

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญ และเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

#### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการทางคลินิก และการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท
- 1.2 การรักษาโรคจิตเภท

#### 2. การพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในชุมชน

- 2.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล
- 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### 3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

- 3.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 3.2 องค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 3.3 การพยาบาล โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 3.4 บทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วย

จิตเภท

#### 4. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

- 4.1 ความหมายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
- 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
- 4.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
- 4.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา

5. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

#### 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
- 6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

### 1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการทางคลินิก และการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท

#### 1.1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภท ตามการจำแนกโรคของ ICD 10 (The International Classification of Diseases-10) ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และมีอารมณ์ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ทื่อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเชาว์ปัญญาดีแม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้ให้นิยามโรคจิตเภทตามแนวทางการจำแนกโรค ของ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition; DSM-IV, 1995) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง ประกอบด้วยอาการด้านบวกและอาการด้านลบ อาการด้านบวกประกอบด้วย ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม ส่วนลักษณะอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในคนทั่ว ๆ ไปควรจะมี ประกอบด้วย อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูด และขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการในระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (American Psychiatric Association, 1995)

โรคจิตเภท หรือ Schizophrenia เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด (อรพวรรณ ลีอนุญชวิชัย, 2545)

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด มีลักษณะอาการทางบวก (Positive Symptoms) และอาการทางลบ (Negative Symptoms) ถึงแม้ว่าไม่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ (Cognitive Disorder) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ดังนั้นอาการของโรคจิตเภทจึงมีผลต่อการรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ความรู้สึก สังคม และการทำหน้าที่ (Sadock & Sadock, 2005)

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม โดยที่ไม่มีความผิดปกติทางกายและทางสมอง มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไปและมีอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน

### 1.1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

1.1.2.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological factor) แนวคิดปัจจุบันมองว่าโรคจิตเภทเป็น brain disorder โดยมีการพบหลักฐานทางชีวภาพในด้านต่าง ๆ มากขึ้นเรื่อย ๆ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

1) พันธุกรรม จากการศึกษพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทค่อนข้างสูงกว่าประชากรทั่วไปยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสเป็นสูง การศึกษาเพื่อหาสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคยังไม่พบตำแหน่งยีนที่ผิดปกติชัดเจน เชื่อว่าโรคนี้อาจเกิดจากความผิดปกติของยีนหลายแห่งรวมกัน (Boyd, 2005)

2) ระบบสารชีวเคมีในสมอง เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันกับสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่า การหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต (Townsend, 2006)

3) กายวิภาคของสมอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติด้านกายวิภาคของสมองเช่น มี ventricle โตกว่าปกติปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของ cortical gray matter การศึกษาในระดับเซลล์ไม่พบว่ามี gliosis หรือหลักฐานอื่นที่บ่งชี้ว่าโรคนี้อาจเป็น neurodegenerative disorder แนวคิดในปัจจุบันมองว่าโรคนี้อาจเป็น neurodevelopmental disorder (Keltner et. al, 1999)

4) ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe

1.1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยทางความสามัคคีสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ต้นดิผลาชีวะ, 2536; Townsend, 2006)

1.1.2.3 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ผู้ป่วยโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมีสมมติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการ หรือการเลี้ยงดูบางรูปแบบทำให้เด็กเมื่อโตขึ้นป่วยเป็นโรคจิตเภท สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่

อาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion; EE) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotion overinvolvement) (Boyd, 2005)

1.1.3 อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างแบ่งเป็น 2 กลุ่มอาการดังต่อไปนี้ (Boyd, 2005)

1.1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติดังต่อไปนี้ มีความคิดหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) การรับรู้ผิดจากสภาพเป็นจริง การพูดติดต๋อสื่อสารและพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สามารถรวบรวมความคิดให้ไปในแนวทางเดียวกันได้

1.1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งทีคนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ได้แก่ 1) Alogia พูดน้อยหรือไม่ค่อยพูด 2) Affective flattening การแสดงออกด้านอารมณ์ลดน้อยลงมาก หน้าตาเฉยเมยไม่ค่อยสบตา 3) Avolition apathy ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง 4) Anhedonia asociality ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ไม่ค่อยแสดงออกหรือไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร

1.1.4 การดำเนินของโรคของโรคจิตเภท การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

1.1.4.1 ระยะก่อนเริ่มอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ

1.1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก

1.1.4.3 ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิด อาจยังมีอยู่ แต่มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่า ผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง

1.2 การรักษาโรคจิตเภท สาเหตุของโรคจิตเภทอาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ การรักษาทางด้านร่างกาย เป็นการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคจิตทางจิตเวช ส่วนการรักษาด้วยไฟฟ้า วิธีนี้ใช้ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคมเป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น ครอบครัวบำบัด จิตบำบัดเป็นต้น (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

1.2.1 การรักษาด้วยยา ชนิดของยารักษาอาการทางจิตที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบัน (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536; สมภพ เรืองตระกูล, 2542) แบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่

1.2.1.1 ยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิม (Typical anti-psychotics)

1) Phenothiazines เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่ใช้กันแพร่หลายที่สุด ยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิด มีสูตรโครงสร้างเหมือนกัน แต่มี side effect แตกต่างกัน 3 แบบ ทำให้มีฤทธิ์แตกต่างกันคือ 1) Aliphatic เป็นกลุ่มที่มีฤทธิ์ทำให้ห้วงนอนสูง และมีฤทธิ์ข้างเคียงคือ ความดันโลหิตต่ำมากกว่ากลุ่มอื่น เช่น Chlorpromazine Trifluoperazine 2) Piperidines มีฤทธิ์ทำให้ห้วงนอนปานกลาง ข้อดีคือมีฤทธิ์ Extra-pyramidal side effect ต่ำกว่ากลุ่มอื่น แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงด้าน anticholinergic สูงกว่ากลุ่มอื่นเช่น Thioridazine 3) Piperazines เป็นยาในกลุ่มที่มี potency สูง มีฤทธิ์ sedative น้อย แต่มี Extra-pyramidal side effect สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Perphenazine Trifluoperazine Fluphenazine ยาที่ได้รับความนิยมมากในกลุ่มนี้ คือ Chlorpromazine และ Perphenazine

2) Thioxanthenes เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ Phenothiazines มาก แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน เช่น Chlorprothixene Thiothixene Flupenthixol Chopenthixol

3) Butyrophenones เป็นยารักษาที่มีฤทธิ์สูง มีฤทธิ์ห้วงนอนน้อย และมี Extra-pyramidal side effect สูง คล้ายกับ Phenothiazines เช่น Haloperidol และ Triperidol

4) Dibenzoxanzepines ยาในกลุ่มนี้ที่ใช้คือ Loxapine

5) Diphenylbutylpiperidines ใช้ในประเทศไทย 2 ตัวคือ Pimozide และ Penfluridol

6) Benzamides ตัวอย่าง เช่น Sulpiride

7) Reserpine ปัจจุบันไม่ใช้รักษาโรคจิตแล้วแต่ใช้เป็นยาแก้ปวดแทน

ยารักษาอาการทางจิตกลุ่มเดิมมีกลไกการออกฤทธิ์ที่สำคัญคือการ block dopamine receptor ในสมอง นอกจากนั้นยังออกฤทธิ์ block receptor ของ catecholamines ตัวอื่นๆ และรบกวน catecholamines storage ด้วย ทั้งของ serotonin, norepinephrine และ dopamine ซึ่งการ

block dopamine receptor เป็นผลให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงที่มีลักษณะคล้าย parkinsonism ขึ้นและถ้า receptor ถูก block นานๆ ก็อาจทำให้เกิดการสังเคราะห์ dopamine เพิ่มขึ้น อันเป็นผลทำให้เกิดภาวะ denervation hypersensitivity ซึ่งเชื่อว่าเป็นสาเหตุของ tardive dyskinesia

1.2.1.2 ยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ (New anti-psychotics) ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จะออกฤทธิ์สกัดกั้น serotonin, noradrenaline, acetylcholine และ histamine มากกว่า dopamine และออกฤทธิ์ D1 antagonist ด้วย โดยออกฤทธิ์ที่ cortex และ limbic system มากกว่า basal ganglia ทำให้ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาท ยาในกลุ่มนี้ในปัจจุบันมี 6 ชนิด คือ Clozapine (Clozaril), Risperidone (Risperdal), Olanzapine (Zyprexa), Sertindole, Quetiapine (Seroquel) และ Ziprasidone

ฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตที่สำคัญ (เกษม ตันติผลลาชีวะ, 2536; มาโนช หล่อตระกูล, 2550)

1) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effect) เป็นฤทธิ์ที่มักพบในตอนต้นของการให้ยามากกว่าเมื่อให้ยาไปนาน ๆ ซึ่งร่างกายมักปรับตัวได้ ที่พบบ่อยได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ม่านตาหดหรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำ ในผู้ชายอาจมีการหลั่งน้ำกามช้าหรือไม่หลั่งเลย บางรายมีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัว อาการความดันโลหิตต่ำพบได้มากที่สุดจาก Chlorpromazine จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอและผู้สูงอายุ ส่วน Extra-pyramidal side effect เป็นฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยตรงแบ่งเป็น 4 แบบ คือ

