

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสาร วารสาร บทความ และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ โรคจิตเภท
  - 1.1 ความหมาย
  - 1.2 สาเหตุ
  - 1.3 อาการทางคลินิก
  - 1.4 การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท
  - 1.5 การรักษาโรคจิตเภท
2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาล
  - 2.1 ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
  - 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา
  - 2.3 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล
3. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
  - 3.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท
  - 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท
  - 3.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท
4. การให้สุขภาพจิตศึกษา
  - 4.1 ความหมายการให้สุขภาพจิตศึกษา
  - 4.2 องค์ประกอบการให้สุขภาพจิตศึกษา
  - 4.3 การสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภท
5. การเสริมสร้างแรงจูงใจ
  - 5.1 ความหมายการเสริมสร้างแรงจูงใจ
  - 5.2 เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ
6. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ
7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

### 1.1 ความหมาย

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความสำคัญมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช เป็นโรคที่พบได้มากที่สุด พบในประชากรทุกกลุ่มและมีอัตราการป่วยซ้ำสูง มีผู้ทำการศึกษาและให้ความหมายเกี่ยวกับโรคจิตเภทไว้มาก พอสรุปได้ดังนี้

โรคจิตเภท ตามความหมายของ ICD-10 เป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไปคือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์แบบไม่เหมาะสมหรือที่ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเซาว์ปัญญามักคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้ (Cognitive) (Boyd, 2005)

อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenic patients) หมายถึงผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรม และบุคลิกภาพ โดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยการตอบสนองต่อสิ่งแวดลอมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติด้านการรับรู้ แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่ไม่มีจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริง ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิด หลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพพบว่ามีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอยและมีพฤติกรรมแปลก ๆ

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรค ที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วย ไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

Boyd (2005) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรโดยทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นพบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคนี้นี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะดี 8 เท่าและมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์และการรับรู้ พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด พบทั้งในเพศหญิงและเพศชาย และมักมีการป่วยซ้ำสูง

### 1.2 สาเหตุ

Boyd (2005) กล่าวว่าข้อบ่งชี้ถึงสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ อาจเกิดจาก ปัจจัยด้านชีววิทยา จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน และปัจจัยที่ได้รับการยอมรับอย่างมาก ได้แก่

### 1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) ได้แก่

1) พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป

2) สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่าการหลั่งสารโดปามีนมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตซึ่งสมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น เมื่อได้รับยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ระงับการทำงานของสารโดปามีน ปัจจุบันเชื่อว่าการบกพร่องของการหลั่งสารโดปามีนในบริเวณ Prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางลบ และการทำงานที่ผิดปกติของ Dopamine striatum ซึ่งทำให้มีการปล่อยสารโดปามีนทำให้เกิดอาการทางด้านบวก นอกจากนี้ยังมีข้อสันนิษฐานว่าโรคจิตเภทเกิดจากภาวะสมดุลระหว่างสารซีโรโตนินกับสารโดปามีนมีความผิดปกติ

3) ด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น Ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการและช่วงที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 20 – 50 มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง (Taylor, 1994)

4) ด้านประสาทสรีรวิทยา พบว่ากระแสเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Cerebral blood flow) และกลูโคส เมตาบอลิซึม (Glucose metabolism) ลดลงในบริเวณสมองส่วนหน้า (Frontal lobe)

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของอีโก้ (Ego) และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (Taylor, 1994)

1.2.3 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Socio-culture factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (Downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (Social causation hypothesis) ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อ

พบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีววิทยาจิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

### 1.3 อาการทางคลินิก

อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (Boyd, 2005)

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อย เช่น หลงผิดคิดว่าคนปองร้าย (Persecutory delusion) หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นใหญ่เป็นโต (Grandiose delusion) และหลงผิดคิดว่าคนนิทาว่าร้ายตนเอง (Delusion of reference) อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็นประสาทหลอนทางหู (Auditory hallucination) อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม การพูดขาดตอน (Disorganized speech) ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด มีพฤติกรรมแปลก ๆ (Disorganized behavior) เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวแปลกหรือสกปรก ๆ ก็ร้องตะโกน โดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่ 1) พูดน้อยเนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ (Alogia) 2) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย (Avolition) และ 3) เก็บตัวเฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน (Asociality)

### 1.4 การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท

โดยทั่วไป แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มานิช หล่อตระกูล, 2542) คือ

1.4.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน เริ่มแยลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนและโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบการพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแล้วย่ำแย่ ๆ

1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

1.4.3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมี

อาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการ โรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจ ยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการ ซึมเศร้าร่วมด้วยซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้ง คราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดัน ด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไปแยกตัว วิตก กังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2 – 3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่ สภาพเดิมก่อนป่วย (Complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะ ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (Incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็น บ่อยครั้งก็จะยังมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ อาการด้านบวกจะค่อย ๆ ลดความ รุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

### 1.5 การรักษาโรคจิตเภท

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแบ่งตามระยะอาการของโรคและความรุนแรง ของโรค ได้ 3 ระยะ ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546)

1.5.1 การรักษาพยาบาลระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทมี อาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด จะเน้นการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อดูแล ใกล้ชิด ควบคุมเรื่องยา และสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมรักษากับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องต่อไป การรักษาในระยะนี้ ได้แก่

1) การรักษาด้วยยา ยาที่เป็นหลักในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือ ยารักษาโรค จิต ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ และช่วยให้เกิดความพร้อม ต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึง ประสงค์

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อ การรักษาด้วยยา หรือในรายที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน ได้แก่ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หรือมี พฤติกรรมการเคลื่อนไหวแบบค้างแข็ง (Catatonic) ซึมเฉย ไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ อาการข้างเคียงและผลแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน งุนงง สับสน

3) การรักษาด้วยสิ่งแวดลอม เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วยโดยจัด สิ่งแวดลอมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

1.5.2 การรักษาในระยะอาการทุเลา ในระยะนี้ผู้ป่วยจิตเภทเริ่มควบคุมตนเองได้ บ้าง การสื่อสารดีขึ้น โดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ ซึ่งจะเน้นการบำบัดทางจิต สังคม ดังนี้

1) การบำบัดทางจิตมี 2 ลักษณะ คือ บำบัดรายบุคคลและบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งทั้งสองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้

2) การบำบัดทางพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว แยกตนเอง ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล และซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การเสริมแรง การฝึกการแสดงออก การจัดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ

3) การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้มีลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น การพบผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกันโดยมีผู้รักษาเป็นคนกลาง

1.5.3 การรักษาในระยะอาการคงที่ หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง แต่ไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล ในระยะนี้เป็นระยะที่กลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระยะอาการคงที่ สามารถดูแลตนเองได้ แพทย์จะพิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน ฉะนั้นการดูแลรักษาในระยะนี้เน้นการดูแลตนเอง โดยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในชีวิตประจำวันไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย ปรับตัวต่อภาวะการเจ็บป่วยได้ และในบางรายญาติต้องช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคจิตเภทมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านทรัพยากรบุคคล สาเหตุของโรคเกิดจากด้านร่างกายและจิตสังคม การรักษาต้องผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกายคือการให้ยาและการรักษาจิตสังคมเข้าด้วยกันจึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด รวมถึงผู้ป่วยจิตเภทต้องสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตได้ และเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการพยากรณ์โรค จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วย ทำให้ทราบแนวโน้มของการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก สามารถนำมาวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ เป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

## 2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาล

### 2.1 ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมาก และได้มีผู้ให้ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชไว้หลายท่าน ดังต่อไปนี้

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพตั้งแต่ ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการ และครอบครัว ในลักษณะที่คำนึงถึงคนทั้งคนเป็นหน่วยเดียว นั่นคือ ยึดหลักปัจเจกบุคคลหรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาล ซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตของ บุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวิถีภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับคนอื่นและพึ่งพาตนเองได้

Shives (1994) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การให้ความรู้ ความเข้าใจ คำแนะนำ ช่วยเหลือ โดยเริ่มให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด และให้การบำบัดรักษาอื่นๆ ร่วมกับบุคลากรในทีมจิตเวช

