

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญ และเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย นำเสนอ เป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
  - 1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการทางคลินิก และการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท
  - 1.2 การรักษาโรคจิตเภท
2. การดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
  - 3.1 ความหมายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
  - 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
  - 3.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
  - 3.4 สภาพปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ
  - 4.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
  - 4.2 องค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
  - 4.3 การพยาบาลโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ
  - 4.4 บทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยจิตเภท
5. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
6. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
  - 7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

### 1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการทางคลินิกและการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท

#### 1.1.1 ความหมาย

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความสำคัญมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช เป็นโรคที่พบได้มากที่สุด พบในประชากรทุกกลุ่มและมีอัตราการป่วยซ้ำสูง และมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับโรคจิตเภทไว้มากพอจะสรุปได้ดังนี้

ตามความหมายของ ICD-10 (The International classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์แบบไม่เหมาะสม หรืออารมณ์ที่อ่อน (Blunted) สติสัมปชัญญะและเซาว์ปัญญา มักคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (เกษมตันติผลาชีวะ, 2536)

ในระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition; DSM-IV, 1995) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง ประกอบด้วยอาการด้านบวกและอาการด้านลบ อาการด้านบวกประกอบด้วย ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม ส่วนลักษณะอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในคนทั่ว ๆ ไปควรจะประกอบด้วย อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูดและขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการในระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (American Psychiatric Association, 1995)

สมภพ เรืองตระกูล (2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

Fox & Kane (1996: 321) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรโดยทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากมีเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีฐานะยากจนมีโอกาเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้นี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะดี 8 เท่า และมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (สรินทร์ เขียวโสธร, 2545)

จากความหมายดังกล่าวพอสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ที่พบความผิดปกติของความคิด อารมณ์และการรับรู้ พบมากที่สุดในกลุ่มโรคทางจิตเวชทั้งหมด ซึ่งพบทั้งในเพศหญิงและเพศชายและมักมีการป่วยซ้ำสูง

### 1.1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดโรคทางจิตเวช จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เชื่อว่า โรคจิต มีสาเหตุ หรือปัจจัยต่างๆของการเกิดโรค ดังนี้ คือ 1) ปัจจัยทางชีววิทยา 2) กระบวนการทางจิตใจและอารมณ์ 3) สังคมและวัฒนธรรม และ 4) การเรียนรู้ตามหลักพฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งยังไม่สามารถสรุปได้แน่นอนว่าเกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงด้านเดียว หรืออาจเกิดจากปัจจัยทั้ง 4 ด้านรวมกันก็ได้ (กรมสุขภาพจิต, 2538: 4-5) ปัจจัยต่างๆ มีรายละเอียดดังนี้

#### 1.1.2.1. ปัจจัยทางชีววิทยาแบ่งเป็น

1.1.2.1.1 ด้านกรรมพันธุ์และองค์ประกอบของร่างกาย มีการศึกษา ค้นพบว่าความผิดปกติใน Gene มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคทางจิต มีการศึกษาอัตราการเกิดโรคในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือด ยิ่งใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากเท่าใดจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคทางจิตมากขึ้น

1.1.2.1.2 ชีววิทยาของร่างกาย สรีรวิทยาของสมองและชีวเคมีของสมอง พบว่าการเปลี่ยนแปลงในการเจริญเติบโต และระดับฮอร์โมนของร่างกาย มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และจิตใจ

1.1.2.1.3 สารจากต่อมไร้ท่อ อาทิ โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (Hyperthyroidism) จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย มีความเครียด มีอารมณ์เศร้า และเฉื่อยชา ความจำเสื่อม และโรคขาดฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ (Hypothyroidism) ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เฉื่อยชา ความจำเสื่อม อารมณ์เฉยเมย ไม่อยากพูด และประสาทหลอน

1.1.2.1.4 โรคของสมอง เช่น เนื้องอกของสมอง การอักเสบของสมอง โรคลมชัก รวมทั้งการได้รับเชื้อโรคที่เป็นอันตรายต่อสมอง เชื้อหุ้มสมองอักเสบ การที่สมองได้รับพิษของสารเสพติด เช่น เหล้า ฝิ่น ยาบ้า กระท่อม กาว ผงขาว ฯลฯ และการที่สมองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง เช่น อุบัติเหตุที่ศีรษะ รถคว่ำ พยาธิสภาพของโรคดังกล่าว ทำให้เซลล์ของสมองถูกทำลาย และเกิดความเสื่อมของเซลล์สมอง อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติของจิตได้

1.1.2.2 กระบวนการทางด้านจิตใจ และอารมณ์ (Psychodynamic) ของแต่ละบุคคล มีผลต่อพฤติกรรม และแรงจูงใจ (Motivation) ของคน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่เชื่อว่าทำให้คนเกิดปัญหาทางจิตใจ

1.1.2.3 สังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่เป็นปัญหาอยู่รอบตัวของบุคคล เช่น ปัญหาทางครอบครัว เช่น พ่อแม่แยกทางกัน หรือพ่อแม่ตาย ขาดการอบรมสั่งสอนที่ดี ฐานะทางเศรษฐกิจ ปัญหาทางเพศบางประการ หรือ ชีวิตสมรส / ชีวิตโสดที่มีปัญหายุ่งยาก

1.1.2.4 การเรียนรู้ตามหลักพฤติกรรมศาสตร์ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทได้มีประสบการณ์การเรียนรู้บางอย่างที่ทำให้เกิดผลเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติ การได้รับสิ่งเร้า แรงเสริม หรือการลอกเลียนพฤติกรรมที่ทำให้มีบุคลิกลักษณะที่ไม่เหมาะสม

### 1.1.3 อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง ในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มักมีกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เช่น พูดน้อย เนื้อชา แยกตัวเอง อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (มาโนช หล่อตระกูล, 2543: เกษม ต้นติผลชีวะ, 2536) มีลักษณะอาการดังต่อไปนี้ คือ

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

- 1) Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน
- 2) Disorganization dimension ได้แก่ Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติไปอย่างมาก และ Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอดอาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยได้แก่ Persecutory delusion, Delusion of reference รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆ ที่พบอาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็น Auditory hallucination อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้าง เช่น Tactile หรือ Somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ Auditory hallucination

โดยประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย เริ่มมีอาการทางบวกที่เป็นอันตราย (Kaplan & Sadock, 1999) มีความคิดหลงผิด ที่พบในโรคจิตเภทคือ หลงผิดคิดว่ามีคนมาปองร้าย หรือคิดไปเองว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง ส่วนอาการประสาทหลอน ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการประสาทหลอนชนิดต่าง ๆ ชนิดที่พบบ่อยคือ มีอาการหูแว่ว ซึ่งพบได้ร้อยละ 75 โดยเสียงแว่วที่ได้ยินเป็นเสียงคำพูดว่าหรือสบประมาท มีปัญหาในด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล

กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ได้แก่

- 1) Alogia พูดน้อยหรือไม่ค่อยพูด เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

2) Affective flattening การแสดงออกด้านอารมณ์ลดน้อยลงมาก หน้าตาเฉยเมยไม่ค่อยสบตา

3) A volition- apathy ขาดความกระตือรือร้น เชื้อชาลง ไม่สนใจเรื่อง การแต่งกาย ไม่สนใจเรื่องเรียนหรือทำงาน ผู้ป่วยอาจอยู่เฉยๆทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

4) Anhedonia-asociality ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร อาการด้านลบในลักษณะนี้อาจเริ่มเห็นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการกำเริบที่ชัดเจนในบางคนอาการเด่นจะแสดงออกมาในลักษณะนี้ โดยไม่พบอาการหลงผิด หรือประสาทหลอนที่ชัดเจนเลยก็มี ในระยะอาการกำเริบอาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

#### 1.1.4 การดำเนินโรคของโรคจิตเภท

การดำเนินโรคโดยทั่วไป แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล, 2542: 117) คือ

1.1.4.1 ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ระยะนี้เป็นระยะที่เริ่มมีอาการน้อยๆส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปไม่เหมือนคนเดิม เริ่มแรกส่วนใหญ่มักเก็บตัวมากขึ้น อาจหันไปสนใจด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือเรื่องของไสยศาสตร์ มีความคิด คำพูด หรือบางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก แต่ก็ไม่ได้ผิดปกติชัดเจน มีบ้างที่อาจเห็นว่าผู้ป่วยเป็นคนขี้เกียจ สนใจตนเองน้อยลง มีการใช้คำพูดหรือสำนวนแปลกๆ ระยะนี้อาจนานเป็นเดือน ถึงเป็นปี

1.1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

1.1.4.3 ระยะอาการทุเลา (stabilization phase) หรือ ระยะอาการคงที่ (stable phase) ระยะนี้เป็นระยะที่อาการต่างๆ เริ่มคงที่ หรือหากมีก็ไม่รุนแรงเท่ากับระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการเลยในขณะที่บางรายอาการไม่ได้ออกเป็นอาการโรคจิตชัดเจน เช่น อาการเครียด หงุดหงิด วิตกกังวลง่าย หรือนอนไม่หลับเป็นครั้งคราว บางรายอาจมีอาการด้านบวกหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น มีความคิดแปลกๆ เชื่อในเรื่องไสยศาสตร์ หรือโศกลาง อาการด้านลบมักพบบ่อยในระยะนี้

#### 1.2 การรักษาโรคจิตเภท

สาเหตุของโรคจิตเภทอาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ การรักษาทางด้านร่างกาย เป็นการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช และการ

รักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งวิธีนี้ใช้ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคม เป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น ครอบครัวบำบัด จิตบำบัด เป็นต้น (เกษม ต้นติผลาชีวะ และลักษณา ธีรโมกษ์, 2536)

1.2.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต เป็นหัวใจของการรักษาโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท โดยการรักษาด้วยยาสามารถปรับสมดุลของสารชีวเคมีในร่างกาย และพบว่า มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย (Kumar & Sedgwick, 2001) ซึ่งการรักษาด้วยยา แบ่งได้เป็น 2 ระยะคือ

1.2.1.1 ระยะควบคุมอาการ เป็นการรักษาในช่วงอาการกำเริบ มีเป้าหมายในการรักษา คือ ควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว สามารถนอนหลับได้ในเวลากลางคืน อารมณ์ หงุดหงิดหรือพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง แต่ในช่วงที่รักษาด้วยยาโรคจิต ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการข้างเคียงของยา เช่น ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก อาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า คอแข็ง คาเหล็ก บางรายมีอาการง่วงซึม มักเกิดขึ้นหลังได้รับยาในระยะแรก

1.2.1.2 ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบลง เพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบอีก ขนาดของยาที่ใช้ในระยะนี้จะต่ำกว่าในระยะแรก อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาทางจิตอย่างสม่ำเสมอ อาการทางจิตก็อาจกำเริบใหม่ได้อีกเป็นช่วงๆ

ชนิดของยารักษาอาการทางจิตที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบัน (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2537; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) แบ่งเป็น 2 แบบได้แก่

#### 1. ยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิม (Typical anti – psychotics)

ก. Phenothiazines เป็นยารักษาโรคจิต กลุ่มที่ใช้แพร่หลายมากที่สุด ซึ่งยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิด มีสูตร โครงสร้างเหมือนกัน แต่มี side chain แตกต่างกัน 3 แบบ ทำให้มีฤทธิ์แตกต่างกัน คือ 1) Aliphatic เป็นกลุ่มที่มีฤทธิ์ทำให้ห้วงนอนสูง และมีฤทธิ์ข้างเคียง คือ ความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มอื่น เช่น Chlopromazine Triflupromazine 2) Piperidines มีฤทธิ์ทำให้ห้วงนอนปานกลาง มีข้อดี คือ มีฤทธิ์ Extra – pyramidal side effect ต่ำกว่ากลุ่มอื่น แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงด้าน Anticholinergic สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Thioridazine 3) Piperazines เป็นยาในกลุ่มที่มี potency สูง มีฤทธิ์ sedative น้อย แต่มี Extra – pyramidal side effect สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Perphenazine Trifluoperazine Fluphenazine

ข. Thioxanthenes เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ Phenothiazines มาก แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน เช่น Chorprothixene Thiothixene Fluphethixol Chopenthixol

ค. Butyrophenones เป็นยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์สูง มีฤทธิ์ห้วงนอนน้อย และมี Extra – pyramidal side effect สูง คล้ายกับ Phenothiazines เช่น Haloperidal และ Triperidol

ง. Dibenzoxanzepines ยาในกลุ่มนี้มีใช้ในเมืองไทยตัวเดียว คือ Loxapine

จ. Diphenbutypiperidine ใช้ในประเทศไทย 2 ตัว คือ Pimozide และ Penfluridol

ฉ. Benzamides ตัวอย่างเช่น Sulpiride

ช. Reserpine ปัจจุบันไม่ใช่เป็นยารักษาโรคจิตแล้ว ใช้เป็นยาแก้ปวด

## 2. ยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ (New anti – psychotics) ยาในกลุ่มนี้มี 2 ชนิด

(สมภพ เรืองตระกูล, 2542) คือ

ก. Clozapine จะได้ผลดีในการรักษาโรคจิตเภทโดยได้ผลดีทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ รวมทั้งได้ผลดีพอสมควรในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งด้านการรักษา โดยออกฤทธิ์สกัดกั้น serotonin , nor- adrenaline , acetylcholine และ histamine มากกว่า dopamine และออกฤทธิ์ D1 antagonist มากกว่าฤทธิ์ D2 antagonist ด้วย โดยออกฤทธิ์ที่ cortex และ limbic system มากกว่า basal ganglia ทำให้ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาท จึงเป็นยาที่ได้รับความนิยมมาก เพราะยังไม่มีการศึกษาที่พบว่ามียาฤทธิ์ข้างเคียงที่รุนแรง

ข. Risperidone เป็นยารักษาโรคจิตเภทที่มีประสิทธิภาพเท่า haloperidol แต่ต้องใช้ขนาดปานกลาง (4-10 มิลลิกรัมต่อวัน) และมีผลข้างเคียงน้อยกว่า haloperidol

กลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตที่สำคัญ คือ การ Block dopamine receptors ในสมอง นอกจากนั้นยังออกฤทธิ์ Block receptors ของ catecholamines ตัวอื่นๆ และรบกวน catecholamine storage ด้วย ทั้งของ serotonin norepinephrine และ dopamine

ฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตที่สำคัญ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2537) คือ

1. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effect) เป็นฤทธิ์ที่มักพบในตอนต้นของการให้ยามากกว่าเมื่อให้ยาไปนานๆ ซึ่งร่างกายมักปรับตัวได้ ที่พบบ่อย ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ม่านตาหดหรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำ ในผู้ชายอาจมีการหลั่งน้ำกามช้าหรือไม่หลั่งเลย บางรายมีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัว อาการความดันโลหิตต่ำพบได้มากที่สุดจาก Chlormazine จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอ และผู้สูงอายุ 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) อาจพบคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ขากรรไกรแข็ง ลิ้นค้ำปาก พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากสั่น บางรายอาจมีนัยน์ตาเหลือบขึ้นข้างบนตลอดเวลา อาการดังกล่าวไม่เป็นอันตรายแต่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน

1.3 Akathisia เป็นอาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวาย อยู่หนึ่งไม่ได้ต้อง เคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนขาสั่นมีลักษณะคล้ายกับอาการวุ่นวาย (agitated)

1.4 Tardive dyskinesia เป็นกลุ่มอาการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจ ที่เกิด จากการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน มีลักษณะที่สำคัญคือ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อสามแห่ง คือ แก้ม หน้า ลิ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแก้มพองซึ่งเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก เคี้ยวสูดปาก เกี้ยวและดูดริมฝีปาก แลบลิ้น ขากรรไกรเคลื่อนไหวด้านข้าง อาจมีอาการกระพริบตา หน้าตาบูดเบี้ยว ขมวดคิ้ว เปลือกตากระตุกมีอาการเคลื่อนไหวแบบกระตุกไม่เป็นจังหวะค่อนข้างเร็วและคาดคะเนไม่ได้ ของมือและเท้า

2. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจอาจเกิดขึ้นได้ เช่น มี T-wave กว้างและแบนลง และอาจมี QR interval ยาวขึ้น ยาที่มีรายงานว่า มีผลต่อคลื่นหัวใจได้บ่อย คือ Thioridazine

3. Central Anticholinergic Syndrom 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 กวาระนี้มีอัตราการตายถึงหนึ่งในห้า ต้องรีบให้การแก้ไข โดยการหยุดยารักษาโรคจิตทั้งหมด ให้การรักษาประคับประคอง เพื่อให้ไข้ลด และควบคุมความดันโลหิตให้คงที่

5. อาการชัก อาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูง ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลด Threshold ของการชัก แต่ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการใช้ยา ส่วนใหญ่สามารถแก้ไขได้โดยการลดขนาดของยา

6. อาการง่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ยาในระยะแรกแต่ก็ลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ ฤทธิ์ของยาที่ทำให้ง่วงมักมีเพียง 2-3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์รักษาโรคจิตมีอยู่ตลอดเวลา จึงสามารถให้ยารักษาโรคจิตโดยการกินเพียงวันละครั้งก่อนนอนได้

7. อาการดีซ่าน (Jaundice) อาการดีซ่านที่เกิดจาก Phenothiazines เป็นที่รู้จักกันมาตั้งแต่เริ่มใช้ยา แต่ปัจจุบันลดน้อยลงโดยไม่ทราบสาเหตุ และมีฐานที่เป็นข้อบ่งชี้ว่าอาการดีซ่านที่เกิดขึ้นเป็นผลของปฏิกิริยาภูมิแพ้มากกว่าสาเหตุอื่น ยาที่ทำให้เกิดดีซ่านมักเป็น Phenothiazines โดยเฉพาะ Chlopromazine พบมากที่สุด

8. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเลือด อาการที่พบบ่อยคือ Eosinophilia ซึ่งแสดงถึงปฏิกิริยาภูมิแพ้แต่ก็ไม่ร้ายแรง อาการที่พบน้อยแต่เป็นอันตรายมาก คือ Agranulocytosis, Leukopenia , Pancytopenia , Hemolytic anemia และ Thrombocytopenia purpura



9. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง อาจพบผื่น (skin eruptions) ได้หลายแบบ เป็นผลจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ อาการคล้ายแพ้แสงแดด (Photosensitivity) มักพบจาก Chlopromazine มากกว่าตัวอื่น บางครั้งพบเป็นรอยไหม้ในบริเวณที่โดนแสงแดด เช่น บริเวณหน้าและแขน ในระยะยาวผิวหนังที่โดนแสงแดดอาจเปลี่ยนเป็นสีเทาฟ้า คล้ายโลหะ

10. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตา ผู้ป่วยที่ได้รับ Chlopromazine ในขนาดสูงนานๆอาจมีสารสีน้ำตาลแกมเหลืองไปจับบริเวณ lens และ cornea พบบ่อยในผู้ที่พบการเปลี่ยนแปลงในผิวหนังร่วมด้วย เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการได้รับแสงแดด และการให้ Thioridazine ในขนาดที่สูง อาจทำให้เกิด pigmentary retinopathy ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้ ซึ่งอาจไม่หายแม้จะหยุดยาแล้วก็ตาม จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ Thioridazine เกินวันละ 800 มิลลิกรัม

11. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ ยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลายตัวด้วยกัน ที่พบบ่อย คือ การเพิ่มระดับ prolactin ซึ่งเป็นผลทำให้มีนมคัดและบางรายมีน้ำนมไหล ผู้ป่วยบางรายมีระดูขาดไประยะนาน นอกจากนั้นยารักษาโรคจิตยังมีผลต่อฮอร์โมนอื่นแม้พบได้น้อย เช่น ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ ต่อมใต้สมอง เป็นต้น

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

การรักษาด้วยยาโรคจิตเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมาป่วยซ้ำบ่อยครั้งส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา

**1.2.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) การรักษาด้วยไฟฟ้า**  
ในผู้ป่วยจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมด้วยกับการรักษาโดยการให้ยารักษาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือผู้ป่วยที่มี Severe Depression

**1.2.3 การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment) การบำบัดทางด้านจิตสังคม** เป็นส่วนสำคัญของการรักษาเนื่องจากสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเผชิญกับความเครียดได้ เช่น การทำจิตบำบัด โดยแบ่งเป็นจิตบำบัดรายบุคคล และจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นกระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับการบำบัด มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เช่น กิจกรรมบำบัด เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญและเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช นิเวศน์บำบัด คือการจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการ

บำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง จึงจำเป็นอย่าง ยิงที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกๆด้าน (ปาหนัน บุญหลง, 2534)

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคจิตเภทมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวช และโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านทรัพยากรบุคคล ซึ่งสาเหตุของโรคเกิดจากด้านร่างกายและจิตสังคม การรักษาต้องผสมผสาน ระหว่างการรักษาด้านร่างกาย คือการใช้ยาและการรักษาจิตสังคม เข้าด้วยกันจึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด รวมถึงผู้ป่วยจิตเภทต้องสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตได้ และเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการพยากรณ์โรค จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ทราบแนวโน้มของการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก สามารถนำมาวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ เป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

## 2. การดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน บริบทโรงพยาบาลไซโย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ อาศัยอยู่กับครอบครัว มีพ่อ แม่ พี่และน้องคอยให้การดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน และการพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกว่าคุณเองไร้ความสามารถ เป็นภาระของครอบครัว ลักษณะชุมชนเป็นชุมชนชนบท คนในชุมชนส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ทำให้รู้สึกหวาดกลัว ไม่อยากเข้าใกล้เนื่องจากกลัวผู้ป่วยจะทำร้าย แม้ว่าครอบครัวและผู้ป่วยจะอธิบายว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่ดี ไม่มีแนวโน้มที่จะทำร้ายผู้อื่น แต่คนในชุมชนก็ไม่ยอมรับและไม่ให้การสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภท เช่น ปฏิเสธการจ้างงาน พยายามหลีกเลี่ยง ไม่พูดคุยด้วย ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนขาดความรู้ ไม่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตที่เกิดขึ้นได้ ไม่กล้าที่จะสอบถามข้อสงสัยต่างๆกับทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทพยายามหาแนวทางการรักษาอื่นๆ เนื่องจากมีความเชื่อว่าจะทำให้อาการทางจิตดีขึ้น จึงหยุดรับประทานยารักษาอาการทางจิต นำไปสู่การเกิดอาการกำเริบซ้ำ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบญาติและผู้ป่วยจิตเภทจะรู้สึกว่ามารับประทานยารักษาอาการทางจิตไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้มีอาการทางจิตให้เป็นปกติได้ ผู้ป่วยบางคนจึงไม่มารับการรักษา ไม่รับประทานยารักษาอาการทางจิต ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัว และไม่มีเพื่อน

จากการศึกษาประสบการณ์จริงของ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540) พบว่าผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชนจะประสบปัญหาคือ เมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าป่วยด้วยโรคทางจิตเวชคนทั่วไปมักพยายามหลีกเลี่ยง ไม่อยากพูดคุยด้วย มีความรู้สึกเกรงกลัวผู้ป่วย บางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้ผู้ป่วยเห็น ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ว่ากลายเป็นคนที่ไม่น่าเชื่อถือ ไร้ใจไม่ได้ นอกจากนี้สังคมยังมองว่าไร้ความสามารถ ขาดอิสรภาพในการตัดสินใจ บางรายถูกทอดทิ้ง ต้องใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยว และประสบปัญหาในด้านการหาที่อยู่อาศัย การประกอบอาชีพ ไม่มีคนจ้างงาน หรือบางครั้งให้ค่าแรงต่ำกว่ามาตรฐาน ซึ่งการศึกษาของ ทิวาพร พูเพื่อง (2544) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกร้อยละ 57.7 ไม่มีงานทำและร้อยละ 50 ไม่มีรายได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ เกิดสว่าง (2538) ที่ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพและรายได้บิดามารดาต้องอุปการะด้านการเงิน (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547)

การศึกษาของ สุวิมล สมัตตะ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลคือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จะพบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมักแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุย จะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนเดียวหรือสองคนเท่านั้น และมักเกิดปัญหาคับข้องใจในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำที่ได้รับก่อนที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้าน นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัญหาในการปรับตัวเข้ากับญาติในเรื่องพฤติกรรมมารับประทานยา ผู้ป่วยมักหยุดยาเอง ญาติไม่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ ปัญหาสังคมขาดความนับถือศรัทธา ถูกล้อเลียนและรังเกียจ (อรพรรณ ถิ่นบุญธวัชชัย, 2544)

จากการศึกษาเกี่ยวกับสภาพการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการปรับปรุงด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมน้อยมาก ทำให้เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวซึ่งจะพบว่าในด้านการแสดงอารมณ์ เช่นการที่สมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติเชิงลบกับผู้ป่วย มีการแสดงความรักความสงสารน้อย ไม่สนใจความรู้สึกผู้ป่วย และรู้สึกว่าเรามีผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่เข้าใจคำแนะนำของบุคลากร ไม่กล้าสอบถามบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง มีปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร นอกจากนี้สังคมยังไม่ให้การยอมรับ ผู้ป่วยจิตเภทถูกมองว่าเป็นผู้ไร้ความสามารถและขาดการให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ

### 3. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

#### 3.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

เพชร คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้

สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ

สาธุพร พุฒขาว (2541) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยา เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับแผนการรักษา และการปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่องของการรับประทานยาร่วมกับการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

Farragher (1999) กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทว่าจะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณมีความผิดปกติ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาคือเวลาการใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา และการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา

Razali & Yahya (1995) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง จะแสดงออกโดยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยขาดยาเกิน 2 มือภายในเวลา 2 สัปดาห์ หรือไม่ขาดการมาตรวจตามนัดเกิน 1 ครั้ง

สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) กล่าวว่า เป็นการปฏิบัติของผู้ป่วย เกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยารวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลาโดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มือติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มือสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาไว้มากมาย ซึ่งในการศึกษารุ่นนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจากการศึกษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) และเพชร คันธสายบัว (2545) จึงพอจะสรุปความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ว่าเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกซึ่งการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสังเกตอาการข้างเคียงจากยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาได้ โดยแสดงพฤติกรรมออกมา 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มือติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มือต่อสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

### 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

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

#### 3.2.1 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงออกถึงคุณสมบัติของแต่ละ

บุคคลที่ส่งเสริมให้มีการแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรค หรือป้องกันการป่วยซ้ำ หลังจากที่ได้รับรักษาจนมีอาการดีขึ้นและกลับไปอยู่ในชุมชนได้ เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

3.2.1.1 ลักษณะประชากร จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆพบลักษณะประชากรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มี 2 ประการ คือ

3.2.1.1.1 อายุ ซึ่งเป็นจำนวนระยะเวลาทั้งหมดของการนับตามปฏิทิน ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน (Orem, 2001) อายุของบุคคลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองจะถูกพัฒนาขึ้นตามอายุจากวัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลตนเองสูงสุด และจะลดลงและมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman (1994) อังไฉ สรินทร เขียวโสรธร, 2545) ที่พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษา มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

3.2.1.1.2 เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างระหว่างบทบาทบุคลิกภาพในครอบครัวชุมชนและสังคม โดยกำหนดบทบาทของเพศหญิงในการเป็นแม่ที่มีหน้าที่ในการดูแลลูกและบุคคลทั้งในเวลาปกติหรือยามเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลให้เมื่อเจ็บป่วยเพศหญิงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ที่พบว่า เพศหญิงปฏิบัติตามเกณฑ์รักษาดีกว่าเพศชาย

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

3.2.1.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันไปในการเกิดปัญหา โดยรับรู้จากความเสี่ยงและประสบการณ์ของตนเองทำให้มีการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือปัญหาสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเข้าใจถึงพฤติกรรมป้องกันโรค

ที่เคยเป็นมาก่อนและได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้น การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงโอกาสที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้ว การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เช่น รับรู้ปัจจัยที่จะทำให้ตนเองมีอาการทางจิตมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง

3.2.1.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived severity) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคล ถึงความรุนแรงของการมีอาการเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ความรุนแรงนี้ขึ้นอยู่กับการประเมินการเกิดโรคของตนเอง การที่บุคคลรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบรุนแรงต่อ ร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคม จึงเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้นร่วมกับประสบการณ์การรักษาในโรงพยาบาลว่ามีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นภาวะคุกคามเหล่านี้

3.2.1.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefit) หมายถึงความคิด ความเชื่อ ของผู้ป่วยต่อการกระทำที่เป็นการป้องกันการเกิดโรค หรือการป้องกันการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่เชื่อว่าสามารถทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วย เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ในผู้ป่วย จิตเภทจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต และการส่งเสริมการทำหน้าที่ละพัฒนาการ การดูแลตนเองที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการยอมรับ ลดความรังเกียจจากสังคม ทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสงบสุข สามารถลดความตึงเครียดของผู้ป่วย และมีส่วนช่วยในป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้

3.2.1.2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติดูแลสุขภาพ (Perceived barrier) หมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่างๆที่ขัดขวางการปฏิบัติดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีร่างกายแข็งแรง ในผู้ป่วยจิตเภทการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติของตนเองมีอุปสรรค เช่น การที่ญาติช่วยเหลือติดตามมากเกินไป ไม่ปล่อยให้เป็นอิสระ การถูกรังเกียจ ห้ามปราม กีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ การไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้ขัดขวางการดูแลตนเอง และส่งผลต่อการเสื่อมถอยสมรรถภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

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

3.2.1.2.1 ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต หมายถึงการรับรู้ความเชื่อของผู้ป่วยที่คิดว่าตนเอง เป็นคนสำคัญ หรือมีอำนาจพิเศษ เช่น คิดว่าตนเองเป็นพระเจ้า หรือร่ำรวยเป็นมหาเศรษฐี ซึ่งเป็นความเชื่อที่ไม่จริง โดยผู้ป่วยจะเชื่อในความคิดนั้น โดยไม่สามารถเปลี่ยนความเชื่อถือได้ด้วยการอธิบาย โดยใช้เหตุผลตามธรรมดาได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการขาดการตระหนักรู้ในตนเอง (Lack of insight) คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา

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

3.2.1 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภททั้งในครอบครัวและชุมชน ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งประกอบด้วย

3.2.1.1 ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพ เพื่อดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จากการศึกษาของกัทธาภิรล (2532) พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากยามีราคาแพงทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

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

3.2.1.3 การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีบุคคลคอยช่วยเหลือให้ได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง บุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา การนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด หรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ที่สำคัญ คือ การดูแลของญาติให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า

รวมทั้งการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแลเรื่องเหล่านี้

3.2.1.4 การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หมายถึงการแสดงลักษณะอารมณ์ของบุคคลมากขึ้น ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีผลต่อการสนับสนุนผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ไม่ดี (Oehl et al., 2000)

3.2.1.5 ทักษะ ทักษะของสังคมและครอบครัว เป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลเหล่านี้ต่อการรักษาอาการทางจิต ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากการถูกตีตราจากสังคม เช่นการรับประทานยารักษาอาการทางจิต 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 Kurmar and Sedgwick (2001) กล่าวว่า การได้รับยาเข้าสู่ร่างกายโดยใช้วิธีฉีด จึงสามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าวิธีการรับประทานยา

3.2.3.2 ความซับซ้อนของการรักษา หมายถึงความรู้สึกลำบากในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิดและมีจำนวนมาก อาจเกิดความสับสนในการรับประทานยา ถึงวิธีการใช้ยา การรับประทานยาที่ไม่เหมือนกันจะทำให้ผู้ป่วยสับสน หמדความอดทนที่จะรับประทานยาต่อไป

3.2.3.3 ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ยารักษาโรคจิตเป็นกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มาก ผู้ป่วยจิตเภทบางรายขณะรับการรักษา อาจมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น ตัวแข็ง คอเอียง บิดเบี้ยว ง่วงนอน ปากและคอแห้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้น และความคิดปกติทางเพศสัมพันธ์ อาการเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน และหยุดการใช้ยาในที่สุด

3.2.4 ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ ซึ่งทีมสุขภาพ หมายถึง พยาบาล แพทย์ เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา ปัจจัยด้านทีมสุขภาพที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ สัมพันธภาพที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี บุคลิกภาพที่อบอุ่น น่าศรัทธา จะส่งผลดีต่อความร่วมมือในการรักษา



จะเห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท อาทิ ปัจจัยทางด้านผู้ป่วย เช่น ลักษณะประชากร แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ลักษณะของการเจ็บป่วย เช่น อาการทางลบ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น การอยู่ร่วมกับครอบครัว การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ปัจจัยด้านการรักษา เช่น ความซับซ้อนของการรักษา วิธีได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา และปัจจัยด้านทรมานสุขภาพ เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการที่พยาบาลได้ประเมินถึงปัจจัยต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง จึงเป็นเรื่องสำคัญและมีประโยชน์ในการวางแผนเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้องมากขึ้น

### 3.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

เป็นการยากที่จะระบุคุณสมบัติ หรือ วัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของผู้ป่วย ซึ่งการศึกษารายงานวิจัยต่างๆพบว่าวิธีการประเมินการปฏิบัติตามเกณฑ์รักษาหลายวิธี (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536; สาธุพร พุฒขาว, 2544) ได้แก่

#### 3.3.1 การประเมินโดยตรง (Direct method)

วิธีการประเมินโดยตรง คือการวัดระดับปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้ โดยติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของระดับยาหรือปริมาณยาตามแต่ความเหมาะสม ได้แก่

3.3.1.1 การวัดระดับยาในเลือด (Blood level monitoring) โดยใช้หลักการเปลี่ยนแปลงของยาในเลือด หรือพลาสมา จะมีความสัมพันธ์กับขนาดของยาที่ได้รับ เมื่อถึงระดับคงที่ของยาในเลือด และการที่ระดับของยาในเลือดมีผลโดยตรงต่อการรักษา ดังนั้นเมื่อทำการวัดระดับของยา ก็ทราบว่าคุณป่วยใช้ยาหรือไม่

3.3.1.2 การวัดปริมาณยาในปัสสาวะ ใช้หลักการเดี่ยวดับการวัดระดับยาในเลือด แต่ยาที่จะวัดโดยวิธีนี้ต้องเป็นยาที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ มีผู้วิจัยโดยใช้วิธีนี้ เช่น กลุ่มการรักษาโรคจิต ยารักษาวัณโรค

3.3.1.3 การวัดปริมาณยาจากสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายอื่นๆ เช่น น้ำลาย อุจจาระ ทมหายใจ

วิธีการประเมินโดยตรงเป็นการตรวจโดยอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งเป็นวิธีที่มีข้อจำกัด คือ

1) ความเข้มข้นของยาอาจจะได้รับผลจากความแตกต่างในการดูดซึมของยา และการขับออกของยาในร่างกายของแต่ละบุคคล ระดับความเข้มข้นของยาจึงอาจจะไม่ใช่ข้อบ่งชี้ของการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในการใช้ยาของผู้ป่วย

2) ความเข้มข้นของยาที่ตรวจพบ สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานว่ามีจำนวนทั้งหมดเท่าใด ครบตามแผนการรักษาหรือไม่

3) การรับประทานยาก่อนการตรวจ จะทำให้ค่าของความเข้มข้นของยาสูง ซึ่งไม่ได้แสดงถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

4) ต้องใช้อุปกรณ์ เครื่องมือและวิธีการที่ยุ่งยาก การวิเคราะห์ต้องเป็นระยะ ภายหลังการรับประทานยา วิธีการนี้จึงไม่อาจนำมาใช้ได้ในทุกกรณี

### 3.3.2 การประเมินทางอ้อม (Indirect method)

เป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย โดยประเมินจากวิธีการอื่นที่ไม่ใช่การวัดจากตัวยาโดยตรง แต่วิธีการประเมินนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย อาจทำได้หลายวิธี คือ

3.3.2.1 การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อย และใช้ง่ายที่สุด อาจสอบถามหรือสัมภาษณ์จากตัวผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย ข้อดีของการประเมินแบบนี้ คือ ได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัดของวิธีการนี้ คือ พบว่าผู้ป่วยมักให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงคำถามให้มีความชัดเจน แม่นตรง และระหว่างการสัมภาษณ์ไม่ควรตำหนิเมื่อผู้ป่วยตอบว่าไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา หรือไม่รับประทานยา โดยผู้สัมภาษณ์เองต้องคำนึงถึงว่า แม้จะมีทักษะและมีความละเอียดในการสัมภาษณ์ก็ตาม แต่ก็มักพบปัญหาในการประเมินเสมอ

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

3.3.2.3 การสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ซึ่งการประเมินวิธีนี้ ญาติผู้ป่วยหรือบุคลากรที่มสุขภาพที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จะสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือแผนการรักษาได้ถูกต้องครบถ้วน หรือไม่

3.3.2.4 พิจารณาจากการมาตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มารับรักษาตามนัดเป็นผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา และพิจารณาจากผลของการรักษาที่ควรเป็นไปตามการพยากรณ์ของโรคแต่ละระยะ

การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตนเอง (Self-report) ซึ่งวิธีการนี้มีข้อจำกัด คือ ผู้ป่วยอาจเขียนบันทึกไม่ตรงกับการปฏิบัติจริง