1.1) Parkinsonian syndrome ผู้ป่วยอาจมีอาการสั่น (tremor) ที่มีมือ แขน ขา ลำตัว มีอาการตัวแข็ง (Rigidity) เดินตัวทื่อ ไม่แกว่งแขน เดินหรือเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) หน้าตาเฉยเมยเหมือนใส่หน้ากาก (mask-like faces)

1.2) Acute dystonia เป็นอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง (torticollis) อาจพบคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่ง หรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ขากรรไกรแข็ง ลิ้นคัมปาก พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากสั่น บางรายอาจมีนัยน์ตาเหลือบขึ้นข้างบนตลอดเวลา อาการดังกล่าวไม่เป็นอันตรายแต่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน

1.3) Akathisia เป็นอาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวาย อยู่หนึ่งไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนขาสั่นมีลักษณะคล้ายกับอาการวุ่นวาย (agitated)

1.4) Tardive dyskinesia เป็นกลุ่มอาการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจ ที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน มีลักษณะที่สำคัญคือ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ 3 แห่ง คือ แก้ม หน้า ลิ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแก้มพอง ซึ่งเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก เคี้ยวสุดปาก เลียและคุกริมฝีปาก แล็บ

ลิ้น ขากรรไกรเคลื่อนไหวด้านข้าง อาจมีอาการกระพริบตา หน้าตาบูดเบี้ยว ขมวดคิ้ว เปลือกตากระตุก มีอาการเคลื่อนไหวแบบกระตุกไม่เป็นจังหวะค่อนข้างเร็ว และคาดคะเนไม่ได้ของมือและเท้า

2) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจอาจเกิดขึ้นได้ เช่น มี T-wave กว้างและแบนลง และอาจมี QR interval ยาวขึ้น ยาที่มีรายงานว่า มีผลต่อคลื่นหัวใจได้บ่อยคือ Thioridazine

3) Central Anticholinergic Syndrome เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบน้อย อาจเกิดจากยาที่มีฤทธิ์ Anticholinergic สูง และในรายที่ให้ยา antiparkinson ร่วมด้วย ก็อาจเป็นผลมาจากยาทั้ง 2 ตัว หรือจากตัวใดตัวหนึ่งก็ได้ อาการที่สำคัญคือ มีวุ่นวาย สับสน ประสาทหลอน ชัก เป็นไข้ ม่านตาขยาย และสติสัมปชัญญะลดลงถึงโคม่าได้

4) Neuroleptic Malignant syndrome (NMS) อาการที่สำคัญคือ มีไข้ กล้ามเนื้อมีความตึงตัวเพิ่มขึ้น หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะนี้มีอัตราการตายถึงหนึ่งในห้า ต้องรีบให้การแก้ไขโดยการหยุดยารักษาโรคจิตทั้งหมดให้การรักษาประคับประคองเพื่อให้ไข้ลด และควบคุมความดันโลหิตให้คงที่

5) อาการชัก อาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูง ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลด Threshold ของการชัก แต่ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการใช้ยา ส่วนใหญ่สามารถแก้ไขได้โดยการลดขนาดของยา

6) อาการง่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ยาในระยะแรกแต่ก็ลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ ฤทธิ์ของยาที่ทำให้ง่วงมักมีเพียง 2-3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์รักษาโรคจิตมีอยู่นานตลอดวัน จึงสามารถให้ยารักษาโรคจิตโดยการกินเพียงวันละครั้งก่อนนอนได้

7) อาการดีซ่าน (Jaundice) อาการดีซ่านที่เกิดจาก Phenothiazines เป็นที่รู้จักกันมาตั้งแต่เริ่มใช้ยา แต่ปัจจุบันลดน้อยลงโดยไม่ทราบสาเหตุและมีฐานที่เป็นข้อบ่งชี้ว่าอาการดีซ่านที่เกิดขึ้นเป็นผลของปฏิกิริยา ภูมิแพ้มากกว่าสาเหตุอื่น ยาที่ทำให้เกิดดีซ่านมักเป็น Phenothiazines โดยเฉพาะ Chlorpromazine พบมากที่สุด

8) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเลือด อาการที่พบบ่อยคือ Eosinophilia ซึ่งแสดงถึงปฏิกิริยาภูมิแพ้ แต่ก็ไม่ร้ายแรง อาการที่พบน้อยแต่เป็นอันตรายมาก คือ Agranulocytosis, Leukopenia, Pancytopenia, Hemolytic anemia และ Thrombocytopenia purpura

9) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง อาจพบผื่น (skin eruptions) ได้หลายแบบ เป็นผลจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ อาการคล้ายแพ้แสงแดด (Photosensitivity) มักพบจาก Chlorpromazine มากกว่าตัวอื่น

บางครั้งพบเป็นรอยไหม้ในบริเวณที่โดนแสงแดด เช่น บริเวณหน้าและแขน ในระยะยาวผิวหนังที่โดนแสงแดดอาจเปลี่ยนเป็นสีเทาฟ้าคล้ายโลหะ

10) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตา ผู้ป่วยที่ได้รับ Chlorpromazine ในขนาดสูงนาน ๆ อาจมีสารสีน้ำตาลแกมเหลืองไปจับบริเวณ lens และ cornea พบบ่อยในผู้ที่พบการเปลี่ยนแปลงในผิวหนังร่วมด้วย เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับที่ได้รับแสงแดด และการให้ Thioridazine ในขนาดที่สูง อาจทำให้เกิด pigmentary retinopathy ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้ ซึ่งอาจไม่หายแม้จะหยุดยาแล้วก็ตามจึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ Thioridazine เกินวันละ 800 มิลลิกรัม

11) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ ขามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลายตัวด้วยกันที่พบบ่อยคือ การเพิ่มระดับ prolactin ซึ่งเป็นผลทำให้มีนมคัดและบางรายมีน้ำนมไหล ผู้ป่วยบางรายมีระดับสูงไประยะนาน นอกจากนั้นยารักษาโรคจิตยังมีผลต่อฮอร์โมนอื่นแม้พบได้น้อย เช่นฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ ต่อมใต้สมอง เป็นต้น

12) น้ำหนักตัวเพิ่ม Risperidone olanzapine quetiapine และ clozapine อาจทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีรายงานว่า clozapine และ olanzapine อาจทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 15-20 กิโลกรัม ภายในระยะเวลาไม่นาน ซึ่งการที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากอย่างรวดเร็ว อาจก่อให้เกิดโรคเบาหวานหรือทำให้อาการของโรคเบาหวานแย่ลง จึงควรต้องระวังการใช้ยาดังกล่าวในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมาป่วยซ้ำส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา (มานุษ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

1.2.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy : ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วยกันกับการรักษาโดยใช้ยารักษาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ด้วย (มานุษ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

1.2.3 การรักษาด้านจิตสังคม (Psychosocial treatment) การรักษาด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเผชิญกับความเครียดได้ เช่น การทำจิตบำบัด โดยแบ่งเป็นจิตบำบัดรายบุคคล และจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นกระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับการบำบัด มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่มเช่น กิจกรรมบำบัด เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญและเป็นส่วนหนึ่งของ



ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช นิเวศน์บำบัด คือการจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุก ๆ ด้าน (ปาหนัน บุญหลง, 2534 อ้างถึงใน ธีรศักดิ์ ผลานิผล, 2549)

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคจิตเภทมาทั้งหมดข้างต้นสรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวชอื่นและโรคนี้มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านทรัพยากรบุคคล ซึ่งสาเหตุของโรคเกิดจากด้านร่างกายและจิตสังคม การรักษาต้องผสมผสาน ระหว่างการรักษาด้านร่างกาย คือการใช้ยาและการรักษาจิตสังคม เข้าด้วยกันจึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด รวมถึงผู้ป่วยจิตเภทต้องสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตได้ เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการพยากรณ์โรค จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ทราบแนวโน้มของการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก สามารถนำมาวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ เป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

## 2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลและในชุมชน

### 2.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

2.1.1 ระบบบริการในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มักมีอาการทางจิตที่รุนแรง (Active phase) มีความผิดปกติด้านความคิด การตัดสินใจ โดยการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จะทำในกรณีต่อไปนี้ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2550)

2.1.1.1 มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น

2.1.1.2 มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น อาการข้างเคียงที่รุนแรงจากยา

2.1.1.3 เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา

2.1.1.4 มีปัญหาในการวินิจฉัย

ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับไว้รักษาในโรงพยาบาล เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น การรับไว้รักษาเป็นการป้องกันการเกิดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากอาการทางจิตและให้การรักษาพยาบาลเพื่อบำบัดอาการทางจิต หลังจากให้

การบำบัดจนอาการทุเลาแล้ว ผู้ป่วยก็สามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนต่อไป ดังนั้นการพยาบาลในระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีการป่วยซ้ำ จำต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ควรมีการป้องกัน โดยการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ญาติผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องต่อเนื่องจากโรงพยาบาล รวมทั้งการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เป็นรายบุคคล ภายหลังจากประมิปัญหาและสาเหตุของการป่วยซ้ำอย่างละเอียด เพื่อป้องกันการมารักษาซ้ำอีก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัญหาของแต่ละครอบครัว โดยการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตปกติ แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