จากคำจำกัดความดังกล่าว เมื่อนำมาปรับใช้กับผู้ป่วยจิตเภท กล่าวได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทคือ กิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพตั้งแต่ ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาล ซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวเนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

## 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา สามารถสรุปพฤติกรรมในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การใช้ยาตามความต้องการของตนเอง ซึ่งอาจมากกว่าหรือน้อยกว่าแผนการรักษาที่กำหนดไว้ ใช้ยาในเวลาที่ ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะยาที่ต้องรับประทานเวลาก่อนนอน ซึ่งมีผลต่อการนอนคือการนอนหลับของผู้ป่วย นำยาผู้อื่นมารับประทาน หรือแบ่งยาของตนเองให้ผู้อื่นรับประทาน ใช้ยาผิดวิธี ในเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับการรักษา หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่เพียงพอ การที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นปัญหาที่สำคัญ และมีความเกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญ และต้องกระทำต่อเนื่องทั้งในขณะให้การดูแลในโรงพยาบาลและขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งพยาบาลมี

บทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภท มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลหลากหลายวิธี ดังนี้

2.2.1 การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education) Kay (1998) กล่าวว่า วิธีการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อวางแผนเพิ่มการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและวิธีการเผชิญความเครียด ร่วมกับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพจิต เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใช้ยาดีขึ้น ลดการป่วยซ้ำ นอกจากนี้วิธีการสอนที่ปฏิบัติในกลุ่มครอบครัวที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้แต่ละครอบครัวมีเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.2.2 การดูแลในชุมชน (Community programs) Olofson (1990) cited in Kay, (1998) กล่าวว่า การดูแลในชุมชนที่จะได้ผล ต้องสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งต้องมีการดูแลที่สามารถส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพของผู้ป่วยด้วย จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติ เป็นการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งการติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง และการได้รับการรักษาที่เหมาะสม และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ และ (Forman, 1993 อ้างถึงในงามตา อักษรไพโร, 2548 ) กล่าวว่า แนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

- 1) คำนึงถึงสาเหตุสำคัญของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา 3 ปัจจัย คือ ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา การขาดความรู้ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ
- 2) ทำความเข้าใจกับเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย
- 3) การปฏิบัติการพยาบาล เช่น การสอนผู้ป่วยรายกลุ่มและรายบุคคลเกี่ยวกับการใช้ยา โดยกลุ่มจะต้องประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีลักษณะความเจ็บป่วยและความสามารถในการทำหน้าที่คล้ายคลึงกัน โดยกระตุ้นให้กลุ่มเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาการใช้ยารักษาทางจิต และระหว่างกระบวนการกลุ่ม พยาบาลสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับยา ความเจ็บป่วยตามความพร้อมของผู้ป่วย
- 4) ความร่วมมือจะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และพยาบาล

2.2.3 การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมโดย Marland (1999 อ้างถึงในงามตา อักษรไพโร, 2548) ได้กล่าวถึงแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้วิธีการเพิ่มความมีอิสระและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ คือ



1) การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ป่วย หรือผู้ดูแล พยาบาลใช้แนวคิดทฤษฎีพยาบาลของ Orem ในการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ต้องอาศัย การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ ความคิดของผู้ป่วย สิ่งพยาบาลจำเป็นต้องประเมิน คือ อาการผิดปกติที่รบกวนผู้ป่วย ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการรักษา

2) การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล ขึ้นอยู่กับการได้รับข้อมูลการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและยินยอมรับการรักษา ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีปัญหาการตัดสินใจ ดังนั้นสิทธิในการตัดสินใจอย่างถูกต้องด้วยตัวของผู้ป่วยเอง และต้องอาศัยความรู้และทักษะของพยาบาลจิตเวช ในการส่งเสริมผู้ป่วยที่มีความสามารถในการตัดสินใจที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่มีความบกพร่องในการตัดสินใจและสามารถตัดสินใจอย่างอิสระ Marland (1999) เสนอแนวทางการปฏิบัติว่าถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย การให้แรงจูงใจเพื่อการกระตุ้นการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อการรักษา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ ก่อนจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง แต่สำหรับผู้ป่วยบางราย การใช้ยาเพื่อรักษาเป็นการแสดงถึงการต้องพึ่งพา พยาบาลจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และรับรู้ว่ายาสามารถควบคุมชีวิตให้ปกติ (Litrell, 1996 cited in Marland, 1999) และเป้าหมายของการรักษาต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ญาติ พยาบาลและทีมสุขภาพ

3) การส่งเสริมความร่วมมือ เหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องปฏิบัติตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยควรได้รับการติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การเรียนรู้ของผู้ป่วย เพื่อแยกอาการแสดงที่ผิดปกติ การจัดการกับความผิดปกติเกี่ยวกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา การรับรู้ของผู้ป่วยว่าสามารถพูดคุยถึงการปรับเปลี่ยนเวลาในการรับประทานยาที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต เช่น ต้องทำงานตอนกลางคืน อาจปรับยาก่อนนอนเป็นเวลากลางวัน เป็นเรื่องที่พยาบาลควรและบุคลากรในทีมสุขภาพต้องคำนึงถึง นอกจากนั้นความสามารถในการเรียนรู้เรื่องเหตุการณ์ใช้ยา ขึ้นอยู่กับความพร้อม ข้อจำกัดและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย การประเมินสภาพผู้ป่วย แหล่งสนับสนุน การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในแหล่งบริการที่สะดวก เป็นต้น

4) การประเมินผล การประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ การสังเกตการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยญาติผู้ดูแล พยาบาล และทีมสุขภาพ หรือการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจะต้องใช้ควบคู่กัน การเปิดเผยความจริงจากผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกไว้วางใจว่าสามารถบอกถึงความต้องการของตนเอง

## 2.3 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่พบมากที่สุดและผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด มีลักษณะเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นลักษณะเด่น ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทคือ การเผชิญกับความบกพร่องและขาดรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (McBride & Austin, 1996) ส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ชัดเจนเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการปฏิบัติการพยาบาล มีแนวทางการปฏิบัติดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542)

2.3.1 เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งจิตสังคมและจิตวิญญาณ

2.3.2 คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัวด้วย รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนด้วย

2.3.3 การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วยคือการช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing ) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งจิตสังคมและจิตวิญญาณ คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ คือ การช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection) และการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญ และต้องกระทำต่อเนื่องทั้งในขณะที่ให้การดูแลในโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องถึงขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

### 3. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

#### 3.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

เพชร คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ

Farragher (1999) กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่จะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณมีความผิดปกติ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยามิควเวลา การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา และการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา

สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องตามเกณฑ์เป็นการปฏิบัติของผู้ป่วย เกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาไว้มากมาย ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจากการศึกษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) และเพชร คันธสายบัว (2544) จึงพอจะสรุปความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ว่า เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกซึ่งการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสังเกตอาการข้างเคียงจากยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาได้ โดยแสดงพฤติกรรมออกมา 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

#### 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

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

##### 3.2.1 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงออกถึงคุณสมบัติของแต่ละ

บุคคลที่ส่งเสริมให้มีการแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรค หรือป้องกันการป่วยซ้ำ หลังจากที่ได้รับ การรักษาจนมีอาการดีขึ้นและกลับไปอยู่ในชุมชนได้ เป็น ปัจจัยที่บอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ลักษณะประชากร จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมต่างๆพบลักษณะประชากรที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มี 2 ประการ คือ

1) อายุ ซึ่งเป็นจำนวนระยะเวลาทั้งหมดของการนับตามปฏิทิน ตั้งแต่ แรกเกิด จนถึงปัจจุบัน (Orem, 2001) อายุของบุคคลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจาก ความสามารถในการดูแลตนเองจะถูกพัฒนาขึ้นตามอายุจากวัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีศักยภาพใน การดูแลตนเองสูงสุด และจะลดลงและมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา เป็นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีอาการเจ็บป่วย มี ความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman (1994 อ้าง ใน สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษา มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย .

2) เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างระหว่างบทบาท บุคลิกภาพใน ครอบครัวยุคใหม่และสังคม โดยกำหนดบทบาทของเพศหญิงในการเป็นแม่ที่มีหน้าที่ในการดูแลลูก และบุคคลทั้งในเวลาปกติหรือยามเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลให้เมื่อเจ็บป่วยเพศหญิงจะมีความสามารถใน การดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ที่ พบว่า เพศหญิงปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษามากกว่าเพศชาย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สร้าง โดย Becker (1974) เป็นแนวคิดความเชื่อ ด้านสุขภาพที่เน้นทัศนคติและความเชื่อ ในการอธิบายการปฏิบัติของบุคคลต่อภาวะสุขภาพที่ได้รับ การยอมรับในการทำนายพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ อุปสรรคต่อการปฏิบัติป้องกันโรค ซึ่งแนวคิดนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิต เภท ดังนี้

#### 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility)

หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลต่อ โอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ของแต่ละ บุคคลจะมีความแตกต่างตามการประเมินความเป็นไปได้ในการเกิดปัญหา โดยรับรู้จากความเสี่ยง และประสบการณ์ของตนเองทำให้มีการกระทำเพื่อป้องกันการเกิด โรคซ้ำหรือปัญหาสุขภาพ การ รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเข้าใจถึงพฤติกรรมป้องกันโรคที่เคยเป็นมา ก่อนและได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้น การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เช่น รับรู้ปัจจัยที่จะ

ทำให้ตนเองมีอาการทางจิตมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง

2) การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived severity) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลถึงความรุนแรงของการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น ความรุนแรงนี้ขึ้นอยู่กับ การประเมินการเกิดโรคของตนเอง การที่บุคคลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคม จึงเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้นร่วมกับประสบการณ์การรักษาในโรงพยาบาลซ้ำว่ามีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นภาวะคุกคามเหล่านี้

3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefit) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ของผู้ป่วยต่อการกระทำที่เป็นการป้องกันการเกิดโรค หรือการป้องกันการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่เชื่อว่าสามารถทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วย เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภทจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต และการส่งเสริมการทำหน้าที่ละพัฒนาการ การดูแลตนเองที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการยอมรับ ลดความรังเกียจจากสังคม ทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสงบสุข และมีส่วนช่วยในป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้

4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติดูแลสุขภาพ (Perceived barrier) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่างๆที่ขัดขวางการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีร่างกายแข็งแรง ในผู้ป่วยจิตเภทการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติของตนเองมีอุปสรรค เช่น การที่ญาติช่วยเหลือติดตามมากเกินไป ไม่ปล่อยให้ เป็นอิสระ การถูกรังเกียจ ห้ามปราม กีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ การไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้ขัดขวางการดูแลตนเอง และส่งผลต่อการเสื่อมถอยสมรรถภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

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

1) ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต หมายถึงการรับรู้ ความเชื่อของผู้ป่วยที่คิดว่าตนเอง เป็นคนสำคัญ หรือมีอำนาจพิเศษ โดยผู้ป่วยจะเชื่อในความคิดนั้น โดยไม่สามารถเปลี่ยนความเชื่อถือได้ด้วยการอธิบาย โดยใช้เหตุผลตามธรรมดาได้ (สมภพ เรื่องตระกูล,

2542) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการขาดการตระหนักรู้ในตนเอง (Lack of insight) คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา

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

3.2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภททั้งในครอบครัวและชุมชน ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งประกอบด้วย

1) ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพ เพื่อดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จากการศึกษาของภัทราภิรลาภ (2532) พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากยามีราคาแพงทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

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

3) การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา หมายถึงการที่ผู้ป่วยมีบุคคลคอยช่วยเหลือให้ได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง บุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา การนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด หรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาที่สำคัญคือการดูแลของญาติให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า รวมทั้งการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแลเรื่องเหล่านี้

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

5) ทศนคติ ทศนคติของสังคมและครอบครัว เป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิกริยาของบุคคลเหล่านี้ต่อการรักษาอาการทางจิต ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากการถูกตีตราจากสังคม เช่นการรับประทานยา

รักษาอาการทางจิต การมาตรวจที่โรงพยาบาล หรือผู้ป่วยที่อยู่ในสังคมที่ไม่เห็นความสำคัญของการรักษา ทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนให้รับการรักษา และมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Oehl et al., 2000)

3.2.3 ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการรักษาที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้แก่

1) วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย หมายถึง ช่องทางการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย คือการกิน การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดเข้าระหว่างชั้นกล้ามเนื้อและไขมัน การฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ การอมยาใต้ลิ้นและการเหน็บยาทางช่องคลอด หรือทางทวารหนัก

2) ความซับซ้อนของการรักษา หมายถึงความรู้สึกลำบากลำบากในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิดและมีจำนวนมาก อาจเกิดความสับสนในการรับประทานยา สัมวิธีการใช้ยา การรับประทานยาที่ไม่เหมือนกันจะทำให้ผู้ป่วยสับสน หมดความอดทนที่จะรับประทานยาต่อไป

3) ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ยารักษาโรคจิตเป็นกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มาก ผู้ป่วยจิตเภทบางรายขณะรับการรักษาอาจมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น ตัวแข็ง คอเอียง บิด เบี้ยว ง่วงนอน ปากและคอแห้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้น และความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ อาการเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานและหยุดการใช้ยาในที่สุด

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

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ความรู้เรื่องโรคและการรักษาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา (Tauglicozzo, 1970) ซึ่ง Todd (1981) กล่าวว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่หยุดรับประทานยาเมื่อรู้สึกว่าการไม่ดีขึ้น ไม่ค่อยสบายหรือรู้สึกแย่ง โดยไม่ทราบว่าเป็นผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งหยุดรับประทานยาเมื่อรู้สึกว่าการดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทธา ธีระลาภ (2532) ที่ศึกษาการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยมีสาเหตุแตกต่างกัน เช่น เมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าการไม่ดีขึ้น รู้สึกไม่สบายหรือมีอาการเลวลง โดยไม่ทราบว่ามันคือผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น หรือบางรายหยุดรับประทานยาเองเมื่อรู้สึกสบายขึ้น เนื่องจากเข้าใจว่าตนเองหายจากโรคแล้ว เป็นต้น หรือจากการศึกษาของวัชนิ หัตถพนมและคณะ (2529) ถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่าปัจจัยที่สำคัญ คือผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษา ร้อยละ 63.3 และจากการศึกษาของนางเยาว์ พูลศิริ และคณะ

(2535) ที่ศึกษาปัญหาการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือขาดยานั้นสาเหตุหลัก คือผู้ป่วยไม่เข้าใจความสำคัญของการรักษาโรคจิตเภท รวมถึงไม่เข้าใจเวลาของยาแต่ละมื้อ และระยะเวลาที่ต้องรับประทานถึงร้อยละ 54

สรุปได้ว่ามีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท อาทิ ปัจจัยทางด้านผู้ป่วย เช่น ลักษณะประชากร แบบแผนความเชื่อด้าน ลักษณะของการเจ็บป่วย เช่น อาการทางลบ ความรู้เรื่องโรคและการรักษา ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น การอยู่ร่วมกับครอบครัว การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ปัจจัยด้านการรักษา เช่น ความซับซ้อนของการรักษา วิธีได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา และปัจจัยด้านทรมานสุขภาพ เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทรมานสุขภาพ ที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งที่จะจัดการกับปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท โดยการสนับสนุนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญและเกิดความตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค

### 3.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษารายงานวิจัยต่างๆพบว่ามีวิธีการประเมินการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาหลายวิธี (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536; สาธุพร พุฒขาว, 2541) ได้แก่

3.3.1 การประเมินโดยตรง (Direct method) วิธีการประเมินโดยตรง คือการวัดระดับปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้โดยติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของระดับยาหรือปริมาณยาตามความเหมาะสมได้แก่

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

2) การวัดปริมาณยาในปัสสาวะ ใช้หลักการเดียวกับการวัดระดับยาในเลือด แต่ยาที่จะวัดโดยวิธีนี้ต้องเป็นยาที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ มีผู้วิจัยโดยใช้วิธีนี้ เช่น กลุ่มการรักษาโรคจิต

3) การวัดปริมาณยาจากสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายอื่นๆ เช่น น้ำลาย อุจจาระ ลมหายใจ วิธีการประเมินโดยตรงเป็นการตรวจโดยอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งเป็นวิธีที่มีข้อจำกัดคือ

1) ความเข้มข้นของยาอาจจะได้รับผลจากความแตกต่างในการดูดซึมของยา และการขับออกของยาในร่างกายของแต่ละบุคคล ระดับความเข้มข้นของยาจึงอาจจะไม่ใช่ข้อบ่งชี้ของการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในการใช้ยาของผู้ป่วย



2) ความเข้มข้นของยาที่ตรวจพบ สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานว่ามีจำนวนทั้งหมดเท่าใด ครอบคลุมแผนการรักษาหรือไม่

3) การรับประทานยาก่อนการตรวจ จะทำให้ค่าของความเข้มข้นของยาสูง ซึ่งไม่ได้แสดงถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

4) ต้องใช้อุปกรณ์ เครื่องมือและวิธีการที่ยุ่งยาก การวิเคราะห์ต้องเป็นระยะภายหลังการรับประทานยา วิธีการนี้จึงไม่อาจนำมาใช้ได้ในทุกกรณี

3.3.2 การประเมินทางอ้อม (Indirect method) เป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย โดยประเมินจากวิธีการอื่นที่ไม่ใช่การวัดจากตัวยาโดยตรง แต่วิธีการประเมินนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย อาจทำได้หลายวิธี คือ

1) การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและใช้ง่ายที่สุด อาจสอบถามหรือสัมภาษณ์จากตัวผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย ข้อดีของการประเมินแบบนี้ คือ ได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัดของวิธีการนี้ คือ พบว่าผู้ป่วยมักให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงคำถามให้มีความชัดเจน แม่นตรง และระหว่างการสัมภาษณ์ไม่ควรตำหนิเมื่อผู้ป่วยตอบว่าไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา หรือไม่รับประทานยา โดยผู้สัมภาษณ์เองต้องคำนึงถึงว่า แม้จะมีทักษะและมีความละเอียดในการสัมภาษณ์ก็ตาม แต่ก็มักพบปัญหาในการประเมินเสมอ

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

3) การสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการประเมินวิธีนี้ญาติผู้ป่วยหรือบุคลากรที่ดูแลสุขภาพที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จะสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือแผนการรักษาได้ถูกต้องครบถ้วน หรือไม่

4) พิจารณาจากการมาตรวจตามนัดโดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มารับรักษาตามนัดเป็นผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาและพิจารณาจากผลของการรักษาที่ควรเป็นไปตามการพยากรณ์ของโรคแต่ละระยะ

การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตนเอง (Self-report) ซึ่งวิธีการนี้มีข้อจำกัด คือ ผู้ป่วยอาจเขียนบันทึกไม่ตรงกับปฏิบัติจริง และจากการทบทวนรายงานการศึกษาพบว่า เพซรี

คันธสายบัว (2544) วัดพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ส่วน Kumar & Sedgwick (2001) ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้ Compliance Rating Scale (CRS) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น โดยแสดงให้เห็นว่าการใช้เครื่องมือที่มีองค์ประกอบของการตรวจทางห้องทดลอง สามารถทำให้ผลการประเมินเชื่อถือได้มากขึ้นก็จริง แต่เหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย สามารถได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มากกว่า ดังนั้นในการประเมินโดยการสัมภาษณ์อย่างเดียวจึงดีกว่าการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่นการตรวจเลือด หรือการตรวจปัสสาวะ หรือการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง (Self-report) (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545)

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

### 3.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา สรุปได้ว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นปัญหาที่สำคัญ และมีความเกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญ และต้องกระทำต่อเนื่องทั้งในขณะให้การดูแลในโรงพยาบาลและขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภท มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดคุยอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้ยา การตรวจสอบผู้ป่วยอาจต้องมีการพูดคุยทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร เป็นเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจให้เกิดผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาต่อไป โดยใช้กิจกรรมกลุ่มและการดูแลเป็นรายบุคคล โดยจะเห็นว่าการให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความสามารถในการดูแลส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ลดการป่วยซ้ำ นอกจากนี้วิธีการสอนที่ปฏิบัติในกลุ่มครอบครัวที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้แต่ละครอบครัวมีเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## 4. การให้สุขภาพจิตศึกษา

### 4.1 แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษา

การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) มีหลายคำที่ใช้ในความหมายเดียวกัน เช่น การให้ความรู้กับผู้ป่วย (Patients education) การสอนผู้ป่วย (Patients teaching) การให้คำแนะนำผู้ป่วย

(Patients instruction) ซึ่งหมายถึง กระบวนการที่เกี่ยวกับพฤติกรรมในการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และทักษะในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ เป็นกระบวนการที่เป็นองค์รวมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพ (Rankin & Stallings, 2001)

Anderson et al.(1980) ได้ให้ความหมายว่า การสอนสุขภาพจิตเป็นรูปแบบการให้บริการด้านความรู้แก่ครอบครัว โดยมีเป้าหมายที่จะให้ข้อมูล เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา จัดความคิด ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งรวมถึงถึงการปรับประคองด้วย

Wilson (1996) ได้ให้ความหมายของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาว่า เป็นรูปแบบการให้ความรู้แก่ญาติ เกี่ยวกับความคิดปกคิของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การรักษาและการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อช่วยปรับประคองให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ และครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) ให้ความหมายว่าเป็นกลุ่มการสอน ( Didactic group) ซึ่งเป็นชนิดของกลุ่มจิตบำบัด ซึ่งเป็นการให้ความรู้ ทำให้เกิดการหยั่งรู้ตนเองถึงปัญหา อารมณ์ ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยทางจิตเวช ผู้ป่วยโรคประสาทที่เผชิญกับปัญหาค่อนข้างมาก

การให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง เป็นการบูรณาการ ที่เป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชและการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเพื่อช่วยให้โรคและการเจ็บป่วยดีขึ้น หรือหายเป็นปกติ โดยการปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยฟื้นฟูการคงสภาพและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเป็นความพยายามอย่างที่สุดที่จะทำให้บุคคลที่เจ็บป่วยหายกลับเป็นปกติได้ (Megenity & Megenity, 1982 cited in Litrell et al., 2006) ซึ่งมีเป้าหมายดังนี้ 1) การหายกลับเป็นปกติจากการเจ็บป่วยทางจิต 2) มีความเสมอภาคในชุมชน สามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามปกติและ 3) มีคุณภาพชีวิตและคุณค่าของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช มีดังนี้ 1) ตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง 2) เกียรติยศและคุณค่าของแต่ละบุคคล 3) มีการมองโลกในแง่ดี และมีความหวังและ 4) ความสามารถของแต่ละบุคคลต่อการเรียนรู้และการพัฒนา ซึ่ง Goldman (1988 cited in Litrell et al., 2006) ได้ให้ความหมายว่าสุขภาพจิตศึกษาในหน่วยงานทางจิตเวชเป็นการให้ความรู้ หรือฝึกอบรมบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ขอบเขตของเนื้อหาจะสนับสนุนเป้าหมาย เพื่อการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพสุขภาพจิตศึกษาดำเนินการโดยทีมที่ทำกรรักษาผู้ป่วยและใช้ควบคู่กับการรักษาด้วยยา และกลยุทธ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบอื่น ๆ แนวทางการปฏิบัติส่วนใหญ่ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชแนะนำให้ใช้สุขภาพจิตศึกษา ดังที่แนวทางการปฏิบัติของสมาคมจิตแพทย์ อเมริกา (APA Practice Guidelines, 2004) ได้ระบุหัวข้อที่สำคัญของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา สำหรับบุคคลซึ่งเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง ดังนี้ 1) อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย 2) ระยะเวลาของการเจ็บป่วย 3) การรักษา รวมถึงยาที่ใช้ในการรักษา 4) การป้องกันอาการกำเริบซ้ำ นอกจากนี้ มาโนช หล่อตระกูล (2542); Chesla (1996); Townsend (2003) ได้ให้แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางจิตใจและการดูแลบำบัดรักษาที่ทีมสุขภาพนำมาสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลประกอบด้วย 1)

