

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน โรงพยาบาลจิตเวชต่างๆมีนโยบายในการเร่งจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาล โดยเน้นให้การรักษาก่อนผู้ป่วยจิตเวชในระยะเฉียบพลันและรุนแรงที่อาจจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่นเท่านั้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลา คือสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมและสามารถดูแลตนเองได้ ก็จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวและผู้ดูแลต่อเนืองที่บ้าน จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงกลับสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากอิทธิพลของการค้นพบยารักษาทางจิต ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยที่รับยาสามารถกลับคืนสภาพปกติได้อย่างรวดเร็ว (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538) การรักษาด้วยยาเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูง ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 80 จึงได้รับการรักษาด้วยยาด้านโรคจิตเป็นอันดับแรกในการรักษา โดยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยานั้นจะมีระยะเวลาในการรักษาเป็นเวลานานอย่างน้อย 1 ปีจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าสาเหตุที่พบบ่อยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องคือ ความเบื่อหน่ายที่ต้องรักษากระยะเวลานาน อาการข้างเคียงจากยา และคิดว่าหายดีแล้ว (Rusher et al, 1997) ความเบื่อหน่ายหรือความอับอายที่จะต้องบอกว่าการกินยารักษาโรคจิตหรือผู้ป่วยอาจจะรู้สึกว่ายาคือยาดีแล้ว และไม่จำเป็นต้องใช้ยาอีกต่อไป (ทิวาพร พู่เฟื่อง, 2544) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยนานทำให้รู้สึกมีภาระที่ต้องรับประทานยา (อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์, 2536) ส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงไป

ปัญหาที่พบบ่อยในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกคือ การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาโดยเฉพาะเรื่องการรักษาด้วยยา (Sullivan,Well,Morgenstern and Leake, 1995 อ้างใน ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ซึ่งลักษณะของพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท คือการใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น หยุดใช้ยาหรือใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่ายาคือยาดีแล้ว มีความผิดปกติ ใช้ยามืดเวลา ใช้ยาน้อยหรือเพิ่มมากกว่าแผนการรักษา (Farragher, 1999) รวมทั้งการไม่มาตรวจตามนัด การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง โดยการหยุดยาเองทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำ ร้อยละ 70 (สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ, 2544)

Oehl,Hummer and Fleischhacker (2000) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทว่า มี 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยลักษณะประชากรคืออายุและเพศ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและลักษณะของความเจ็บป่วย 2) ปัจจัยด้านการการรักษา ประกอบด้วยวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ความซับซ้อนของการรักษา

และฤทธิ์ข้างเคียงจากยา 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย ฐานะทางเศรษฐกิจ การอยู่ร่วมกับครอบครัว การมีผู้ดูแลด้านยา การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวและทัศนคติ 4) ปัจจัยด้านทิวสุขภาพโดยพบว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับทิวสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์การการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทซึ่ง อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ได้นำแนวคิดของ Oehl, Hummer and Fleischhacker (2000) มาศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทิวสุขภาพ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายๆอย่าง การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา เป็นปัญหาที่สำคัญ ส่งผลต่อการเกิดอาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่คลินิกเพื่อสุขภาพ โรงพยาบาลบางพลี ปี 2545 ถึง 2548 พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 53 เป็นผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาในลักษณะผู้ป่วยนอกระยะเวลาในการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ที่จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดการรักษาเมื่ออาการดีขึ้น ถึงร้อยละ 61 พบผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบจากการขาดยาและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 12.5 และพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50 ได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตและไม่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้

โรงพยาบาลบางพลี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงเป็นหน่วยงานที่รองรับผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อให้การดูแลที่ต่อเนื่อง เปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชในลักษณะผู้ป่วยนอกลักษณะการให้บริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเป็นลักษณะผู้ป่วยนอก คือ พบแพทย์ รับยาและกลับบ้าน ยังไม่มีรูปแบบการให้ความรู้ที่ชัดเจน ทั้งในกลุ่มญาติและผู้ป่วยพยาบาลจะให้คำแนะนำเมื่อมีข้อซักถามหรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น การรักษามุ่งเน้นที่การรักษาอาการทางจิตมากกว่าการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำของโรค

การป่วยซ้ำด้วยโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจเนื่องจาก เป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องพึ่งพามุคคนอื่นทำให้รู้สึกไร้ค่าเกิดปัญหาการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น (Rose, 1997 อ้างในผลทิพย์ ปานแดง, 2547) การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยเพิกเฉยต่อบทบาท ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา หรือใช้สารเสพติด ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่กับครอบครัวส่วนใหญ่ จึงจำเป็นต้องได้รับ

การดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวหรือผู้ดูแล ซึ่งมักเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา บุตร หลาน พี่หรือน้อง

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น เป็นภาระหน้าที่ที่หนักและส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางอารมณ์ของครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ (ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543) การที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียด ซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง กังวลใจ เกี่ยวกับการดูแล เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือมีอาการทางจิตรุนแรง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นความซับซ้อนที่ก่อให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ ส่งผลให้เกิดการเพิกเฉยต่อบทบาท หลีกเลียงการดูแลผู้ป่วย ไม่ไปรับยาให้ ไม่จัดเตรียมยาให้เพียงพอ ไม่เตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ไม่หาวิธีให้ผู้ป่วยรับประทานยา เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตและไม่ยอมรับรับประทานยา ไม่เอาใจใส่ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาและไม่พาผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยา รวมทั้งไม่มีการปลอบใจ ให้กำลังใจผู้ป่วย การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยและผู้ดูแลหากไม่ได้รับการแก้ไข จะก่อให้เกิดผลเสียต่อสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดการรับรู้ในคุณค่าของตนเองต่ำลง ส่งผลให้มีการตอบสนองทางอารมณ์ในรูปแบบต่างๆ เช่น โกรธ วิตกกังวล ซึมเศร้าและอื่นๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นผลเสียต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แต่หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวมีการปฏิบัติและการแสดงออกที่เหมาะสม ผู้ป่วยก็จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข ซึ่งผู้ดูแลสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยให้ถูกต้อง ตามชนิด ระยะเวลาและขนาดที่รับประทาน, การสังเกตอาการข้างเคียงของยาและให้การดูแลเบื้องต้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยารวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาด้วยยา (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545 ; ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี, 2531)

จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลมีบทบาทที่สำคัญมาก ในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติ และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ถูกต้อง รู้จักใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์จะช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจและมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยและผู้ดูแล เกิดได้จากการขาดความรู้ ซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจหนึ่งของผู้ป่วยและผู้ดูแลการที่ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ โดยเฉพาะเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่เกิดจากยารักษาอาการทางจิตที่ส่งผลทางตรงต่อร่างกายผู้ป่วย (สุพิศศรี รัตนสินและวีระ ดุลย์ ประภา, 2537 อ้างในผลทิพย์ ปานแดง, 2547) และการดำเนินของโรคจะส่งผลต่ออัตรามโนทัศน์ ความเข้มแข็งทางกายภาพ ระบบความเชื่อและแรงจูงใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งผลให้เกิดความไม่

มั่นใจในตนเอง ไม่มั่นใจในการควบคุมสถานการณ์ รวมทั้งการไม่กล้าซักถามทำให้ไม่มีข้อมูลที่เพียงพอที่จะตัดสินใจหรือทำนายผลที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความเกียจคร้าน ซึมเศร้าและการนับถือตนเองต่ำ การขาดความรู้ความเข้าใจนำไปสู่ความท้อแท้และนิ่งเฉย ซึ่งเป็นลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจ (Miller, 1992) ซึ่งส่งผลในการขัดขวางการจัดการกับความเจ็บป่วยและการมีส่วนร่วมในการรักษา

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับความเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการควบคุมตนเองมากขึ้น และจะช่วยบรรเทาความรู้สึกไม่แน่นอนจากการเจ็บป่วยช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความหมายของสภาพการณ์ที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย (Miller, 1992) การขาดความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและทักษะในการดูแลตนเอง ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตน ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอน เกิดจากผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อด้านจิตใจ ถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพลังอำนาจของผู้ป่วย (คาร์นิ จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) ดังนั้น การสนับสนุนความรู้และแหล่งของพลังอำนาจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาตนเอง เพื่อป้องกันหรือลดการสูญเสียพลังอำนาจได้

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพื้นฐานความเชื่อที่มุ่งเน้นการนำศักยภาพทางสติปัญญาและพลังในบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2539) การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นการเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีโอกาสนำมาใช้ในการกำหนดแนวทางในการดูแลควบคุมสุขภาพร่วมกัน ช่วยให้เกิดความตระหนักในจุดแข็ง สามารถสร้างทางเลือกสำหรับการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลพัฒนาแหล่งพลังอำนาจนั้น จะส่งผลต่อการปฏิบัติต่อผู้ป่วยซึ่งทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาของแพทย์มากขึ้น โดยพลังอำนาจที่สามารถพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพนั้น ได้แก่ แรงจูงใจ ความหวัง การสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมของทีมสุขภาพ ความรู้ ทักษะติดต่อโรคที่เป็น และการยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ซึ่งในการเสริมสร้างพลังอำนาจ พยาบาลจะต้องค้นหาข้อบ่งชี้ที่แสดงถึงภาวะสูญเสียอำนาจและปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยก่อน จึงจะสามารถกำหนดวิธีการที่จะลดภาวะสูญเสียอำนาจได้

สิ่งบ่งชี้ถึงภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาและผู้ดูแล สามารถเปรียบเทียบได้จากการศึกษาภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของคาร์นิ จามจรี (2544) ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาการรักษาอาการทางจิต อาจทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากอาการข้างเคียงจากยา เช่น ง่วงนอน น้ำลายไหล ลิ้นแข็ง เป็นต้น โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมดูแลจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่

สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงและสังเกตอาการนำของการป่วยซ้ำได้ ความรู้สึกวิตกกังวล เครียด ทรมาน สูญเสีย ไม่พึงพอใจ ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองคิดปมคิดต่างจากคนอื่นในสังคม อยาที่ ต้องใช้ยารักษาอาการทางจิต และเมื่อมีอาการกำเริบจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องพึ่งพิงเป็นภาระของผู้ดูแล ก่อให้เกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจ และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ผู้ดูแลที่มีความเครียดจากการเจ็บป่วยทางจิต อยาที่ ต้องพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ ไม่อยากให้คนอื่นรู้ (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ทำให้ส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์เชิงบวก และแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ดูแล เกิดการเพิกเฉยในบทบาทของผู้ดูแลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ไม่ถูกต้อง

ในฐานะพยาบาลจิตเวชผู้ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้จิตที่สุดในทีมสุขภาพ จำเป็นต้องตระหนักถึงความเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการตัดสินใจเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ในสถานะที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง (อรพรรณ ลีอนุชวิชัย, 2541) ซึ่งพยาบาลมีความแตกต่างจากวิชาชีพอื่นในทีมจิตเวช คือพยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาให้ผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลแบบองค์รวม โดยใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการดูแลช่วยเหลือ บำบัด ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นแนวทางหนึ่ง ที่ถูกนำมาใช้เพื่อพัฒนาความคิด ความรู้สึก กำลังใจในตัวบุคคล เพื่อนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป พยาบาลสามารถที่จะเพิ่มแหล่งพลังของอำนาจให้กับผู้ป่วย โดยพัฒนาความเข้มแข็งที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกกลยุทธ์ในการจัดการกับปัจจัยของปัญหาที่ทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ไม่ถูกต้องได้อย่างเหมาะสม

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวทางในการพัฒนาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น เป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการดูแลตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการป่วยซ้ำซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ และมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแหล่งพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจในการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของคาร์ณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งนำแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) มาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ โดยมีการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การสนับสนุนและเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร การดำเนินการด้วยตนเองและการปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ หลังจากนั้น ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ คาร์ณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) มาสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรม ที่กระทำกับผู้ดูแล โดยมีผู้ป่วยหรือผู้ดูแลอยู่ร่วมรับรู้ด้วย และกิจกรรมที่กระทำร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 รวมการสร้างสัมพันธภาพและการค้นหาสภาพการณ์จริงไว้เป็นขั้นตอนเดียวกัน เนื่องจากได้พบผู้ป่วยและผู้ดูแลในขั้นตอนการคัดเลือกผู้ป่วย ได้พูดคุยสร้างความคุ้นเคยในระดับหนึ่งแล้ว การค้นหาสภาพการณ์จริงเป็นการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ เป็นขั้นตอนหนึ่งของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ขั้นตอนที่ 2 การสร้างพลังเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยาการรักษาอาการทางจิต โดยการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างแหล่งของอำนาจ โดยการให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร และขั้นตอนที่ 4 รวมขั้นตอนการดำเนินการด้วยตนเองและการปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติไว้ด้วยกัน เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลลงมือปฏิบัติการแก้ปัญหาและทำกิจกรรมด้วยตนเอง

โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของ ผลทิพย์ ปานแดง มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การสร้างสัมพันธภาพและการค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วยและผู้ดูแลปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (อุมพร กาญจนรักษ์, 2545) การที่พยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแล จะทำให้เกิดแรงจูงใจ ความไว้วางใจและความร่วมมือในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง แรงจูงใจเป็นหนึ่งในแหล่งพลังอำนาจที่สามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล สามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทได้ (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536 และสาธพร พุฒขาว, 2541)

2. การสร้างพลัง เพื่อแก้ปัญหาการใช้ยารักษาอาการทางจิตโดยการสะท้อนคิดอย่างมี วิจารณ์ญาณ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลพยายามทบทวนเหตุการณ์อย่างรอบด้านเพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ฝึกทักษะการเข้าใจปัญหา การหาทางเลือกเมื่อบุคคลพบปัญหาตามสภาพการณ์จริงจะเกิดความคับข้องใจในการดูแลที่ได้รับส่งผลให้บุคคลพัฒนาตนเอง กลับมามองปัญหา ประเมินและวิเคราะห์สิ่งที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ ทำให้เกิดความเข้าใจชัดเจน เกิดความรู้สึกรู้พลังอำนาจในการควบคุมตนเองและเหตุการณ์ มีทางเลือกในการปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเองดังนั้นเมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ยา ก็จะสามารถเผชิญกับปัญหาเหล่านั้นได้

3. การสร้างแหล่งของอำนาจ โดยการให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรจะส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถคาดการณ์สถานการณ์ การดำเนินโรคและพยากรณ์โรคได้ มีการตัดสินใจที่เอื้อต่อการปฏิบัติ นอกจากนี้ การให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรยังเป็นการส่งเสริมพลังความสามารถ 10 ประการซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Orem, 2001) และเป็นการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจ ทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเองและผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งตรงกับการศึกษาของ ทานตะวัน เข้มบุญเรือง (2540) พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ที่ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรคและการรักษา ซึ่งส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลมีความวิตกกังวล เครียด เบื่อหน่าย ส่งผลให้เกิดการเพิกเฉยต่อการดูแลผู้ป่วย ไม่ไปรับยาให้ ไม่ดักเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามเวลา ไม่หาวิธีให้ผู้ป่วยรับประทานยาเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตและไม่ยอมรับประทานยา ไม่เอาใจใส่ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา และไม่พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ ดังนั้นการสร้างแหล่งพลังอำนาจ โดยการให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจและเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทได้

4. การดำเนินการด้วยตนเองและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติเป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเหมาะสมที่สุด โดยมีเป้าหมายคือความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เรียนรู้ในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพและสร้างความรู้สึกร่วมร่วมในการรักษา ให้ความมั่นใจ ให้ข้อมูลเพื่อเป็นแรงจูงใจในการกระทำ

การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งผลกระทบต่อการบรรลุผลสำเร็จของการรักษา โดยเฉพาะผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้รับภาระหนักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ ทำให้เกิดความเครียด สภาพจิตใจ อารมณ์และความรู้สึกเปลี่ยนแปลงไปเกิดเป็นความเบื่อหน่าย สิ้นหวัง มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง เพิกเฉยต่อบทบาท ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ

ความช่วยเหลือของครอบครัวมีความสำคัญ ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา คือ การนำผู้ป่วยมาตรวจตามนัด หรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยที่สามารถไปพบแพทย์ด้วยตนเอง ไปโรงพยาบาลตามนัด การช่วยเหลือจ่ายค่ายา การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา หรือการเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา รวมทั้งการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยที่มีครอบครัวดูแล มีพฤติกรรมการใช้ยาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแล (Razali and Yahya , 1995)

แม้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย จะสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) แต่เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ส่งผลให้บุคลิกภาพของผู้ป่วยเสื่อมถอยลง การตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยลดลง และยังมีปัญหาด้านการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา จึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวหรือผู้ดูแล ดังนั้นเพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทและลดการกลับเป็นซ้ำ จึงจำเป็นต้องมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลที่กระทำด้วยกัน ผู้ศึกษาจึงได้นำแนวคิดการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของ ผลทิพย์ ปานแดง (2547) มาปรับใช้เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากแนวเหตุผลและลักษณะการจัดกิจกรรมดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานในการศึกษาไว้ดังนี้ คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยภายหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าสูงกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อน-หลังทำการรักษา โดยทำการรักษา ที่บ้านผู้ป่วย ในเขตอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

ประชากรที่ศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาที่คลินิกเพื่อสุขภาพ แขนงผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางพลี

ตัวแปรที่ใช้ศึกษา ได้แก่ ตัวแปรต้น คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล หมายถึง การจัดกระทำที่มุ่งเสริมสร้างแหล่งของพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่ง ด้วยการสอน ให้คำแนะนำ ให้ความรู้ ข้อมูลให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และการกระทำของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตามแนวคิดของคาร์ณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัว ระยะเวลา 2 สัปดาห์ มีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การสร้างสัมพันธภาพและการค้นหาสถานการณ์จริงเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาโดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลปรับเปลี่ยนทัศนคติและสร้างแรงจูงใจในการค้นหาปัญหาตามสภาพการณ์จริง ค้นหาความต้องการด้านสุขภาพและกิจกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ประเมินแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวกับการใช้ยา ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

2. การสร้างพลังเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยาการรักษาอาการทางจิต โดยการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทำความเข้าใจปัญหา แนวทางในการจัดการปัญหาโดยพยาบาล ให้ข้อมูลเพิ่มเติมผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันวางแผนกำหนดเป้าหมายเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและตระหนักว่าการแก้ปัญหานั้นขึ้นอยู่กับผู้ป่วยและผู้ดูแล

3. การเสริมสร้างแหล่งของอำนาจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลพูดถึงความต้องการการสนับสนุน ประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การสื่อสาร การแสดงอารมณ์ในครอบครัวและแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ

4. การดำเนินการด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งพลังที่จะปฏิบัติ โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลฝึกการแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา โดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมา เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าสามารถเผชิญปัญหาได้ ความมั่นใจเป็นแรงจูงใจให้กระทำ ชี้ให้เห็นถึงการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้กำลังใจซึ่งกันและกัน พยาบาลให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแล

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวชตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต ซึ่งวัดจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร์ เขียวโสธร(2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และเพชร คันธสาขบัว (2544) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1. การใช้ยาตามแผนการรักษา คือการรับประทานยาถูกต้อง ซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะคือ รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา และการไม่ลดหรือเพิ่มยาเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์

2. ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาคือการใช้ชีวิตของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาอาการทางจิต ประเมินอาการข้างเคียงจากยาและคำบอกเล่าอาการระหว่างการรักษาด้วยยาได้ถูกต้อง

ผู้ป่วยจิตเภท คือ ผู้ที่มีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ความจริง อารมณ์ และสังคม ปรากฏให้เห็นได้ด้วยพฤติกรรมที่แปลกจากคนทั่วไป คือ มีความคิดหลงผิด อารมณ์ราบเรียบไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ บางคนมีอาการประสาทหลอน เช่น มีหูแว่ว ได้ยินเสียงที่ผู้อื่นไม่ได้ยิน ได้เห็นภาพที่ผู้อื่นไม่เห็น เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลซึ่งทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง สม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง ดูแลผู้ป่วยมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย มีความเกี่ยวข้องเป็น สามี ภรรยา บิดา มารดา พี่น้อง บุตรหลาน หรือญาติของผู้ป่วย และไม่ได้รับค่าจ้างหรือเงินตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็ง และรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ป้องกันไม่ให้เกิดการป่วยซ้ำ และเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล
2. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยสำหรับพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล