

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้นำแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากตำรา เอกสาร บทความ และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัว
 - 1.1 ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 1.2 การรักษา
 - 1.3 ปัญหาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 1.4 ผู้ดูแลในครอบครัวและผลกระทบที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.5 ระบบการบริการผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลและบริการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว
 - 2.1 หลักการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว
 - 2.2 การปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล
 - 2.3 การปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน
3. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.1 ความหมายและองค์ประกอบ
 - 3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 - 3.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
4. การเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล
 - 4.1 ความหมาย
 - 4.2 แหล่งพลังอำนาจ
 - 4.3 แนวคิดและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 4.4 การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล
 - 4.5 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล
5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 - 5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช เป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต ส่วนมากเริ่มเป็นในช่วงวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น สามารถพบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง

ตามความหมาย ของ ICD 10 โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไป คือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือท้อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเชาว์ปัญญามักคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้ (Cognitive)(เกษม ดันติผลาชีวะ , 2536)

1.1 ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท

แบ่งตามการดำเนินโรคออกเป็น 3 ระยะ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ได้แก่

1.1.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal) ระยะนี้เป็นระยะที่เริ่มมีอาการน้อยๆ ส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไป ไม่เหมือนเดิม เริ่มแรกส่วนใหญ่เก็บตัวมากขึ้น อยู่แต่ในห้อง อาจหันไปสนใจเรื่องทางด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือไสยศาสตร์ บางคนมุ่งไปสนใจเรื่องบางอย่าง เช่น สะสมของต่างๆ ทั้งๆที่เดิมไม่เคยสนใจมาก่อน หากเป็นนักเรียนจะมีผลการเรียนต่ำลง ครูอาจรายงานว่าเด็กมักเหม่อลอยไม่สนใจเรียน มีความคิด คำพูด หรือพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ยังไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน การสนใจตัวเองเริ่มลดลง เช่น ไม่สนใจความสะอาดของร่างกาย มีการใช้ถ้อยคำ หรือสำนวนแปลกๆ ระยะนี้อาจนานเป็นเดือนถึงเป็นปี ในบางคนอาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจน เมื่อมีเรื่องกดดันจิตใจ ก็เกิดอาการทางจิตรุนแรงขึ้นมาทันที

1.1.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ผู้ป่วยบางคนมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน อาการก็เป็นมากขึ้นเรื่อยๆจนถึงขั้นอาการกำเริบเลย ส่วนใหญ่อาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ ในระยะนี้ความผิดปกติจะมีมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด พบว่าคนที่เป็โรคจิตเภทมักมีอาการในระยะกำเริบที่พบได้บ่อยๆ ดังนี้

1.1.2.1 อาการหลงผิด (Delusions) ได้แก่การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริงและเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่ว่าจะมืเหตุผลมาหักล้าง ผู้ป่วยก็ไม่เปลี่ยนความเชื่อของตน

1.1.2.2 อาการประสาทหลอน (Hallucinations) คือการมีการรับรู้ต่างๆที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นได้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อย คือ เสียงแว่ว ผู้ป่วยมักได้ยินเสียงคนพูดเป็นเรื่องราว และขณะที่ได้ยินก็รู้ตัวดีตลอด ลักษณะที่พบบ่อย

คือแว่วเสียงคนคุยกัน หรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย ประสาทหลอนที่พบรองลงมา คือ ภาพหลอน อาจเป็นคนใกล้ชิด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ ส่วนใหญ่จะเห็นรายละเอียดชัดเจน และมักมีหูแว่วร่วมด้วย

1.1.2.3 อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งอาจเป็นจากความหลงผิด ประสาทหลอน หรือเป็นความคิดแปลกๆของผู้ป่วย บางรายเก็บตัวมากขึ้น ไม่อาบน้ำหลายวันติดๆกัน กลางคืนไม่นอน ชอบเดินไปมา หรือทำท่าทางแปลกๆ บางครั้งก็ตะโกนโวยวายหรือหัวเราะขึ้นมา แต่งตัวแปลกๆ บางคนควบคุมอารมณ์ไม่ค่อยได้ กลายเป็นคนหงุดหงิดง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน โดยเฉพาะเมื่อญาติขัดใจ หรือเข้าไปห้ามไม่ให้ทำอะไรบางอย่าง ซึ่งอาการเช่นนี้มักก่อความเดือดร้อนให้ญาติ จนต้องพามาพบแพทย์

1.1.2.4 อาการด้านอารมณ์ อาจพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางคนมีอาการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะคิกคักคนเดียว ทั้งๆที่ไม่มีเรื่องที่น่าขำ อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการโรคจิตดีขึ้น

1.1.3 ระยะอาการทุเลา (Stabilization phase) เป็นระยะที่อาการต่างๆในช่วงที่กำเริบทุเลาลง อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนลดน้อยลง พุดฟังรู้เรื่องมากขึ้น ระยะนี้นานประมาณ 6 เดือนหลังจากที่เริ่มมีอาการกำเริบ บางรายอาจนานกว่านี้

1.1.4 ระยะอาการคงที่ (Stable phase) เป็นระยะที่อาการต่างๆเริ่มคงที่ หรือหากจะมีก็ไม่รุนแรงเท่าในระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยบางคนอาจไม่มีอาการเลย ในขณะที่บางคนอาจมีอาการแค่ เกรียด หงุดหงิด วิตกกังวลง่าย หรือนอนไม่หลับเป็นครั้งคราว อาจมีความคิดแปลกๆ หลงเหลืออยู่บ้าง บางครั้งรู้สึกระแวงแต่ไม่ปักใจเชื่อ

1.2 การรักษา

โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีสาเหตุจากปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน การรักษาส่วนใหญ่จึงมักใช้วิธีการหลายอย่างร่วมกันไป โดยที่แต่ละวิธีก็มีส่วนช่วยรักษาอาการและเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคโดยกลไกต่างกัน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ได้มาหาจิตแพทย์เอง แต่ถูกพามารักษาโดยญาติหรือบุคคลอื่น จะมีบ้างก็เป็นส่วนน้อยที่ผู้ป่วยมารับการรักษาเองตั้งแต่ต้น การซักประวัติส่วนใหญ่จึงมักได้จากญาติ ผู้ป่วยโดยที่ข้อมูลจากผู้ป่วยเองอาจเชื่อถือไม่ค่อยได้ หรือบางครั้งเรื่องที่เล่าก็เป็นอาการหลงผิดของผู้ป่วย ผู้รักษาจำเป็นต้องวินิจฉัยให้ได้โดยเร็วและวางแผนการรักษาทันที หากการวินิจฉัยยังไม่แน่นอน ก็ต้องประเมินความเสี่ยงในการที่ผู้ป่วยจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือต่อผู้อื่น ปัญหาแรกที่ต้องตัดสินใจก็คือการที่จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ หากเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ไม่รวมมือในการรักษา และมีความเสี่ยงในการที่จะก่อให้เกิดอันตราย

ต่อตนเองหรือผู้อื่น ก็ต้องพิจารณาผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล โดยที่ผู้ป่วยไม่สมัครใจนี้ควรมีญาติผู้ป่วยเซ็นชื่อให้ความยินยอม หากไม่มีญาติก็ควรมีเจ้าหน้าที่ คำนวณดำเนินการส่งตัวมาเป็นลายลักษณ์อักษร

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจแบ่งได้ดังนี้

1.2.1 Biological treatments

การรักษาในกลุ่มนี้ ได้แก่การรักษาด้วยวิธีการใดๆ ที่กระทำต่อร่างกายโดยใช้ เครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่างๆ ในอดีตเคยมีวิธีการที่นำมาใช้หลายอย่าง แต่ในปัจจุบันนี้มีเพียงการรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้าเท่านั้นที่ใช้กันอยู่ สำหรับการผ่าตัดสมองเพื่อรักษาอาการทาง จิต (psychosurgery) มีทำกันอยู่บ้างเป็นบางแห่งซึ่ง ไม่มากนัก

1.2.1.1 การใช้ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic drugs)

เป็นวิธีการรักษาที่จำเป็นที่สุดใน active phase ของโรคจิตเภท สามารถรักษา อาการที่สำคัญต่างๆ เช่น ประสาทหลอน และหลงผิด ให้หายได้ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ โดยกลไกการ ออกฤทธิ์เชื่อว่าไปยับยั้ง postsynaptic dopamine receptors ในสมอง ยารักษาโรคจิตเป็นตัวช่วยให้ ผู้รักษาสามารถพูดคุยและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น การให้ยาในขนาดต่ำๆ เมื่ออาการ ของโรคสงบแล้วเพื่อเป็น maintenance treatment ยังช่วยป้องกันการกลับเป็นอีกได้ด้วย

1.2.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy, ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในโรคจิตเภทแม้ว่ายังมีการถกเถียงกันมาก และไม่ได้เป็นที่ ยอมรับกันทั่วไปแต่จิตแพทย์ส่วนใหญ่ก็ยอมรับว่าเป็นการรักษาที่มีประ โยชน์มากและบางครั้งก็ ขาดไม่ได้เลย หากต้องการช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ การรักษาด้วยไฟฟ้าทำให้อัตราการหาย (remission rate) ในกลุ่มที่ใช้การรักษานี้ ดีกว่ากลุ่มที่ใช้ยารักษาเท่านั้น อย่างไรก็ตาม การรักษานี้ก็ไม่ควรที่จะ นำมาใช้เป็นการรักษาอันดับแรกในโรคจิตเภท นอกจากนี้มีข้อบ่งชี้อย่างชัดเจนเท่านั้น

1.2.2 Psychosocial treatments

การรักษาในกลุ่มนี้ใช้วิธีการทางจิตเป็นสำคัญ โดยเน้นที่การพูดคุยทั้งกับตัวผู้ป่วย โดยลำพังและเป็นกลุ่ม การพูดคุยกับญาติ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ตลอดจนนำหลักการของ พฤติกรรมบำบัดมาประยุกต์ใช้ด้วย ซึ่งโดยทั่วไปการรักษาทางใจมักใช้ควบคู่ไปกับการให้ยารักษา โรคจิต การรักษาในกลุ่มนี้ได้แก่

1.2.2.1 Individual psychotherapy จิตบำบัดรายบุคคลในโรคจิตเภทมีข้อจำกัด และไม่สามารถทำได้ในทุกระยะของโรค บางครั้งผู้ป่วยอาจไม่พูดเลยหรือพูดนอกเรื่องจนไม่ สามารถสื่อกันได้ การรักษาจึงต้องใช้วิธีการที่แตกต่างไปจากแบบที่ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็น โรคจิต การรักษาส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคอง เน้นที่การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย พยายามดึงผู้ป่วยให้กลับสู่โลกของความเป็นจริง