โรคจิตเภท มีเนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะของโรค อาการแสดง และการรักษาพยาบาลโดยทั่วไป และ 2) วิธีการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท มีเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของโรค การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ เทคนิคการผ่อนคลาย ความเครียด และทักษะทางสังคม เช่น ทักษะการสื่อสาร การแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจ และ เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา รวมทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอย่างมีคุณภาพ (Pekkala & Merinder, 2006) และเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการร่วมมือการรักษา ทักษะการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา (Antai – Otong, 1989 cited in Pekkala & Merinder, 2006)

สรุปได้ว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชและการปฏิบัติกรพยาบาล เป็นกระบวนการที่เป็นองค์รวมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพ การให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับ โรคจิตเภท ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของโรค การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและ การเตรียมผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลตนเองและสามารถเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาดีขึ้นและลดการป่วยซ้ำได้ และลดการกลับเป็นซ้ำสอดคล้องกับการศึกษาของธีระ ลีลานันทกิจ พิเชฐ อุดมรัตน์ และชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ (2542) ศึกษาผลของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย โดยกรมสุขภาพจิตได้มอบหมายให้โรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่งศึกษานำร่องโครงการให้จิตศึกษา (Psycho-education) แก่ญาติและผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องโรคจิตเภทซึ่งจะนำไปสู่ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งผลของความร่วมมือจะสามารถลดอัตราการกำเริบของผู้ป่วยลงจากร้อยละ 75 เหลือประมาณร้อยละ 15 ผลพบว่าญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้เข้ากลุ่มจิตศึกษา สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีร้อยละ 50 ผู้ป่วยไม่ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีหลังจากได้เข้ากลุ่มจิตศึกษา

#### 4.2 องค์ประกอบการให้สุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วย

วัตถุประสงค์ของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

นันทิกา ทวีชาติ (2539) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มสุขภาพจิตได้ดังนี้

- 1) เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การดำเนินโรคและการรักษาในผู้ป่วยแก่สมาชิก
- 2) เพื่อเป็นการช่วยเหลือและให้การสนับสนุนระดับครอบครัวแก่สมาชิก
- 3) เพื่อลดความรู้สึกกับข้องใจ รู้สึกผิด ความรู้สึกหมกหมองที่เกิดขึ้นกับสมาชิก

4) เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เข้าใจ และสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยให้ดีขึ้น และสามารถควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ภายในครอบครัวให้เหมาะสมขึ้น

ลักษณะของการสอนสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม เป็นลักษณะกลุ่มปิด หมายถึง กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียว ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปิดกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มพัฒนาการและนำไปสู่การแก้ปัญหา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยเวลาและความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน หากมีสมาชิกใหม่เข้ามาในกลุ่มอาจขัดขวางพัฒนาการของกลุ่มได้ (Marram, 1978) และการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มนี้ ผู้ศึกษาจึงได้นำการสอนสุขภาพจิตร่วมกับกระบวนการกลุ่ม เป็นการให้ความรู้ที่มีการชี้แนะ การสนับสนุน การสอน การจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม โดยใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson (1980)

ขนาดของกลุ่มการสอนสุขภาพจิตศึกษา คือจำนวนสมาชิกที่เป็นองค์ประกอบของกลุ่มมีความสำคัญ ไม่ควรมากหรือน้อยเกินไป เพราะจะไม่เกิดผลในการบำบัด Lasale and Lasale (1995 ; อ้างในสกาวิรัตน์ ภูผา, 2543) กล่าวถึงจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการทำกลุ่มบำบัดต่าง ๆ แต่ละครั้ง คือ 7-10 คน และ Marram (1978) ได้กำหนดจำนวนสมาชิกในการทำกลุ่มบำบัดคือ 8 – 12 คน ดังนั้นในการทำกลุ่มบำบัดครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงกำหนดจำนวนสมาชิกในการร่วมกลุ่มบำบัดกลุ่มละ 10 คน เพราะถ้ามีสมาชิกมากเกินไปจะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กันได้ไม่ทั่วถึง เกิดกลุ่มย่อยในกลุ่มใหญ่ได้ (Yalom, 1975)

ระยะเวลาในการสอน ได้มีการศึกษาผลการใช้เวลาในการเข้ากลุ่ม ซึ่งมีความหลากหลายในเรื่องระยะเวลา ความถี่ที่ใช้ในการจัดกลุ่ม เวลาที่ใช้อยู่ระหว่าง 1 - 2 ชั่วโมง และจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มอยู่ในช่วง 6 - 8 ครั้ง ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาเลือกระยะเวลาและความถี่ในการเข้ากลุ่มให้เหมาะสมกับแนวคิด เนื้อหาและความสะดวกทั้งผู้ศึกษาและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงจัดกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที

การประเมินผลการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเข้ากลุ่ม การประเมินผลกลุ่มจะต้องทำการประเมินผลเป็นระยะ ๆ ตลอดเวลาที่กลุ่มดำเนินไป และประเมินหลังสิ้นสุดการทำกลุ่ม ซึ่งประเมินโดยวิธี Observer log. ให้ผู้สังเกตการณ์จับบันทึกทั้ง Verbal และ Nonverbal ของ Member , Co – Leader และ Leader โดยประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นจากการทำกลุ่มดังนี้ (Marram ,1978 )

- 1) บทบาทผู้นำกลุ่ม
- 2) บทบาทผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม
- 3) บทบาทของสมาชิกกลุ่ม
- 4) ระยะเวลาในการทำกลุ่ม
- 5) ขั้นตอนของการทำกลุ่ม

## 6) บรรยากาศของกลุ่ม

## 7) การสื่อสารในกลุ่ม

สรุปได้ว่านอกจากจะประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นดังกล่าวแล้ว ควรมีการประเมินความคิดเห็นจากสมาชิก หลังเสร็จสิ้นการทำกลุ่ม เพื่อนำไปพิจารณาปรับปรุงการทำกิจกรรมกลุ่มให้ดียิ่งขึ้น

### 4.3. การสอนสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม หมายถึง กระบวนการจัดโอกาสและประสบการณ์การเรียนรู้แบบกลุ่ม เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างมีระบบและมีจุดมุ่งหมายที่จะให้สมาชิกร่วมกันคิดหาเหตุผล เลือกลงและตัดสินใจที่จะปฏิบัติ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆ ผู้ศึกษาจึงใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson (1980) ที่มีรูปแบบการให้ความรู้ คือ การประคับประคอง (Support) และ การบริการด้านความรู้ (Education) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping skill services) การจัดการความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mc Farlane et al. (1992) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของจิตศึกษาและประคับประคองแบบกลุ่มแบบหลายครอบครัว กับแบบครอบครัวเดียวในญาติผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 172 คน แบ่งเป็นกลุ่มหลายครอบครัว 83 คน และแบบครอบครัวเดียว 89 คน พบว่า กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและประคับประคองแบบกลุ่ม แบบหลายครอบครัว มีอัตราการกำเริบซ้ำและการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลงตลอดจนร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยา ดีกว่ากลุ่มแบบครอบครัวเดียวเพราะกลุ่มแบบหลายครอบครัวช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้มากขึ้น

สรุปได้ว่าการสอนสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติตัว การรับประทานยาต่อเนื่องส่งผลต่อความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาได้ดีมากขึ้นและลดอัตราการกำเริบซ้ำและการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

## 5. การเสริมสร้างแรงจูงใจ

### 5.1 ความหมายการเสริมสร้างแรงจูงใจ

เรียม ศรีทอง (2542) ได้ให้ความเห็นว่าการจูงใจ (Motivation) เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาที่เกิดการเริ่มต้น (initiate, starting), ชักนำ (directing) และคำจูงพฤติกรรม (sustain, maintaining) เพื่อให้เกิดความพึงพอใจทางด้านร่างกายหรือจิตใจเป็นพลังกระตุ้นให้มนุษย์ได้แสดงพฤติกรรมการทำงานให้มุ่งสู่เป้าหมายหรือหลีกเลี่ยงจากสภาวะที่ไม่พึงปรารถนา ซึ่งการจะเกิดการจูงใจได้นั้นก็ต้องอาศัย แรงจูงใจ (Motive) อาจเป็นแรงจูงใจภายนอกหรือแรงจูงใจที่เกิดภายในตนเอง ที่จะมากระตุ้นให้แสดงพฤติกรรม

สุรางค์ โคว์ตระกูล (2544) กล่าวว่า แรงจูงใจ หมายถึง องค์ประกอบที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย

ราตรี พัฒนรังสรรค์ (2544) ได้ให้ความเห็นว่า แรงจูงใจ คือภาวะหรือองค์ประกอบที่กระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งออกมาอย่างมีจุดมุ่งหมาย เพื่อไปสู่จุดหมายที่ตนเองต้องการหรือผู้ทำการชักจูงกำหนด

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นกระบวนการที่กระตุ้นชี้แนะแนวทาง และกำหนดให้พฤติกรรมดำเนินไปสู่จุดหมายปลายทาง และพลังภายในของแต่ละบุคคลที่ถูกกระตุ้นโดยบุคคลหรือ ภาพแวดล้อมให้แสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งออกมาเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตนเองต้องการ

การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัด (Motivational Enhancement Therapy: MET) (Miller & Rollnick, 1991; พิชัย แสงชาญชัย, 2548) คือการใช้หลักการพื้นฐานในการสัมภาษณ์ เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองใหม่ อาศัยทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of change) ของ Prochaska และ DiClemente (1997) เป็นแนวทางซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ซึ่งประกอบขึ้นมาเป็นวงจรของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังนี้

1) ขั้นเมินเฉย (Pre – contemplation stage) ผู้ป่วยยังไม่มีความตระหนักว่าตนควรจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงท่าทีที่เหมาะสมของผู้บำบัดในขั้นนี้ คือให้ข้อมูล (Feed – back, information)

2) ขั้นตระหนักว่ามีปัญหา (Contemplation stage) เริ่มตระหนักว่ามีปัญหา และปัญหานั้นเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ และจะเกิดผลดีขึ้นหากมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ท่าทีที่เหมาะสมของผู้บำบัดในขั้นนี้ คือการพูดคุยถึงข้อดีและข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงและไม่เปลี่ยนแปลง (Pros and Cons)

3) ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination) ขั้นที่มีการตัดสินใจว่าต้องมีการกระทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ท่าทีที่เหมาะสมของผู้บำบัดในขั้นนี้ คือ การแนะนำทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu)

4) ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action) เริ่มขึ้นเมื่อบุคคลนั้นเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ท่าทีที่เหมาะสมของผู้บำบัดในขั้นนี้ คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตามวิธีการที่เลือกอย่างมีประสิทธิภาพ (Adherence)

5) ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) ดำเนินต่อเนื่องและคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ท่าทีที่เหมาะสมของผู้บำบัดในขั้นนี้คือ การป้องกันพฤติกรรมที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาเช่นหยุดรับประทานยาเอง เพิ่มหรือลดยาเอง (Relapse prevention)

6) ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse) กลับไปสู่การมีพฤติกรรมแบบเดิม ท่าทีที่เหมาะสมของผู้บำบัดในขั้นนี้คือการดึงผู้ป่วยกลับเข้าสู่การรักษาด้วยยาโดยเร็ว (Recovery process)

ดังนั้นผู้บำบัดจะต้องทำการประเมิน และสามารถบอกได้ว่าขณะนั้นผู้ป่วยอยู่ในขั้นไหนของวงจรการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงจากขั้นตอนหนึ่งไปสู่อีกขั้นตอนหนึ่งได้อย่างเหมาะสม เป้าหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัด ผู้บำบัดต้องใช้วิธีการกระตุ้นจากมุมมองของผู้รับการบำบัด โดยดูจากประโยคคำพูดของผู้รับการบำบัดเองว่ามีการรับรู้ต่อปัญหาอย่างไร และมีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงปัญหาอย่างไรบ้าง

## 5.2 หลักการที่ใช้ในการสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัด

หลักการที่เป็นพื้นฐานของการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัดทั่วไปมี 5 ประการดังต่อไปนี้ (DARES)

1) การทำให้เห็นช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับปัจจุบัน (Develop discrepancy) ทำให้เห็นความแตกต่างของสถานภาพในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากจะเป็น แรงจูงใจของการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นเมื่อผู้รับการบำบัดมีความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เขาเป็นอยู่กับสิ่งที่เขาต้องการจะเป็น กระบวนการของการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัด ก็คือการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดสนใจเอาใจใส่กับความรูสึกนี้ ในผู้รับการบำบัดบางรายอาจต้องทำให้เกิดความรูสึกนี้ขึ้นมาโดยการพูดคุยถึงผลลัพธ์ของการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทำให้ผู้ป่วยได้ข้อมูลเหล่านี้้อย่างเหมาะสม ก็จะกระตุ้นให้เกิดภาวะวิกฤตจนกระทั่งผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง ซึ่งผลที่ตามมาคือผู้รับการบำบัดจะมีความต้องการมากขึ้นที่จะพูดคุยอย่างเปิดเผยจริงใจ ถึงทางเลือกในการเปลี่ยนแปลง เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะตระหนักรู้แล้วก็ง่ายที่ผู้ป่วยจะเคลื่อนเข้าสู่ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง

2) การหลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้รับบริการ (Avoid argumentation) หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง ในระหว่างการบำบัดผู้รับการบำบัดอาจไม่แน่ใจสับสน ผู้รับการบำบัดอาจใช้กลไกการป้องกันตนเองที่ทำให้ตนรูสึกไม่สบายใจน้อยลงและไม่ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา การจู่โจมอย่างจริงจังและดูเกินจริงจะกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดเกิดความรู้สึกต่อต้านและรูสึกว่าผู้บำบัดไม่เข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ในแนวทางของการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัด จะหลีกเลี่ยงการทะเลาะโต้แย้ง ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกต่อต้าน ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องให้ผู้รับบริการยอมรับการวินิจฉัยของผู้บำบัด ผู้บำบัดไม่จำเป็นที่จะต้องยืนยันความถูกต้องหรือชักชวนโดยพยายามโต้เถียงเอาชนะแต่ผู้บำบัดควรวางวิธีอื่น ๆ ที่จะช่วยเหลือให้ผู้รับการบำบัดเห็นผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นตามหลังการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในขณะเดียวกันได้เห็นผลดีของการร่วมมือในการรักษาด้วยยา

3) การเคลื่อนไปตามแรงต้านของผู้รับบริการ (Roll with resistance) เมื่อผู้รับการบำบัดมีความรู้สึกต่อต้าน วิธีการของการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัดจะไม่ปล่อยให้ความรู้สึกต่อต้านนั้นดำเนินต่อแต่จะค่อย ๆ ตะล่อมหมุนไปกับความรู้สึกต่อต้านนั้น โดยมีเป้าหมายที่จะปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้รับการบำบัด ผู้ให้การบำบัดต้องเคารพในความคิดเห็นของผู้รับบริการ ให้เกียรติเขาในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหามาของตนเอง รวมทั้งเข้าใจภาวะลังเลใจของผู้รับบริการ



เป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ และไม่ใช่ว่าการต่อต้านหรือเป็นปฏิปักษ์ต่อผู้ให้การบำบัด แต่ผู้รับบริการจะถูกชักชวนให้พิจารณาข้อมูลใหม่ และมุมมองที่ต่างจากเดิม แนวคิดในการมองปัญหาใหม่ คือ “เลือกเฉพาะที่ต้องการ และทิ้งที่เหลือไว้” เป็นแนวคิดที่ผู้รับบริการมีอิสระที่จะตัดสินใจว่าจะนำไปใช้หรือไม่ก็ได้ วิธีนี้จึงเป็นการหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าหรือขัดแย้งกันระหว่างสองฝ่ายได้

4) การแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Express empathy) ผู้บำบัดใช้การสื่อสารที่แสดงความเห็นอกเห็นใจ และให้เกียรติผู้รับบริการบำบัดหลีกเลี่ยงการสื่อสารที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำต่ำสูงระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบริการบำบัด โดยผู้รับบริการบำบัดมีสิทธิที่จะเลือกอย่างอิสระ และกำหนดทิศทางเป้าหมายของตัวเอง ผู้บำบัดเคารพในสิทธินี้ของผู้รับบริการบำบัด ในกระบวนการแต่ละขั้นตอนเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้นที่จะเป็นผู้ตัดสินใจ ผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นผู้ฟังมากกว่าที่จะเป็นผู้ป้อนข้อมูล พูดชักชวนด้วยความนุ่มนวลและบอกเสมอว่าการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นทั้งหมดขึ้นอยู่กับผู้รับบริการบำบัดเอง การสะท้อนความรู้สึก(Reflection)เป็นเทคนิคที่สำคัญ การสื่อสารกับผู้รับบริการบำบัดในระดับที่เท่ากันเป็นสิ่งจำเป็น และในขณะที่เดียวกันต้องมีลักษณะของการให้ความช่วยเหลือตลอดในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเปลี่ยนแปลง

5) การสนับสนุนให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Support self-efficacy) การส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัว คนเราเมื่อถูกชี้ให้เห็นปัญหา โดยปกติก็จะยังไม่ทำการเปลี่ยนแปลงจนกว่าจะมีความรู้สึกว่ามีหวังที่จะทำได้สำเร็จ ความรู้สึกที่ตัวเองมีศักยภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

### 5.3 เทคนิคในการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัด

เทคนิคในการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดย Miller และ Rollnick (1991) แนะนำว่า เทคนิคที่ใช้ได้อย่างได้ผลคือ เทคนิค OARS ได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening) การสรุปความ (Summarization) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยืนยันสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึก สิ่งที่ผู้บำบัดอยากให้ผู้ป่วยกล่าวออกมา ในการสนทนาตามแนวทางการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) คือ การพูดเพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง (Self Motivational Statement: SMS) และควรวิเคราะห์ให้ออกมา ผู้รับบริการบำบัดอยู่ในขั้นตอนใดของการเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดควรตอบสนองให้เหมาะสมกับในขั้นตอนนั้น จะทำให้ผู้รับบริการบำบัดขยับไปสู่ขั้นตอนการร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้อย่างคงทนถาวร อย่างไรก็ตามผู้รับบริการบำบัดอาจเปลี่ยนไปเปลี่ยนมาในแต่ละขั้นหากแรงจูงใจไม่หนักแน่น

เทคนิคที่สำคัญเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (FRAMES)

1) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) เป็นการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ ถึงความรุนแรงของปัญหาการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย ที่สะท้อนความรุนแรงของโรค

2) การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วย (Responsibility) เป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองในการตัดสินใจว่าจะร่วมมือในการรักษาด้วยยาหรือไม่ ผู้บำบัดไม่สามารถบังคับได้เป็นสิทธิของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ผู้บำบัดมีหน้าที่เพียงแนะนำสิ่งที่ดี ๆ ให้

3) การให้คำแนะนำที่มีประโยชน์และจำเป็น (Advice) ต่อการตัดสินใจที่มีผลต่อสุขภาพกายและจิตอย่างไรบ้าง เช่น เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคทางสมอง และมีการค้นพบความสัมพันธ์ของความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ในผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่งผลให้มีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง และการแสดงออกด้านพฤติกรรมต่างๆ ที่ผิดปกติ ดังนั้น การรักษาของแพทย์ จำเป็นต้องใช้ยา เพื่อปรับความสมดุลของสารชีวเคมีในสมอง โดยเฉพาะระยะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรง แพทย์จะใช้ยาที่มีขนาดค่อนข้างสูงทั้งยาฉีดและยารับประทาน เมื่อผู้ป่วยรับประทานไประยะหนึ่งประมาณ 3-6 เดือน จะรู้สึกดีขึ้น จนอาการทางจิตสงบ (ไม่มีหูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง ฯลฯ) แพทย์จะปรับยาลดลงเรื่อยๆ จนให้เหลือขนาดน้อยที่สุดเพียงพอควบคุมสารชีวเคมีในสมองให้เป็นลักษณะสมดุลตลอดและควบคุมอาการทางจิต หากผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาจะส่งผลให้สารชีวเคมีในสมองเริ่มขาดความสมดุล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ โดยมีอาการทางจิตต่างๆ ตามความรุนแรงของระดับความแปรปรวนของสารชีวเคมีในสมองอีกครั้งและเกิดการป่วยซ้ำ

4) การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) ได้แก่การรักษาด้วยยารับประทาน การรักษาด้วยยาฉีดและการรักษาด้วยยารับประทานและยาฉีดควบคู่กันไป และการบำบัดด้วยวิธีการอื่นๆ เช่น การรักษาทางจิตสังคม และการรักษาด้วยไฟฟ้าในคนที่รักษาด้วยยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น

5) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) เป็นการแสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในตัวผู้ป่วยว่าการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่ใช่นิสัยที่ไม่ดี ยอมรับว่าผู้ป่วยอาจจะยังไม่ตระหนักในปัญหา เพราะยังมองไม่เห็นข้อเสียจากการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา

6) การส่งเสริมศักยภาพเดิม (Self-efficacy) เป็นการส่งเสริมศักยภาพเดิม ที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าสามารถรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องได้ ให้ความหวังและกำลังใจ

สรุปได้ว่าเทคนิคในการเสริมสร้างแรงจูงใจทั้ง OARS และ FRAMES เป็นเทคนิคที่สำคัญเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้บำบัดควรตอบสนองให้เหมาะสมกับในขั้นตอนนั้น จะทำให้ผู้รับการบำบัดขยับไปสู่ขั้นตอนการร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้อย่างคงทนถาวร

## 6. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษา การเสริมสร้างแรงจูงใจ และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องต่างๆ ที่กล่าว

มาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ได้นั้น จะต้องจัดให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกัน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างมีระบบและมีจุดมุ่งหมายที่จะให้สมาชิกร่วมกันคิดหาเหตุผลเลือกและตัดสินใจที่จะปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และการเสริมสร้างแรงจูงใจในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษานั้นต้องใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจทั้ง OARS และ FRAMES เป็นเทคนิคที่สำคัญเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ในขณะเดียวกันผู้บำบัดต้องสังเกตและประเมินผู้ป่วยในเรื่องขั้นตอนการเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of change) และสามารถบอกได้ว่าขณะนั้นผู้ป่วยอยู่ในขั้นไหนของวงจรการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงจากขั้นตอนหนึ่งไปสู่อีกขั้นตอนหนึ่งได้อย่างเหมาะสม เป้าหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้บำบัดต้องใช้วิธีการกระตุ้นจากมุมมองของผู้รับการบำบัด โดยดูจากประโยคคำพูดของผู้รับการบำบัดเองว่ามีการรับรู้ต่อปัญหาอย่างไร และมีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงปัญหา เห็นข้อเสียของการไม่เปลี่ยนพฤติกรรม เห็นข้อดีของการเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดควรตอบสนองให้เหมาะสมกับในขั้นตอนนี้ จะทำให้ผู้รับการบำบัดขยับไปสู่ขั้นตอนการร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้อย่างคงทนถาวร สอดคล้องกับการศึกษาของปรารณา คำมีสินนท์ (2550) ศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ป่วยในโดยใช้แนวคิดการสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ภายหลังการศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมร่วมมือในการรักษาในระดับสูง

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้นำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้ ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) และโดยประยุกต์การเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นแนวคิดของ Miller & Rollnick (1991) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการและรับประทานยาด้วยตนเองถูกต้องทั้งขนาด เวลา ชนิด และวิธีการ สามารถสังเกตอาการข้างเคียงของยา และการแก้ไขเบื้องต้น โดยใช้หลักเสริมแรงทางบวก โดยเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมจะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ โดยการที่ผู้ศึกษาสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การทำความรู้จักคุ้นเคย เพื่อให้ทราบถึงลักษณะ และปัญหาที่เกิดขึ้น การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและในขั้นตอนนี้ใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประวัติการเจ็บป่วย