จากการทบทวนรายงานการศึกษาค้นคว้า เพชร คันธสายบัว (2544) วัตถุประสงค์ของการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ส่วน Kumar & Sedgwick (2001) ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้ Compliance Rating Scale (CRS) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น โดยแสดงให้เห็นว่าการใช้เครื่องมือที่มีองค์ประกอบของการตรวจทางห้องทดลอง สามารถทำให้ผลการประเมินเชื่อถือได้มากขึ้นถึงจริง แต่เหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย สามารถได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มากกว่า ดังนั้นในการประเมินโดยการสัมภาษณ์อย่างเดียวจึงดีกว่าการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่นการตรวจเลือดหรือการตรวจปัสสาวะ หรือการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง (Self-report) (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545)

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า แม้ว่าการใช้การประเมินหลายวิธีจะทำให้ผลการประเมินน่าเชื่อถือ แต่การสัมภาษณ์เป็นวิธีการที่นิยม และสามารถได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการวางแผนการช่วยเหลือ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่สร้างขึ้นโดย สรินทร เชี่ยวโสธร (2545)

### 3.4 สภาพปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโรงพยาบาลไชโย

โรงพยาบาลไชโย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้บริการผู้ป่วยในชุมชนด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน งานบริการด้านสุขภาพจิตเป็นงานบริการที่ควบคู่ไปกับบริการรักษาพยาบาลโรคทางกาย มีคลินิกเฉพาะเป็นคลินิกเฉพาะในการให้บริการด้านสุขภาพจิต สภาพปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยหลังจากที่ผู้ป่วยจิตเภทกลับเข้าสู่ชุมชน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาในการปรับตัวเข้ากับผู้อื่น แยกตัว ไม่กล้าพูดคุยกับบุคคลอื่น เนื่องจากกลัวถูกรังเกียจ ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่มาตามนัด ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษา และความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงจากยา ทำให้เมื่อมีอาการเจ็บป่วยด้านร่างกาย อาทิ มีไข้ ปวดเมื่อยตามร่างกายจากการทำงาน ผู้ป่วยจะหยุดรับประทานยารักษาอาการทางจิตทันที จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่กล้าที่จะซักถามข้อสงสัยกับทีมสุขภาพ ทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ไม่รับประทานยารักษาอาการทางจิตต่อเนื่อง เพราะคิดว่าเมื่ออาการทางจิตดีขึ้น สามารถหยุดยาได้เองและจะมารับการรักษาเมื่อมีอาการกำเริบ เช่น ผู้ป่วยเริ่มนอนไม่หลับ พวดคนเดียว หรือญาติรู้สึกว่าคุณป่วยเริ่มมีอาการหวาดระแวง หงุดหงิด จึงจะพาผู้ป่วยมารับการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สมัคตะ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลคือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จะพบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมักแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยจะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนหรือสองคนเท่านั้น และมักเกิดปัญหาคับข้องใจในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำที่ได้รับก่อนที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้าน นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัญหาในการปรับตัวเข้ากับญาติในเรื่องพฤติกรรมมารับประทานยา ผู้ป่วยมักหยุดยาเอง ญาติไม่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ ปัญหาสังคมขาดความนับถือศรัทธา ถูกล้อเลียนและรังเกียจ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2544)

จากสภาพปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโรงพยาบาลไชโย สามารถสรุปปัญหาได้ดังนี้ (รายงานประจำเดือน โรงพยาบาลไชโย, 2548)

### 1. ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

1.1 มีความบกพร่องในการรับรู้ถึงสาเหตุและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตนเองจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

1.2 มีความบกพร่องในการรับรู้ข่าวสาร

1.3 นอนหลับไม่เพียงพอ

1.4 ขาดการออกกำลังกาย

1.5 อ่อนเพลีย

1.6 ไม่สามารถทนต่ออาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

### 2. ด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

2.1 มีปัญหาด้านการเงิน

2.2 มีปัญหาด้านที่อยู่อาศัย

2.3 เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต

2.4 ไม่มีงานทำ

2.5 ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้การช่วยเหลือ

2.6 ไม่มีทักษะทางสังคม แยกตัวออกจากสังคม โดดเดี่ยว

2.7 ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

### 3. ด้านพฤติกรรมและอารมณ์

3.1 ควบคุมตัวเองไม่ได้ ก้าวร้าวและมีพฤติกรรมรุนแรง

3.2 อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

3.3 มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองต่ำ

3.4 มีความรู้สึกสิ้นหวัง

3.6 ขาดแรงจูงใจ

#### 4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลวิธีหนึ่งที่ได้รับคามนิยมในการนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งถูกตัดสินว่า ด้อยความสามารถและขาดความสามารถในการควบคุม การคิด และการตัดสินใจ ดังนั้นการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้จึงต้องมีการพัฒนา รูปแบบให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย

##### 4.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พลังอำนาจ หมายถึง คุณลักษณะที่แสดงถึงความสามารถ ความมีอิทธิพลหรือมีอำนาจในการควบคุมและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ พลังอำนาจเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อชีวิตของบุคคล การมีพลังอำนาจเป็นพลังผลักดันที่ก่อให้เกิดการแสวงหา หรือการกระทำสิ่งที่ดีที่สุดในความสามารถและศักยภาพ ส่งผลให้บุคคลเกิดการพัฒนาตนเองในทุกๆ ด้าน รู้สึกมีความหวัง มีพลังในตนเอง ไม่ท้อถอย สามารถจัดการและควบคุมตนเอง ตลอดจนสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีท่ามกลางปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น (Gibson, 1995; Gilbert, 1995 อ้างถึงในสายฝน เอกวรรณ, 2542)

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่สามารถเป็นไปได้ทั้งกระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

จินตนา ยูนิพันธ์ (2539: 11) กล่าวถึงความเชื่อพื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจ มุ่งเน้นที่การนำเอาศักยภาพทางปัญญา และพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเอง และผู้อื่น เป็นแนวคิดที่มีความต่อเนื่องอย่างชัดเจนกับการพัฒนาคุณภาพอย่างครบวงจรอย่างต่อเนื่องและเป็นการสร้างสถานการณ์ การเริ่มต้นที่มากกว่าการมีส่วนร่วมของบุคคล

อวยพร ตันมุขยกุล (2540) ได้ให้ความหมายว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เสริมสร้างให้ บุคคล องค์กร มีพลังอำนาจในการควบคุมชีวิตตน เป็นกระบวนการทางสังคม ที่แสดงถึงการยอมรับ การส่งเสริม การช่วยเหลือชี้แนะให้บุคคลเกิดความสามารถที่จะดำเนินการสนองความต้องการของตนเอง แก้ปัญหาของตน และใช้ทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อเกิดความรู้สึกรับรู้สามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้

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

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตในการเลือกแนวทางในการดำเนินชีวิตของตนเอง เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถ และเชื่อว่าตนเองมีพลังอำนาจในการกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตของตนเองไปสู่สิ่งที่ดีขึ้นและบรรลุตามเป้าหมายที่ตนเองต้องการ สามารถควบคุมและจัดการกับสถานการณ์ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบต่อชีวิตได้อย่างเหมาะสม

#### 4.2 องค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Funnell et al. (1991) กล่าวว่ากระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

4.2.1 ข้อมูลและการให้ความรู้ (Information and Education) ได้แก่ ความรู้ที่พอเพียงต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผล การควบคุมแหล่งทรัพยากรที่พอเพียงต่อการลงมือปฏิบัติตามที่ตัดสินใจและประสบการณ์ในการประเมินประสิทธิภาพของการตัดสินใจ

4.2.2 ความรู้ (Knowledge) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ การตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับคุณค่า ความต้องการ เป้าหมายและแรงบันดาลใจในตนเอง ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพและความผาสุก มีความรู้ ทักษะ ทศนคติ และการตระหนักรู้ในตนเองที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมและการแสดงออกของบุคคลซึ่งมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

Hawkes (1992) กล่าวว่าองค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะความตั้งใจ ที่ยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และรับผิดชอบมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจ สิ่งที่ต้องคิดก่อน คือ ความไว้วางใจ ความจริงใจ ความซื่อสัตย์ เปิดเผย ทักษะส่วนบุคคล ทักษะในการสื่อสาร การเคารพซึ่งกันและกัน กระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ การสื่อสารที่เปิดเผย การตั้งเป้าหมายและตัดสินใจร่วมกันการใช้พฤติกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดสิ่งแวดล้อม เครื่องมือและแหล่งทรัพยากรที่จำเป็น ส่วนผลลัพธ์ คือ เพิ่มความสามารถและประสิทธิภาพในการกำหนดและดำเนินให้บรรลุเป้าหมายสำหรับแต่ละบุคคล

2) พยาบาลที่มีคุณลักษณะการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและใช้ทักษะของวิชาชีพ สิ่งที่ต้องคิดก่อนทำ คือ การยอมรับในคุณค่าของบุคคลอื่น การยอมรับบุคคลอย่างที่เขาเป็นส่วนผลลัพธ์ คือ ความพึงพอใจกับการเติบโตของตนและผู้อื่น

Gibson (1995) กล่าวว่าสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความมุ่งมั่น ทุ่มเท ความรัก และความผูกพัน โดยใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิด การดำเนินการด้วยตนเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนผลลัพธ์ คือความสามารถในการมีส่วนร่วมโดยพัฒนาทางด้านความรู้ความสามารถในการดูแล พัฒนาความ

เชื่อมั่นในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผลต่อเนื่อง คือ เป้าหมายและความหมายในชีวิตการพัฒนาคอนเอง ความพึงพอใจ และการรับรู้ความสำเร็จ

องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ สรุปได้ 4 ประเด็น (คารณี จามจุรี, 2545) คือ

1) คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่

- เจ้าหน้าที่สุขภาพใช้ทักษะวิชาชีพที่สำคัญ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะการใช้อำนาจในการรักษาพยาบาลในทางบวก
- ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ หน้าที่ความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจ
- การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการที่บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพและมีความรับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพตนเอง ขณะเดียวกับที่เจ้าหน้าที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้ป่วยไม่ควรมองข้ามอิทธิพลของสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย

2) สิ่งที่เกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาล ได้แก่ การให้ความเคารพต่อความเชื่อค่านิยม ประสบการณ์ของบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความเชื่อในความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจการยอมรับในหน้าที่และการกระทำของผู้ป่วย ความมุ่งมั่นทุ่มเท ที่มีร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วยในการกระทำที่เกิดขึ้นในอนาคต

3) กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (The Process of Empowerment) จากการทบทวนองค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน

ขั้นที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ มีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทางด้านความคิด ด้านอารมณ์ และด้านพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนให้คืนสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ และการรับรู้ของพยาบาลเป็นเครื่องมือ (อรพรรณ ลือบุญ รัชชชัย, 2545) สอดคล้องกับ Miller (1992) ที่กล่าวว่า การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการเป็นการสนับสนุนทางสังคมชนิดหนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้ได้รับการดูแลในภาวะที่ต้อง การการพึ่งพา หรือการช่วยเหลือทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสมกับบุคคลอื่น

ขั้นที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง (Gibson, 1995) ซึ่งถือเป็นความคิดที่มีต่อตนเองในด้านบวกและช่วยลดความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อตนเองได้ โดยการสนับสนุนให้ประเมินครรถงชีวิตของตนเองตามทัศนะ ว่ามีมุมมองอย่างไรต่อสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง อะไรที่ชอบอะไรที่ไม่ชอบเกี่ยวกับสภาพปัญหานั้น มีความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงอะไรที่เกี่ยวกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือไม่ รวมทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ยอมรับหรือตระหนักรู้กับสภาพของตนเองได้ตามความเป็นจริง (Miller, 1992) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การที่มีความเข้มแข็งของแหล่ง

พลังอำนาจด้านการตระหนักรู้ในตนเองนั้น เกิดจากการที่บุคคลสามารถค้นหาและประเมินภาวะ  
กายและจิตใจของตนเองได้ตามความเป็นจริงซึ่งจะช่วยให้เด็กรู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง

ขั้นที่ 3 การสะท้อนความคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นการช่วย  
สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือก โดยการพิจารณา  
อย่างมีวิจารณญาณเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ๆที่ช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหได้อย่างเหมาะสม  
(Gibson, 1995) จึงอาจกล่าวได้ว่า ขั้นตอนการสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณมีความ  
สำคัญและสามารถนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา  
(สายฝน เอกวารากุล, 2542) และยังเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ได้พัฒนาความรู้สึกมีพลังที่จะใช้ในการ  
ฟื้นฟูสภาพร่างกาย การจัดการกับความต้องการประจำวัน การจัดการกับอารมณ์และความเครียด  
(Miller, 1992) รวมถึงการควบคุมตนเองหรือควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆที่เกิดขึ้นกับตนเองได้  
(คารณี จามจรี, 2545)

ขั้นที่ 4 การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากรเป็น  
สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาและการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยส่งเสริม  
และสนับสนุนให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความต้องการ ข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรสำหรับการ  
ดำเนินชีวิต มีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของ  
แผนที่ได้ตั้งไว้ (คารณี จามจรี, 2544) การที่พยาบาลให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับ  
ปัญหาจะช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการตัดสินใจ และตระหนักถึงทางเลือกในการจัดการกับปัญหาได้  
โดยไม่ยอมแพ้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2532; Miller, 1992)

ขั้นที่ 5 ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมที่พยาบาล สนับสนุน  
ให้ผู้ป่วย ดำเนินการตามแผนเพื่อแก้ไขปัญหา หรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเองตามที่  
ตนเองได้ตัดสินใจเลือกวิธีที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งการแสวงหาแนวทางในการ  
แก้ปัญหของผู้รับบริการจะต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไข (พนารัตน์ เจนจบ, 2542) ว่า 1) ต้องเป็นวิธีที่  
สามารถแก้ไขปัญหให้กับตนเองได้ 2) ไม่ขัดกับการรักษาของทีมสุขภาพ 3) ได้รับการตอบสนอง  
ความต้องการของตนเอง 4) เป็นแนวทางที่ผ่านการปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ  
และ 5) เป็นวิธีที่ผู้รับบริการคนอื่น ๆ สามารถนำไปใช้ได้ เมื่อผู้รับบริการสามารถดำเนินการตาม  
แผนที่กำหนดไว้ได้ด้วยตนเอง จะช่วยให้รับรู้ถึงความสามารถ ศักยภาพทางด้านร่างกายและอำนาจ  
ที่จะใช้ในการควบคุมสถานการณ์บางอย่างได้ ซึ่งจะนำไปสู่การมองเห็นคุณค่าและการนับถือ  
ตนเองเพิ่มขึ้น

ขั้นที่ 6 การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจของผู้ป่วย เมื่อได้รับการ  
เสริมสร้างพลังอำนาจจากพยาบาลตามขั้นตอนต่าง ๆ ข้างต้น จนกระทั่งผู้ป่วยรับรู้และตระหนักถึง  
ความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้แล้ว ผู้ป่วยจะกระทำกิจกรรม  
อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลและควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ด้วยตนเองได้มาก



ขึ้น (พนารัตน์ เจนจบ , 2542) ตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพ เพื่อสุขภาพของตนและบุคคลในความดูแลของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่องอีกด้วย (Gibson, 1995)

#### 4) ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.1 การนับถือตนเอง (Self-esteem) บุคคลที่นับถือตนเองสูงจะเป็นคนที่ปรับตัวให้ชีวิตมีความสุข และปราศจากความวิตกกังวล มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นด้วยความมั่นใจ บุคคลที่นับถือตนเองต่ำจะมีความรู้สึกต่อตนเองทางด้านลบ และคิดว่าจะทำอะไรก็มีแต่ความล้มเหลว การส่งเสริมพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง และส่งผลในการนับถือตนเองในทางบวก ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาตนเองเกิดความพึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ รวมถึงการปรับตัวและการยอมรับกับการเจ็บป่วย

4.2 ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Personal-control) เป็นความรู้สึกที่บุคคลสามารถตัดสินใจ และดำเนินการให้เกิดผลตามที่ตนปรารถนา พบว่าเมื่อบุคคลมีความรู้สึกว่าจะสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถแก้ไขได้ หรือรู้สึกขาดการควบคุมจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ยิ่งบุคคลมีความรู้สึกกับการสูญเสียการควบคุมมากขึ้นเท่าไรก็จะยิ่งมีความรู้สึกซึมเศร้ามากขึ้นเท่านั้น

4.3 ความสามารถในตน (Self-efficacy) เป็นความสามารถของบุคคลในการดำเนินกิจกรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ความสามารถในตนในการดำเนินกิจกรรมนั้นสามารถทำนายการกระทำในอนาคต และปฏิบัติการตอบสนองต่อจิตใจของบุคคลได้อีกด้วย

4.4 การปรับเปลี่ยนด้านพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการส่งเสริมความรู้และทักษะให้กับบุคคล ในการปรับเปลี่ยนความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สมรรถนะ ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีความยืดหยุ่นในตนเอง

4.5 การมีสุขภาวะที่ดี (Well-being) การมีสุขภาวะที่ดี เป็นสภาวะของบุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยจะมีสุขภาวะที่ดีได้แม้ว่าจะอยู่ในภาวะมีเพียงเบนทางสุขภาพ หรือสูญเสียโครงสร้างหน้าที่บางอย่างไป

#### 4.3 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พยาบาลเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นจึงเป็นที่คาดหวังว่าจะดูแลและช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยจิตเวชจัดได้ว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะเกิดผลกระทบด้านลบจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย สภาพร่างกายที่แย่ง การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น บทบาทที่

ต้องปรับเปลี่ยน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้มีการปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเผชิญกับการเจ็บป่วยได้

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังเกิดจากความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะสูญเสียพลังอำนาจ ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรัง จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาล โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อลดการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย (คารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545)

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

1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังอำนาจ ประกอบด้วย ปัจจัยอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย ปัจจัยระหว่างบุคคล และปัจจัยอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ

2. การพยาบาลต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจ ที่คำนึงถึงคุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย การให้คุณค่าต่อผู้ป่วยในฐานะเป็นเจ้าของสุขภาพ และมีความเห็นที่ความรับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพของตน (Rodwell, 1996: 309)

#### 4.4 บทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยจิตเภท

พยาบาลมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยผลักดันให้การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ ทั้งนี้เนื่องจาก

4.4.1 พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความหมายต่อชีวิตและการมีความหวัง ทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ กับโรคที่ตนเผชิญอยู่ ด้วยการได้รับข้อมูลที่เป็นด้านบวกต่อโรคที่เป็นอยู่ การสนับสนุนความรู้และทักษะที่จำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากเชื่อว่าพยาบาลเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญ มีความถูกต้อง เชื่อถือได้ และคาดหวังว่าพยาบาลจะให้ข้อมูลที่เขาต้องการได้ ดังนั้น ความรู้และทักษะของพยาบาลจึงมีความสำคัญที่จะช่วยสร้างความมั่นใจต่อผู้ป่วยว่าตนได้รับการดูแลอย่างดีจากพยาบาลที่มีความสามารถ (เศรษฐพงศ์ บุญหมั่น, 2548)

4.4.2 พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดพันธมิตรในการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ อันจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวกในผู้ป่วย สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลเกิดจากการเคารพซึ่งกันและกัน ความไว้วางใจกัน รวมถึงการยอมรับในคุณค่าของผู้ป่วยว่าเป็นผู้มีความสามารถอยู่ในตนหรือพัฒนา

ความสามารถได้ และมีสิทธิอันชอบธรรมในการตัดสินใจเลือกวิธีในการดูแล รักษาตนเอง โดยได้รับการสนับสนุนข้อมูล ความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมจากพยาบาล

สิ่งที่สำคัญ คือพยาบาลจะต้องเข้าใจว่าตนเอง ไม่สามารถให้พลังอำนาจแก่ผู้ป่วยได้ แต่ผู้ป่วยต้องสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท จะเกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายที่กำหนด พยาบาลที่ปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะต้องทราบถึงบทบาท สมรรถนะที่สำคัญ ดังนี้ (คารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545)

1) บทบาทในฐานะผู้เฝ้าอำนาจ ความสะดวก ให้การสนับสนุนทรัพยากรสำหรับผู้ป่วย เพื่อการจัดการกับปัญหาและการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ

2) บทบาทในฐานะผู้ช่วยเหลือในการเปลี่ยนแปลง จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจแนวคิดของการเปลี่ยนแปลง เป็นแหล่งข้อมูลต่างๆ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตและนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) บทบาทในฐานะผู้ช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนความคิด และทัศนคติที่มีต่อปัญหาและสภาวะสุขภาพของตนเอง บทบาทของพยาบาลนี้ในระหว่างกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนหรือความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือสิ่งที่เคยทำอยู่ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้รับบริการดำเนินการต่อไปจนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

4) บทบาทในฐานะผู้ให้คำปรึกษา ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกและความเข้มแข็งทางด้านจิตใจลดลง พยาบาลจะต้องส่งเสริมให้กำลังใจ สร้างความเชื่อมั่นในตัวเอง

5) บทบาทในฐานะผู้ให้ความรู้ และเป็นแหล่งข้อมูลความรู้ ในการให้ข้อมูลเพื่อประกอบในการตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติตนเพื่อสภาวะสุขภาพของตนเอง

6) บทบาทในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ พยาบาลจะต้องเป็นผู้พิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มมีอำนาจจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน อยู่ในชุมชน ให้ผู้ป่วยเสมือนมีสิทธิในความเป็นบุคคลเหมือนบุคคลทั่วไป

สมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตเภท (เศรษฐพงษ์ บุญหมั่น, 2548)

1) สมรรถนะด้านความรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงด้านจิตสังคม

2) สมรรถนะด้านทัศนคติ ที่คำนึงถึงหลักการของความเท่าเทียมกันหรือการเป็นหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพร่วมกัน การยอมรับในคุณค่าของผู้ป่วยในด้านของประสบการณ์เกี่ยวกับ

การจัดการกับการเจ็บป่วยและที่สำคัญคือ การเชื่อว่าความสามารถของผู้ป่วยพัฒนาได้ถ้าได้รับการเอื้ออำนวยและสนับสนุนข้อมูล ความรู้และทักษะอย่างเหมาะสม

3) สมรรถนะด้านทักษะ ประกอบด้วยทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านการให้ข้อมูล ทักษะการสร้างแรงจูงใจและทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น

## 5. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ในระยะนี้จะเน้นที่การดูแลของครอบครัวและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจะถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในช่วงสั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรเป็นหน้าที่ของญาติหรือครอบครัว ซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540) พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุดของผู้ดูแลและครอบครัวในชุมชน

การรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการรักษาพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วย รวมทั้งมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน เพราะถือว่าผู้ดูแลและครอบครัวเป็นเครือข่ายที่สำคัญ และเชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะต้องอาศัยความร่วมมือและการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ จึงจะสามารถนำแหล่งประโยชน์จากผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วยทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วย ที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย (กัลยาณี โนนินทร์, 2542)

บทบาทสำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สิ่งสำคัญคือ การทำงานตามขั้น ตอนของกระบวนการพยาบาลและมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทุกคน ในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอยู่ร่วมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการครอบคลุม 6 บทบาท คือ (Harder & et al., 1987 อ้างในจินตนา ยูนิพันธุ์, 2539; ทศนา บุญทอง, 2543)

5.1 บทบาทผู้ดูแล (Care Provider) โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ผู้รับบริการ ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในตัวผู้ใช้บริการเองและปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

5.2 บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานงาน

กับทีมสหวิชาชีพ ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสันตนาการและ กิจกรรมอื่น ๆ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยและ ครอบครัว มากที่สุดจึงรับหน้าที่ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการ รักษาพยาบาล และ บันทึกการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

5.3 บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการ พัฒนาทักษะทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้ฝึกทดลอง พฤติกรรมทางสังคมใหม่ ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับ แหล่งช่วยเหลือทางสังคม ทั้งนี้เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดำรงชีวิตได้อย่าง เหมาะสม หรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมทั้งในครอบครัว หรือสังคมในชุมชน

5.4 บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีการ ตำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ปรับวิธีการคิดปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ที่ใกล้ชิดและทีม สุขภาพได้ ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจจะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5.5 ผู้ให้ความรู้/ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครู หรือ ผู้สอนให้ความรู้ผู้ป่วย สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างถาวร

5.6 ผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ และทักษะเฉพาะทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้ พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหา อย่างผู้ชำนาญการ

นอกจากการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาททั้ง 6 บทบาทนี้แล้ว พยาบาลควรให้ความสำคัญกับความต้องการมนุษย์ด้วย เพื่อนำมาผสมผสานกับการให้กิจกรรมการพยาบาลทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่ตรงตามความต้องการมากที่สุด เมื่อพิจารณาความต้องการของ มนุษย์โดยทั่วไปแล้ว จัดเป็น 4 ประเภท ได้แก่ (จินตนา ยูนิพันธ์ , 2542)

1) ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานการ ดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการเพื่อเพิ่มความแข็งแรงทางด้านร่างกาย เพิ่มความแข็งแกร่ง ของอวัยวะของร่างกายในสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงในระบบโครงสร้างของบุคคล ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมหรือจิตวิญญาณ ความต้องการเพื่อการอยู่รอดนี้จะเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เพิ่มขึ้นหรือ ลดลงได้ตลอดเวลา เป้าหมายการตอบสนองความต้องการกลุ่มนี้ คือชีวิตอยู่รอดปลอดภัย

2) ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role function needs) บุคคลแต่ละคนต้อง สวมบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน บุคคลยังมีอายุมากขึ้นเท่าใด บทบาทที่ต้องกระทำยิ่ง

มากขึ้นเท่านั้น ทั้งบทบาทปฐมภูมิ (Primary roles) คือ บทบาทที่คิดตัวมาแต่กำเนิดจะไม่มี การเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงได้ยากมาก บทบาททุติยภูมิ (Secondary roles) เป็นบทบาทที่บุคคล ได้มาตามระยะพัฒนาการซึ่งบุคคลสามารถเลือกได้ และเป็นบทบาทที่ค่อนข้างถาวร และบทบาท ทุติยภูมิ (Tertiary roles) คือบทบาทที่บุคคลได้มาหรือดำรงอยู่ชั่วคราวเท่านั้น เมื่อบุคคลมีบทบาท หลายบทบาทบุคคลนั้นยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดในบทบาท และยังยากลำบากในการ ตอบสนองหรือแสดงพฤติกรรมตามบทบาทที่มีอยู่ได้ทั้งหมด เป้าหมายของการตอบสนองความ ต้องการเพื่อการทำหน้าที่นี้ คือ ความสำเร็จของการปฏิบัติตามบทบาทที่บุคคลดำรงอยู่ หรือปฏิบัติ บทบาทอย่างสร้างสรรค์ และมีความภาคภูมิใจ

3) ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual need) หมายถึง ความต้องการให้มีความกลมกลืนของกระบวนการด้านการคิด ความเชื่อและศรัทธา อารมณ์และการแสดงออก (Integrated thought, belief, emotion and action) มีความต้องการที่ จะแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และไม่มี ความขัดแย้งในใจ เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการของบุคคลที่เมื่อได้รับการตอบสนองแล้ว บุคคลจะมีความสุข พึงพอใจ มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ รู้สึกและรับรู้คุณค่าในตน รับรู้ สักดิ์ศรีในตน กล่าวได้ว่าเป้าหมายของการตอบสนองความต้องการในกลุ่มนี้ คือบุคคลมีความรู้สึก มั่นคงและพอใจ

4) ความต้องการด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship needs) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่รวมกลุ่มกับบุคคลที่เป็นที่รัก และบุคคลอื่น ๆ เป็นกลุ่ม ๆ ซึ่ง เป็นไปตามธรรมชาติทางสังคมของมนุษย์ ความต้องการทางด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลนี้หาก ได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม บุคคลจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย ซึ่งหมายถึง มีการเรียนรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้น ผู้การมีอุดมการณ์ของความคิดและอารมณ์และการพึงพา สนับสนุน ประคับประคองซึ่งกันและกันตลอดทุกช่วงของชีวิต

ความต้องการของบุคคลทั้ง 4 ประเภทดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน บุคคล จะมีความต้องการทุกด้านพร้อมๆกัน การตอบสนองก็เช่นเดียวกันไม่มีแบบแผนแน่นอนว่าต้อง ตอบสนองด้านใดก่อนหรือหลัง นอกจากนี้การกระทำที่มุ่งตอบสนองความต้องการด้านหนึ่ง ก็ สามารถตอบสนองความต้องการด้านอื่นร่วมไปด้วยเสมอ

เมื่อพิจารณาความต้องการทั้ง 4 ประเภทดังกล่าว เป็นการพิจารณาที่คำนึงถึงความ เป็นองค์รวมของบุคคล ซึ่งมีความสอดคล้องกันดังนี้

1) ความต้องการด้านชีว-กาย (Biophysical needs) คือ ความต้องการเพื่อความ อยู่รอด

2) ความต้องการด้านจิต-สังคม-กาย (Psycho-social-psychical needs) คือความ ต้องการเพื่อการทำหน้าที่

3) ความต้องการด้านจิต-สังคม (Psycho needs) คือความต้องการด้านสัมพันธภาพ เพื่อการเรียนรู้ และการพึ่งพา การสนับสนุนซึ่งกันและกัน

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

สรุปได้ว่า พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายจะต้องมีความรู้ ความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการปฏิบัติงาน โดย การพิจารณาตัดสินใจบนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ ทักษะและประสบการณ์ และการปฏิบัติงานอย่างอิสระ คือการพยาบาลและบำบัดรักษาในขอบเขตของวิชาชีพ โดยอาศัยความรู้ หลักการ ทักษะ และประสบการณ์ ทางพยาบาลในการดูแลผู้ให้บริการ ดังนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องยึดหลักการปฏิบัติการพยาบาลเป็นแนวทางในการดำเนินการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัวให้ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และดูแลผู้ป่วยให้มีสุขภาวะที่ดี สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

จากแนวคิดดังกล่าว บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน คือ การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน ในด้านการส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพจิต ครอบคลุมการดูแลทุกมิติทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้การพยาบาลแบบองค์รวม ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและขั้นตอน ทั้งรายบุคคลหรือรายกลุ่มโดยครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วม ประสานการทำงานกับทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ หรือการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวสู่การมีสุขภาพดีแบบองค์รวม

6. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อพัฒนาส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ คาร์นี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) ซึ่งศึกษาต่อเนื่องจากแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) โดยเชื่อว่า พลังอำนาจ (Power) คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำเนินชีวิตที่ปรากฏ อยู่ในตัวของบุคคล และเป็นความสามารถที่มีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน โดยแหล่งของพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) มีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่ง ได้แก่ ความเข้มแข็งทางกายภาพ ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม อัตมโนทัศน์เชิงบวก พลังงาน ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา แรงจูงใจ และระบบความเชื่อ

โดยมีขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ขั้นตอน ลักษณะของเนื้อหาในโปรแกรมจะเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะสูญเสียพลังอำนาจ โดยพัฒนาแหล่งพลังอำนาจในตัวบุคคลของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีศักยภาพและสามารถดูแลตนเองได้ มีขั้นตอนดังนี้

6.1 การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย ขั้นตอนนี้จะช่วยให้พยาบาลได้ทราบถึงภาพรวมโดยทั่วไปของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และความปรารถนาของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและสร้างพฤติกรรมใหม่ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของตน (Berger and Anderson-Harper and Kavookjan, 2000:6) การทำความเข้าใจถึงปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน ถึงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง (Gibson,1995) ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการดูแลส่งเสริมตนเองที่ดีขึ้น เริ่มเปลี่ยนความคิดมองโลกในแง่ดี ตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง สนใจดูแลตนเอง รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ หลีกเลียงอากาศที่พิษ ดูแลความสะอาดร่างกายและกิจวัตรกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เป็นการประเมินครรถองชีวิตของผู้ป่วยตามทัศนะของผู้ป่วยเอง ว่า ผู้ป่วยมีมุมมองอย่างไรต่อภาวะสุขภาพ

6.2 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ เป็นการสร้างความร่วมมือ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี (คารณี จามจรี, 2544) เป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงการรับผิดชอบ ตัดสินใจและสร้างแรงจูงใจในการเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Gibson,1995) ซึ่งแรงจูงใจเป็นหนึ่งในแหล่งพลังอำนาจที่สามารถสร้างเสริมให้เกิดขึ้นได้ (Miller,1992) สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันท์ จำริญสวัสดิ์ (2536) สาธุพร พุฒขาว (2541) และ Kumar and Sedgwick (2001) ที่พบว่า การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา โดยผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเอง ด้านการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะการสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ส่งเสริมความมั่นใจในการติดต่อสื่อสาร

6.3 สร้างพลังในการแก้ไขปัญหาโดยการสะท้อนความคิด และสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์รอบด้านของตนเอง เพื่อการตัดสินใจและวางแผน การจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีพลังและความสามารถในการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง และเกิดความรู้สึกมั่นใจในการดูแลที่ได้รับจะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ขั้นตอนนี้จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม ช่วยให้ออกมามองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและมีการเปลี่ยนแปลงที่ดียิ่งขึ้น (Gibson,1995:1203-1208) และเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ได้พัฒนาความรู้สึกมีพลังที่จะใช้ในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การจัดการกับความต้องการประจำวัน การจัดการกับอารมณ์และความเครียด



(Miller, 1992) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น เช่น สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ในการที่จะรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของญาติหรือผู้ดูแล หยุคดื่มเหล้า มีการออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ หรือฟังเพลง ออกไปเที่ยวบ้าง

6.4 การสนับสนุน เอื้ออำนวย ข้อมูล ความรู้ ทักษะ แหล่งทรัพยากร และสร้างแรงจูงใจ ที่ส่งผลการตัดสินใจที่มีเหตุผล และเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติ ความต้องการการสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร เกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเอง บทบาทของพยาบาล ไม่ใช่ผู้จัดการให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะ ตามที่ตนเองเห็นว่าเหมาะสม แต่บทบาทของพยาบาล คือการร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ถึงสิ่งที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สรินทร์ เชื้อวโสธร, 2545)

6.5 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง เป็นการกระทำการแก้ปัญหา หรือได้ทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสม และดีที่สุด (พนารัตน์ เจนจบ, 2542: 29) เมื่อผู้รับบริการสามารถดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ได้ด้วยตนเองจะช่วยให้รับรู้ถึงความสามารถศักยภาพ ทางด้านร่างกาย และ อำนาจที่จะใช้ในการควบคุมสถานการณ์บางอย่างได้ ซึ่งจะนำไปสู่การมองเห็นคุณค่าและการนับถือตนเองเพิ่มขึ้น นำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีทัศนคติต่อตนเองในทางบวกมากขึ้น สามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ดารณี จามจური และจินตนา ยูนิพันธ์, 2545)

6.6 การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลได้กระทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ช่วยเพิ่มความสามารถและความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นของตนเองด้วยตนเอง ตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพเพื่อสุขภาพของตนและบุคคลในความดูแลของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่องอีกด้วย (Gibson, 1995: 1203-1208)

ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท แนวทางที่เหมาะสมแนวทางหนึ่งคือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเชื่อว่าจะสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจ พยาบาลจะต้องแสดงบทบาทในการเป็นผู้สนับสนุนด้านความรู้ ผู้ให้คำปรึกษาและผู้กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจและตระหนักว่าพฤติกรรมการใช้ยาเป็นเรื่องที่แต่ละบุคคลต้องรับผิดชอบตนเอง แพทย์และพยาบาลมีหน้าที่ในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพ การพัฒนาความต้องการการตอบสนองความต้องการของชีวิตนั้น จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับศักยภาพของบุคคล บุคคลต้องเสริมสร้างพลังอำนาจให้ตนเอง บุคลากรทางสุขภาพจะช่วยเหลือโดยการกระตุ้นให้บุคคลใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด รับรู้สมรรถนะ และความสามารถของตนเองในการควบคุมตนเอง

## 7.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จิติ เจริญสรรพ (2538) ศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเวชกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมารักษาซ้ำคือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคและการรักษา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านเรื่องการรับประทานยาและการไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนบ้าน

สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ศึกษาเรื่องผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพและการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษา โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 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 ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 118 คน ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 72 และมารับการรักษาเมื่อมีอาการ ร้อยละ 51.7 ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 84.7 นอกจากนี้ ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ทศนคติต่อการใช้ยา และความพึงพอใจต่อบริการของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยา มาสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ จำนวน 110 คนและกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ จำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ มี 5 ตัว คือพฤติกรรมการใช้ยา การดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา ด้านการแสดงอารมณ์ สถานภาพสมรสและความเชื่อด้านสุขภาพ

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 260 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นแบบ

สัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงของยา

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

## 7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

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

สมคิด ตีรวาทิ (2545) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ภาระการดูแลโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

สรินทร เขียวโสร (2545) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานครจำนวน 30 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน ผลจากการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สัมพันธ มณีรัตน์ (2546) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนกับหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลจำนวน 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจากผู้ป่วยจิตเภทที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัว พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่า ก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ยุวดี วงศ์แสง (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

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

## แผนภาพกรอบแนวคิดในการศึกษา