ช่วยแก้ไขหน้าที่ของ ego ที่บกพร่อง เสริมสร้าง ego ที่อ่อนแอให้เข้มแข็งขึ้น ให้รู้จักใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสมเปลี่ยนแปลงแก้ไขกลไกทางจิตที่เป็นพยาธิสภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยอาจเรียนรู้วิธีการเลียนแบบ ego ของผู้รักษา บางครั้งผู้รักษาอาจใช้คำแนะนำแบบตรงไปตรงมา ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการคิดอย่างมีเหตุผล คล้ายกับเป็นการสอนเด็กให้เติบโตขึ้นอย่างเหมาะสมซึ่งโดยมากผู้ป่วยก็มีการถดถอยไปสู่สถานะเหมือนเด็กอยู่แล้ว

การพูดคุยถึงเรื่องที่เป็นอาการหลงผิดของผู้ป่วย ไม่ควรไปโต้แย้งกับผู้ป่วยจนเกินควร เพราะไม่เกิดประโยชน์ และไม่ควรพูดอะไรที่เป็นการสนับสนุนความคิดของผู้ป่วย ควรหลีกเลี่ยงการถกเถียงเรื่องเหล่านี้จนกว่าอาการผู้ป่วยจะทุเลาโดยฤทธิ์ของยาเสียก่อน หากผู้ป่วยพูดถึงสิ่งใดที่ผู้รักษาเห็นว่าไม่เกิดประโยชน์ที่จะไปโต้แย้งด้วยก็อาจรับฟังไว้เฉยๆ หากผู้ป่วยพูดนอกเรื่อง ผู้รักษาก็อาจเตือนได้ ผู้รักษาไม่จำเป็นต้องไปตอบคำถามของผู้ป่วยทั้งหมด เพราะบ่อยครั้งก็เป็นการถามโดยไม่มีจุดหมายหรือไม่ได้ต้องการคำตอบจริงจัง ผู้รักษาควรพยายามเข้าใจว่าผู้ป่วยต้องการอะไร และพูดถึงเรื่องนั้นมีความหมายอย่างไรสำหรับผู้ป่วยจะเป็นประโยชน์กว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการวางแผนอนาคตอย่างเหมาะสมเป็นสิ่งที่ควรทำเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตให้เหมือนปกติมากที่สุด ทั้งด้านการเรียน การงาน ครอบครัวและสังคม

1.2.2.2 Family therapy การรักษาผู้ป่วยโรคจิต ต้องยึดหลักในการที่จะให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น ญาติผู้ป่วย นอกจากจะให้ประวัติและข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยแล้ว ยังช่วยให้ผู้รักษาได้เห็นปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ตลอดจนพยาธิสภาพของครอบครัว อันมีส่วนเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยผู้รักษาจะเข้าใจ psychodynamics ได้ชัดเจนขึ้น

การทำครอบครัวบำบัด มีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ป่วยให้เป็นไปในลักษณะที่ถูกต้องเหมาะสม และสร้างสรรค์ความสัมพันธ์ที่ผิดปกติควรได้รับการแก้ไข เช่น ควบคุมผู้ป่วยมากเกินไปหรือปฏิบัติต่อผู้ป่วยในลักษณะที่ก่อให้เกิดความเครียด การพบผู้ป่วยและญาติร่วมกัน จะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยมีผู้รักษาเป็นคนกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจกันดีขึ้น และเรียนรู้ที่จะปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม มีการแสดงออกของอารมณ์ในลักษณะที่ไม่เป็นอันตรายต่อกัน

1.2.2.3 Group therapy จิตบำบัดแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในด้านต่างๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น การเข้าสังคมการแก้ปัญหา การคิดโดยใช้เหตุผลตามสภาพความเป็นจริง การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม และการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง วิธีการส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคอง ไม่ใช่จิตวิเคราะห์ที่ลึกซึ้งหรือมุ่งแก้ไขถึงระดับจิตไร้สำนึกแต่อย่างใด รูปแบบที่ใช้อาจทำได้หลายแบบ เช่น กลุ่มพูดคุยแก้ปัญหา กลุ่มฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) กลุ่มสนทนาการ ฯลฯ

1.2.2.4 Milieu therapy การรักษาโดยอาศัยสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการที่ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตใจ การงานและสังคมให้ผู้ป่วย เป็นการป้องกันการเสื่อมของบุคลิกภาพ ซึ่งในสมัยก่อนมีเกิดขึ้นมากจากการอยู่โรงพยาบาลนานๆ โดยขาดการกระตุ้น วิธีการทำได้โดยการจัดสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยให้ดีไม่ว่าจะเป็นหอผู้ป่วยในหรือโรงพยาบาลกลางวัน ให้มีบรรยากาศดี มีสภาพน่าอภิรมย์ ไม่แลดูเหมือนห้องขัง บุคลากรผู้รักษามีการทำงานเป็นทีม มีการแบ่งหน้าที่กันทำและประสานงานกัน มีการประชุมปรึกษาและวางแผนการรักษาร่วมกัน โดยมีจิตแพทย์เป็นหัวหน้าทีม มีการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยเป็นหลายๆรูปแบบ โดยบุคลากรผู้รักษาแบ่งหน้าที่กันรับผิดชอบเป็นต่างๆไป กิจกรรมกลุ่มแต่ละอย่างมีจุดมุ่งหมายในการช่วยเหลือผู้ป่วยในแง่มุมต่างกันออกไป แต่โดยส่วนรวมแล้วจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวดีขึ้น ทั้งด้านสังคม การงาน และการช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่แยกตนเองออกจากสังคม หรือเป็นภาระแก่ครอบครัวมากเกินไป ผู้ป่วยหลายรายที่มีอาการเรื้อรังและไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาแล้ว การรักษาด้วยวิธีนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางดีขึ้นได้เป็นอย่างมาก หรืออย่างน้อยก็ช่วยไม่ให้มีการเสื่อมของบุคลิกภาพต่อไปอีก

การรักษาทั้งหมดที่กล่าวมานี้ เรามักให้ร่วมกันไปในผู้ป่วยโรคจิตเภททุกราย เพราะผลการวิจัยพบว่าการรักษาที่ให้ร่วมกันทั้งทางกายและทางใจ ได้ผลดีกว่าการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว ซึ่งเป็นเครื่องแสดงให้เห็นว่าสาเหตุของโรคจิตเภทนั้นเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน

1.3 ปัญหาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การป่วยซ้ำ (Relapse) เป็นการที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงอาการของโรคอีกครั้งหลังจากที่ได้รับการรักษาจนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้ว และมีอาการแย่ลง (เพชรี คันธสายบัว, 2544) ซึ่งการป่วยซ้ำเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มีอาการเตือนก่อนเสมอ มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองดี จึงต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก ในผู้ป่วยแต่ละคน อาการที่แสดงออกแตกต่างกันออกไป และมีลักษณะเฉพาะของแต่ละคน

อาการของการป่วยซ้ำที่พบในผู้ป่วยจิตเภทคือ การนอนหลับถูกรบกวน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึมเศร้าบ่อย ความอยากอาหารลดลง มีอาการทางด้านร่างกาย เช่น รู้สึกไม่สบายปวดศีรษะ ในผู้ป่วยจิตเภทการป่วยซ้ำมักมีอาการเด่นชัดที่เป็นลักษณะของแต่ละบุคคล มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมได้ในสิ่งแวดล้อมปกติ หรือเป็นการกลับมามีอาการที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก

อาการที่เกิดขึ้นก่อนการป่วยซ้ำ ในระยะแรกเป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต แต่เป็นอาการที่เตือนให้รู้ว่ากำลังจะมีอาการทางจิตเกิดขึ้น ที่พบบ่อยได้แก่ นอนไม่หลับ เครียด วิตกกังวล แยกตัวออกจากสังคมและไม่มีสมาธิ ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดขึ้นก่อนมีอาการป่วยซ้ำเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์ก็ได้

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน และมักมีปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำเสมอ มีการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ (Videbeck , 2001)

1. ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

- 1.1 มีความบกพร่องในการรับรู้ถึงสาเหตุและผลกระทบ
- 1.2 มีความบกพร่องในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
- 1.3 ได้รับความรู้ทางการแพทย์ไม่ครบถ้วน
- 1.4 นอนหลับไม่เพียงพอ
- 1.5 ขาดการออกกำลังกาย
- 1.6 อ่อนเพลีย

2. ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

- 2.1 มีปัญหาด้านการเงิน
- 2.2 มีปัญหาด้านที่อยู่อาศัย
- 2.3 มีเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต
- 2.4 ไม่มีทักษะในการทำงาน
- 2.5 ขาดแหล่งสนับสนุน
- 2.6 ไม่มีทักษะทางสังคม แยกตัวออกจากสังคม โดดเดี่ยว
- 2.7 ขาดการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3. ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ได้แก่

- 3.1 ควบคุมตัวเองไม่ได้ ก้าวร้าวหรือมีพฤติกรรมรุนแรง
- 3.2 อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย
- 3.3 ได้รับการรักษาไม่เพียงพอ
- 3.4 มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองต่ำ
- 3.5 มีพฤติกรรมเปลี่ยนไป
- 3.6 มีความรู้สึกสิ้นหวัง
- 3.7 ขาดแรงจูงใจ

การป้องกันการป่วยซ้ำเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก แต่การให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำสามารถลดการป่วยซ้ำลงได้ (Videbeck , 2001)

1.4 ผู้ดูแลในครอบครัวและผลกระทบที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากนโยบายการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทออกจากโรงพยาบาลออกสู่ครอบครัว โดยเร็วหลังจากที่ได้รับการรักษาจนอาการทุเลาลง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากกลับสู่ชุมชน โดยได้รับการดูแลจากครอบครัวมากขึ้น ครอบครัวจึงเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ในฐานะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งอาจเป็นบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัว ก็ได้ เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่หรือน้อง เป็นต้น

ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน อาจเป็นบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญคนอื่น ๆ ที่มุ่งเน้นการดูแลช่วยเหลือ โดยไม่ได้รับการตอบแทน และให้การดูแลที่บ้านหรือชุมชนแหล่งอาศัย

Harowitz (1985) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยจำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการใช้เวลาในการดูแล

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึงบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแล มีหน้าที่ในการจัดการดูแลด้านอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นตัวแทนในการติดต่อกับชุมชนหรือสังคม ดูแลจัดการเกี่ยวกับการเดินทางไปรับการรักษา เช่น เรื่องค่าเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล ค่าครองชีพ หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

จอม สุวรรณโณ (2541) ให้ความหมายของผู้ดูแลในชุมชน ว่าเป็นผู้ปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทน และการดูแลนั้นไม่เกี่ยวกับข้อผูกพันทางวิชาชีพ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแล จึงหมายถึง หมายถึง บุคคลซึ่งทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง สม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง ดูแลผู้ป่วยมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย มีความเกี่ยวข้องเป็น สามี

ภรรยา บิดา มารดา พี่น้อง บุตรหลาน หรือญาติของผู้ป่วย และไม่ได้รับค่าจ้างหรือเงินตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย

เนื่องจากโรคจิตเภท เป็นโรคเรื้อรัง โอกาสหายเป็นปกติมีน้อย ถึงแม้ผู้ป่วยเมื่อได้รับการรักษาและดีขึ้นแต่มีอาการหลงเหลืออยู่ และมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว เมื่อป่วยเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยมีความเสื่อมด้านความคิด และทักษะต่างๆ ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงาน และในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการ จะแยกตัวอยู่ตามลำพัง ขาดสัมพันธภาพกับญาติพี่น้อง มีพฤติกรรมแปลกๆ รวมทั้งอาการประสาทหลอนและหลงผิด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) จากภาวการณ์เจ็บป่วยดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากผู้ดูแลเป็นระยะเวลายาวนาน หรือเกือบตลอดชีวิต การดูแลเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

ผลกระทบทางด้านร่างกาย พบว่า การที่ผู้ดูแลต้องคอยเฝ้าสังเกตและระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาในการพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไป นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ใจสั่น รับประทานอาหารได้น้อยลง เหนื่อย อ่อนล้า อ่อนเพลีย (รัชนิกร อุปเสน, 2541 ; เอื้ออารีย์ สาลิกา , 2543)

ผลกระทบด้านจิตใจ พบว่า การที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานและอาการของผู้ป่วยไม่ทุเลาลง ประกอบกับกลัวอันตราย ที่เกิดจากอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ กังวลว่าผู้ป่วยจะทำร้ายตัวเองหรือสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกทุกข์ใจ โกรธ ผิดหวัง (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) และรู้สึกอับอายเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม และรู้สึกเป็นตราบาป (Glendy & Mackenzie, 1998)

ผลกระทบด้านสังคม พบว่าการที่ผู้ดูแลต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับผิดชอบช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์อยู่เรื่อยๆ สภาพของผู้ป่วยที่ไม่อาจถูกทิ้งให้อยู่ตามลำพังนานๆ ได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอในการทำกิจวัตรส่วนตัว ความอิสระส่วนตัวถูกจำกัด การไปร่วมกิจกรรมทางสังคมไม่ได้ตามที่ต้องการ

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ พบว่า ต้องพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ ผู้ดูแลต้องหยุดการทำงานประจำทั้งวัน ใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการดูแล ทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้ และเงินออมลดลง ทั้งค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย ค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นในระยะยาวและต่อเนื่อง (รัชนิกร อุปเสน, 2541 ; เวทีนี้ สุขมากและคณะ, 2544 ; Glendy & Mackenzie, 1998)

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดูแลในครอบครัวหลายๆ ด้าน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อย ท้อแท้ และสิ้นหวัง ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไข ทำให้ส่งผลต่อ

บทบาทในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำได้

1.5 ระบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลและบริการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช ต้องมีการผสมผสานวิธีการปฏิบัติที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับสถานการณ์แวดล้อม สถานที่และภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ในขณะที่พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในด้านสถานที่ปฏิบัติงาน สำหรับผู้ป่วยจิตเภท หากแบ่งความต้องการการได้รับการพยาบาลตามสถานที่ที่ให้บริการสามารถแบ่งได้ เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1.5.1 ระบบบริการในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มักมีอาการทางจิตที่รุนแรง (Active phase) มีความผิดปกติด้านความคิด การตัดสินใจ โดยการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จะทำในกรณีต่อไปนี้ (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2534)

1. มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่บุคคลอื่น
2. มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น อาการข้างเคียงที่รุนแรงจากยา
3. เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
4. มีปัญหาในการวินิจฉัย

ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตตามปกติ สามารถทำได้โดยใช้แนวคิดการพยาบาลที่ปกติสุข (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ดังนี้

1. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคล
2. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออก การควบคุมอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมของตน
3. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขโดยเสริมสร้าง ศักยภาพส่วนบุคคล ด้านต่างๆดังนี้

3.1 การดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหารเช้า การดูแลการเคลื่อนไหวของร่างกายและการขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น

3.2 การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่อยู่รอบข้าง และการมีกิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่น

3.3 การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ ความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิต เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก การแสดงออกและการกระทำ

3.4 การมีสมรรถนะด้านร่างกาย หรือมีความแข็งแรงด้านร่างกาย ได้แก่ การดำรงรักษา เสริมสร้างความแข็งแรงของระบบกายวิภาคและสรีรภาพของบุคคล ให้ทำหน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคล สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล สามารถช่วยลดความตึงเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง จะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช ซึ่งจะช่วยในด้านอื่นๆที่นอกเหนือไปจากเรื่องยา

1.5.2 การบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลบางพลี

โรงพยาบาลบางพลี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในลักษณะผู้ป่วยนอก เปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 โดยมีศัลยแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วย มีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการศึกษาลักษณะการปรึกษาหารือโทด้านการให้การปรึกษา 2 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมด้านการให้คำปรึกษา 1 คน ยังไม่มีพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง ลักษณะของผู้ป่วยที่มารับบริการ เป็นผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อมารักษาต่อใกล้บ้านตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ โดยมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก คือ ตรวจรักษาโดยแพทย์ รับยาและกลับบ้าน

สำหรับลักษณะการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางพลี ซึ่งเป็นลักษณะของงานผู้ป่วยนอก มีดังนี้

1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชและมารับการรักษาต่อแบบผู้ป่วยนอก
2. การประสานงานกับโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง
3. การประสานงานกับหน่วยงานทางด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค และการรักษา และให้บริการปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับอาการและการรักษาของผู้ป่วย

ซึ่งในบทบาทของพยาบาล ซึ่งมีความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในด้านการบำบัดรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านได้ ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกนั้น ได้แก่ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลให้การพยาบาลโดยตรง โดยการประเมินภาวะสุขภาพ คัดกรองผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย และตัดสินใจทางคลินิก ในการจัดระบบการบริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละคน สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในปัญหาที่ซับซ้อนจนครบกระบวนการ ประสานงานกับพยาบาลแพทย์ บุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมปรึกษาวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย

2. ให้การดูแลผู้ป่วยโดยการทำงานเป็นทีม เสนอแนะแนวทางและปรับปรุงระบบบริการให้บริการพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลต้องเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ครบถ้วน

3. ด้านการให้ความรู้ โดยทำหน้าที่ในการให้ความรู้สอน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และครอบครัวถึงการพัฒนาทักษะทางสังคม การปรับตัว และการสร้างทักษะต่างๆในการดูแลตนเอง

4. เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว

5. พยาบาลต้องติดตามงานวิจัยใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาขาการพยาบาล นำมาปรับใช้ในการบริการแก่ผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และจะต้องทำการวิจัยจากปัญหาที่พบเพื่อนำผลการวิจัยนั้นมาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

6. จัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต โดยการให้คำปรึกษาครอบครัว จัดกลุ่มให้ความรู้ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

7. ผู้บำบัด โดยวิธีจิตบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ให้การบำบัดครอบครัว รวมทั้งวิธีการบำบัดด้วยการบำบัดวิธีต่างๆ ครอบครัว ซึ่งต้องอาศัยสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

จากบทบาทดังกล่าว พยาบาลจิตเวชผู้ให้การดูแลแก่ผู้ป่วยในลักษณะผู้ป่วยนอก จึงควรมีการจัดการบริการที่ครอบคลุมถึงตัวผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เมื่ออยู่ที่บ้าน ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการวางแผนการดูแล

1.5.3 ระบบบริการในชุมชน

แนวโน้มการรักษาพยาบาลในระยะนี้จะเน้นที่ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากการฟื้นฟูสภาพภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะเป็นหน้าที่ของญาติหรือครอบครัว ซึ่งครอบครัวเป็นส่วนสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) โดยญาติและครอบครัวจะดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับไปอยู่ที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวมีความจำกัดทางด้านกำลังกายและความคิด จึงต้องการพึ่งพาหน่วยงานของภาครัฐและเอกชนที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อนำมาเป็นแหล่งประโยชน์ และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป ซึ่งหน่วยงานที่สามารถให้การช่วยเหลือที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ศูนย์ฝึกอาชีพ รวมทั้งมูลนิธิต่างๆ ที่ตั้งขึ้นมาโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนมีความต่อเนื่อง จึงมีการใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลเบื้องต้นในท้องถิ่น หรือสถานบริการที่ใกล้บ้านมากที่สุด ซึ่งเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยลง ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือซับซ้อน ควรได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้มีความชำนาญเฉพาะทาง โดยใช้ระบบการส่งต่อซึ่งเป็นการส่งต่อจากระดับล่างสู่ระดับบน ส่วนการส่งต่อจากระดับบนลงล่าง คือการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลในระดับจังหวัดจนอาการทุเลาแล้ว แต่ยังคงดูแลอย่างต่อเนื่อง ก็อาจส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้าน โดยไม่จำเป็นต้องนอนค้างในสถานบริการนั้น ซึ่งรูปแบบการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ได้แก่ การดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งมีแนวคิดในการดูแลดังนี้ (กัลยาณี โนนินทร์, 2542)

1. เป็นการบริการเชิงรุก ที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการทั้งที่มีสุขภาพดี เจ็บป่วย พิกัด หรือป่วยหนัก เพื่อทุเลาความเจ็บปวดทรมาน
2. เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพร่วมกัน
3. เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้รับบริการแบบผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ
4. เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและกระดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข
5. เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
6. เป็นบริการที่มีระบบบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว

7. เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีลักษณะของการให้บริการแบบผสมผสานและต่อเนื่องด้านสุขภาพ ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพที่บ้าน เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือและการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

หลักในการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวช สามารถให้บริการตามหลักเดียวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปที่บ้าน โดยดำเนินการตามวัตถุประสงค์ คือ (Klebnoff, 1989 ; Pelletier, 1988 อ้างในอรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2543)

1. ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด
2. ลดอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล
3. พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน
4. ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และผู้ป่วยกับผู้บำบัด
5. ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วน ซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล
6. ประสานการติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน ระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว
7. เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการรักษาจากแพทย์ การใช้ยา การมีกิจกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม
8. จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลรักษา ด้านสุขภาพและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า การรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการรักษาพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งญาติและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วย เป็นการเชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด การส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติ ครอบครัว และชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะต้องอาศัยความร่วมมือและการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ จึงสามารถนำแหล่งประโยชน์จากญาติ ครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ในชุมชน มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

2. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

2.1 หลักการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พบว่าเน้นการรักษาด้วยยาเป็นหลัก แต่ทั้งนี้ต้องมีการดูแลทางด้านจิตสังคมร่วมด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้เร็วกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว โดยใช้ทีมสหวิชาชีพเข้ามาร่วมกันให้การดูแล โดยให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว รูปแบบการดูแลจึงต้องประกอบด้วยหลักการปฏิบัติที่ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ นั่นคือให้การดูแลครบทั้ง 4 มิติ

1. การส่งเสริมสุขภาพจิต (Promotion of Mental Health) จัดเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น โดยมีหลักการว่าสุขภาพจิตดีจะมีพื้นฐานจากการมีกำเนิดที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ได้รับความรักความอบอุ่นอย่างเหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมั่นคงทางจิตใจ ให้ความรักผู้อื่นได้ ยอมรับตนเอง ไม่มีปมด้อย บุคคลที่มีคุณสมบัติดังกล่าว จะมีพื้นฐานจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ดี อยู่ในสังคมได้ดี ทำประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้

2. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาสภาวะทางสุขภาพจิตให้ดี (Prevention or maintenance of Mental Health) ปัญหาสุขภาพจิตสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย อาจทำให้เกิดความคับข้องใจ ความเครียดและความวิตกกังวล ได้

3. การบำบัดรักษา การที่บุคคลมีปัญหาสุขภาพจิต หากไม่ขจัดให้หมดไปโดยเร็ว อาจทำให้ อาจทำให้เจ็บป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาท มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตใจ จะขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจ ขาดความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งขาดการดูแลตนเอง

เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจึงเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ยาใจ สิทธิมงคล (2542) ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชไว้ดังนี้

1. รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัว (Psychoeducational Family Intervention Model) เชื่อว่าสภาพครอบครัวทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิต เน้นการรักษาจากบุคลากรในโรงพยาบาล การบำบัดรายบุคคล และการบำบัดครอบครัว บทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชในการให้สุขภาพจิตศึกษา แก่ครอบครัวผู้ป่วย จึงควรประกอบด้วย การสอนครอบครัวและผู้ป่วยให้มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย อารมณ์ทางจิต การรักษาและการให้คำแนะนำเพื่อการป่วยซ้ำ สอนครอบครัวและผู้ป่วยเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแก้ปัญหาและกระบวนการ

ตัดสินใจ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) โดยคำแนะนำที่ให้เป็นคำแนะนำที่ครอบคลุมความต้องการการดูแลของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งประกอบด้วยคำแนะนำด้านต่างๆดังนี้

1.1 การดูแลกิจวัตรประจำวันด้านต่างๆ หลักสำคัญ คือผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองมากที่สุดและผู้ดูแลคอยช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ สนับสนุน ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง

1.2 การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ การดูแลด้านจิตใจที่ผู้ดูแลต้องกระทำ คือ พยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงให้มากที่สุด การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย

1.2.1 การป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความเปราะบางทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิ หรือแสดงท่าทีไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดูแลป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย หาสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจให้ผู้ป่วย

1.2.2 การป้องกันความเครียด ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียด เพื่อที่จะได้หลีกเลี่ยงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด

1.3 การประสานงานกับองค์กรของรัฐ เพื่อขอความช่วยเหลือ เช่นการขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น เพื่อขอความช่วยเหลือต่อไป

1.4 การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในคำรักษาพยาบาล ตลอดจนเงินค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

2. การดูแลครอบครัวจากแนวคิดครอบครัวที่มีภาระในการดูแลผู้ป่วย (Family Burden Approach) ได้แก่ ภาระเชิงอัตวิสัย ภาระเชิงจิตวิสัย การเงินและด้านอารมณ์จิตใจ กิจวัตรประจำวันในเชิงลบ การพยาบาลครอบครัว มุ่งเน้นการลดความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระ ความอับอาย และ ความรู้สึกผิดของครอบครัว

3.แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาธรรมชาติที่แท้จริงของครอบครัวในฐานะผู้ดูแล (Explanatory Model of the Nature of Family Caregiving) ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีความคิด ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชเฉพาะของครอบครัวเอง และอาจต่างกับผู้รักษา เน้นการประเมิน ทำความเข้าใจครอบครัวตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อจัดรูปแบบการดูแลครอบครัวอย่างมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม จัดการกับสภาพความเดือดร้อนที่เกิดขึ้นจริง และค้นหาสิ่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกันได้

สรุปได้ว่า การให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจและให้การดูแลช่วยเหลือทั้งการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสมดุลของสุขภาพทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวที่มีหน้าที่ในการดูแล การทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการพยาบาลครอบครัว จึงเป็นพื้นฐานในการที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวไปพร้อมๆกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 การปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล

การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช ต้องมีการผสมผสานวิธีการปฏิบัติที่หลากหลาย ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ โดย กิจกรรมที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ได้แก่

2.2.1. การจำแนกประเภทของผู้ป่วย โดยมีการจำแนกประเภทของผู้ป่วยตั้งแต่แรก รับ เป็นการประเมินอาการทางจิต เพื่อแยกประเภทในการให้การพยาบาล ในปัจจุบันใช้เกณฑ์ในการจำแนกประเภทผู้ป่วยของกรมสุขภาพจิต (2539) ซึ่งตั้งเกณฑ์การจำแนกไว้ 5 ระดับ แต่ในทางปฏิบัติปัจจุบัน แบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) ประเภทฉุกเฉินวิกฤติ 2) ประเภทแรกรับ 3) ประเภทเรื้อรังบำบัด และ 4) ประเภทบำบัดระยะยาว

2.2.2. การให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล ซึ่งในการให้การพยาบาลในแต่ละประเภท กรมสุขภาพจิตได้จัดทำมาตรฐานการพยาบาลไว้ ซึ่งในการให้การพยาบาลแต่ละประเภท ประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูล มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล เป็นกิจกรรมการพยาบาลสำหรับการให้การพยาบาลโดยทั่วไป เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้สิ่งแวดล้อมได้ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

2.2.3. การให้การพยาบาลทางด้านจิตใจ เป็นการพยาบาลที่มุ่งเน้นการจัดกิจกรรมเพื่อการดูแลและให้การบำบัดทางด้านจิตใจ เช่น การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การทำจิตบำบัดระดับประคอง การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด และการให้การปรึกษา เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อระดับประคองจิตใจของผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้

2.3 การปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน

เป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือการช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดี โดยให้การดูแล “บุคคล” ในฐานะที่บุคคล เป็นองค์รวม โดยการผสมผสาน กาย จิต สังคม จิตวิญญาณในสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ โดยมีรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

2.3.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นการให้บริการเพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการดำเนินชีวิตที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี

2.3.2 การเยี่ยมบ้านและครอบครัว (Home care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือ ประคับประคอง ให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้อยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

2.3.3 การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ตลอดจนติดตามประเมินผลงานนั้นเอง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเอง มีการประกอบอาชีพตามศักยภาพ และลดโอกาสในการป่วยซ้ำ โดยการจัดอบรม จัดกิจกรรมในชุมชน การจัดกิจกรรมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้แก่สมาชิกในชุมชน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ เห็นใจผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

2.3.4 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นรูปแบบการทำงานร่วมกันเป็นทีมของบุคลากรวิชาชีพ เป็นความร่วมมือทั้งโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน องค์กรเอกชนและครอบครัว ให้มีความร่วมมือซึ่งกันและกัน โดยพยาบาลเป็นผู้นำ วางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผล ปลายปรับปรุงแผนงาน โดยมีกิจกรรมการดูแลที่สอดคล้องกับสภาพสังคมและวัฒนธรรม ผู้รับบริการมีอิสระในการเลือกการดูแลที่เหมาะสมกับตนเป็นการดูแลที่เน้นการพึ่งตนเอง การสนับสนุนพัฒนารูปแบบการดำรงชีวิตที่มีคุณค่า ตระหนักถึงตนเอง การคงไว้ซึ่งความสุขสบาย การอยู่รอด และความสำเร็จในชีวิต การดูแลผู้ป่วยแบบนี้เน้นความเข้าใจ การยอมรับ และการแสดงต่อผู้มีปัญหาและครอบครัวด้วยความเข้าใจและเห็นใจ ซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นคงและอยู่ในสังคมได้อย่างดียิ่ง (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545)

3. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ความหมายและองค์ประกอบ

สารุพร พุฒขาว (2541) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยา เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ เป็นพฤติกรรมดูแลตนเองที่สอดคล้องกับแผนการรักษา และการปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่องของการรับประทานยาร่วมกับการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

Farragher (1999) กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทว่าจะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาหรือการ

ใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าตนมีความผิดปกติ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยามืดเวลา การใช้น้อยกว่าแผนการรักษา และการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา

เพชร คันธสายบัว (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ

Razali & Yahya (1995) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง จะแสดงออกโดยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยขาดยาเกิน 2 มื้อภายในเวลา 2 สัปดาห์ หรือไม่ขาดการมาตรวจตามนัดเกิน 2 ครั้ง

สรินทร์ เชื้อวโสธร (2545) กล่าวว่า เป็นการปฏิบัติของผู้ป่วย เกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาไว้มากมาย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจากการศึกษาของ สรินทร์ เชื้อวโสธร (2545) และเพชร คันธสายบัว (2545) จึงพอจะสรุปความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ว่า เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกซึ่งการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสังเกตอาการข้างเคียงจากยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาได้ โดยแสดงพฤติกรรมออกมา 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ซึ่งมีการศึกษาถึงลักษณะหรือองค์ประกอบของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังนี้

Farragher (1999) กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทว่า แสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ

1. การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่นการหยุดใช้ยา หรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าตนเองมีความผิดปกติ
2. การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา
3. การใช้ยามืดเวลา

4. การใช้น้อยกว่าแผนการรักษา

5. การใช้ยาเพิ่มมากกว่าแผนการรักษา

ส่วนเพชร คันธสายบัว (2544) กล่าวถึงลักษณะพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา ว่าประกอบด้วย

1. การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการรับประทานยาโรคลดอย่างเคร่งครัด และสม่ำเสมอ ไม่ลดหรือเพิ่มจำนวนเม็ดยาเอง

2. การสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น รวมทั้งสามารถบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาด้วยยา ให้ทีมการรักษาได้อย่างถูกต้อง

ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าว สรุปได้ว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ

1. การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลด หรือเพิ่มขนาดยามากกว่าแผนการรักษา

2. ความสามารถในการสังเกต และการจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิตที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการศึกษาของ Oehl, Hummer, & Fleischhacker (2000) กล่าวว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีหลายปัจจัยแตกต่างกัน แบ่งกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็น 4 ด้าน

3.2.1. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงออกถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคลที่ส่งเสริมให้มีการแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือป้องกันการป่วยซ้ำ หลังจากที่ได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้นและกลับไปอยู่ในชุมชนได้ เป็นปัจจัยที่บอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

3.2.1.1 ลักษณะประชากร จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆพบลักษณะประชากรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มี 2 ประการ คือ

1) อายุ ซึ่งเป็นจำนวนระยะเวลาทั้งหมดของการนับตามปฏิทิน ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน (Orem, 2001) อายุของบุคคลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองจะถูกพัฒนาขึ้นตามอายุจากวัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลตนเองสูงสุด และจะลดลงและมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman (1994 อ้างใน ศรีนทร เชี่ยวโสธร, 2545) ที่พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษา มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

2) เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างระหว่างบทบาท บุคลิกภาพ ในครอบครัวชุมชนและสังคม โดยกำหนดบทบาทของเพศหญิงในการเป็นแม่ที่มีหน้าที่ในการดูแลลูกและบุคคลทั้งในเวลาปกติหรือยามเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลให้เมื่อเจ็บป่วยเพศหญิงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ที่พบว่า เพศหญิงปฏิบัติตามเกณฑ์รักษามากกว่าเพศชาย

3.2.1.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สร้างโดย Becker (1974) เป็นแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นทัศนคติและความเชื่อ ในการอธิบายการปฏิบัติของบุคคลต่อภาวะสุขภาพที่ได้รับการยอมรับในการทำนายพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติป้องกันโรค ซึ่งแนวคิดนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างตามการประเมินความเป็นไปได้ในการเกิดปัญหา โดยรับรู้จากความเสี่ยงและประสบการณ์ของตนเอง ทำให้มีการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือปัญหาสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเข้าใจถึงพฤติกรรมป้องกันโรคที่เคยเป็นมาก่อนและได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้น การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงโอกาสที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้ว การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เช่นรับรู้ปัจจัยที่จะทำให้ตนเองมีอาการทางจิตมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาอย่างถูกต้อง

2) การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived severity)

หมายถึงความคิด ความเชื่อของบุคคลถึงความรุนแรงของการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น ความรุนแรงนี้ขึ้นอยู่กับการประเมินการเกิดโรคของตนเอง การที่บุคคลรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคม จึงเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้นร่วมกับประสบการณ์การรักษาในโรงพยาบาลซ้ำว่ามีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นภาวะคุกคามเหล่านี้

3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefit)

หมายถึงความคิด ความเชื่อ ของผู้ป่วยต่อการกระทำที่เป็นการป้องกันการเกิดโรค หรือการป้องกันการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่เชื่อว่าสามารถทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะต้องทำให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะต้องทำให้ผู้ป่วย เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภทจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต และการส่งเสริมการทำหน้าที่ละพัฒนาการ การดูแลตนเองที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการยอมรับ ลดความรังเกียจจากสังคม ทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสงบสุข สามารถลดความตึงเครียดของผู้ป่วย และมีส่วนช่วยในป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้

4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ(Perceived barrier)

หมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่างๆที่ขัดขวางการปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีร่างกายแข็งแรง ในผู้ป่วยจิตเภทการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติของตนเองมีอุปสรรค เช่น การที่ญาติช่วยเหลือติดตามมากเกินไป ไม่ปล่อยให้เป็นอิสระ การถูกรังเกียจ ห้ามปราม กีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ การไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้ขัดขวางการดูแลตนเอง และส่งผลต่อการเสื่อมถอยสมรรถภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

3.2.1.3 ลักษณะของการเจ็บป่วย Kaplan & Sadock (1995) กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนเกณฑ์การรักษาว่าเกิดขึ้นเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา 2 ลักษณะ ได้แก่

1) ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต หมายถึงการรับรู้ ความเชื่อของผู้ป่วยที่คิดว่าตนเอง เป็นคนสำคัญ หรือมีอำนาจพิเศษ เช่น คิดว่าตนเองเป็นพระเจ้า หรือร่ำรวย เป็นมหาเศรษฐี ซึ่งเป็นความเชื่อที่ไม่จริง โดยผู้ป่วยจะเชื่อในความคิดนั้น โดยไม่สามารถเปลี่ยน

ความเชื่อถือได้ด้วยการอธิบาย โดยใช้เหตุผลตามธรรมดาได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการขาดการตระหนักรู้ในตนเอง (Lack of insight) คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา

2) อาการทางลบ เป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดคุณสมบัติบางประการที่บุคคลปกติควรมีเช่น การตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ แยกตัวจากสังคม ขาดความสามารถในการคิด การแสดงอารมณ์ และการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ขาดแรงจูงใจในการรักษา ไม่ใส่ใจตามเกณฑ์การรักษา และการพยากรณ์โรคไม่ดี (Oehl et al., 2000)

3.2.2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภททั้งในครอบครัวและชุมชน ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งประกอบด้วย

3.2.2.1 ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพ เพื่อดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จากการศึกษาของภัทราภิรลภา (2532) พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากขามีราคาแพงทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

3.2.2.2 การอยู่ร่วมกับครอบครัว หมายถึงกลุ่มคนที่มีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือดและ/หรือทางกฎหมาย ได้แก่ พ่อ (สามี) แม่ (ภรรยา) ลูก และญาติพี่น้อง มีบทบาทหน้าที่ที่พึงปฏิบัติต่อกัน ให้ความรักและเอาใจใส่ต่อกัน เอื้ออาทร มีความปรารถนาดีต่อกันทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม (เพชร คันธสายบัว, 2544) นอกจากนี้จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนการดูแลทางด้านจิตใจแล้ว การสนับสนุนของครอบครัวยังมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

3.2.2.3 การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา หมายถึงการที่ผู้ป่วยมีบุคคลคอยช่วยเหลือให้ได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง บุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา การนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด หรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ที่สำคัญคือการดูแลของญาติให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า รวมทั้งการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแลเรื่องเหล่านี้

3.2.2.4 การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หมายถึงการแสดงลักษณะอารมณ์ของบุคคลมากเกินไป ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีผลต่อการสนับสนุนผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ไม่ดี (Oehl et al., 2000)

3.2.2.5 ทักษะ ทักษะของสังคมและครอบครัว เป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิกริยาของบุคคลเหล่านี้ต่อการรักษาอาการทางจิต ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากการถูกตีตราจากสังคม เช่นการรับประทันยารักษาอาการทางจิต การมาตรวจที่โรงพยาบาล หรือผู้ป่วยที่อยู่ในสังคมที่ไม่เห็นความสำคัญของการรักษา ทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนให้รับการรักษา และมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Oehl et al., 2000)

3.2.3. ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการรักษาที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้แก่

3.2.3.1 วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย หมายถึง ช่องทางการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย คือการกิน การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดเข้าระหว่างชั้นกล้ามเนื้อและไขมัน การฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ การอมยาใต้ลิ้นและการเหน็บยาทางช่องคลอด หรือทางทวารหนัก Kumar and Sedgwick (2001) กล่าวว่า การได้รับยาเข้าสู่ร่างกายโดยใช้วิธีฉีด จึงสามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าวิธีการรับประทานยา

3.2.3.2 ความซับซ้อนของการรักษา หมายถึงความรู้สึกลำบากลำบากในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิดและมีจำนวนมาก อาจเกิดความสับสนในการรับประทานยา สัมวิธีการใช้ยา การรับประทานยาที่ไม่เหมือนกันจะทำให้ผู้ป่วยสับสน หมดความอดทนที่จะรับประทานยาต่อไป

3.3.3.3 ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ยารักษาโรคจิตเป็นกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มาก ผู้ป่วยจิตเภทบางรายขณะรับการรักษา อาจมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น ตัวแข็ง คอแข็ง บิดเบี้ยว ง่วงนอน ปากและคอแห้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้น และความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ อาการเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน และหยุดการใช้ยาในที่สุด

3.2.4 ปัจจัยด้านทิมสุขภาพ ซึ่งทิมสุขภาพ หมายถึง พยาบาล แพทย์ เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา ปัจจัยด้านทิมสุขภาพที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทิมสุขภาพ สัมพันธภาพที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี บุคลิกภาพที่อบอุ่น น่าศรัทธา จะส่งผลดีต่อความร่วมมือในการรักษา

จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยต่างๆมากมาย ที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกัพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการที่พยาบาลได้ประเมินถึงปัจจัยต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง จึงเป็นเรื่องสำคัญและมีประโยชน์ในการวางแผนเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้องมากขึ้น

3.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบวิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พอสรุปได้ คือ (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536 ; เพชรี คันธสาขบัว, 2544 ; Fenton et.al., 1997)

1. การประเมินโดยตรง (Direct method)

วิธีการประเมิน โดยตรง คือการวัดระดับปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้ โดยติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของระดับยาหรือปริมาณยาตามแต่ความเหมาะสม ได้แก่

1.1 การวัดระดับยาในเลือด (Blood level monitoring) โดยใช้หลักการเปลี่ยนแปลงของยาในเลือด หรือพลาสมา จะมีความสัมพันธ์กับขนาดของยาที่ได้รับ เมื่อถึงระดับคงที่ของยาในเลือด และการที่ระดับของยาในเลือดมีผลโดยตรงต่อการรักษา ดังนั้นเมื่อทำการวัดระดับของยา ก็ทราบว่าผู้ป่วยใช้ยาหรือไม่

1.2 การวัดปริมาณยาในปัสสาวะ ใช้หลักการเดียวกับการวัดระดับยาในเลือด แต่ยาที่จะวัดโดยวิธีนี้ต้องเป็นยาที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ มีผู้วิจัยโดยใช้วิธีนี้ เช่น กลุ่มการรักษาโรคจิต ยารักษาวัณโรค

1.3 การวัดปริมาณยาจากสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายอื่นๆ เช่น น้ำลาย อุจจาระ ลมหายใจ

วิธีการประเมิน โดยตรงเป็นการตรวจโดยอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งเป็นวิธีที่มีข้อจำกัดคือ

1. ความเข้มข้นของยาอาจจะได้รับผลจากความแตกต่างในการดูดซึมของยา และการขับออกของยาในร่างกายของแต่ละบุคคล ระดับความเข้มข้นของยาจึงอาจจะไม่ใช่ข้อบ่งชี้ของการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในการใช้ยาของผู้ป่วย

2. ความเข้มข้นของยาที่ตรวจพบ สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานว่ามีจำนวนทั้งหมดเท่าใด ครบตามแผนการรักษาหรือไม่

3. การรับประทานยาก่อนการตรวจ จะทำให้ค่าของความเข้มข้นของยาสูง ซึ่งไม่ได้แสดงถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

4. ต้องใช้อุปกรณ์ เครื่องมือและวิธีการที่ยุ่งยาก การวิเคราะห์ต้องเป็นระยะ ภายหลังจากรับประทานยา วิธีการนี้จึงไม่อาจนำมาใช้ได้ในทุกกรณี

2. การประเมินทางอ้อม (Indirect method)

เป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย โดยประเมินจากวิธีการอื่นที่ไม่ใช่การวัดจากตัวยาโดยตรง แต่วิธีการประเมินนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย อาจทำได้หลายวิธี คือ

2.1 การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและใช้ง่ายที่สุด อาจสอบถามหรือสัมภาษณ์จากตัวผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย ข้อดีของการประเมินแบบนี้ คือ ได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัดของวิธีการนี้ คือ พบว่าผู้ป่วยมักให้ข้อมูลไม่ตรงกับความจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงคำถามให้มีความชัดเจน แม่นตรง และระหว่างการสัมภาษณ์ไม่ควรตำหนิเมื่อผู้ป่วยตอบว่าไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา หรือไม่รับประทานยา โดยผู้สัมภาษณ์เองต้องคำนึงถึงว่า แม้จะมีทักษะและมีความละเอียดในการสัมภาษณ์ก็ตาม แต่ก็มักพบปัญหาในการประเมินเสมอ