และอาการสำคัญที่ทำให้ได้มารักษาในโรงพยาบาลในครั้งนี้ โดยการใช้เทคนิค OARS เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยืมสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึก และให้ผู้ป่วยกล่าวคำพูดเพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง ที่แสดงถึงการตระหนัก หรือความกังวลในปัญหาจากการรักษาด้วยยา ความตั้งใจที่จะร่วมมือในการรักษาด้วยยา และมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยา ซึ่งผลจากการใช้คำถามดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยสามารถเกิดการตระหนักถึงผลกระทบที่ได้รับจากการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและตัดสินใจที่จะเลิกพฤติกรรมที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของตนเอง ภายใต้หลักการ คือ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การทำให้เห็นช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับปัจจุบัน หลีกเลี่ยงการขัดแย้ง เคลื่อนไปตามแรงดัน และสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับ Rusch and Corrigan (2002) พบว่า การสร้างแรงจูงใจ สามารถสร้างความตระหนัก ยอมรับความเจ็บป่วย เพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และการพูดคุยและอภิปรายประเด็นปัญหาเกี่ยวกับ การเจ็บป่วยตามแนวคิดและประสบการณ์ของผู้ป่วย เชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเห็นถึงการขาดยา และการป่วยซ้ำจากการหยุดยาและกลับมารักษาในโรงพยาบาลจะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Perkin (2002) ที่กล่าวว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะเป็นแรงจูงใจสำคัญต่อการรักษาและการใช้ยาตามคำแนะนำ

2. การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยเป็นการให้ความรู้ที่สำคัญตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง เพื่อให้เกิดความกระตือรือร้นว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดีเช่นเดียวกับ สม สกุด สุภัทรพันธ์ และคณะ (2542) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังเข้ากลุ่มวางแผนจำหน่ายในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองมากกว่าเดิม การให้ความรู้เกี่ยวกับยา พฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม และอาการข้างเคียงจากยา สามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภทได้ และเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (สาธิต พุฒขาว, 2541; อุมพร กาญจนรักษ์, 2545) ในขั้นตอนนี้ใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองใหม่ เทคนิคที่สำคัญคือ “FRAMES”

Feed back คือ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของปัญหาการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาและสะท้อนความรุนแรงของโรค

Responsibility คือ การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองในการตัดสินใจว่าจะร่วมมือในการรักษาด้วยยา

Advice คือ การให้คำแนะนำที่มีประโยชน์และจำเป็นต่อการตัดสินใจที่มีผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตอย่างไร

Menu คือ การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ ได้แก่ การรักษาด้วยยารับประทาน การรักษาด้วยยาฉีดและการรักษาด้วยยารับประทานร่วมกับยาฉีดควบคู่กันไปและการบำบัดด้วยวิธีการอื่น เช่น การรักษาทางจิตสังคม และการรักษาด้วยไฟฟ้าในคนที่รักษาด้วยยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น

Empathy คือ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย

Self-efficacy คือ การส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย เพื่อให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องได้ ให้ความหวังและกำลังใจ

3. การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ คือ การเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิต ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นที่ผู้ป่วยจิตเภทจะต้องทราบถึงอาการข้างเคียงของยาและสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาคงกล่าวได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Todd (1981) พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่หยุดรับประทานยาเมื่อรู้สึกว่รับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น โดยไม่ทราบว่า เป็นผลข้างเคียงของยาส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการกำเริบ ดังนั้นการพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยค้นหาสาเหตุ และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เป็นปัญหาได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984 & Montgomery et al., 1985) และเมื่อผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับปัญหาคงกล่าวที่เหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ทำให้อัตราการป่วยซ้ำลดลง (Ran, Xiang & Chan, 2003) การเสริมสร้างแรงจูงใจมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

Feed back คือ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของปัญหาการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ได้แก่ การกลับมารักษาซ้ำ

Responsibility คือ การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการตัดสินใจว่าจะจัดการอย่างไร เช่น การสังเกตอาการข้างเคียงของยา และการแก้ไขเบื้องต้น

Advice คือ การให้คำแนะนำที่มีประโยชน์และจำเป็นต่อการตัดสินใจในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรง แพทย์จะใช้ยาที่มีขนาดค่อนข้างสูงทั้งยาฉีดและยารับประทาน และแพทย์จะปรับยาลดลงเมื่ออาการทางจิตสงบ

Menu คือ การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ ได้แก่ การรักษาด้วยยารับประทาน การรักษาด้วยยาฉีดและการรักษาด้วยยารับประทานร่วมกับยาฉีดควบคู่กันไป

Empathy คือ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในตัวผู้ป่วยว่าการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่ใช่นิสัยที่ไม่ดี ยอมรับว่าผู้ป่วยอาจจะยังไม่ตระหนักในปัญหา เพราะยังมองไม่เห็นข้อเสียจากการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา

Self-efficacy คือการส่งเสริมศักยภาพเดิม ที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าสามารถรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องได้ ให้ความหวังและกำลังใจ

4. การพัฒนาทักษะการจัดการจัดยาและรับประทานยาด้วยตนเองถูกต้องทั้งขนาด เวลา ชนิด และวิธีการ โดยใช้หลักเสริมแรงทางบวก เอื้ออำนวยด้านวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น คลับใส่ยา แผ่นพับ และคู่มือการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีแรงจูงใจที่จะกระทำ และมีความภูมิใจจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง เช่นเดียวกับการ ศึกษาของ ปรารธนา คำมีสินธ์(2549) พบว่าการใช้การสาธิต การแสดงบทบาทสมมติ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้นในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของสรินทร เชี่ยวโสธร(2545) พบว่าการมีขั้นตอนการฝึกทักษะการจัดการจัดยาด้วยตนเอง โดยทดลองปฏิบัติจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้น และ สมโภชน์ เอี่ยมสุภายิต (2543) กล่าวว่า การได้รับการเสริมแรง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการดูแลตนเอง

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นการประคับประคองให้เกิดผลการรักษาที่ดีในระยะยาว (Kaplan & Sadock, 1995) สามารถควบคุมอาการและป้องกันการป่วยซ้ำได้ ผู้ป่วยจึงมีความต้องการการดูแลต่อจากการให้การรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล ดังนั้นการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลเพื่อสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ ซึ่งการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสามารถพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ (Kane, 1997 cited in perkin,2002) นำไปสู่ความสามารถในการปรับตัวและการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

## 7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จลิ เจริญสรรพ (2538) ศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเวชกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมารักษาซ้ำคือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคและการรักษา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านเรื่องการรับประทานยาและการไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนบ้าน

สาธพร พุฒขาว (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 118 คน ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 72 และมารับ

การรักษาเมื่อมีอาการ ร้อยละ 51.7 ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วย ใน ร้อยละ 84.7 นอกจากนี้ ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ทักษะคิดต่อการใช้จ่าย และความพึงพอใจต่อบริการของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้จ่าย มาสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาใน โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ จำนวน 110 คน และกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ จำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ มี 5 ตัว คือ พฤติกรรมการใช้จ่าย การดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา ด้านการแสดงอารมณ์ สถานภาพสมรส และความเชื่อด้านสุขภาพ

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 260 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงผลออกทางอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงของยา

Ran, Xiang & Chan (2003) ทำการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของประเทศจีน โดยทำการสุ่มในครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภท ทั้งหมด 326 ราย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ให้ทั้งโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยา, กลุ่มที่ 2 รักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว และกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา มีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว ญาติมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วย ส่งผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

Pitschel-Walz, Bauml & Bender et al., (2006) ศึกษาถึง โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในเมืองมิวนิค ประเทศเยอรมันนี โดยทำการสุ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-III-R จำนวน 236 ราย ผู้ป่วยและญาติที่ได้รับโปรแกรมจะได้รับการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม เป็นระยะเวลามากกว่า 4-5 เดือน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มญาติ มีการเข้ากลุ่มเป็นเวลา 8 ครั้ง อีกกลุ่มจะเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลลัพธ์ที่ได้จะถูกนำมาเปรียบเทียบกับในช่วงเวลา 1-2 ปีที่ผ่านมา

พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีอัตราการกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลลดลง และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### กรอบแนวคิดการศึกษา