- 1) การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล
  - 2) การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์และการแสดงออก การควบคุมอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมของตน
  - 3) การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขโดยเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคลด้านต่าง ๆ ดังนี้
    - 3.1) การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การดูแลการเคลื่อนไหวของร่างกาย การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น
    - 3.2) การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้างและการมีกิจกรรม เพื่อการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น
    - 3.3) การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิตเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก การแสดงออกและการกระทำ
    - 3.4) การมีสมรรถนะด้านร่างกายหรือมีความแข็งแรงของร่างกาย ได้แก่ การดำรงรักษาเสริมสร้างความแข็งแรงของระบบกายวิภาคและสรีรภาพของบุคคลให้ทำหน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคล สามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข
- การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช ซึ่งจะช่วยในด้านอื่น ๆ ที่มีปัญหา นอกเหนือไปจากเรื่องยา

2.1.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Nursing plan) จำแนกตามประเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาดังต่อไปนี้ (กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2545)

2.1.2.1 ประเภทฉุกเฉินและวิกฤต (Critical phase) ระยะเวลา 72 ชั่วโมง

1) ลักษณะสำคัญ ได้แก่ มีอาการและพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่นตนเองและทรัพย์สิน เกิดอุบัติเหตุ มีพยาธิสภาพทางกายที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและสร้างสัมพันธภาพได้

2) การพยาบาล ได้แก่ ช่วยฟื้นคืนชีพให้ปลอดภัยในรายที่มีพยาธิสภาพทางกายที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ป้องกันอันตรายจากการทำร้ายตนเองและผู้อื่น จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ประเมินอาการและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงทุก 15 นาที เฝ้าระวังผู้ป่วย 24 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างพอเพียง ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายด้านร่างกาย ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษา ถ้ามีความจำเป็นในการจำกัดพฤติกรรมหรือทำการรักษาด้วยไฟฟ้าให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ และให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรค และแนวทางการรักษาแก่ญาติ

2.1.2.2 ประเภทเรอรับ (Acute phase) ระยะเวลา Day 4-Day 10

1) ลักษณะสำคัญ ได้แก่ มีความเสี่ยงเป็นอันตรายต่อผู้อื่นและตนเองหรือทำลายทรัพย์สิน มีพยาธิสภาพทางกายที่เสี่ยงเป็นอันตรายต่อชีวิต การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคลยังสับสน การดูแลกิจวัตรประจำวันทำได้บ้างและต้องมีคนช่วยเหลือ การพูดคุยการเข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติได้เป็นครั้งคราว และสามารถสร้างสัมพันธภาพได้บ้าง แต่ไม่สามารถแสดงความคิดเห็น

2) การพยาบาล ได้แก่ ป้องกันอันตรายจากการทำร้ายตนเองทำร้ายผู้อื่นและทรัพย์สิน ดูแลให้ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ปฐมนิเทศให้มีการรับรู้บุคคล สถานที่ เวลาได้ถูกต้อง ป้องกันการหลบหนี สร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษา จัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมที่ง่ายไม่ซับซ้อนและระยะเวลาสั้น เช่น กลุ่มอ่านหนังสือพิมพ์ และให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคและแนวทางการรักษาผู้ป่วย

2.1.2.3 ประเภทเรอรับบำบัด (Sub-Acute phase) ระยะเวลา Day 11-Day 24

1) ลักษณะสำคัญ ได้แก่ สามารถควบคุมตนเองได้ รับรู้ บุคคลสถานที่ เวลาได้ถูกต้อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้แต่ต้องคอยกระตุ้น การเข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติได้แต่ไม่ริเริ่มด้วยตนเอง สามารถแสดงความคิดเห็นและบอกความรู้สึกได้เป็นครั้งคราว

2) การพยาบาล ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และแสดงความคิดเห็น กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ การชมเชยและการให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมได้ ฝึกทักษะการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัวตลอดจนข่าวสารภายในและภายนอก โรงพยาบาล ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกันภายในหอผู้ป่วย ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องโรค การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงการรักษา ป้องกันการหลบหนี และดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา

2.1.2.4 ประเภทบำบัดระยะยาว (Maintenance phase) ระยะเวลาตั้งแต่ Day25

1) ลักษณะสำคัญ ได้แก่ สามารถบอกเรื่องราวของตนเองและเหตุการณ์ปัจจุบันได้ ควบคุมตนเองได้ ดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวันได้โดยมีการกระตุ้นและสนับสนุนเป็นครั้งคราว มีความไว้วางใจสามารถแสดงความคิดเห็นและบอกความรู้สึกได้เป็นครั้งคราว

2) การพยาบาล ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เน้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะการตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหาชีวิตประจำวัน ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องโรค การสังเกตอาการ การรักษา และการดูแลตนเองที่บ้านทั้งเป็นรายบุคคลรายกลุ่ม ให้กำลังใจชมเชย เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำและสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และติดต่อญาติเพื่อจำหน่าย ถ้ามีปัญหาในการจำหน่ายต้องปรึกษาทีมการรักษา

นอกจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ให้สามารถดำเนินชีวิตปกติ ตามแนวคิดการพยาบาลเพื่อปกติสุขแล้ว การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวชจะต้องครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายและสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ซึ่งครอบคลุมบทบาท 6 บทบาท ดังนี้ (จุฬาลักษณ์ ชำช่อง, 2547)

1. บทบาทผู้เลี้ยงดู โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในผู้ป่วยเองและปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไขและมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

2. บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลต้องวางแผนดำเนินการและประสานงานจัดกิจกรรมหอผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสนทนา และกิจกรรมอื่นๆ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากการะบวนการรักษาพยาบาลและบันทึกผลการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

3. บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ทั้งนี้เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้ดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทนทานหรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาลหรือในชุมชน

4. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยให้สำรวจปัญหา แบบแผน แก่ปัญหาเดิมของตนและพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้และปรับตัวในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5. ผู้ให้ความรู้/ผู้สอน สนับสนุน ให้ข้อมูลเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างถาวร

6. ผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง

โดยบทบาทของพยาบาลจิตเวชทั้ง 6 บทบาทนี้พยาบาลจะต้องปฏิบัติตามกรอบและขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและกระบวนการสัมพันธภาพระหว่างบุคคลโดยใช้ความรู้จากศาสตร์พยาบาลศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและศิลปะของการใช้ตนเองเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความเข้มแข็ง สามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้ ลดการกลับมาป่วยซ้ำในโรงพยาบาล

## 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะต้องใช้กระบวนการพยาบาล โดยการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เช่น ข้อมูลด้านสุขภาพทั่วไป การรับรู้ ข้อมูลด้านบทบาทและสัมพันธภาพ อันจะเป็นแนวทางในการวินิจฉัยการพยาบาลและกำหนดการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ในระยะนี้จะเน้นที่การดูแลของครอบครัวและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจะถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในช่วงสั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรเป็นหน้าที่ของญาติหรือครอบครัว ซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุดของผู้ดูแลและครอบครัวในชุมชน

การรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการรักษาพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและ

การปรับตัวของผู้ป่วย รวมทั้งมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน เพราะถือว่าผู้ดูแลและครอบครัวเป็นเครือข่ายที่สำคัญ และเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพพยาบาลจากสถานพยาบาล ไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะต้องอาศัยความร่วมมือและการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ จึงจะสามารถนำแหล่งประโยชน์จากผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วยทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลและของรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย (กัลยาณี โนนินทร์, 2542) รูปแบบการรักษายาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ได้แก่ การดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งมีแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านดังนี้ (กัลยาณี โนนินทร์, 2542)

1. เป็นบริการเชิงรุกที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการทั้งในผู้ที่มีภาวะสุขภาพดี เจ็บป่วยพิการหรือป่วยหนัก เพื่อทุเลาความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน
2. เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพร่วมกัน
3. เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
4. เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพ และการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข
5. เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
6. เป็นบริการที่มีระบบบันทึกข้อมูลข่าวสารและมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว
7. เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

สรุปรูปแบบการรักษายาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนดังกล่าวจะช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองที่ดี ป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการปรับเปลี่ยนไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีตามศักยภาพและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในสังคมได้และเป็นการสนับสนุนให้การบำบัดด้วยยา มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### 3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

#### 3.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Miller (1992) กล่าวว่า พลังอำนาจ คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจสำหรับบุคคล โดยรูปแบบพลังอำนาจมีอยู่ 7 แหล่งด้วยกัน คือ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength) 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) 3) อึดมโนทัศน์เชิงบวก (positive self concept) 4) พลังงาน (Energy) 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight) 6) แรงจูงใจ (Motivation) 7) ระบบความเชื่อ (Belief system)

Gibson (1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของบุคคลที่จะใช้พัฒนาและใช้ความรู้ที่จำเป็น ความสามารถและความเชื่อมั่นที่จะทำให้ความคิดของตนเองมีความหมาย เป็นกระบวนการทางสังคมที่ให้การยอมรับ ส่งเสริม และพัฒนาความสามารถของบุคคลเพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตน เป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง และการสร้างประสิทธิภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล

Zimmerman (1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการมีส่วนร่วมในการกระทำ เพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากร หรือความสามารถที่จะเพิ่มการควบคุมต่อชีวิตของบุคคล และบรรลุเป้าหมายที่สำคัญของชีวิต เป็นการส่งเสริมโอกาสในการเรียนรู้ทักษะและพัฒนาความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมผลของปัญหาที่มีต่อการดำรงชีวิต

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2539 : 11) กล่าวถึงความเชื่อพื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ มุ่งเน้นที่การนำเอาศักยภาพทางปัญญาและพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเอง และผู้อื่น เป็นแนวคิดที่มีความต่อเนื่องอย่างชัดเจนกับการพัฒนาคุณภาพอย่างครบวงจรอย่างต่อเนื่อง เป็นการสร้างสถานการณ์ การเริ่มต้นที่มากกว่าการมีส่วนร่วมของบุคคล

อวยพร ตันมุขกุล (2540) ได้ให้ความหมายว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เสริมสร้างให้บุคคล องค์กร มีพลังอำนาจในการควบคุมชีวิตตน เป็นกระบวนการทางสังคมที่แสดงถึงการยอมรับ การส่งเสริม การช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้บุคคลเกิดความสามารถที่จะดำเนินการสนองความต้องการของตนเอง แก้ปัญหาของตน และใช้ทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อเกิดความรู้สึกสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้

อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย (2541) กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพยายามที่จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีมั่นคง มั่นใจ ยึดมั่น และมุ่งมั่นในการบรรลุเป้าหมายของตนเอง เพื่อการปฏิบัติหรือกระทำภารกิจหนึ่งให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเองในการที่บุคคลจะเกิดความรู้สึกมีมั่นคงทางจิตใจ ยึดมั่น ผูกพันต่อตนเองหรือหน่วยงานเพื่อสามารถกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง บุคคลจะเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถกระทำภารกิจต่างๆ ได้สำเร็จ บุคคลจะต้องได้รับการสนับสนุนส่งเสริมทั้งกำลังกาย กำลังใจ กำลังความคิด และมีอิสระในการตัดสินใจกระทำต่าง ๆ ด้วยตนเอง

สรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตในการดำเนินชีวิตของตนเอง เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีมั่นคงในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามีความสามารถในการกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตของตนเองไปสู่สิ่งที่ดีขึ้นและบรรลุตามเป้าหมายที่ตนเองต้องการ สามารถควบคุม จัดการกับสถานการณ์ปัญหาและอุปสรรคต่างที่เข้ามากระทบต่อชีวิตได้อย่างเหมาะสม

### 3.2 องค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Funnell et al. (1991) กล่าวว่ากระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ มี 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลและการให้ความรู้ (Information and Education) ได้แก่ ความรู้ที่พอเพียงต่อ การตัดสินใจที่มีเหตุผล การควบคุมแหล่งทรัพยากรที่พอเพียงต่อการลงมือปฏิบัติตามที่ตัดสินใจและประสบการณ์ในการประเมินประสิทธิภาพของการตัดสินใจ

2) ความรู้ (Knowledge) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับ การตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับคุณค่า ความต้องการ เป้าหมายและแรงบันดาลใจในตนเอง ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ส่งเสริมการกำหนดตนเอง (Self-regulation) อันจะเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคลด้านสุขภาพและความผาสุก มีความรู้ ทักษะ ทักษะคิด และการตระหนักรู้ในตนเองที่จะส่งผลต่อพฤติกรรม การแสดงออกของบุคคลซึ่งมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

Hawkes (1992) กล่าวว่า องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 2 ส่วน

1) ผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะ ความตั้งใจที่จะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจและรับผิดชอบ มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจ สิ่งที่ต้องคิดก่อนทำคือ ความไว้วางใจ ความจริงใจ ความซื่อสัตย์ เปิดเผย ทักษะส่วนบุคคล ทักษะในการสื่อสาร และการเคารพซึ่งกันและกัน กระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ การสื่อสารที่เปิดเผย การตั้งเป้าหมายและตัดสินใจร่วมกัน การใช้พฤติกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดหาสิ่งแวดล้อม เครื่องมือและ



แหล่งทรัพยากรที่จำเป็น ส่วนผลลัพธ์คือ เพิ่มความสามารถและประสิทธิภาพในการกำหนดและดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายสำหรับแต่ละบุคคล

2) พยาบาลที่มีคุณลักษณะการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและใช้ทักษะของวิชาชีพ สิ่งที่ต้องคิดก่อนทำ คือ การยอมรับในคุณค่าของบุคคลอื่น การยอมรับบุคคลอย่างที่เขาเป็น ส่วนผลลัพธ์ คือ ความพึงพอใจกับการเติบโตของคนและผู้อื่น

Gibson (1995) กล่าวว่า สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความมุ่งมั่น ทုံเท ความรัก และความผูกพัน โดยใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิด การดำเนินการด้วยตนเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนผลลัพธ์ คือความสามารถในการมีส่วนร่วมโดยพัฒนาทางด้านความรู้ ความสามารถในการดูแล พัฒนาความเชื่อมั่นในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผลต่อเนื้อคือ เป้าหมายและความหมายในชีวิตการพัฒนาดนเอง ความพึงพอใจ และการรับรู้ความสำเร็จ

Sukbling (1998) กล่าวว่า คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย กระบวนการสร้างแรงจูงใจ กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ การแสวงหาความรู้และทักษะ และ กระบวนการของการปรับเปลี่ยนความคิด สิ่งที่ต้องเกิดก่อน คือ การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นทုံเท รับรู้ถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ ความสนใจ และความหวัง โดยมี กระบวนการ 3 ขั้นตอนคือ

1) การค้นหาสิ่งกระตุ้นความเครียด ความสนใจ และจุดแข็ง ได้แก่ ค้นหาเป้าหมายและความสนใจของผู้ป่วยจากทัศนคติของผู้ป่วย ลดปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย ตระหนักถึงจุดแข็งของผู้ป่วย และปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคล

2) เอื้ออำนวยการปรับเปลี่ยนความคิดกระตุ้นให้เกิดความมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ช่วยผู้ป่วยในการต่อรองต่อเป้าหมายใหม่ เอื้ออำนวยให้เกิดทัศนคติทางบวกและสร้างความหวัง

3) เพิ่มแหล่งทรัพยากร ได้แก่ สร้างเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล การใช้กระบวนการกลุ่มสนับสนุนกันเอง เอื้ออำนวยการสื่อสารระหว่างสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วย เพิ่มแหล่งทรัพยากรทางกายภาพ เอื้ออำนวยให้เกิดความรู้และทักษะ สนับสนุนการตัดสินใจและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบ่งเป็นผลลัพธ์ที่มีต่อ ประสิทธิภาพของผู้ป่วยได้แก่ การให้ความหมายแก่ชีวิตและการมีความหวัง ความเชื่อมั่น ความรู้ และทักษะ การมองโลกในแง่ดี ผลต่อเนื้อที่มีต่อพฤติกรรม ได้แก่ ความมุ่งมั่นผูกพันต่อการรักษาพยาบาล การปรับตัวต่อความเจ็บป่วยและความผาสุกทางจิต

องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ สรุปได้ 4 ประเด็น (คารณี จามจรี, 2545) คือ

1) คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่

1.1) เจ้าหน้าที่สุขภาพ ใช้ทักษะวิชาชีพที่สำคัญ ได้แก่ ทักษะในการสื่อสาร ทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และทักษะการใช้อำนาจในการรักษาพยาบาลในทางบวก

1.2) ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ หน้าที่ความรับผิดชอบ และการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจ

1.3) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการที่บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพและมีความรับผิดชอบ โดยตรงต่อสุขภาพตนเอง ขณะเดียวกับที่เจ้าหน้าที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้ป่วย ไม่ควรมองข้ามอิทธิพลของสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย

2) สิ่งที่เกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาล ได้แก่ การให้ความเคารพต่อความเชื่อ ค่านิยม และประสบการณ์ของบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความเชื่อในความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจ การยอมรับในหน้าที่และการกระทำของผู้ป่วยความมุ่งมั่นทุ่มเทที่มีร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วย ในการกระทำที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

3) ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ ได้แก่

3.1) การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้กันมากในการอธิบายลักษณะและความเชื่อที่สะท้อนความรู้สึของการควบคุม หรืออิทธิพลของบุคคลที่จะเคารพต่อพฤติกรรมการแสดงออกที่หลากหลาย รวมถึงการควบคุมตนเอง และประสิทธิภาพในตน (Zimmerman, 1995) โดยอธิบายภาพรวมของผลลัพธ์ ได้แก่ การนับถือตนเอง (Self-esteem) ความสามารถในการควบคุมตน (Personal control) และความสามารถในตน (Self-efficacy)

3.2) การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เน้นความรู้และทักษะที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถและปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคลความสามารถของบุคคล คุณลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะ ความคิด ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์ และกิจกรรมรวมกลุ่ม เป็นคำที่ใช้ในการอธิบายการกระทำของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Suk Bling, 1998)

3.3) การมีสุขภาวะที่ดี (Well-being) เป็นสภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมบุคคลจะมีสุขภาวะที่ดีได้แม้ว่าจะอยู่ในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพหรือการเจ็บป่วย (Orem, 1995) การมีสุขภาวะที่ดี หมายถึง การที่ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาพการเจ็บป่วยตรงตามความเป็นจริง เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตของตนเองได้ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ ซึ่งผลลัพธ์ต่อเนื่องของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่งผลต่อสุขภาวะที่ดี นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Suk Bling, 1998)

สรุปว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่มุ่งเน้นความรู้ทักษะ โดย การเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคล ความสามารถของบุคคล

ความคิด สมรรถนะ คุณลักษณะของพฤติกรรม ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์และกิจกรรมกลุ่ม รวมถึงการช่วยให้บุคคลยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตามความเป็นจริงและทำความเข้าใจให้ถูกต้องตามข้อมูลข่าวสาร

### 3.3 การพยาบาลโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พยาบาลถือได้ว่าเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นจึงเป็นที่คาดหวังว่าจะดูแลและช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยจิตเภทจัดได้ว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะเกิดผลกระทบด้านลบจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย สภาพทางร่างกายและจิตใจที่แย่ลง การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น บทบาทที่ต้องปรับเปลี่ยน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้มีการปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเผชิญกับการเจ็บป่วยได้

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังเกิดจากความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะสูญเสียพลังอำนาจ ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรัง จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาล โดยเป้าหมายสำคัญเพื่อลดการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย (คารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์, 2545)

แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลในปัจจุบัน คือ การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยมีสิทธิและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลตนเอง สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2537) กล่าวว่า เป็นการรับแนวคิดปรัชญามนุษย์นิยมเข้าไว้ในการพยาบาล จึงเน้นที่องค์รวม และปัจเจกบุคคล โดยเชื่อว่าผู้ป่วยทุกคนมีพลังอำนาจในตัวเอง ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องให้อำนาจแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

3.3.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจ ประกอบด้วย ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย และปัจจัยอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ดังนั้น การแสวงหาวิธีการที่จะช่วยลดผลกระทบทางด้านลบ อันเนื่องมาจากปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ จึงถือเป็นบทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนความรู้ ข้อมูล ทักษะ และทรัพยากร การช่วยเหลือผู้ป่วยในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดจากการเจ็บป่วย การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนความคิด และทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยและตนเอง การสนับสนุนทางด้านจิตใจ การปกป้องการใช้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วย

3.3.2 การพยาบาลต่อผู้ป่วยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจที่ค้ำประกันถึงคุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย การให้คุณค่าต่อผู้ป่วยในฐานะเป็นเจ้าของสุขภาพและมีหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพของตน (Rodwell, 1996: 309)

3.4 บทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยผลักดันให้การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ ทั้งนี้เนื่องจาก พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความหมายต่อชีวิตและการมีความหวัง ทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ กับโรคที่ตนเผชิญอยู่ ด้วยการได้รับข้อมูลที่เป็นด้านบวกต่อโรคที่เป็นอยู่ การสนับสนุนความรู้และทักษะที่จำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากเชื่อว่าพยาบาลเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญ มีความถูกต้องเชื่อถือได้ และคาดหวังว่าพยาบาลจะให้ข้อมูลที่เขาต้องการได้ ดังนั้น ความรู้และทักษะของ พยาบาลจึงมีความสำคัญที่จะช่วยสร้างความมั่นใจต่อผู้ป่วยว่าตนได้รับการดูแลอย่างดีจากพยาบาลที่มีความสามารถ (เศรษฐพงศ์บุญหมั่น, 2548) และพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดพันธมิตรในการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ อันจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวกในผู้ป่วย สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลเกิดจากการเคารพซึ่งกันและกัน ความไว้วางใจกันรวมถึงการยอมรับในคุณค่าของผู้ป่วยว่าเป็นผู้มีความสามารถอยู่ในคนหรือพัฒนาความสามารถได้ และมีสิทธิอันชอบธรรมในการตัดสินใจเลือกวิธีในการดูแลรักษาตนเอง โดยได้รับการสนับสนุนข้อมูล ความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมจากพยาบาล สิ่งที่สำคัญ คือพยาบาลจะต้องเข้าใจว่าตนเอง ไม่สามารถให้พลังอำนาจแก่ผู้ป่วยได้ แต่ผู้ป่วยต้องสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยจิตเภท จะเกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายที่กำหนด พยาบาลที่ปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะต้องทราบถึงบทบาท สมรรถนะที่สำคัญ ดังนี้ (คารณี จามจูรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์, 2545)

1) บทบาทในฐานะผู้เอื้ออำนวยอำนวยความสะดวก ให้การสนับสนุนทรัพยากรสำหรับผู้ป่วยเพื่อการจัดการกับปัญหาและการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ

2) บทบาทในฐานะผู้ช่วยเหลือในการเปลี่ยนแปลง จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจแนวคิดของการเปลี่ยนแปลง เป็นแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตและนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) บทบาทในฐานะผู้ช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนความคิด และทัศนคติที่มีต่อปัญหาและสภาวะสุขภาพของตนเอง บทบาทของพยาบาลในระหว่างกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วย

จะต้องเผชิญกับปัญหาหรือความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือสิ่งที่เคยทำอยู่ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้รับบริการดำเนินการต่อไปจนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

4) บทบาทในฐานะผู้ให้คำปรึกษาให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกและความเข้มแข็งทางด้านจิตใจลดลง พยาบาลจะต้องส่งเสริมให้กำลังใจ สร้างความเชื่อมั่นในตัวเอง

5) บทบาทในฐานะผู้ให้ความรู้ และเป็นแหล่งข้อมูลความรู้ ในการให้ข้อมูลเพื่อประกอบในการตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพของตนเอง

6) บทบาทในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ พยาบาลจะต้องเป็นผู้พิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มมีอาการจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านอยู่ในชุมชน ให้ผู้ป่วยมีสิทธิในความเป็นบุคคลเหมือนบุคคลทั่วไป

สมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตเภท (คารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธ์, 2545)

1) สมรรถนะด้านความรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทรวมถึงด้านจิตสังคม

2) สมรรถนะด้านทัศนคติ ที่คำนึงถึงหลักการของความเท่าเทียมกันหรือการเป็นหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพร่วมกัน การยอมรับในคุณค่าของผู้ป่วยในด้านของประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการกับการเจ็บป่วยและที่สำคัญคือ การเชื่อว่าความสามารถของผู้ป่วยพัฒนาได้ถ้าได้รับการเอื้ออำนวยและสนับสนุนข้อมูล ความรู้และทักษะอย่างเหมาะสม

3) สมรรถนะด้านทักษะ ประกอบด้วยทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านการให้ข้อมูล ความรู้ทักษะและทรัพยากรที่จำเป็น การสร้างแรงจูงใจและทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น

#### 4. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

##### 4.1 ความหมายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

สาธพร พุฒขาว (2541) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยา เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพเป็นพฤติกรรมดูแลตนเองที่สอดคล้องกับแผนการรักษา และการปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่องของการรับประทานยา ร่วมกับการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

เพชร คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ นอกจากนี้พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย

จิตเภทเป็นการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ที่มีพื้นฐานความเชื่อว่าการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษาและการสังเกตอาการตนเองจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

Razali & Yahya (1995) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง จะแสดงออกโดยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยขาดยาเกิน 2 มื้อภายในเวลา 2 สัปดาห์หรือไม่ขาดการมาตรวจตามนัดเกิน 1 ครั้ง

Farragher (1999) กล่าวถึง ลักษณะของพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่จะแสดงออกใน 5 ลักษณะคือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาหรือใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่ายากเกินไป การไม่ปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยามืดเวลา การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา และการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา

Kumar & Sedgwick (2001) กล่าวว่า การใช้ยาตามแผนการรักษาสามารถอธิบายได้ด้วยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา หรือการใช้ยาที่อาจผิดพลาดได้บ้างเป็นบางครั้ง ซึ่งการใช้ยาที่ผิดพลาด 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ Kumar and Sedgwick ยังถือว่าเป็นการใช้ยาที่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา แต่ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาเฉพาะเมื่อมีอาการแสดงของโรครุนแรงขึ้นหรือหยุดใช้ยา จะแสดงถึงการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาไว้มากมาย ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาใช้ในความหมายของการใช้ยาตามแผนการรักษาเช่นเดียวกับ Farragher (1999) และรวมถึงความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาตามการศึกษาของ เพชร คันธสายบัว (2544) ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้ง 2 ด้าน จึงจะพอสรุปความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ว่าเป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยจะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาดโดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ได้รับการแพทย์

4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ให้ความสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทหลายฉบับ ทั้งในและต่างประเทศ การศึกษาของ Oehl et al. (2000) กล่าวว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทมีหลายปัจจัยแตกต่างกัน แบ่งกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็น 4 ด้าน คือ

4.2.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย เป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงออกถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคล ที่ส่งเสริมให้มีการแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค หรือป้องกันการป่วยซ้ำหลังจากที่ได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้นและกลับไปอยู่ในชุมชนได้เป็นปัจจัย ที่บอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้าน ผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

4.2.1.1 ลักษณะประชากร จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ พบลักษณะ ประชากรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทมี 2 ประการคือ

1) อายุ ซึ่งเป็นจำนวนระยะเวลาทั้งหมดของการนับตามปฏิทินตั้งแต่แรก เกิดจนถึงปัจจุบัน (Orem, 2001: 373) อายุของบุคคลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจาก ความสามารถในการดูแลตนเองจะถูกพัฒนาขึ้นตามอายุ จากวัยเด็กถึงผู้ใหญ่ซึ่งมีศักยภาพในการ ดูแลตนเองสูงสุด จะลดลงและมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1985) ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา เป็นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมี ความสัมพันธ์ทางบวก กับอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman (1994) และ Agarwal et al. (1998) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า

2) เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างระหว่างบทบาทบุคลิกภาพใน ครอบครัวและชุมชนและสังคม โดยสังคมจะกำหนดบทบาทของเพศหญิงในการเป็นแม่ที่มีหน้าที่ ในการดูแลลูกและบุคคลในครอบครัวทั้งในเวลาปกติหรือในยามเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลให้เมื่อเจ็บป่วย ผู้ป่วยเพศหญิงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยเพศชายสอดคล้องกับการศึกษา ของ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) และ Agarwal et al.(1998)ที่พบว่าเพศหญิงปฏิบัติตามเกณฑ์การ รักษาดีกว่าเพศชาย

4.2.1.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสร้างขึ้นโดย Becker (1974) เป็น แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นทัศนคติและความเชื่อ ในการอธิบายการปฏิบัติของบุคคลต่อ ภาวะสุขภาพที่ได้รับการยอมรับในการทำนายพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการ เจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการ รับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค เมื่อนำมาศึกษาเพื่ออธิบายพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอธิบายได้ดังนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ของแต่ละบุคคลจะมี

ความแตกต่างกันตามการประเมินความเป็นไปได้ที่จะเกิดปัญหา โดยรับรู้จากความเสี่ยงและประสบการณ์ของตนเอง ทำให้มีการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือปัญหาสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำเป็นปัจจัยสำคัญ ที่จะเข้าใจถึงพฤติกรรมป้องกันการโรคที่เคยเป็นมาก่อน และได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้น การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เช่น รับรู้ปัจจัยที่จะทำให้ตนเองมีอาการทางจิตมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง

2) การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived severity) หมายถึง ความคิดความเชื่อของบุคคลถึงความรุนแรงของการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น ความรุนแรงนี้ขึ้นอยู่กับ การประเมินการเกิดโรคของตนเอง การที่บุคคลรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคม จึงเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้นร่วมกับประสบการณ์การรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ว่ามีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นภาวะคุกคามเหล่านี้ (Adams & Scott, 2000)

3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefit) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของผู้ป่วยต่อการกระทำที่เป็นการป้องกันการเกิดโรค หรือการป้องกันการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่เชื่อว่าสามารถทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภทจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต และการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการ การดูแลตัวเองที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการยอมรับลดความรังเกียจจากสังคม ทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสงบสุข สามารถลดความตึงเครียดของผู้ป่วย และมีส่วนช่วยป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้

4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติดูแลสุขภาพ (Perceived barrier) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ขัดขวางการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีร่างกายที่แข็งแรง ในผู้ป่วยจิตเภทการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติของตนมีอุปสรรค เช่น การที่ญาติช่วยเหลือติดตามมากเกินไปไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นอิสระ การถูกรังเกียจ ห้ามปรามกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ การไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้ขัดขวางการดูแลตนเอง และส่งผลต่อการเสื่อมถอยสมรรถภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย



จากการศึกษาของ Adams & Scott (2000) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภท เช่น ผู้ป่วยที่เชื่อว่าอาการเจ็บป่วยทำให้เกิดผลเสียต่ออาชีพ ชีวิตสมรส สังคม รับรู้โอกาสเสี่ยง ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสป่วยซ้ำ รับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองสูง และรับรู้ถึงอุปสรรคของการดูแลตนเองต่ำจะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

4.2.1.3 ลักษณะของการเจ็บป่วย Kaplan & Sadock (1995) กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาว่าเกิดขึ้นเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา มี 2 ลักษณะ ได้แก่

1) ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต หมายถึงการรับรู้ ความเชื่อของผู้ป่วย ที่คิดว่าตนเองเป็นคนสำคัญ หรือมีอำนาจพิเศษ เช่น คิดว่าตนเองเป็นพระเจ้า หรือร่ำรวยเป็นมหาเศรษฐี ซึ่งเป็นความเชื่อที่ไม่เป็นจริง โดยผู้ป่วยจะเชื่อในความคิดนั้น โดยไม่สามารถเปลี่ยนความเชื่อถือได้ด้วยการอธิบายโดยใช้เหตุผลตามธรรมดา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542: 2) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการขาดการตระหนักรู้ในตนเอง (lack of insight) ซึ่งมีผลทำให้คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องรับการรักษา เช่น การศึกษาของ Kumar & Sedgwick (2001) พบว่าผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิดจะปฏิเสธการรักษา

2) อาการทางลบเป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดคุณสมบัติบางประการที่บุคคลปกติควรมี เช่น มีการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) และอาการไม่สนใจ แยกตัวจากสังคม (Passive social withdrawal) ขาดความสามารถในการคิด การแสดงอารมณ์ และการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการพยากรณ์โรคไม่ดี (Oehl et al., 2000)

4.2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภททั้งในครอบครัว และชุมชน ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วย

4.2.2.1 ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพ เพื่อดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ซึ่ง ภัทธา ธีรลาภ (2532) และ Kumar & Sedgwick (2001) พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากขามีราคาแพง ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยา หรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

4.2.2.2 การอยู่ร่วมกับครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนที่มีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือดและหรือทางกฎหมาย ได้แก่ พ่อ (สามี) แม่(ภรรยา) ลูก และญาติพี่น้อง มีบทบาทหน้าที่ที่พึ่งปฏิบัติต่อกัน ให้ความรักและเอาใจใส่ต่อกัน เอื้ออาทร มีความปรารถนาดีต่อกันทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม (เพชร คันธสายบัว, 2544) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนการดูแลทางด้านจิตใจแล้ว การสนับสนุนของครอบครัวยังมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าในผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับญาติจะมีการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับญาติหรืออาศัยอยู่ตามลำพัง (Razali & Yahya, 1995)

4.2.2.3 การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีบุคคลคอยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง บุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา การนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด หรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยที่สามารถไปพบแพทย์ได้เองไปโรงพยาบาลตามนัด การช่วยเหลือจ่ายค่ายา การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา ที่สำคัญคือ การดูแลของญาติให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า หรือการเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา รวมทั้งการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแลในเรื่องเหล่านี้

4.2.2.4 การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หมายถึง การแสดงลักษณะอารมณ์ของบุคคลมากเกินไป ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีผลต่อการสนับสนุนให้ได้รับการรักษาที่ไม่ดี (Oehl et al., 2000)

4.2.2.5 ทักษะคิด ทักษะคิดของสังคมและครอบครัว เป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิกริยาของบุคคลเหล่านั้นต่อการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลถึงการยอมรับความเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษาอาการทางจิต ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากการรู้สึกรังเกียจหรือการถูกตีตราจากสังคม เช่น การรับประทานยารักษาอาการทางจิต การมาตรวจที่โรงพยาบาล หรือผู้ป่วยอยู่ในสังคมที่ไม่เห็นความสำคัญของการรักษาทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนให้รับการรักษาและมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา(Oehl et al., 2000)

4.2.3 ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการรักษาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

4.2.3.1 วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย หมายถึงช่องทางการได้รับยาสู่ร่างกาย คือ การกิน การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดยาเข้าระหว่างชั้นกล้ามเนื้อและไขมัน การฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ การอมยาใต้ลิ้น และการเหน็บยาทางช่องคลอด หรือทางทวารหนัก Kumar & Sedgwick

(2001) กล่าวว่า การได้รับยาเข้าสู่ร่างกายโดยใช้วิธีฉีดจึงสามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าวิธีการรับประทานยา

4.2.3.2 ความซับซ้อนของการรักษา หมายถึง ความรู้สึกลังเลยากลำบากในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิดและมีจำนวนมาก อาจเกิดความสับสนในการใช้ยา สืบวิธีการใช้ยา การรับประทานยาที่ไม่เหมือนกันจะทำให้ผู้ป่วยสับสน หมคความอดทนที่จะรับประทานยาต่อไป มีรายงานถึงการรับประทานยากันชัก 1 เม็ดต่อวัน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาร้อยละ 88 ถ้ารับประทานยา 2 เม็ดต่อวัน ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลงเป็นร้อยละ 81 และหากต้องรับประทานยา 4 เม็ดต่อวัน ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลงเหลือเพียงร้อยละ 39 (สมัยพร อาชาล, 2543) นอกจากนี้จำนวนครั้งของการรับประทานยาในแต่ละวันก็มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา หากผู้ป่วยต้องรับประทานยามากถึง 3 ถึง 4 ครั้งต่อวัน ความร่วมมือในการรักษาก็ลดลงมากกว่ารับประทานยาเพียงวันละครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Gravaley & Oseasohn (1991) พบว่าการรับประทานยวันละหลาย ๆ ครั้ง จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมปกติของผู้ป่วย ทำให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยลดลง โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะพึงพอใจต่อการรับประทานยวันละเม็ดเดียวมากกว่ายาหลายเม็ด และรับประทานยวันละครั้งเดียวหรือไม่เกินวันละ 2 ครั้งมากกว่าวันละหลาย ๆ ครั้ง

4.2.3.3 ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ขารักษาโรคจิตเป็นกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มาก (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536) ผู้ป่วยจิตเภทบางรายขณะรับการรักษาโดยใช้ยาต้านอาการทางจิตมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น คอแข็ง คอเอี้ยวบิดเบี้ยว ง่วงนอน ปากและคอแห้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้น และความคิดปกติทางเพศสัมพันธ์ (Agarwal et al., 1998) อาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และหยุดการใช้ยาในที่สุด โดยการศึกษาของ Kumar & Sedgwick (2001) พบว่าเหตุผลของการไม่ใช้ยา ในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาคือ ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา ส่วน Agarwal et al. (1998) พบว่า ปัจจัยที่สามารถแยกผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาออกจากผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาปัจจัยหนึ่งคือ การที่ผู้ป่วยได้รับฤทธิ์ข้างเคียงของยา

4.2.4 ปัจจัยด้านทิมสุขภาพ ทิมสุขภาพ หมายถึง พยาบาล แพทย์ เภสัชกรและนักสังคมสงเคราะห์ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา ปัจจัยด้านทิมสุขภาพที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทิมสุขภาพสัมพันธภาพที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี บุคลิกภาพที่อบอุ่น น่าศรัทธา จะส่งผลดีต่อความร่วมมือในการรักษา

จะเห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท อาทิ ปัจจัยทางด้านผู้ป่วย เช่น ลักษณะประชากร แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพลักษณะของการเจ็บป่วยเช่น อาการทางลบ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมเช่นการอยู่ร่วมกับครอบครัว การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ปัจจัยด้านการรักษา เช่น ความซับซ้อนของการรักษา วิธีได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา และปัจจัยด้านทรมสุขภาพเช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทรมสุขภาพ ที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการที่พยาบาลได้ประเมินถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมใช้ยาไม่ถูกต้อง จึงเป็นเรื่องสำคัญและมีประโยชน์ในการวางแผนเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้องมากขึ้น

4.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา Fenton et al (1997) กล่าวว่า เป็นการยากที่จะระบุคุณสมบัติหรือวัดพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยซึ่งจากการศึกษารายงานวิจัยต่าง ๆ พบว่ามีวิธีการประเมินการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาหลายวิธี (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536; สารุพร พุฒขาว, 2541)

4.3.1 การสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการประเมินวิธีนี้ญาติผู้ป่วยหรือบุคลากรทรมสุขภาพที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จะสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือแผนการรักษาได้ถูกต้อง ครบถ้วนหรือไม่

4.3.2 การประเมิน โดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและง่ายที่สุด อาจจะสอบถามหรือสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรงหรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย ข้อดีของวิธีการ สอบถามและการสัมภาษณ์คือ ได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัดของวิธีการคือพบว่า ผู้ป่วยมักให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงคำถามให้มีความชัดเจน แม่นตรง และระหว่างการสัมภาษณ์ไม่ตำหนิเมื่อผู้ป่วยตอบว่าไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาหรือไม่รับประทานยา โดยผู้สัมภาษณ์เองต้องคำนึงว่าถึงแม้จะมีทักษะและมีความละเอียดในการสัมภาษณ์ก็ตาม แต่ก็มักพบปัญหาในการประเมิน

4.3.3 การนับจำนวนเม็ดยา เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้บ่อย การปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาจะประเมินได้จากการนับจำนวนเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วย และจำนวนเม็ดยาที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยา หรือเมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง จำนวนยาที่เหลือมากกว่าที่ควรจะเป็นแสดงว่าผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ข้อดีของวิธีการนี้คือ สามารถบอกถึงจำนวนยาที่ใช้ไป แต่มีข้อจำกัดคือ อาจได้ข้อมูลที่ไมตรงกับความเป็นจริง หากผู้ป่วยทิ้งยาโดยไม่ได้รับประทานยาหรือผู้ป่วยให้คนอื่นใช้ยาคด้วย

4.3.4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นการวัด โดยอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงเวลาที่กำหนด เช่น การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การวัดระดับสารที่ถูกขับออกทางปัสสาวะหรือสารที่เกิดจากการเมตาโบไลต์ (Metabolite) ของยาแต่วิธีการประเมินแบบนี้ก็มีข้อจำกัด เช่น ความเข้มข้นของยาอาจจะได้รับผลจากความแตกต่างในการดูดซึมของยาและการขับออกของยาในร่างกายของแต่ละบุคคล ระดับความเข้มข้นของยาจึงอาจจะไม่ใช่ข้อบ่งชี้ของการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในการใช้ยาของผู้ป่วย ความเข้มข้นของยาที่ตรวจพบสามารถบอกรได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานว่ามีจำนวนทั้งหมดเท่าใด ครอบคลุมแผนการรักษาหรือไม่ การรับประทานยาก่อนการตรวจจะทำให้ค่าของความเข้มข้นของยาสูง ซึ่งไม่ได้แสดงถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือและวิธีการที่ยุ่งยาก การวิเคราะห์ต้องเป็นระยะภายหลังการรับประทานยา วิธีการนี้จึงไม่อาจนำมาใช้ในทุกรณี

4.3.5 พิจารณาจากการมาตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มารับการตรวจรักษาตามนัดเป็นผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา

4.3.6 การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตัวเอง (self-report) ซึ่งวิธีการนี้มีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยอาจเขียนบันทึกไม่ตรงกับการปฏิบัติจริง

เพชรี คันธสาขบัว (2544) วัดพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ส่วน Kumar & Sedgwick (2001) ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้ Compliance Rating Scale (CRS) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น โดยแสดงให้เห็นว่าการใช้เครื่องมือที่มีองค์ประกอบของการตรวจทางห้องทดลอง สามารถทำได้ผลการประเมินเชื่อถือได้มากขึ้นก็จริง แต่เหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย สามารถได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มากกว่า ดังนั้นในการประเมินโดยการสัมภาษณ์อย่างเดียวจึงคิดว่าการใช้ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ หรือการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า แม้ว่าการใช้การประเมินหลายวิธีจะทำให้ผลการประเมินน่าเชื่อถือแต่การสัมภาษณ์เป็นวิธีการที่นิยม และสามารถได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการวางแผนการช่วยเหลือ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่สร้างขึ้นโดย สรินทร เชี่ยวโสธร (2545)

4.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา การที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นปัญหาที่สำคัญ และมีความเกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำและกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยจิต

เภทที่สำคัญ และต้องกระทำต่อเนื่องทั้งขณะให้การดูแลในโรงพยาบาลและขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลหลากหลายวิธี เช่น

4.4.1 การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education) Kay (1998) กล่าวว่า วิธีการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อวางแผนเพิ่มการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และวิธีการเผชิญความเครียด ร่วมกับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพจิต เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาดีขึ้น ลดการป่วยซ้ำ นอกจากนี้วิธีการสอนที่ปฏิบัติในกลุ่มครอบครัวที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้แต่ละครอบครัวมีเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ปัญหา จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4.4.2 การดูแลในชุมชน (Community programs) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน เกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งการติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองและการได้รับการรักษาที่เหมาะสม (Olofson 1990 cited in Kay, 1998) กล่าวว่า การดูแลในชุมชนที่จะได้ผล ต้องสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งต้องมีการดูแลที่สามารถส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพของผู้ป่วยด้วย จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติ และ Forman (1993) กล่าวว่า แนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

4.4.2.1 คำนึงถึงสาเหตุสำคัญของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา 3 ปัจจัย คือ ฤทธิ์ข้างเคียงของยา การขาดความรู้ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ

4.4.2.2 ทำความเข้าใจเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย

4.4.2.3 การปฏิบัติการพยาบาล เช่น การสอนผู้ป่วยรายกลุ่มและรายบุคคล เกี่ยวกับการใช้ยา โดยกลุ่มจะต้องประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีลักษณะความเจ็บป่วยและความสามารถในการทำหน้าที่คล้ายคลึงกัน โดยกระตุ้นให้กลุ่มเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาการใช้ยารักษาทางจิต โดยระหว่างกระบวนการกลุ่มพยาบาลสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับยา ความเจ็บป่วยตามความพร้อมของผู้ป่วย

4.4.2.4 ความร่วมมือจะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแลและพยาบาล

4.4.3 การเสริมสร้างการมีส่วนร่วม โดย Marland (1999) ได้กล่าวถึงแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้วิธีการเพิ่มความมีอิสระและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ คือ

4.4.3.1 การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล พยาบาลสามารถใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ในการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ต้องอาศัยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ ความคิดของผู้ป่วย สิ่งที่พยาบาลจำเป็นต้องประเมิน คือ อาการผิดปกติที่รบกวนผู้ป่วย ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการรักษา

4.4.3.2 การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลขึ้นอยู่กับ การได้รับข้อมูลการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการยินยอมรับการรักษาซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีปัญหาการตัดสินใจดังนั้นสิทธิในการตัดสินใจที่ถูกต้องด้วยตัวของผู้ป่วยเอง ยังเป็นที่ถูกถกเถียงอย่างกว้างขวางและเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมผู้ป่วยที่มีความสามารถในการตัดสินใจแตกต่างกัน ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่มีความบกพร่องในการตัดสินใจ และสามารถตัดสินใจอย่างอิสระ Marland (1999) เสนอแนวทางการปฏิบัติว่าถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย การให้แรงจูงใจเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อการรักษา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ ก่อนจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง แต่สำหรับผู้ป่วยบางราย การใช้ยาเพื่อรักษาเป็นการแสดงถึงการต้องพึ่งพา พยาบาลจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่ายาสสามารถควบคุมชีวิตให้ปกติ (Litrell, 1996 cited in Marland, 1999) และเป้าหมายของการรักษาจะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล พยาบาล และทีมสุขภาพ

4.4.3.3 การส่งเสริมความร่วมมือ เหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยแต่ละบุคคลแตกต่างกัน การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องปฏิบัติตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยควรได้รับการติดตามหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การเรียนรู้ของผู้ป่วยเพื่อแยกอาการแสดงที่ผิดปกติ การจัดการความผิดปกติเกี่ยวกับฤทธิ์ข้างเคียงของยาเป็นเรื่องที่พยาบาลและบุคลากรในทีมต้องคำนึงถึง นอกจากนั้นความสามารถในการเรียนรู้เรื่องเหตุผลในการใช้ยาร่วมอยู่กับความพร้อม ข้อจำกัดและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย การประเมินสภาพผู้ป่วย แหล่งสนับสนุน การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในแหล่งบริการที่สะดวก เป็นต้น

4.4.3.4 การประเมินผล การประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยอย่างเดียวน่าจะไม่เพียงพอ การสังเกตการณ์ปฏิบัติของผู้ป่วยโดยญาติผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพ หรือการ

ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจะต้องใช้ควบคู่กัน การเปิดเผยความจริงของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกไว้วางใจว่าสามารถบอกถึงความต้องการของตนเอง

ดังนั้น บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้ยา การตรวจสอบผู้ป่วยอาจต้องมีการพูดคุยทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไรเพื่อรักษาสัมพันธภาพ ความรู้สึกไว้วางใจ ให้เกิดผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาต่อไป

กล่าวโดยสรุป การปฏิบัติการพยาบาลที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องมีหลายวิธี และต้องอาศัยความร่วมมือกันของทุกฝ่าย ทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพ และต้องกระทำอย่างต่อเนื่องทั้งขณะกำลังรักษาอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อออกไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้โดยไม่มีอาการป่วยซ้ำ

## 5. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อพัฒนาส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของคาร์ณี จามจูรี และจินตนา ชูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งศึกษาต่อเนื่องจากแนวคิดแหล่งอำนาจของ Miller (1992) โดยเชื่อว่าพลังอำนาจ (Power) คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำเนินชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของบุคคลและเป็นความสามารถที่มีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน โดยแหล่งของพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) มีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่ง ได้แก่ ความเข้มแข็งทางกายภาพ ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม อัตมโนทัศน์เชิงบวก พลังงาน ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญาแรงจูงใจและระบบความเชื่อ โดยมีขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 5 ขั้นตอนลักษณะของเนื้อหาในโปรแกรมจะเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะสูญเสียพลังอำนาจ โดยพัฒนาแหล่งพลังอำนาจในตัวบุคคลของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีศักยภาพและสามารถดูแลตนเองได้ มีขั้นตอนดังนี้

5.1 การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือและการค้นหาสถานการณ์จริง เป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี (คาร์ณี จามจูรี, 2544) เป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึง การรับผิดชอบ ตัดสินใจและสร้างแรงจูงใจในการเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งแรงจูงใจเป็นหนึ่งในแหล่งพลังอำนาจที่สามารถสร้างเสริมให้เกิดขึ้นได้ (Miller, 1992) ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ปัญหาการเจ็บป่วยและยอมรับว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมชาติ ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ก็สามารถควบคุมและมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยได้



(คารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) รวมทั้งได้เรียนรู้บทบาทความเท่าเทียมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์เชิงบวก (สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเองที่มีอยู่ส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

5.2 สร้างพลังในการแก้ไขปัญหาโดยการสะท้อนความคิด และสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์รอบด้านของตนเอง เพื่อการตัดสินใจและวางแผน การจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีพลังและความสามารถในการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง และเกิดความรู้สึกมั่นใจในการดูแลที่ได้รับจะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ขั้นตอนนี้จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม ช่วยให้กลับมามองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่าง ๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและมีการเปลี่ยนแปลงที่ดียิ่งขึ้น (Gibson, 1995) และเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ได้พัฒนาความรู้สึกมีพลังที่จะใช้ในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การจัดการกับความต้องการประจำวัน การจัดการกับอารมณ์และความเครียด (Miller, 1992) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น เช่นสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ในการที่จะรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของญาติหรือผู้ดูแล หยุดคิมเกล้า มีการออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ หรือฟังเพลง ออกไปเที่ยวบ้าง

5.3 การสนับสนุน เอื้ออำนวย ข้อมูล ความรู้ ทักษะ แหล่งทรัพยากร และสร้างแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผล และเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติ ความต้องการการสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร เกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเอง บทบาทของพยาบาลไม่ใช่ผู้จัดการ ให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะ ตามที่ตนเองเห็นว่าเหมาะสม แต่บทบาทของพยาบาล คือการร่วมกับผู้ป่วย ในการค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ถึงสิ่งที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545)

5.4 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง เป็นการกระทำการแก้ปัญหาหรือได้ทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสม และดีที่สุด (พนารัตน์ เจนจบ, 2542: 29) เมื่อผู้รับบริการสามารถดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ได้ด้วยตนเองจะช่วยให้รับรู้ถึงความสามารถศักยภาพทางด้านร่างกาย และอำนาจที่จะใช้ในการควบคุมสถานการณ์บางอย่างได้ ซึ่งจะนำไปสู่การมองเห็นคุณค่าและการนับถือตนเองเพิ่มขึ้น นำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางบวกมากขึ้น สามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ (คารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์, 2545)

5.5 การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลได้กระทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มความสามารถและความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นของตนเองด้วยตนเองตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพเพื่อสุขภาพของตนและบุคคลในความดูแลของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่องอีกด้วย (Gibson, 1995)

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

สาธิต พุฒขาว (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุงจำนวน 118 คน ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 72 และมารับการรักษาเมื่อมีอาการ ร้อยละ 51.7 ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 84.7 นอกจากนี้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ทักษะคิดต่อการใช้ยาและความพึงพอใจต่อบริการของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยามาสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ จำนวน 110 คนและกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ จำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ มี 5 ตัว คือ พฤติกรรมการใช้ การดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา ด้านการแสดงอารมณ์ สถานภาพสมรสและความเชื่อด้านสุขภาพ

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 260 คน ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์ขึ้นเอง พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอยู่ในระดับสูง และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยในชุมชนคือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา

Kumar & Sedgwick (2001) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชอายุ 17-65 ปี ที่กลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เป็นระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 90 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเป็นเวลา 30-45 นาที ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาสูง และการตัดสินใจของตัวผู้ป่วยเองว่าไม่อยากจะร่วมมือในการใช้ยามีผลสูงกว่าการตัดสินใจของคนอื่น ๆ

Michael (2006) ศึกษาถึงปัจจัยต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 1,061 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาคือ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับต่ำ

## 6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จารุวรรณ จินตางค (2541) ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยทำการทดลองเป็นรายบุคคล ระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง 3 สัปดาห์ ฤๅละ 2 ครั้ง วัดผลก่อนและหลังการศึกษา พบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรินทร เชื้อวโสร (2545) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล จำนวน 20 คนพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้นหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

Gibson (1995) ใช้แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาเด็กป่วยเรื้อรังด้วยโรคระบบประสาท ซึ่งกำลังรู้สึกทุกข์ทรมานกับการะับผิดชอบ ห่วงใยกังวลต่อการดูแลบุตรของตน Gibson ได้ใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจในการเพิ่มศักยภาพของบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะมารดาเด็ก ให้เกิดความรู้สึกที่ดี ได้รับความรู้ที่ถูกต้อง ส่งเสริมความสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ

ที่เกิดขึ้น ได้ดีพบว่าสามารถพัฒนาสมรรถนะเชิงความรู้ ความคิด ความเข้าใจและการรู้จักตนเอง ยอมรับความจริง ควบคุมตนเอง มีความมั่นใจและพยายามแก้ปัญหาด้วยตนเองได้เหมาะสม

Kayama et al. (2001) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยพยาบาล จิตเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยให้ กำลังใจและให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประ โยชน์ที่ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือเครพใน การตัดสินใจเป็นคนไข้ในหอผู้ป่วย รวมทั้งการสร้าง ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชกับ ครอบครัว การศึกษาพบว่า หลักสำคัญของการเยี่ยมบ้านคือ การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และพยาบาล การให้กำลังใจผู้ป่วยในการค้นหาแหล่งบริการช่วยเหลือ การพัฒนาการดำเนินชีวิตใน ชุมชน การให้สิทธิผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาเป็นคนไข้ในการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องกับ ครอบครัว

#### กรอบแนวคิดในการศึกษา