2.2 การนับจำนวนเม็ดยา เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ใช้บ่อย การปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาประเมินได้จากการนับเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วย และจำนวนที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยา หรือเมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง จำนวนยาที่เหลือมากกว่าที่ควร เป็นการแสดงว่าผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ข้อดีของวิธีการนี้คือ สามารถบอกถึงจำนวนเม็ดยาที่ใช้ไป แต่ก็มีข้อจำกัด คืออาจได้ข้อมูลไม่ตรงกับความจริง หากผู้ป่วยทิ้งยาโดยไม่รับประทานยา หรือผู้ป่วยให้คนอื่นใช้ยาด้วย

2.3 การสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการประเมินวิธีนี้ ญาติผู้ป่วยหรือบุคลากรทีมสุขภาพที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จะสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือแผนการรักษาได้ถูกต้องครบถ้วน หรือไม่

2.4 พิจารณาจากการมาตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มารับยาตามนัดเป็นผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา และพิจารณาจากผลของการรักษาที่ควรเป็นไปตามการพยากรณ์ของโรคแต่ละระยะ

2.5 การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตนเอง (Self-report) ซึ่งวิธีการนี้มีข้อจำกัด คือผู้ป่วยอาจเขียนบันทึกไม่ตรงกับการปฏิบัติจริง

จากการทบทวนรายงานการศึกษาพบว่า เพซรี คันธสาขบัว (2544) วัดพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ส่วน Kumar & Sedgwick (2001) ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้ Compliance Rating Scale (CRS) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น โดยแสดงให้เห็นว่าการใช้เครื่องมือที่มีองค์ประกอบของการตรวจทางห้องทดลอง สามารถทำให้ผลการประเมินเชื่อถือได้มากขึ้นถึงจริง แต่เหตุผลของการไม่ปฏิบัติตาม

เกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย สามารถได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มากกว่า ดังนั้นในการประเมิน โดยการสัมภาษณ์อย่างเดียวจึงคิดว่าการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่นการตรวจเลือดหรือการตรวจปัสสาวะ หรือการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง (Self-report) (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า แม้ว่าการใช้การประเมินหลายวิธีจะทำให้ผลการประเมินน่าเชื่อถือ แต่การสัมภาษณ์เป็นวิธีการที่นิยม และสามารถได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการวางแผนการช่วยเหลือ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่สร้างขึ้นโดย สรินทร เชื้อวโศธร (2545)

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

4.1 ความหมาย

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดที่สามารถเป็นได้ทั้งกระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

Rappaport (Rappaport, 1984 อ้างถึงใน Gibson, 1991: 355) ได้ให้ความหมายว่าเป็นความสามารถของบุคคลที่จะแสดงออก เมื่อได้รับการส่งเสริมและโอกาส โดย Rappaport มองในแง่การพัฒนาที่ทำให้บุคคล ครอบครัวยุทธ ชุมชน มีศักยภาพเพิ่มขึ้น

Suk bling (1998: 19-20) ได้รวบรวมคำจำกัดความเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามทัศนะของนักวิชาการไว้หลายท่าน ซึ่งสรุปว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการร่วมมือในการรักษาในส่วนของชุมชนด้วยการบูรณาการเข้าไปในวิถีชีวิต ทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนความรู้สึกจากบุคคลที่ไม่มีคุณค่าไปสู่การยอมรับตนเอง มีความสามารถอย่างแท้จริงเป็นกระบวนการซึ่งบุคคลองค์กร ชุมชนสามารถควบคุมสิ่งที่ตนเองสนใจหรือเกี่ยวข้องได้

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2539: 11) กล่าวถึงความเชื่อพื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจ มุ่งเน้นที่การนำเอาศักยภาพทางปัญญา และพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น เป็นแนวคิดที่มีความต่อเนื่องอย่างชัดเจนกับการพัฒนาคุณภาพอย่างครบวงจรอย่างต่อเนื่องและเป็นการสร้างสถานการณ์ การเริ่มต้นที่มากกว่าการมีส่วนร่วมของบุคคล

อวยพร ตัณมุขกุล (2540: 4) ได้ให้ความหมายว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เสริมสร้างให้บุคคล องค์กร มีพลังอำนาจในการควบคุมชีวิตตน เป็นกระบวนการทางสังคม ที่แสดงถึงการยอมรับ การส่งเสริม การช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้บุคคลเกิดความสามารถที่จะดำเนินการสนองความต้องการของตนเอง แก้ปัญหาของตน และใช้ทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อเกิดความรู้สึกสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้

อพรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2541) กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพยายามที่จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีมั่นคง มั่นใจ ยึดมั่น และมุ่งมั่นในการบรรลุเป้าหมายของตนเอง เพื่อการปฏิบัติหรือกระทำการกิจหนึ่งให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง ในการที่บุคคลจะเกิดความรู้สึกมีมั่นคงทางจิตใจยึดมั่น ผูกพันต่อตนเองหรือหน่วยงานเพื่อให้สามารถกระทำการกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง บุคคลจะเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถกระทำการกิจต่าง ๆ ได้สำเร็จ บุคคลจะต้องได้รับการสนับสนุนส่งเสริมทั้งกำลังกาย กำลังใจ กำลังความคิด และมีอิสระในการตัดสินใจกระทำการต่าง ๆ ด้วยตนเอง

Miller (1992) กล่าวว่า พลังอำนาจคือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจสำหรับบุคคล

4.2 แหล่งพลังอำนาจ

ตามแนวคิดของ Miller (1992) กล่าวถึงรูปแบบพลังอำนาจมีอยู่ 7 แหล่งด้วยกัน คือ

1. ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength)

ความเข้มแข็งทางกายภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มตามศักยภาพทางกายและเต็มตามพลังสะสมทางกายภาพ (Physical reserve) เมื่อระบบของร่างกายเกิดการเจ็บป่วย พลังอำนาจในการกระทำการใดๆ ของบุคคลก็จะลดลง สภาวะความเข้มแข็งทางกายภาพขณะนั้นจะมีอิทธิพลต่อพลังอำนาจของผู้ป่วย ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาของการเจ็บป่วย เช่น สภาพการเจ็บป่วยที่แย่ลง หรือขณะที่ผู้ป่วยกำลังฟื้นฟูสภาพ พลังสะสมทางกายภาพเป็นความสามารถของร่างกายที่จะดำรงไว้ซึ่งความสมดุลเมื่อต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยหรือความต้องการที่มากเป็นพิเศษ

2. ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support)

ความเข้มแข็งทางจิต หมายถึง ความยืดหยุ่นที่ปรากฏในบุคคลอันเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่าจะเผชิญกับวิกฤตการณ์การเจ็บป่วยและความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในแต่ละวันผู้ป่วยบางคนก็สามารถที่จะดำรงความสมดุลทางจิตได้ ซึ่งบางครั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังก็เป็นสาเหตุของความไม่สมดุลทางจิต ความวิตกกังวลและซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอาจต้องการการช่วยเหลือในการดำรงไว้ซึ่งความคิดทางดำเนินบวก การป้องกันความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกหมดหวังที่อาจเกิดขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ การบูรณาการทางสังคม โอกาสสำหรับการดูแลความเชื่อมั่นในคุณค่า บุคคลที่ให้การดูแล นอกจากนั้นยังรวมถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือที่สัมผัสจับต้องได้ (Tangible support) เช่น การสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) และการสนับสนุนทางข้อมูล (Informational support)

3. อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-concept)

อัตมโนทัศน์ (Self-concept) คือ ความคิดและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง (Miller 1992 : 10 ; citing Rosenberg 1979. Conceiving the self) องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ในตนประกอบด้วยภาพลักษณ์ (Physical self or body image) การทำหน้าที่ของตน (Functional self or role performance) ความเป็นตัวตนของบุคคล (Personal self) ได้แก่ คุณธรรม ความคิดและความคาดหวังส่วนบุคคล และการนับถือตนเอง (Self esteem) การนับถือตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญของอัตมโนทัศน์ในตนและเป็นตัวชี้วัดหน้าที่ ความรู้สึกถึงการมีคุณค่าอันเป็นพื้นฐาน ที่นำไปสู่การกระทำเพื่อพัฒนาสุขภาพ

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ในตน การสร้างอัตมโนทัศน์ ในตนขึ้นมาใหม่เป็นการปรับตัวในระยะเจ็บป่วย เป้าหมายของการสร้างอัตมโนทัศน์ในตนขึ้นมาใหม่ คือ การบูรณาการการรับรู้รับที่ถูกต้อง เกี่ยวกับร่างกายไปสู่อัตมโนทัศน์เกี่ยวกับตนในทางบวก โดยการทำความเข้าใจว่าความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพอยู่ในตนเองและพยายามที่จะกำจัดอิทธิพลของการเจ็บป่วยที่มีต่อตน

4. พลังงาน (Energy)

พลังงาน คือ ความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคล ศักยภาพของพลังงาน คือ พลังงานที่เก็บสะสมไว้ ซึ่งควรที่จะสมดุลระหว่าง พลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป แหล่งของพลังงาน ได้แก่ อาหาร น้ำ การพักผ่อนและแรงจูงใจพลังงานที่ใช้ในการสะสมหรือฟื้นฟูสภาพทางกาย หรือใช้ในการจัดการกับความต้องการประจำวันรวมถึงการจัดการกับความเครียด นอกจากนั้นพลังงานยังใช้ในการเติบโต ในการเรียนรู้ทำงานและทำกิจกรรมต่างๆ (Miller 1992 : 11 ; citing Ryden 1997 Energy : crucial consideration in the nursing process) การขาดพลังงานสำหรับการใช้ในระดับพื้นฐานจะมีผลต่อการใช้พลังงานสำหรับสนองความต้องการระดับสูง เช่น การเติบโตและการเรียนรู้ การกระทำใดๆ จะเป็นไปได้ถ้ามีความเข้มแข็งและมีพลังงาน ซึ่งรวมถึงกิจกรรมที่ผู้ช่วยปกป้องและหรือพัฒนาสุขภาพของตน

5. ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight)

ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญาเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นต่อตน ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการควบคุมมากขึ้นและช่วยบรรเทาความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอน

แผนการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยต้องเป็นผู้ลงมือปฏิบัติเองนั้น ต้องอาศัยการเรียนรู้ทักษะ ต้องมีการปรับเปลี่ยนนิสัยและการกระทำตามกิจวัตรประจำวันบางอย่าง รวมถึงความเครียดทั้งกายและจิต (Miller 1992: 12) ความยุ่งยากอันเกิดจากแผนการรักษาไม่เพียงพอแต่ทำให้ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ทักษะทางการปฏิบัติ เช่น เทคนิคการฉีดยาหรือต้องเรียนรู้เกี่ยวกับผลของยาแต่ยังรวมถึงการจัดการปฏิกิริยาทางจิตที่เป็นผลมาจากปัญหาทางสุขภาพ

ความรู้ของผู้ป่วย ช่วยในการตัดสินใจและตระหนักถึงทางเลือกและความคาดหวังถึงผลอันเกิดเนื่องมาจากการเลือกกระทำ ความรู้ถือได้ว่าเป็นสิ่งสนับสนุนที่ช่วยลดความไม่แน่นอน (Miller 1992: 12) และช่วยพัฒนาแผนที่ทางปัญหาสำหรับการตัดสินใจอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความหมายของสภาพการณ์ที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย (Miller 1992: 12) การขาดความเข้าใจนำไปสู่ความท้อแท้และนิ่งเฉย ซึ่งเป็นลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจ

การตระหนักรู้ภายในตน (Internal awareness) (Miller 1992 : 12 ; citing Kinsman Jones Matus and Schum 1976 Patient variable supporting chronic illness) เป็นแนวคิดสำหรับใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ของอำนาจของความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา การตระหนักรู้ภายในตนคือความสามารถที่จะค้นหาและประเมินภาวะทางกายและจิต เพื่อนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการและดำรงไว้ซึ่งความสมดุลทางจิต (Miller 1992: 2 ; citing Miller 1982 Categories of self-care needs of ambulatory patient with diabetes) อันเป็นการพัฒนาความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเองและมีการรับรู้อย่างถูกต้องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ เช่น การที่ร่างกายเกิดการอ่อนเพลีย เจ็บปวด ความอยากอาหาร การขับถ่าย อารมณ์ ความกดดัน โกรธ เก็บกด ความรู้สึกผิดและสภาวะทางกายและจิตอื่นๆ

6. แรงจูงใจ (Motivation)

ทฤษฎีแรงจูงใจ (The Theory of Motivation) ของดีซี (Miller 1992: 13 ; citing Deci 1976. Intrinsic motivation) อยู่บนพื้นฐานของสมรรถนะและการพิจารณาตนเอง (Self-determination) สมรรถนะ หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะจัดการอย่างมีประสิทธิภาพกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งไม่เพียงแต่ให้บรรลุความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น อาหารและความสุขสบายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความรู้สึกถึงประสิทธิภาพอีกด้วย (Miller 1992 : 13)

ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แรงจูงใจมีความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพ ส่งเสริมบทบาททางสังคมและการทำงาน และพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเองที่จะกล้าเสี่ยง แรงจูงใจมีส่วนช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา

7. ระบบความเชื่อ (Belief system)

ระบบความเชื่อของบุคคล ความเชื่อในแผนการรักษา ความเชื่อในเจ้าหน้าที่สุขภาพและความเชื่อในตนเองหรือความเชื่อมั่นในความสามารถในตนเอง รวมถึงความเชื่อในพระเจ้า ศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยสร้างความเข้มแข็ง และความสามารถในการจัดการกับความเครียดและเอาชนะต่อปัญหา

ในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทแต่ละคน อาจมีความพร้อมของแหล่งพลังอำนาจมากน้อยแตกต่างกันออกไป แต่ถึงอย่างไรองค์ประกอบของแหล่งพลังอำนาจที่เหลืออยู่ ผู้ป่วยสามารถที่จะพัฒนาให้พลังอำนาจเข้มแข็งขึ้นมาได้ ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงต้องการกลวิธีในการจัดการเพื่อทดแทนแหล่งพลังอำนาจที่พร่องไปและสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เหลือ เช่น ความหวังและอึดมโนทัศน์เชิงบวก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนับถือตนเองขึ้นมา (Miller 1992: 9)

ความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจส่งผลต่อความเข้มแข็งของพลังอำนาจในผู้ป่วย และความเข้มแข็งของพลังอำนาจนำไปสู่ความสามารถของผู้ป่วย ในการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ความเข้มแข็งทางกายภาพช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วย ความเข้มแข็งทางจิตช่วยในการดำรงความคิดทางด้านบวก ป้องกันความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกหมดหวัง การสนับสนุนทางสังคม ช่วยผู้ป่วยให้ได้การรับการดูแล ในภาวะที่ผู้ป่วยต้องการพึ่งพาหรือช่วยเหลือ ซึ่งรวมถึงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อึดมโนทัศน์เชิงบวกช่วยผู้ป่วยในการรับรู้เกี่ยวกับตนเองว่าความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลสุขภาพอยู่ในตนเองและเกิดความพยายามที่จะกำจัดอิทธิพลของการเจ็บป่วยที่มีต่อตนเองความเข้มแข็งของพลังงานช่วยในการฟื้นฟูสภาพทางกายภาพ การจัดการกับความต้องการประจำวัน รวมถึงการจัดการกับความเครียด การเรียนรู้ การทำงานและกิจกรรมต่างๆ ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญาช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมและบรรเทาความรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องมาจากการกระทำ แรงจูงใจส่งเสริมความเชื่อมั่นในตัวของผู้ป่วยที่จะกระทำการใดๆ เพื่อสุขภาพของตนและช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา และสุดท้ายคือความเชื่อมีผลต่อความคาดหวังที่มีต่อการเจ็บป่วย เหล่านี้คือองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคล ในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพของชีวิต เพื่อให้

เขามีอำนาจในการตัดสินใจเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความรู้สึกมั่นใจ เป็นตัวของตัวเอง รู้สึกว่าชีวิตมีค่า สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.3 แนวคิดและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2539: 11) ได้กล่าวถึงความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า จะต้องมียุทธศาสตร์ความเชื่อต่อไปนี้

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจ มุ่งเน้นที่การนำเอาศักยภาพทางสติปัญญาและพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น
2. การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดที่เกี่ยวเนื่องอย่างชัดเจนกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องครบวงจรในองค์การ
3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการสร้างสถานการณ์และการเริ่มต้นใหม่ ที่มากกว่าการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม (Participative Management) หรือในการมีส่วนร่วมของบุคลากร (Employee Involvement)

ความสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในเรื่องของการบริหารนั้นจะพบว่า ผู้บริหารในองค์การให้การยอมรับว่า จะช่วยให้องค์การสามารถปรับปรุง พัฒนาเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ให้ดีขึ้นได้ง่ายในทุก ๆ ด้าน ซึ่งอรรถพรณ ลือบุญวัชชัย (2541, 17) ได้กล่าวสรุปถึงความสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ดังนี้

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพัฒนาศักยภาพของมนุษย์ ในการทำงานให้มีประสิทธิภาพเพื่อผลผลิตขององค์การ สร้างความรักและยึดมั่นผูกพันต่อหน่วยงานของตนเอง
2. การใช้เทคนิคการเสริมสร้างพลังอำนาจในบุคคล จะนำไปสู่ความมีคุณค่าแห่งตน รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ มีคุณค่า ช่วยให้บุคคลมีความแข็งแกร่ง เข้าใจชีวิต เข้าใจเศรษฐกิจ และสังคมได้ดี อันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมในทางที่ดี มีความสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้เป็นผลสำเร็จ

จากการประมวลแนวคิดและวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ได้องค์ประกอบและกระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยสรุปได้ดังนี้

Funnell et al. (1991) กล่าวว่า กระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย

1. ข้อมูลและการให้ความรู้ (Information and Education) ได้แก่ ความรู้ที่พอเพียงต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผล การควบคุมแหล่งทรัพยากรที่พอเพียงต่อการลงมือปฏิบัติตามที่ตัดสินใจและประสบการณ์ในการประเมินประสิทธิภาพของการตัดสินใจ

2. ความรู้ (Knowledge) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะได้รับการตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับคุณค่า ความต้องการ เป้าหมายและแรงบันดาลใจในตนเอง ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพและความผาสุก มีความรู้ ทักษะ ทักษะ ทักษะ และการตระหนักรู้ในตนเองที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการแสดงออกของบุคคลซึ่งมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

Hawles (1992) กล่าวว่าองค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะความตั้งใจที่ขอรับการเสริมสร้างพลังอำนาจและรับผิดชอบมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจ กระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจได้แก่ การสื่อสารที่เปิดเผย การตั้งเป้าหมายและตัดสินใจร่วมกัน การใช้พฤติกรรมกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดสิ่งแวดล้อม เครื่องมือและแหล่งทรัพยากรที่จำเป็น ส่วนผลลัพธ์คือ เพิ่มความสามารถและประสิทธิภาพในการกำหนดและดำเนินให้บรรลุเป้าหมายสำหรับแต่ละบุคคล

2. พยาบาลที่มีคุณลักษณะการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและใช้ทักษะของวิชาชีพ สิ่งที่ต้องคิดก่อนทำคือ การยอมรับในคุณค่าของบุคคลอื่น การยอมรับบุคคลอย่างที่เขาเป็นส่วนผลลัพธ์คือ ความพึงพอใจกับการเติบโตของตนและผู้อื่น

Gibson (1995) กล่าวว่า สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความมุ่งมั่น ทုံเท ความรัก และความผูกพัน โดยใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิด การดำเนินการด้วยตนเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพส่วนผลลัพธ์คือความสามารถในการมีส่วนร่วมโดยพัฒนาทางด้านความรู้ ความสามารถในการดูแล พัฒนาความเชื่อมั่นในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผลต่อเนื้อคือ เป้าหมายและความหมายในชีวิตการพัฒนาดตนเอง ความพึงพอใจ และการรับรู้ความสำเร็จ

Suk Bling (1998) กล่าวว่า คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย กระบวนการสร้างแรงจูงใจ กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ การแสวงหาความรู้ ทักษะและกระบวนการของการปรับเปลี่ยนความคิด สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อนคือ การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความมุ่งมั่น ทုံเท รับรู้ถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ ความสนใจ และความหวังโดยมีกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ

1. การค้นหาสิ่งกระตุ้นความเครียด ความสนใจ และจุดแข็งได้แก่ การค้นหาเป้าหมายและความสนใจของผู้ป่วยจากทัศนคติของผู้ป่วย ลดปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็งของผู้ป่วยและปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคล

2. เอื้ออำนวยการปรับเปลี่ยนความคิด ได้แก่ กระตุ้นให้เกิดความมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ช่วยผู้ป่วยในการต่อรองต่อเป้าหมายใหม่ เอื้ออำนวยให้เกิดทัศนคติทางบวกและสร้างความหวัง

3. เพิ่มแหล่งทรัพยากร ได้แก่ สร้างเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล การใช้กระบวนการกลุ่มสนับสนุนกันเอง เอื้ออำนวยการสื่อสารระหว่างสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วย เพิ่มแหล่งทรัพยากรทางกายภาพ เอื้ออำนวยให้เกิดความรู้และทักษะ สนับสนุนการตัดสินใจและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบ่งเป็น ผลลัพธ์ที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความหมายแก่ชีวิตและการมีความหวัง ความเชื่อมั่น ความรู้และทักษะ การมองโลกในแง่ดี ผลต่อเนื้อที่มีต่อพฤติกรรม ได้แก่ ความมุ่งมั่นผูกพันต่อการรักษาพยาบาล การปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และความผาสุกทางจิต

องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจสรุปได้ 4 ประเด็น (คาร์ณี จามจรี, 2545) คือ

1. คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่

1.1 เจ้าหน้าที่สุขภาพใช้ทักษะวิชาชีพที่สำคัญ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะการใช้อำนาจในการรักษาพยาบาลในทางบวก

1.2 ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ หน้าที่ความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจ

1.3 การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการที่บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพและมีความรับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพตนเอง ขณะเดียวกับที่เจ้าหน้าที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้ป่วย ไม่ควรมองข้ามอิทธิพลของสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย

2. สิ่งที่เกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาล ได้แก่ การให้ความเคารพต่อความเชื่อค่านิยม ประสบการณ์ของบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความเชื่อในความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจการยอมรับในหน้าที่และการกระทำของผู้ป่วย ความมุ่งมั่นทุ่มเท ที่มีร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วยในการกระทำที่เกิดขึ้นในอนาคต

3. ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ ได้แก่

3.1 การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้กันมากในการอธิบายลักษณะและความเชื่อที่สะท้อนความรู้สึกรู้สึกของการควบคุม หรืออิทธิพลของบุคคลที่จะเคารพต่อพฤติกรรมการแสดงออกที่หลากหลายรวมถึงการควบคุมตนเองและประสิทธิภาพในตน (Zimmerman, 1995: 585) โดยอธิบายภาพรวมของผลลัพธ์ได้แก่ การนับถือตนเอง (Self – esteem) ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Personal control) และความสามารถในตน (Self – efficacy)

3.2 การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เน้นความรู้และทักษะที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถและปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคล ความสามารถของบุคคล คุณลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะ

ความคิด ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์ และกิจกรรมกลุ่มเป็นคำที่ใช้อธิบายการกระทำของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Suk bling, 1998 : 31)

สรุปว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่มุ่งเน้นความรู้ทักษะโดยการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคลความสามารถของบุคคล คุณลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะ ความคิด ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์และ กิจกรรมกลุ่ม รวมถึงการช่วยให้บุคคลยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตามความเป็นจริงและทำความเข้าใจให้ถูกต้องตามข้อมูลข่าวสาร

4.4 การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

การเจ็บป่วยทางจิต ก่อให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล มีผลในการจัดการกับความเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นหน้าที่โดยตรงของพยาบาลจิตเวชที่สามารถทำได้โดยไม่ต้องมีแผน การรักษาของแพทย์ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ 1) ปัจจัยอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย เช่น ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ความรู้สึกหมกหมองต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ สภาพร่างกายที่แย่ง การรักษาพยาบาลที่ได้รับและผลข้างเคียงของการรักษา 2) ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย เช่น ค่านิยม ความเชื่อ เป้าหมายในชีวิต ประสบการณ์ส่วนบุคคล ความเชื่อในอำนาจการควบคุม 3) ปัจจัยระหว่างบุคคล เช่น ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคลอื่น สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และ 4) ปัจจัยเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ

การใช้แนวคิดในการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อแหล่งของพลังอำนาจ และพัฒนาแหล่งของพลังอำนาจให้สูงขึ้น เพื่อเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้มีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเอง โดยการช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน และช่วยให้ได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเอง ภายใต้การสนับสนุนด้านข้อมูล ทักษะอย่างเพียงพอจากทีมสุขภาพ (คารณี จามจรี, 2545) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม และการมีสุขภาวะที่ดี

4.5 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ คารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยและผู้ดูแล ของผลทิพย์ ปานแดง (2547) มาพัฒนารูปแบบเพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยมีกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การสร้างสัมพันธภาพและการค้นหาสถานการณ์จริงเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและพยาบาลจะทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ซึ่งแสดงออกมาในรูปของความร่วมมือในการทำกิจกรรม หรือลดความขัดแย้ง โดยอาจเริ่มต้นแบบค่อยเป็นค่อยไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่ขาดความไว้วางใจผู้อื่น การที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล จะส่งผลต่อการให้ความร่วมมือกับพยาบาลในการรวบรวมแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา เพื่อสรุปปัญหา วินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ และวางแผนให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลมากที่สุด

2. การสร้างพลังเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยารักษาอาการทางจิต โดยการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ พยาบาลต้องใช้ทักษะการสะท้อนคิดเพื่อเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วย และการเจ็บป่วยของผู้ป่วยว่ามีผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจปัญหาและบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของตน แสวงหาข้อมูลด้านการใช้ยาที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ป่วย

3. การเสริมสร้างแหล่งของอำนาจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา เป็นการเสริมความรู้ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล หลังจากพยาบาลประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อตรวจสอบว่าเข้าใจตรงกับที่ให้ไปหรือไม่ รวมทั้งมีการเชื่อมโยงสถานการณ์ตัวอย่าง เพื่อให้เข้าใจมากขึ้น เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็น ความรู้ ความสามารถของพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของพยาบาล ส่งผลให้เกิดความร่วมมือและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

4. การดำเนินการด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งพลังที่จะปฏิบัติ หลังจากผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างความรู้และแหล่งทรัพยากรต่างๆจากพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา โดยใช้ประสบการณ์ โดยมีพยาบาลคอยให้คำแนะนำ เพื่อเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลว่าสามารถเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาได้ ความมั่นใจจะเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งให้เห็นประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง รวมทั้งขั้นตอนการกระตุ้น การเสริมสร้างพลังอำนาจ จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ทบทวนและประเมินพฤติกรรมของตนเองเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษานั้นคงอยู่ตลอดไป

แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการศึกษาครั้งนี้ สามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจ พยาบาลพึงระลึกเสมอว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางในการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่เหมาะสมสำหรับตนเองและด้วยตนเอง พยาบาลจะต้องแสงคบบทบาทในการเป็น

ผู้สนับสนุนด้านความรู้ ผู้ให้คำปรึกษาและผู้กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล
 เคนระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจใน 3 ระยะคือ การประเมินความพร้อม การเปลี่ยนแปลงและ
 การผสมผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิต สุขภาพเป็นเรื่องที่แต่ละบุคคลต้องรับผิดชอบตนเอง
 แพทย์และพยาบาลมีหน้าที่ในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพ การพัฒนาความต้องการการ
 ตอบสนองความต้องการของชีวิตนั้น จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับศักยภาพของบุคคล บุคคลต้อง
 เสริมสร้างพลังอำนาจให้ตนเอง บุคลากรทางสุขภาพจะช่วยเหลือโดยการกระตุ้นให้บุคคลใช้
 ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด รับรู้สมรรถนะ และความสามารถของตนเองในการควบคุม
 ตนเอง

5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จดี เจริญสรรพ (2538) ศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเวชกลับมารักษาซ้ำใน
 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมารักษาซ้ำคือ ความรู้ความเข้าใจ
 เกี่ยวกับเรื่องโรคและการรักษา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านเรื่องการรับประทานยาและ
 การไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนบ้าน

เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วย
 จิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัด
 กรมสุขภาพจิตที่ได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ จำนวน 110
 คนและกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ จำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบวัดที่สร้าง
 ขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ มี 5 ตัว
 คือพฤติกรรมการใช้ยา การดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา ด้านการแสดงอารมณ์ สถานภาพสมรส
 และความเชื่อด้านสุขภาพ

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์
 การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก
 ของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 260 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นแบบ
 สัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตาม
 เกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การ
 รับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความ
 รุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงของยา

สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ศึกษาเรื่องผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอน
 สุขภาพและการให้กำลังใจผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษา โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กลุ่ม

ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการทดลองโดยพบผู้ป่วยเดือนละครั้ง เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลเป็นเวลา 4 เดือน โดยทำการทดลองเป็นรายบุคคล และวัดความร่วมมือในการรักษา 4 ด้าน คือ ความรู้ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัดและความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลที่ได้รับ โดยวัดก่อนและหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สาธุพร พุฒขาว (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 118 คน ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 72 และมารับการรักษาเมื่อมีอาการ ร้อยละ 51.7 ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการกำเริบจึงต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 84.7 นอกจากนี้ ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ทักษะคิดต่อการใช้ยา และความพึงพอใจต่อบริการของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยา มาสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

Kumer and Sedgwick (2001) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชอายุ 17-65 ปี ที่กลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำเป็นระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 90 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเป็นเวลา 30-45 นาที ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงให้ความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าเพศชาย ศาสนาฮินดูให้ความร่วมมือในการใช้ยาน้อยกว่าศาสนาอื่นๆ การสนับสนุนทางสังคมสูงทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาสูง และการตัดสินใจของตัวผู้ป่วยเองว่าไม่ขอเข้าร่วมมือในการใช้ยามีผลสูงกว่าการตัดสินใจของคนอื่น นอกจากนี้ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะของครอบครัว และระยะทาง ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Suk Bling (1998) ได้ทำการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชาวจีนและบทบาทของกลุ่มสนับสนุนกันเอง คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย (1) กระบวนการสร้างแรงจูงใจ (2) กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ (3) กระบวนการของการแสวงหาทักษะและความรู้ (4) กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิด ซึ่งแต่ละกระบวนการมีความเกี่ยวข้องกัน และตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย การให้ความหมายต่อชีวิต ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ และความคิดทางบวก จากการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลองทำให้ได้ผลลัพธ์ที่มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ในด้านการให้ความหมายต่อชีวิต ความหวัง ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ การยอมรับความเจ็บป่วยและความคิดทางบวก รวมถึงความผาสุกทางจิต

จารุวรรณ จินดามงคล (2541) ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลศรีธัญญาจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยทำการทดลองเป็นรายบุคคล ระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง 3 สัปดาห์ๆละ 2 ครั้ง วัดผลก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Gibson (1995) ใช้แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาเด็กป่วยเรื้อรังด้วยโรคระบบประสาท ซึ่งกำลังรู้สึกทุกข์ทรมานกับภาวะรับผิดชอบ ห่วงใยกังวลต่อการดูแลบุตรของตน Gibson ได้ใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจในการเพิ่มศักยภาพของบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะมารดาเด็ก ให้เกิดความรู้สึกที่ดีได้รับความรู้ที่ถูกต้อง ส่งเสริมความสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ดี พบว่าสามารถพัฒนาสมรรถนะเชิงความรู้ ความคิด ความเข้าใจและการรู้จักตนเอง ยอมรับความจริง ควบคุมตนเอง มีความมั่นใจ และพยายามแก้ปัญหาด้วยตนเองได้เหมาะสม

สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานครจำนวน 30 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน ผลจากการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลจำนวน 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจากผู้ป่วยจิตเภทที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัว พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการเป็นรายครอบครัว

1. การสร้างสัมพันธภาพและการค้นหาสถานการณ์จริง
 - สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์
 - การช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจสภาพการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง
 - ประเมินและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ
2. การสร้างพลัง เพื่อแก้ปัญหาการใช้ยาการรักษาอาการทางจิต โดยการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ
 - การช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทำความเข้าใจกับปัญหา
 - ร่วมหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา
3. เสริมสร้างแหล่งของอำนาจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา
 - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลพูดถึงความต้องการการสนับสนุน
 - ประเมินความรู้
 - ให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร แหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ
4. ผู้ป่วยและผู้ดูแลเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งพลังที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยา
 - ผู้ป่วยและผู้ดูแลฝึกการแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การใช้ยา
 - ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

พฤติกรรมการใช้ยา

ของผู้ป่วยจิตเภท

- ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง
- สามารถสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช