1) การใช้คำถามและการดำเนินกลุ่มควรใช้คำพูดปลายเปิดให้อิสระแก่สมาชิกในการแสดง ความคิดเห็นภายใต้ขอบเขตกลุ่ม

6.2) ผู้บำบัดมีหน้าที่จัดการความเป็นไปของกลุ่ม คอยประสานความเป็นไปของกลุ่มเพื่อให้กลุ่มดำเนินไปอย่างมีชีวิตชีวา และตามจุดหมาย บางครั้งต้องจำกัดสิทธิและพฤติกรรมของสมาชิก (Setting limited) ต้องให้สมาชิกทราบและปฏิบัติตามกฎของกลุ่มและนำกลุ่มไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

6.3) ใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงปัญหา การสื่อสารความหมายให้ชัดเจน อาจซักถามย้อนกลับถ้าไม่แน่ใจว่าเข้าใจถูกต้อง

6.4) กระตุ้นสมาชิกที่เงียบเฉยให้มีส่วนร่วมมากขึ้น หรือถ้าสมาชิกผูกขาดการสนทนาแต่ผู้เดียว ผู้บำบัดต้องยับยั้งพฤติกรรมนั้น และหาทางให้กลุ่มมีส่วนร่วมในบทบาทของสมาชิกทั้งสองลักษณะด้วย

6.5) เป็นแบบอย่างที่ดีในด้านมนุษยสัมพันธ์ ด้านการสื่อสารที่ชัดเจน ด้านการให้ความช่วย เหลือสำหรับกลุ่มบำบัดนั้น ผู้บำบัดต้องแสดงบทบาทเป็นผู้นำกลุ่ม และเป็นผู้วิเคราะห์แปลความหมาย

7) ผู้ช่วยผู้บำบัด

7.1) ช่วยผู้บำบัดจัดเตรียมกิจกรรม สถานที่ อุปกรณ์ และเตรียมสมาชิกในการเข้ากลุ่ม

7.2) ช่วยสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม

7.3) ช่วยสนับสนุนผู้บำบัด กระตุ้นสมาชิกกลุ่มให้แสดงความคิดเห็น ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความมั่นใจ

7.4) บันทึกการทำกลุ่ม สังเกตการณ์ดำเนินการของกลุ่ม พฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม การพัฒนาการกลุ่มหรือกระบวนการกลุ่ม และถอดข้อความจากเทปบันทึกกลุ่ม

7.5) ร่วมวิเคราะห์ แปลความหมาย และประเมินผลการทำกลุ่ม

4.2.3 เป้าหมายของกลุ่มประคับประคอง

Yalom (1995) ได้เสนอแนวคิดในการกำหนดเป้าหมายของกลุ่มประคับประคองไว้ดังนี้

1) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้อยู่ร่วมกันตลอดการบำบัด การบำบัดกลุ่ม ถือเป็นแขนงหนึ่งของการรักษา เมื่อสมาชิกเข้ากลุ่มแล้ว สามารถอยู่ร่วมกันได้โดยตลอด จะทำให้ได้ประสบการณ์การบำบัดที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และเกิดความรู้สึกสบายใจขึ้น มองเห็นคุณค่าของการบำบัดด้วยกลุ่ม

2) เพื่อให้สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัด เกิดการเรียนรู้ว่าการได้พูดระบายภายในกลุ่ม เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตนเอง และเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เกิดปัจจัยการบำบัด การมีความเป็นสากลคือความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นคนเดียวที่มีปัญหา ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถตัดความคิดเชิงลบของตนเองออกไปได้

3) เพื่อให้สมาชิกสำรวจปัญหาทสาเหตุของการเกิดปัญหา และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เกิดการยอมรับว่าตนเองเกี่ยวข้องกับปัญหาหาอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้พฤติกรรมการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่เป็นปัญหา และเกิดประสบการณ์ในการแก้ปัญหา

4) เพื่อช่วยให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น มีการให้ข้อมูลซึ่งกันและกัน รวมถึงการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

4.2.4 ปัจจัยบำบัด (Curative factors)

การใช้กลุ่มบำบัดประคับประคอง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มจากการมีปฏิสัมพันธ์ ของสมาชิกในกลุ่ม และมีผลช่วยให้เกิดประโยชน์แก่กลุ่ม ก่อให้กลุ่มมีความเจริญงอกงามและพัฒนาการที่ดี ส่งผลให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกละพฤติกรรมที่เหมาะสม ถือว่าเป็นปัจจัยบำบัด โดยปัจจัยบำบัดนั้นเกิดขึ้นและทำงานพร้อมๆกันไป ต่างก็สนับสนุนซึ่งกันและกัน ไม่สามารถแยกจากกันได้ การเกิดปัจจัยบำบัดในกลุ่มนั้นขึ้นอยู่กับเวลา และลักษณะของสมาชิกกลุ่ม (Yalom, 1995) ได้สรุปปัจจัยบำบัดไว้ดังนี้คือ

1) สร้างความหวัง (Instillation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้หมดหวังในชีวิต เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ว่าตนจะมีชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้ เมื่อได้เห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการพัฒนาขึ้นในทางที่ดี เช่น กิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง self-help group) ในผู้สูงอายุ หรือในผู้ติดสุรา เป็นต้น

2) มีความเป็นสากล (Universality) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ตระหนักว่า คนทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดา ความรู้สึกที่ว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็จะลดลง และเกิดความรู้สึกใหม่ว่า เขาไม่ได้อยู่คนเดียวในโลกใบนี้ เขายังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และมีปัญหาเช่นเดียวกัน

3) การแลกเปลี่ยนข้อมูล (Imparting of information) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิกหรือจากผู้บำบัดไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหานั้นภายในกลุ่ม ข้อมูลที่ให้ต้องเป็นความจริงและกระจ่างชัด การให้ข้อมูลที่เป็นจริงจำเป็นมากที่ต้องให้มีในระยะแรกของการทำกลุ่ม เพื่อเตรียมสมาชิกกลุ่มและสร้างความไว้วางใจของสมาชิกต่อกลุ่มด้วย

4) การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) การเข้ากลุ่มทำให้ได้มีส่วนร่วมกันในการแก้ปัญหา ได้มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่นๆ มีความกระตือรือล้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของตนเอง

5) ความรู้สึกว่าเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน (The corrective recapitulation of the primary family group) สถานการณ์จำลองในกลุ่มนั้นคล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัว ซึ่งจะ

ทำให้สมาชิกในกลุ่มนึกถึงปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวของตนเอง และอาจแสดงพฤติกรรมแบบเก่าที่เป็นปัญหาออกมา ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กลุ่มใช้โอกาสในการเสนอแนะพฤติกรรมที่เหมาะสมแก่สมาชิก เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ที่จะแก้ไขพฤติกรรมที่เหมาะสมและเรียนรู้ที่จะแก้ไขพฤติกรรมนั้นๆ อย่างถูกต้อง

6) การพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม (Development of socializing techniques) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิก เกิดการเรียนรู้ทักษะทางสังคม โดยเริ่มต้นจากการยอมรับ การสะท้อนกลับเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างบุคคล ทำให้สมาชิกมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น ทำให้เรียนรู้ทักษะทางสังคมที่ซับซ้อน รวมทั้งเรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสมาชิก เมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป เช่นมีการยิ้มทักทาย พูดคุยกันก่อน และหลังการเข้ากลุ่ม

7) การได้เลียนแบบพฤติกรรม (Imitative behavior) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีโอกาสเรียนรู้และลอกเลียนแบบพฤติกรรมจากผู้บำบัดหรือจากสมาชิกคนอื่น ทั้งการนั่ง การเดิน การพูด รวมถึงการคิด ซึ่งนำมาประยุกต์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ หากสมาชิกทำตามผู้อื่นโดยไม่รู้ตัวอาจทำให้เขาเกิดสับสนได้ กลุ่มต้องนำพฤติกรรมเหล่านั้นมาวิเคราะห์ร่วมกัน ซึ่งบางพฤติกรรมไม่ต้องแก้ไขในกลุ่มอาจทำเป็นส่วนตัวได้

8) การเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกต่อผู้อื่น โดยทั่วไปบุคคลมักจะรับรู้เกี่ยวกับบุคคลอื่นบิดเบือนไปจากความเป็นจริง ผู้นำกลุ่มต้องให้สมาชิกมองปัญหาหลายๆด้าน เทคนิคนี้ต้องทำตั้งแต่ระยะแรกๆ โดยประเมินความวิตกกังวลของสมาชิก ช่วยให้ความวิตกกังวลของสมาชิกลดลงแล้ว สมาชิกจะเปิดเผยตนเองมากขึ้น การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้รู้ว่า ตนเองพูดและแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรต่อตนเอง ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกรู้ว่าเขาเป็นอย่างไร สมาชิกได้เรียนรู้และมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพิ่มขึ้น และนำไปปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้นช่วยให้ได้เรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น มีความเชื่อถือไว้วางใจบุคคลอื่น

9) การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group cohesiveness) การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะทำให้สมาชิกรู้สึกว่า ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน กล้าที่จะร่วมเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน ทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างหมดไป

10) การได้ระบายออก (Catharsis) การให้สมาชิกได้ระบายออก (ventilation) และแสดง ออกถึงอารมณ์ลึกๆ ทั้งทางบวกและทางลบในกลุ่ม จะช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจและคลายความวิตกกังวล การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้ระบายออกในสิ่งที่ดีรวมถึงความคับข้องใจ และภาวะซึมเศร้า ให้สมาชิกกลุ่มได้รับฟัง ซึ่งถ้ากลุ่มมีความผูกพันทางจิตใจสูงสมาชิกจะได้ระบายออก

และการเปิดเผยตนเองถูกด้วยการมองดูโลกด้วยใจที่เป็นกลาง ทำให้เกิดความเข้าใจชีวิตและส่งผลให้มีพัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ในทางที่ดีมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น

11) การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factors) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็สมหวังบางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลงมีการแยกจากกันซึ่งจะทำให้สมาชิก กลุ่มสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคต่างๆได้ เกิดความเชื่อมั่นและมีความพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกต่ำด้อย เสียใจ ท้อแท้กับชีวิตตนเองลดลงหรือหมดไป สมาชิกจะดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุข

5. กลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

กลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีของ Bandura เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน Bandura (1986) ด้านปัจจัยที่ก่อให้เกิดการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด 4 ปัจจัย ดังนี้ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 4) การใช้คำพูดชักจูง มาสร้างเป็นกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ประโยชน์ของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัดความรู้เรื่องโรคจิตเภท การป่วยซ้ำและการป้องกัน โดยเน้นลักษณะการอภิปรายกลุ่ม การสังเกตและการสัมภาษณ์ตัวแบบ ประกอบด้วย 5 กิจกรรมแต่ละกิจกรรมใช้เวลาประมาณ 60 นาที ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 การกระตุ้นทางอารมณ์ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและอภิปรายกลุ่มเรื่องประโยชน์ของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์และความตั้งใจมาตรวจตามนัด หมายถึง การสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลและความตึงเครียด โดยการสนทนาของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์คล้ายกัน แล้วอภิปรายร่วมกันเรื่องประโยชน์ของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์และความตั้งใจมาตรวจตามนัด สร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและการป่วยซ้ำ เล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย ให้ความรู้ให้ตรงจุดแต่ละคน การประเมินความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วย เพื่อกระตุ้นให้ตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพจิต ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 2 การใช้ตัวแบบ กิจกรรมที่ 2 การรับรู้ผ่านตัวแบบ หมายถึงการใช้ตัวแบบเล่าประสบการณ์โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ (Engagement and education) ภายในกลุ่มให้ตัวแบบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัด เล่าเรื่องประสบการณ์การใช้ยาตาม

เกณฑ์ในการรักษาและการมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยสัมภาษณ์ตัวแบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับฟังประสบการณ์ของตัวแบบและซักถามได้จากตัวแบบโดยตรง การได้เรียนรู้จากตัวแบบ แล้วมีการวิเคราะห์ถึงลักษณะของตัวแบบที่ควรเป็นแบบอย่างเพื่อนำมาใช้กับตนเอง

ครั้งที่ 3 การทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ กิจกรรมที่ 3 ฝึกลงมือปฏิบัติให้เกิด ประสบการณ์ หมายถึงให้ผู้ป่วยฝึกระบุปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำ สาเหตุ สิ่งที่กระตุ้นให้เกิด การป่วยซ้ำ การป้องกัน และกล่าวถึงพฤติกรรมการใช้ยา การมาตรวจตามนัด

ครั้งที่ 4 การใช้คำพูดชักจูง กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนการนำไปใช้ หมายถึง การให้ผู้ป่วยอธิบายประสบการณ์การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีการแนะนำ กระตุ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด ซักถาม ชี้แนะและอธิบาย ชมเชยและให้กำลังใจ รวมทั้งสนับสนุนสิ่งที่ได้เรียนรู้ให้นำไปใช้อย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 5 การทบทวนประสบการณ์ที่สำเร็จ กิจกรรมที่ 5 การทบทวนความสำเร็จและความมั่นใจในพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด หมายถึงพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการ โดยประเมินการรับรู้สมรรถนะของผู้ป่วยจิตเภทในการนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ ใช้ในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัดที่บ้าน ได้อย่างประสบความสำเร็จจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดการป่วยซ้ำส่งเสริมให้มีคุณค่าในตนเองเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ราตรี อินทรีย์ (2541) ศึกษาการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในและผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวนกลุ่มละ 36 คน พบว่าการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่แตกต่างกัน เหตุผลการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของพยาบาล 5 อันดับแรกคือ คิดว่าตนเองหายแล้ว การมีความรู้น้อยไม่เข้าใจความจำเป็นที่ต้องรับประทานยา ไม่ต้องการรับประทานยาทุกวัน ลืมรับประทานยาและไม่อยากรับประทานยา ส่วนเหตุผลการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ การมีความรู้น้อยไม่เข้าใจความจำเป็นที่ต้อง

รับประทานยา คิดว่าตนเองหายแล้ว ไม่ต้องการรับประทานยาทุกวัน สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและไม่อยากรับประทานยา

เพชรี คันธสายบัว (2544) ศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ จำนวน110 คนและกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ จำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัย พบว่าตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำมี 5 ตัวแปร คือ พฤติกรรมการใช้ยา การดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา ด้านการแสดงอารมณ์ สถานภาพสมรส และความเชื่อด้านสุขภาพ

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

พรสวรรค์ พูลกระจ่าง (2548) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมให้ความรู้และประคับประคองต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มเป้าหมาย คือผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้คือ โปรแกรมให้ความรู้และประคับประคองตามแนวคิดของ Orem (1995) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) เครื่องที่ใช้ประเมินผลเป็นแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา พบว่า หลังการใช้โปรแกรมให้ความรู้และประคับประคองต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุรวุฒิ เพ็งเกร็ด (2550) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และภาระการดูแลของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตครอบครัว พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดำรงพล จันทร์สด (2551) ทำการศึกษาการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและผู้ดูแล จำนวน 21 คน ระยะเวลาศึกษา 3 เดือน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ผ่านโปรแกรมการบำบัดจำนวน 21 คน ผู้ป่วย 18 คน มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง สามารถดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านได้นานมากขึ้น และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติขณะกินยาจิตเวชสูงกว่าก่อนการศึกษา

Adam and Scott (2000) ศึกษาการทำนายการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง วัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประโยชน์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการอธิบายการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเวช 39 คนผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดี หรือมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และมีความเชื่อว่าตัวเองสามารถควบคุมโรคได้ และรับรู้ถึงความเสี่ยงในการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจมาตรวจตามนัด

อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์ และคณะ (2542) ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า อุปสรรคหรือปัญหาของพฤติกรรมการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภทคือ เรื่องค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการรักษาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง รวมถึงระยะเวลาที่ต้องสูญเสียในการเดินทางมาพบแพทย์ ตามนัด และไม่สะดวกมาในวันนัดของแพทย์

วิริญจน์ ไชยจันทร์ (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อทัศนคติต่อยาและความร่วมมือมาตรวจตามนัดหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน55คน กลุ่มควบคุม 25 คน กลุ่มทดลอง 30 คน เครื่องมือที่ใช้คือโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา แบบประเมินทัศนคติต่อยา DAI-10 และบันทึกการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายจากเวชระเบียน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติต่อยามากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Kruse and Rohland (2002) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาตรวจตามนัดครั้งแรกของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชในสหรัฐ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้คือ ระยะทางในการเดินทางไปโรงพยาบาล หลักประกันในการรักษา สถานะการเงิน ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และระยะห่างของการนัด

Cashman et al (2004) ศึกษาพฤติกรรมการมาตามนัดของผู้ป่วยจิตเวช ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง พบว่า เพศ อายุ หลักประกันสุขภาพ และการใช้สารเสพติด มีผลต่อการมาตามนัดของ

ผู้ป่วยจิตเวช หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชในรัฐแอตแลนตา ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่า อายุ สถานภาพสมรส สภาพเศรษฐกิจ การสนับสนุนทางสังคม การใช้สารเสพติด รวมถึงระยะเวลาการนัดตรวจ มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจตามนัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.3 งานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

วราภรณ์ บุญสังข์ (2550) ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางจิตของมารดาโรงพยาบาลเสนา กลุ่มตัวอย่างคือมารดาเด็กที่มีปัญหาทางจิต ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 20 คน เครื่องมือได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตของมารดาหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กรองทอง ออมสิน (2550) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดของวัยรุ่นตอนต้นกลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนมัธยมศึกษา ชั้นปีที่ 1 จำนวน 61 คนจาก 2 โรงเรียนกลุ่มทดลอง 31 คน กลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับความเครียด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดดีกว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุภาวดี บุญชู (2551) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้อาการเตือนถูกต้องมากขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และกลุ่มทดลองมีการรับรู้อาการเตือนถูกต้องมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

Kyung-Hee Shon and Si- Sung Park (2002) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาและการจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในเกาหลี โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่ม ขึ้นและคะแนนการกลับเป็นซ้ำของอาการลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

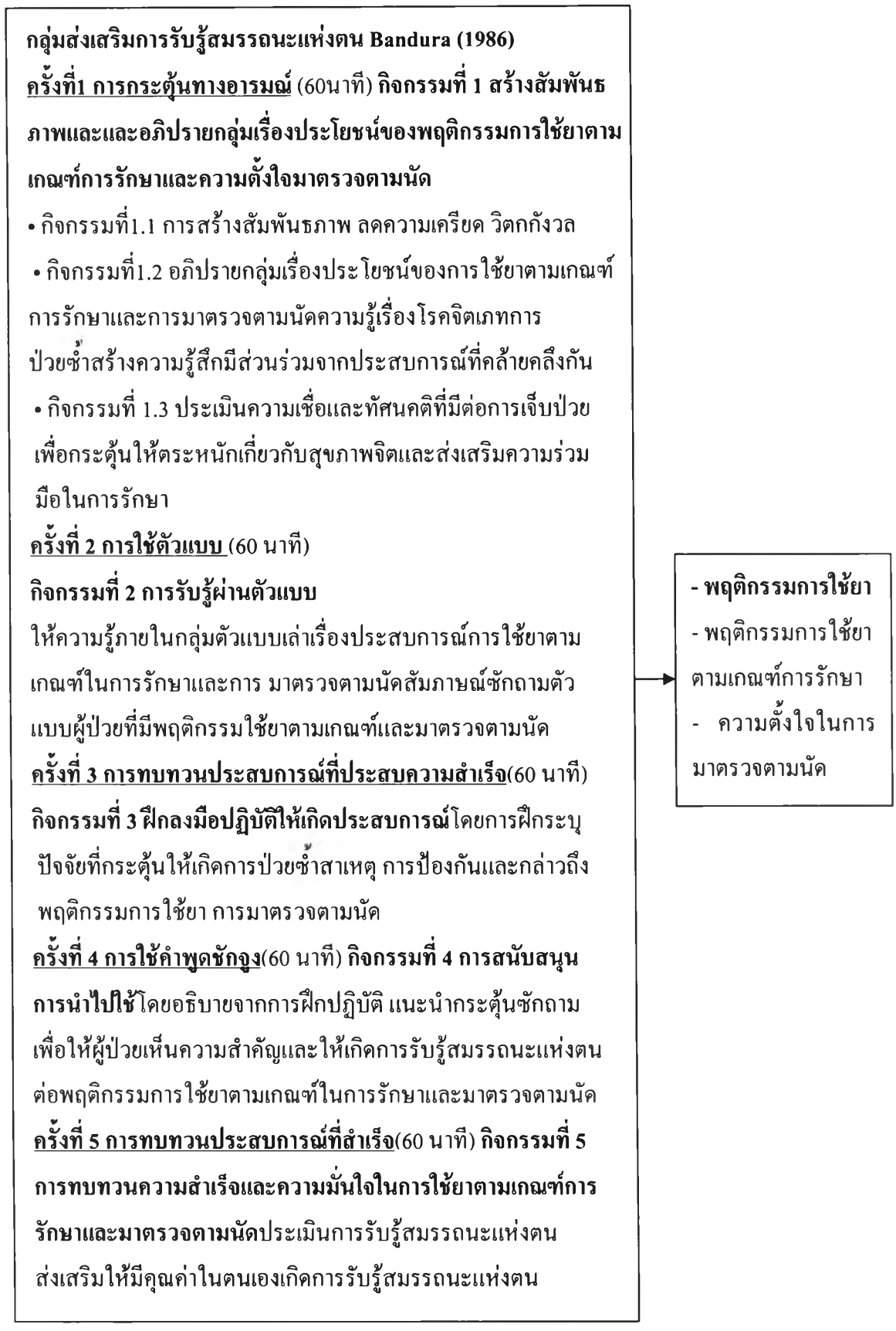
Ventura et al. (2004) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและประสาทการรู้คิดต่อการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 29 คน และบุคคลทั่วไปจำนวน 24 คน เปรียบเทียบการเผชิญปัญหาในชีวิต ผลการศึกษาพบ ว่าคนทั่วไปมี

วิธีเผชิญปัญหามากมาย มีความความคิดหาหลายวิธีเพื่อจัดการกับปัญหา มีการวาง แผนและปฏิบัติตามแผน สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงและมีประสาทการรู้คิดดีจะสามารถเลือกวิธีเผชิญปัญหาได้เหมาะสม

Sarah et al. (2005) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการทำหน้าที่ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 85 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับอาการทางด้านลบอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 และ การทำหน้าด้านจิตสังคมมีความสัมพันธ์กับอาการด้านลบกับการทำหน้าที่ด้านความคิด

Roland et al. (2007) ทำการศึกษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพลังอำนาจ ต่อการรับรู้ตราบาปและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 172 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า พลังอำนาจต่ำมีผลทำให้มีอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นและคุณภาพชีวิตลดลง ผู้ป่วยร้อยละ 51 พลังอำนาจลดลงจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง ส่งผลความสามารถในการปรับตัวและระดับของการป้องกันการรับรู้ตราบาปลดลง การปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการลดความเสี่ยงต่อการรับรู้ตราบาป ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพลังอำนาจ

Chaya and Ophra (2009) ศึกษาการทำนาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในสังคม ต่อความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ชีวิตในที่จัดสรร กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภท จำนวน97 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ จะมีความพยายามและความสามารถในการต่อสู้กับความรู้สึกโดดเดี่ยวต่ำ

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ยังไม่มีผู้ศึกษาในประเทศไทยนำกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้ ผู้ศึกษาจึงพัฒนากลุ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1986) มาใช้เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภท ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด

กรอบแนวคิดในการวิจัย