


ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา



ร้อยเอกหญิงสรินทร์ เชี่ยวโสธร

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-3181-7

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF EMPOWERMENT IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS
ON MEDICATION ADHERENCE BEHAVIORS

Capt. Sarintorn Chiewsothorn



สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-3181-7

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยา
ตามเกณฑ์การรักษา
โดย ร้อยเอกหญิงสรินทร เชี่ยวโสธร
สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา กิระนันทน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุชีวะ)

สรินทร์ เชี่ยวโสธร, ร้อยเอกหญิง : ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. (THE EFFECT OF EMPOWERMENT IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS ON MEDICATION ADHERENCE BEHAVIORS)

อ. ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์, 141 หน้า. ISBN 974-17-3181-7.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คน ซึ่งจัดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการจับคู่ตามระยะเวลาการเจ็บป่วยและความรู้สึกของผู้ป่วยต่อผลกระทบจากอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 12 ท่าน ค่าความเที่ยงของแบบวัดเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ANCOVA

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิติ.....
ปีการศึกษา 2545 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4477612336 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORD: EMPOWERMENT / MEDICATION ADHERENCE / SCHIZOPHRENIC PATIENTS

SARINTORN CHIEWSOTHORN, CAPT. : THE EFFECT OF EMPOWERMENT IN
SCHIZOPHRENIC PATIENTS ON MEDICATION ADHERENCE BEHAVIORS .

THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, PhD., 141 pp.

ISBN 974- 17-3181-7.

The purposes of this quasi-experimental research were to compare medication adherence behaviors of schizophrenic patients before and after their participation in empowerment, and to compare medication adherence behaviors of schizophrenic patients who participated in empowerment, and those who participated in regular caring activities. Research samples were 40 patients which were equally assigned into one experimental group and one control group by matching the time of illness and sense in side effect from medication. Research instruments which were developed by the researcher were the empowerment program for patients, and medication adherence behaviors scale. The reliability of scale was .87, respectively. The ANCOVA was used in data analysis.

Major findings were the following:

1. Medication adherence behaviors in schizophrenic patients who participated in empowerment program, after the experiment was significantly higher than before the experiment, at the .05 level.

2. After the experiment, Medication adherence behaviors in schizophrenic patients who participated in empowerment program, was significantly higher than those of patients who participated in regular caring activities, at the .05 level.

Field of study Mental Health and Psychiatric Nursing Student's signature.....

Academic year 2002

Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อคิดและแนวทางในการทำวิจัย ตลอดจนให้ความเมตตา เอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุชีวะ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ดร.ดารณี จามจรี ที่กรุณาอธิบายแนวคิดและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้วิจัยเพื่อนำมาพัฒนาใช้กับงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อารีย์ สอาดดูธ ที่กรุณาให้คำปรึกษาในการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ขอขอบพระคุณ นางเพชร คันธสายบัว ที่ให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการวิจัยตลอดมา

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกจิตเวชและประสาทวิทยา รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านซึ่งไม่ได้เอ่ยนาม ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ การสัมภาษณ์ และการดำเนินการทดลองจนสิ้นสุดกระบวนการ ขอขอบพระคุณ พันโทหญิงเพ็ญแข ถิ่นไพโรจน์ ที่เป็นผู้ช่วยในการวิจัย และขอขอบพระคุณ กองการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ให้การสนับสนุนทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และน้องชาย ที่ให้กำลังใจ และสนับสนุนการศึกษาตลอดมา และโดยเฉพาะ คุณชนาคม เขียวโสธร ผู้คอยให้การสนับสนุนทั้งกำลังใจ กำลังกาย คำแนะนำช่วยเหลือ รวมทั้งกำลังทรัพย์ตลอดการศึกษาจนกระทั่งสามารถบรรลุมหาบัณฑิตยศึกษานี้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	66
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	84
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	92
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	106
รายการอ้างอิง.....	115
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ช่วยวิจัย.....	125
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	129
ภาคผนวก ค แบบฟอร์มพื้ทกษสสิทธิ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	
เกณฑ์จำแนกประเภทผู้ป่วย.....	132
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	141

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตาม ระยะเวลาการเจ็บป่วย และผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่มีต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม65
2	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแหล่งพลังงานอำนาจผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง หลังการทดลองเป็นรายข้อ.....89
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา93
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ รายได้ของครอบครัว ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย และบุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วย.....94
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่มีต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย....95
6	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....96
7	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....97
8	การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลอง และระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นตัวแปรร่วม (Covariate).....98
9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ก่อนและหลังปรับค่าโดยใช้คะแนนก่อนการทดลองและระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นตัวแปรร่วม ...98
10	การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของหลังการทดลองเป็นรายด้านระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....99
11	การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของหลังการทดลองเป็นรายข้อระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....100

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท เป็นโรคที่พบได้มากที่สุดของโรคทางจิตเวชทั้งหมด คือพบประมาณร้อยละ 45 - 50 ของผู้ป่วยจิตเวช และร้อยละ 1 - 1.5 ของประชาชนทั่วไป มีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภท (Gaultiere, 1999; Bethesda, 1999 and Fox & Kane, 1996) ที่สำคัญโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่เป็นสาเหตุของการตาย แต่เป็นโรคที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากเป็นโรคที่รุนแรง เรื้อรัง และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ (สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2542) จากสถิติกรมสุขภาพจิต พบว่าอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ซึ่งในทางเศรษฐศาสตร์นับว่าเป็นการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อมมากถึงร้อยละ 11 ของการสูญเสียจากการเจ็บป่วยทั้งหมด (สมชาย จักรพันธุ์, 2543)

นโยบายของประเทศสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวช สามารถดูแลตนเอง และดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ เน้นการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้ระยะเวลาสั้น ทำให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนเร็วขึ้น (จันทร์หา รวีระสมบุญ, 2543) ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลเน้นให้การรักษาโรคในระยะเฉียบพลันและรุนแรง เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตัวเองได้ สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชนได้ ซึ่งการรักษา มีหลายวิธี แต่การรักษาด้วยยาเป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุด และมีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย (Kumar and Sedgwick, 2001) ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ยังต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการและผลการรักษาที่ดีในระยะยาว เป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) (Kaplan and Sadock, 1995) โดยแนวคิดในปัจจุบันที่เชื่อว่าสาเหตุที่สำคัญสาเหตุหนึ่งของการป่วยเป็นโรคจิตเภท คือปัจจัยด้านชีวเคมีในสมอง ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ เนื่องจากยาสามารถควบคุมอาการทางจิตได้ (เพชร คันธสายบัว, 2544)

แม้ว่ายาจะมีประโยชน์ต่อการรักษาและควบคุมอาการรุนแรงของโรค แต่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากไม่ยอมรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากรายงานการศึกษาถึงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำ พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องของผู้ป่วย เป็นสาเหตุแรกที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาร้อยละ 92

กลับมารักษาซ้ำ (Green, 1988) ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องในปีแรกร้อยละ 50 และมีแนวโน้มลดลงเป็นร้อยละ 15 ในปีถัดไป (Ruscher, Wit and Mazmanian, 1997 อ้างถึงใน สารุพร พุฒขาว, 2542) และผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ร้อยละ 56 รับประทานยาไม่ครบถ้วนในแต่ละวัน (สุธีรา สุบุตรกุล และ มาลี แจ่มพงษ์, 2532) การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง โดยการหยุดยาเองจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำ ร้อยละ 80 (Gaultiere, 1999; ภัทรา ธีรลาภ, 2530) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 30 มีอาการป่วยซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี และเพิ่มเป็น 2 เท่า ภายในเวลา 2 ปี (Marland and Cash, 2001) ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 60 มีอาการป่วยซ้ำ ภายใน 3 สัปดาห์ (Sadock and Sadock, 2000: 1197-1198) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา เป็นเวลาน้อยกว่า 5 ปี จะมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเป็นเวลานานกว่า 5 ปี (Razali and Yahya, 1995)

Oehl, Hummer and Fleischhacker (2000) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทสรุปว่ามีปัจจัย 4 ด้านได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านทีมสุขภาพ จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาโดยเฉพาะปัจจัยด้านผู้ป่วยเช่น ความรู้ ทัศนคติ และความรู้สึกต่ออาการข้างเคียง เกี่ยวกับการรักษาโรคจิต เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ป่วยซ้ำ และส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และชุมชน เนื่องจากจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานาน รวมทั้งเป็นโรคที่มีโอกาสป่วยซ้ำสูง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการและป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่ง Dixon (1998: 330) กล่าวว่า ผลของการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยเช่น ครอบครัว เพื่อน การทำงาน เศรษฐกิจ และก่อให้เกิดความรู้สึกอับอาย

จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมาได้รับการรักษาซ้ำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยารักษาอาการทางจิตที่ไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา โดยหยุด เพิ่ม หรือลดขนาดยาเอง (จลี เจริญสรรพ, 2538) ซึ่งลักษณะของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกใน 5 ลักษณะคือ การไม่ต่อเนื่อง การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาไม่ถูกขนาด การใช้ยามืดเวลา และการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา (Farragher, 1999) การรักษาโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่ เป็นการรักษาด้วยยาเป็นหลักและใช้เวลาในการรักษานาน ระยะเวลาในการรับประทานยาเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่เป็นผลสำเร็จ (มานิช หล่อตระกูล, 2541) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยานั้น จะมีระยะเวลาในการ

รักษาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี (Carson and Arnold, 1996) ที่ผ่านมามีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรู๊ซยาในผู้ป่วยจิตเภทมาแล้วหลายฉบับ พบว่าสาเหตุที่พบบ่อย ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมกรู๊ซยาไม่ถูกต้องคือ ความเบื่อหน่ายที่ต้องรักษาระยะเวลาอันยาวนาน อาการข้างเคียงของยา และคิดว่าหายดีแล้ว (Rusher et al., 1997) รวมทั้งการกรู๊ซยาเพื่อควบคุมอาการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเภทเป็นเวลานาน โดยไม่สามารถบอกระยะเวลาที่แน่นอนว่าจะหยุดรับประทานยาได้เมื่อใด ความเบื่อหน่ายหรือความอับอายที่จะต้องตอบว่ากินยารักษาโรคจิตหรือผู้ป่วยอาจจะรู้สึกว่ายดีและไม่จำเป็นต้องกรู๊ซยาอีกต่อไป (ทิวาพร พูเฟื่อง, 2544)

ขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยนาน ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและมีภาวะที่ต้องรับประทานยา (อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์, 2536) ส่งผลให้พฤติกรรมกรู๊ซยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งพฤติกรรมกรู๊ซยาไม่ถูกต้องเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยจิตเภท (Farragher, 1999) โดยพฤติกรรมกรู๊ซยาเป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทให้สอดคล้องกับแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมนุ้คลากร เป็นการปฏิบัติโดยตั้งใจเพื่อป้องกัน การป่วยซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน จำเป็นต้องอาศัยความรู้เพื่อสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลและมีพฤติกรรมกรู๊ซยาเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (Johnstone and Geddes, 1994: 6)

พฤติกรรมกรู๊ซยาในผู้ป่วยจิตเภทจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีกรู๊ซยาหลายคำได้แก่ พฤติกรรมกรู๊ซยา ความร่วมมือในการกรู๊ซยา ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นต้น ซึ่งแต่ละคำนั้นใช้ในความหมายที่แตกต่างกัน แต่โดยสรุปแล้วจะใช้ในความหมายของการกรู๊ซยาตามแผนการรักษาเช่นเดียวกับ Farragher (1999) และรวมถึงความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาตามแนวคิดของ เพชรี คันธสายบัว (2544) ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกรู๊ซยาทั้ง 2 ด้าน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาพฤติกรรมกรู๊ซยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวได้ ไม่มีงานทำ ปฏิเสธการเจ็บป่วย รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้มีอาการทางจิตรุนแรงมากขึ้น (Rose, 1996: 17) ยังมีอาการป่วยซ้ำอาการผิดปกติที่หลงเหลือจะยิ่งมากขึ้น ทำให้มีความเสื่อมของการทำหน้าที่ รวมทั้งสัมพันธภาพทางสังคม ผู้ป่วยมักถูกมองว่าไร้ความสามารถ ไม่ได้ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้าง ขาดอิสรภาพในการกระทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง นอกจากนี้ยัง

พบว่าผู้ป่วยที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษา ก็จะมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (Puntil, 1991: 27) ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองขาดความสามารถที่จะควบคุมตนเอง รู้สึกสิ้นหวังและขาดแรงจูงใจ (Baker, 1995)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการป่วยซ้ำคือ พฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย (สุพล รุจิรพิพัฒน์ และคณะ, 2528; เพชรวิ คันธสายบัว, 2544) โดยเฉพาะเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เนื่องจากผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย (สุพิศศรี รัตนสิน และวีระ ดุลย์ประภา, 2537) ซึ่งร่างกายเป็นแหล่งพลังอำนาจทางด้านพลังงานและความเข้มแข็งทางกายภาพ (Miller, 1992) ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้จากการขาดอัตมโนทัศน์ต่อตนเอง มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง คือคิดว่าหายดีแล้วจึงหยุดยาเอง (Becker and Janz, 1984) ขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดการสนับสนุนทรัพยากรในการประเมินอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา ส่งผลกระทบต่อปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วย (ดารณี จามจุรี, 2544) รวมทั้งการรับรู้ความรู้สึกและการแสดงออกของบุคคลรอบข้าง ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่ถูกต้องดังกล่าวมีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแหล่งพลังอำนาจ ตามแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจเชื่อว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับการสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) (Carpenito, 1991: 474)

ปัจจัยที่ทำให้สูญเสียพลังอำนาจ คือผลกระทบจากการเจ็บป่วย ขาดความรู้ และพฤติกรรมจากที่มสุขภาพ (Suk Bling, 1998) สอดคล้องกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดังกล่าวข้างต้น ที่ว่าปัจจัยจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ที่เป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษาด้วยยาเป็นเวลานาน ผลข้างเคียงที่ผู้ป่วยได้รับจากยารักษาอาการทางจิต ความรู้สึกอาย รวมทั้งการขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่เหมาะสม และสัมพันธ์ภาพกับที่มสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ในฐานะผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียการควบคุมตนเองโดยอัตโนมัติ การตัดสินใจต่างๆ ถูกกำหนดขึ้นเพื่อผู้ป่วย ผลการกระทำต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในฐานะของผู้ถูกระงับตามคำสั่งที่แนะนำโดยปราศจากข้อสงสัย (Stepleton, 1997) โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการตัดสินใจว่าด้อยความสามารถมาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค (มาโนช หล่อตระกูล, 2541) ดังนั้นการแก้ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท จึงต้องใช้ใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจ

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) มีพื้นฐานความเชื่อที่มุ่งเน้นการนำศักยภาพทางสติปัญญาและพลังในบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2539) จากการศึกษาของ ดารณี จามจรี (2544) ในการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย พบว่าการปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำที่ได้รับ ซึ่งส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการรับประทานยาเป็นอันดับแรกเกิดจากความเชื่อที่ว่า ยาสามารถที่จะควบคุมอาการหรือทำให้อาการของโรคทุเลาลงได้ ซึ่ง Miller กล่าวว่าพลังอำนาจคือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของบุคคล และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลในการควบคุมสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และมีผลต่อความสามารถในการจัดการความเจ็บป่วย

แหล่งของอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) มี 7 แหล่ง คือ ระบบความเชื่อ อึดมั่นในทัศนคติเชิงบวก พลังงาน ความอดทนทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ ความรู้ และความเข้มแข็งทางกายภาพ ซึ่งเชื่อว่าการสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาแหล่งเสริมสร้างพลังอำนาจนั้น จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้ไปในทางที่ดีขึ้น (ดารณี จามจรี, 2544) โดยอำนาจที่สามารถพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพได้นั้น ประกอบด้วย แรงจูงใจ ความหวัง การสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้ พฤติกรรมของทีมีสุขภาพทัศนคติต่อโรคที่เป็นอยู่ และการยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้สามารถจัดการกับการเจ็บป่วยได้ (Stapleton, 1997)

ในการเสริมสร้างพลังอำนาจพยาบาลจะต้องค้นหาข้อบ่งชี้ที่แสดงถึงภาวะสูญเสียอำนาจและปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยก่อน จึงจะสามารถกำหนดกลวิธีที่จะลดภาวะการสูญเสียอำนาจ รวมถึงเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นถ้ากลวิธีนั้นมีประสิทธิภาพ ซึ่งสิ่งบ่งชี้ถึงภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการรักษาด้วยยาสามารถเปรียบเทียบจากการศึกษาภาวะการสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ ดารณี จามจรี (2544) ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต อาจทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากอาการข้างเคียงจากยาเช่น ง่วง น้ำลายไหล ลิ้นแข็ง เป็นต้น โดยผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมดูแลจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงและสังเกตอาการนำของการป่วยซ้ำได้ ความรู้ที่ล้าสมัย ทรมาน สูญเสีย ไม่พึงพอใจ รู้สึกว่าตนเองผิดปกติกจากคนอื่นในสังคม อายุที่จะต้องใช้อายรักษาโรคจิต และเมื่อมีอาการกำเริบจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ ต้องพึ่งพิงเป็นภาระ ก่อให้เกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจ และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต (Conger and

Kanungo, 1988) ทั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังรวมถึงกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยทางจิต มีความต้องการอำนาจเพื่อจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง พยาบาลสามารถที่จะเพิ่มแหล่งของอำนาจให้กับผู้ป่วย โดยพัฒนาความเข้มแข็งที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกกลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหา เจ้าหน้าที่สุขภาพจะต้องเข้าใจว่าตนเองไม่สามารถให้อำนาจแก่ผู้ป่วยได้ แต่บุคคลต้องสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมามุ่งเน้นการให้ความรู้และสร้างเสริมความเข้าใจของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่กับครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540) ส่วนการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการควบคุมโรค และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ เนื่องจากผู้ป่วยต้องเป็นผู้นำแผนการรักษาไปปฏิบัติและปรับใช้ด้วยวิธีการที่เหมาะสมตามสถานการณ์และสภาพชีวิตประจำวันด้วยตนเอง (Anderson, 1995: 412) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ได้รับการฝึกฝนมาอย่างดีสามารถสร้างสรรบรรยากาศที่ช่วยให้ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับตนเองได้ (Berger and Anderson-Harper and Kavookjan, 2000: 4)

บทบาทของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดที่สุดในทีมสุขภาพโดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำเป็นจะต้องตระหนักถึงความเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการตัดสินใจเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้ในสถานะที่ไม่มีอาการทางจิตรุนแรง (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2541) ซึ่งพยาบาลมีความแตกต่างจากวิชาชีพอื่นในทีมจิตเวชคือ พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาให้ผู้ให้บริการในฐานะบุคคลแบบองค์รวม โดยใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการดูแลช่วยเหลือ บำบัด ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้กระบวนการพยาบาล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นแนวทางหนึ่ง ที่ถูกนำมาใช้ในการพยาบาลเพื่อพัฒนาความคิด ความรู้สึก กำลังใจในบุคคล เพื่อนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป พยาบาลสามารถที่จะเพิ่มแหล่งของอำนาจให้กับผู้ป่วยโดยพัฒนาความเข้มแข็งที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกกลยุทธ์ในการจัดการกับปัจจัยของปัญหาที่ทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ไม่ถูกต้องได้อย่างเหมาะสม

สรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวทางการพัฒนาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น เป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมในการ

เลือกวิธีการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการป่วยซ้ำเป็นปัญหาสำคัญ และมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแหล่งพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษา ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทว่าจะส่งผลอย่างไรต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาแตกต่างกันอย่างไร ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับและไม่ได้รับการพยาบาลแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่าผลที่เกิดจากการเสริมสร้างพลังอำนาจจะสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดและป้องกันการป่วยซ้ำได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ ดารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งนำแนวคิดการพยาบาลและแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) มาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจมาปรับใช้กับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยมีการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ขั้นตอนซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือ การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย การวินิจฉัยและวางแผนได้แก่ การสร้างพลังในการแก้ปัญหาโดยการสะท้อนคิด สร้างความเข้าใจในสถานการณ์ สร้างเสริมแหล่งของอำนาจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การปฏิบัติการพยาบาลได้แก่ การดำเนินการด้วยตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การสร้างเสริมความมั่นใจ คงไว้ซึ่งพลังที่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การประเมินผลได้แก่ การกระตุ้นและประเมินแหล่งพลังอำนาจ

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา (Oehl, Hummer and Fleischhacker, 2000) เป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยรู้สึกการ รับผิดชอบ ตัดสินใจและสร้างแรงจูงใจในการเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Gibson, 1991) ซึ่งแรงจูงใจเป็นหนึ่งในแหล่งพลังอำนาจที่สามารถสร้างเสริมให้เกิดขึ้นได้ (Miller, 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) สาธุพร พุฒขาว (2541) และ Kumar and Sedgwick (2001) ที่พบว่าการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทสามารถเพิ่ม พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นการประเมินครองชีวิตของผู้ป่วยตามทัศนะ ของผู้ป่วยเองว่าผู้ป่วยมีมุมมองอย่างไรต่อภาวะสุขภาพดีและไม่ดี อะไรที่ชอบหรือไม่ชอบเกี่ยวกับ สุขภาพ ผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับ ความเชื่อทางด้านสุขภาพของตน (Berger and Anderson-Harper and Kavookjan, 2000: 6) การทำความเข้าใจกับสภาพปัญหา ยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ช่วยให้เข้าใจถึงแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจหนึ่งของบุคคล (Stapleton, 1997) ช่วยให้เกิดความ ร่วมมือในการรักษาและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Becker, 1974)

การสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวน เหตุการณ์รอบด้าน เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีพลังและ ความสามารถในการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตาม สภาพการณ์จริงและเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแลที่ได้รับจะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเอง ขึ้น ช่วยให้กลับมามองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความ เข้าใจชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและมีการเปลี่ยนแปลงที่ดียิ่งขึ้น (Gibson, 1995: 1203-1208) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจในสถานการณ์ที่เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อการใช้ยา ผู้ป่วย จะสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ เหล่านั้นไปได้

การสนับสนุน เชื้ออำนาจ ข้อมูล ความรู้ ทักษะ แหล่งทรัพยากร และสร้างแรงจูงใจ ส่งผล ต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผล และเชื้ออำนาจต่อการปฏิบัติ โดยความต้องการการสนับสนุนด้าน ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากรซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยนั้น เกิดจากความต้องการ ของผู้ป่วยเอง (Orem, 2001) จากการศึกษาปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมาสาเหตุ มาจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษา และ ความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงจากยา (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536; จลี เจริญสรรพ, 2538;

ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540; ราตรี อินทรีย์, 2541; สาธุพร พุฒขาว, 2541; จารุวรรณ จินดา มงคล, 2541; จันทรา ธีระสมบุญ, 2543; Gualtiere, 1999; Kumar and Sedgwick, 2001; Marland and Cash, 2001; Keks, 2002) เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจ (Razali and Yahya, 1995) จึงเชื่อว่าการสนับสนุนให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษา และความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงจากยา สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจและเพิ่ม พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

การดำเนินการด้วยตนเอง เป็นการกระทำการแก้ปัญหาหรือกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด (พนารัตน์ เจนจบ, 2542: 29) นำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทาง บวกมากขึ้น สามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) ปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยจิตเภท คือการป่วยซ้ำเนื่องจากการมี พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยรู้สึกรับผิดชอบต่อตนเองจึงเป็นวิธี การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

แหล่งของอำนาจทั้ง 7 แหล่ง ได้รับอิทธิพลมาจาก 4 ปัจจัยคือ ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัย อันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย (Miller, 1992: 10) สอดคล้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษาของผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวข้างต้นที่ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านทีมสุขภาพ (Oehl, Hummer and Fleischhacker, 2000) ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยและผู้ดูแลมีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีจะมีระยะเวลาที่ใช้ในการ เสริมสร้างพลังอำนาจแตกต่างกัน จากการศึกษาของดารณี จามจรี (2544) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการ เสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคลเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ มีความสามารถในการเผชิญปัญหา มากขึ้นและพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ส่วนจารุวรรณ จินดามงคล (2541) พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ สามารถเพิ่มความสามารถในการจัดการ กับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทได้ การศึกษาของ ทานตะวัน แยมบุญเรือง (2540) พบว่าการ ใช้กระบวนการกลุ่มเป็นเวลา 4 สัปดาห์ เป็นการเตรียมเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยจิตเภทให้กับผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่แรกเริ่ม ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในผู้ป่วยจิตเภท

การพยาบาลโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถทำให้ผู้ป่วยได้พัฒนาการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น (วราภา จันทรโชติ, 2540; จารุวรรณ จินดามงคล, 2541 และพนารัตน์ เจนจบ, 2542) การสนับสนุนความรู้และแหล่งของอำนาจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยให้บุคคลพัฒนาตนเองเพื่อป้องกันหรือลดภาวะสูญเสียพลังอำนาจได้ (Miller, 1992) การสนับสนุนความรู้และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพช่วยพัฒนาความร่วมมือ ความเชื่อมั่นในความสามารถ และควบคุมโรคได้ดีขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานในการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยทำการทดลอง ณ แผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร
2. ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีอาการอยู่ในระยะเรื้อรังบำบัดและบำบัดระยะยาว เป็นผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถูกต้องในเรื่องใกล้ตัว ควบคุมตนเองได้ สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและทักทายผู้ป่วยอื่นหรือบุคลากรได้ สามารถฟังและแสดงความคิดเห็นหรือบอกความรู้สึกของตนเองได้ ไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง
3. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย
 - ตัวแปรต้น คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการให้ข้อมูล ความรู้ สนับสนุนให้เกิดการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจ และใช้กลวิธีของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอาการอยู่ในระยะเรื้อรังบำบัดและบำบัดระยะยาว โดยการค้นหาแหล่งพลังอำนาจ ประเมินพฤติกรรมสภาวะสูญเสียพลังอำนาจเสริมสร้างแรงจูงใจ สร้างเสริมความมั่นใจ และคงไว้ซึ่งพลังความสามารถในการจัดการกับปัญหา

ของพฤติกรรมกรการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้แนวคิดของดาร์ณี จามจุรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) เป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจเรื่องพฤติกรรมกรการใช้ยาและความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มโดยผู้วิจัย เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ขั้นตอน คือ

1) การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อประเมินพฤติกรรม สภาวะสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วย ค้นหาบุคคลที่สำคัญในการสร้างแรงจูงใจ ประเมิน วิเคราะห์สถานการณ์จริงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา

2) การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือเป็นกิจกรรมกลุ่ม โดยการแนะนำตัวเองให้ข้อมูลเบื้องต้น ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค การรับประทานยาและข้อมูลเพิ่มเติม รับฟังความเชื่อ ค่านิยมของผู้ป่วย

3) สร้างพลังในการแก้ปัญหาโดยการสะท้อนคิด และสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ไขปัญหาตนเอง ให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหา และแนวทางในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง สนับสนุนให้ความช่วยเหลือ และยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย

4) สร้างเสริมแหล่งของอำนาจ ส่งเสริม สนับสนุน และสร้างแรงจูงใจ ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา ให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งของอำนาจเกี่ยวกับการใช้ยา ร่วมมือกับผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการที่แท้จริง และเอื้ออำนวยให้สามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังด้วยตนเอง สนับสนุน และเอื้ออำนวยทรัพยากรต่างๆ สร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมประเมินผลสำเร็จของเป้าหมายที่ได้ดำเนินการตามแผน เพื่อเพิ่มพฤติกรรมกรการใช้ยา

6) สร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมกรการใช้ยาเหมาะสมช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาวะการเจ็บป่วย มองเห็นคุณค่าของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น สิ่งที่ได้ทำงานร่วมกับพยาบาล เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดทัศนคติ เป็นแรงสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยนำความรู้ความสามารถที่มีอยู่ไปใช้ในการจัดการกับสภาพปัญหาด้วยความมั่นใจ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีกิจกรรมการพยาบาล 2 ลักษณะคือ กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป และกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตใจ

1) กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป คือ การดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การดูแลความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยา การตรวจวัดสัญญาณชีพ การเตรียมตรวจต่างๆ

2) กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตใจ คือ การสร้างสัมพันธภาพ การทำกิจกรรมบำบัดต่างๆ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรค การให้คำปรึกษารายบุคคล กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มอาชีพบำบัด กลุ่มนันทนาการบำบัด และการให้คำแนะนำต่างๆ

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต ซึ่งวัดจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Farragher (1999) และ เพชรี คันธสายบัว (2544) แบ่งเป็น 2 ด้านคือ

1) การใช้ยาตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้องซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การรับประทานยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การรับประทานตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

2) ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พัฒนารูปแบบการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้นานมากขึ้น และป้องกันการป่วยซ้ำ

2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเกี่ยวกับการแก้ไขและป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการทางคลินิก และการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.2 การรักษาโรคจิตเภท
2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลและในชุมชน
 - 2.1 ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 - 2.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช
 - 2.3 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช
 - 2.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา
3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.2 องค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.3 การพยาบาลโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ
4. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 - 4.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท
 - 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท
 - 4.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการและการดำเนินของโรคจิตเภท

1.1.1 ความหมาย

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความสำคัญมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช เป็นโรคที่พบได้มากที่สุด พบในประชากรทุกกลุ่มและมีอัตราการป่วยซ้ำสูง มีผู้ทำการศึกษาและให้ความหมายเกี่ยวกับโรคจิตเภทไว้มาก พอสรุปได้ดังนี้

โรคจิตเภท ตามความหมายของ ICD-10 เป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไปคือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์แบบไม่เหมาะสมหรือทื่อ (Blunted) สถิตสัมพัทธ์และเซาวิปัญญา มักดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้ (Cognitive) (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536: 332)

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

Fox & Kane (1996: 321) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรโดยทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคนี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะดี 8 เท่า และมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

อำเภอวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541: 99) กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenic patients) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรม และบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติด้านการรับรู้ แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่างๆ ที่ไม่มีจริงเช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริง ความผิดปกติของกระบวนการคิด แสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไปเช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพพบว่า มีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอยและมีพฤติกรรมแปลกๆ

จากความหมายดังกล่าวพอสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์และการรับรู้ พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด พบทั้งในเพศหญิงและเพศชายและมักมีการป่วยซ้ำสูง

1.1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

Kaplan & Sadock (1988: 255) กล่าวว่าข้อบ่งชี้ถึงสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ และปัจจัยที่ได้รับการยอมรับอย่างมาก ได้แก่

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) ได้แก่

1.1 พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูงเมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป (ไพรัตน์ พฤษชาชาติคุณากร, 2534: 774)

1.2 สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่าการหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต ซึ่งสมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น เมื่อได้รับยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ระงับการทำงานของสารโดปามีน ปัจจุบันเชื่อว่าการบกพร่องของการหลั่งสารโดปามีนในบริเวณ prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางลบ และการทำงานที่ผิดปกติของโดปามีนที่ striatum ซึ่งทำให้มีการปล่อยสารโดปามีนทำให้เกิดอาการทางด้านบวก นอกจากนี้ยังมีข้อสันนิษฐานว่า โรคจิตเภทเกิดจากภาวะสมดุลระหว่างสารซีโรโตนินกับสารโดปามีนมีความผิดปกติ

1.3 ด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมองเช่น มี Ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการ และช่วงที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 20 – 50 มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง (Taylor, 1994: 248)

1.4 ด้านประสาทสรีรวิทยา พบว่า Cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะ

เครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ตันติผลลาชีวะ, 2536: 335 และ Taylor, 1994: 250)

3. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Socio-culture factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก็ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทได้เช่นกัน (เกษม ตันติผลลาชีวะ, 2536: 335) อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) อธิบายว่า เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการ หรือการเลี้ยงดูในบางรูปแบบ ทำให้เด็กโตขึ้นเป็นโรคจิตเภท แต่จากการศึกษาในช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ ในแง่ของครอบครัวนั้นพบว่า สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยในครอบครัวของผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อยๆ พบว่ามีการใช้อารมณ์ต่อกัน (expressed emotion) สูงได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional over involvement)

ตราบจนปัจจุบัน ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลายๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ Stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีววิทยาจิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

1.1.3 อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวกเช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง ระบาดวิทยาอุบัติการณ์ 0.1 - 0.5 ต่อ 1000 ความชุก 2.5 - 5.3 ต่อ 1000 ความชุกโดยคำนวณตลอดชีวิต (Lifetime prevalence) 7.0 - 9.0 ต่อ 1000 หญิงและชายพบได้พอๆ กัน ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าหญิง พบในช่วงอายุ 15 - 54 ปี อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (Taylor, 1994: 245 และ Johnson, 1993: 473)

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยเช่น persecutory delusion, grandiose delusion, delusion of reference อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม การพูดขาดตอน (Disorganized speech) ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด มีพฤติกรรมแปลกๆ (Disorganized behavior) เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวแปลกหรือสกปรก จู่ๆ ก็ร้องตะโกนโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ได้แก่ 1) Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ 2) Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่สบตา 3) Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย และ 4) Asociality เก็บตัว เฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

1.1.4 การดำเนินโรคของโรคจิตเภท

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

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแยลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลตัวเองช้าๆ

2. ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3. ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิตเช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิด อาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภท

มีอาการซีมเศร้างร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อยได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัว วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2 - 3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆ ลด ความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

1.2 การรักษาโรคจิตเภท

สาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือการรักษาทางด้านร่างกาย เป็นการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช และการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งวิธีนี้ใช้ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคม เป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น ครอบครัวบำบัด จิตบำบัด เป็นต้น (เกษม ต้นติผลลาชีวะ และลักษณะฉวีโรภักดิ์, 2536: 318 และ Antai-Otong, 1995: 243)

1.2.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต เป็นการรักษาที่มีความสำคัญมาก และเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิตเป็นยา กลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก (เกษม ต้นติผลลาชีวะ และลักษณะฉวีโรภักดิ์, 2536: 845) และเกิดขึ้นกับระบบที่สำคัญของร่างกายหลายระบบ ที่พบมากได้แก่ อาการข้างเคียงทางระบบประสาท มีอาการปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ และฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง มีอาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมย คอแข็ง ตาเหลือก หลังแอ่น กระสับกระส่าย ไม่สามารถบังคับตัวเองได้ บางรายมีอาการเคลื่อนไหวช้าๆ นอกจากนี้ อาการที่พบมากอีกอาการหนึ่งก็คือ อาการง่วงซึม โดยมากมักจะเกิดขึ้นหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาในระยะแรก อาการดีขึ้นเมื่อร่างกายปรับตัวได้ และอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่พบรองลงมาได้แก่ อาการต่อระบบต่อมไร้ท่อ ที่พบบ่อยได้แก่ อาการคัดนม น้ำนมไหล ประจำเดือนขาด และฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนังเป็นอาการแพ้แสงแดด

ชนิดของยารักษาอาการทางจิตที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบัน (เกษม ตันติผลลาชีวะ, 2537; สมภพ เรืองตระกูล, 2542) แบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่

1. ยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิม (Typical anti-psychotics)

ก. Phenothiazines เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่ใช้กันแพร่หลายที่สุด ยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิด มีสูตรโครงสร้างเหมือนกัน แต่มี side chain แตกต่างกัน 3 แบบ ทำให้มีฤทธิ์แตกต่างกันคือ 1) Aliphatic เป็นกลุ่มที่มีฤทธิ์ทำให้วังงนอนสูง และมีฤทธิ์ข้างเคียงคือ ความดันโลหิตต่ำมากกว่ากลุ่มอื่นเช่น Chlorpromazine Triflupromazine 2) Piperidines มีฤทธิ์ทำให้วังงนอนปานกลาง ข้อดีคือมีฤทธิ์ Extra-pyramidal side effect ต่ำกว่ากลุ่มอื่น แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงด้าน anticholinergic สูงกว่ากลุ่มอื่นเช่น Thioridazine 3) Piperrazines เป็นยากกลุ่มที่มี potency สูง มีฤทธิ์ sedative น้อย แต่มี Extra-pyramidal side effect สูงกว่ากลุ่มอื่นเช่น Perphenazine Trifluoperazine Fluphenazine ยาที่ได้รับความนิยมมากในกลุ่มนี้ คือ Chlorpromazine และ Perphenazine (Fleischhacker, 1994)

ข. Thioxanthene เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ Phenothiazines มาก แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน เช่น Chorprothixene Thiothixene Flupenthixol Chopenthixol

ค. Butyrophenones เป็นยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์สูง มีฤทธิ์วังงนอนน้อย และมี Extra-pyramidal side effect สูง คล้ายกับ Phenothiazines เช่น Haloperidol และ Triperidol

ง. Dibenzoxanzepines ยากลุ่มนี้มีใช้ในเมืองไทยตัวเดียว คือ Loxapine

จ. Diphenybutypiperidines ใช้ในประเทศไทย 2 ตัว คือ Pimozide และ Penfluridol

ฉ. Benz amides ตัวอย่าง เช่น Sulpiride

ช. Reserpine ปัจจุบันไม่ใช่เป็นยารักษาโรคจิตแล้ว แต่ใช้เป็นยาแก้ปวด

กลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตที่สำคัญคือการ Block dopamine receptors ในสมอง นอกจากนั้นยังออกฤทธิ์ Block receptors ของ catecholamines ตัวอื่นๆ และรบกวน catecholamine storage ด้วย ทั้งของ serotonin, nor epinephrine และ dopamine เป็นผลให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงที่มีลักษณะคล้าย Parkinsonism ขึ้น และถ้า receptor ถูก block นานๆ ก็อาจทำให้เกิดการสังเคราะห์ dopamine เพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุของ Tardive dyskinesia ซึ่งยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่ออกฤทธิ์สกัดกั้น dopamine ที่ D2 receptor ออกฤทธิ์ต่อ serotonergie

noradrenergic cholinergic และ histaminergic receptors ในสัดส่วนที่แตกต่างกันสำหรับยาแต่ละตัว ทำให้มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน

การดูดซึมและการขับออก เนื่องจาก Chlorpromazine เป็นยาต้านโรคจิตกลุ่ม Phenothiazine ที่ได้รับการศึกษามากที่สุด ยาต้านโรคจิตส่วนใหญ่ถูกดูดซึมได้เกือบทั้งหมดในทางเดินอาหาร โดยมี absorptive half life 1.5 ชั่วโมง และระดับของยาขึ้นสูงสุดในพลาสมาภายใน 2 - 4 ชั่วโมง Metabolism ของยาต้านโรคจิตเกิดขึ้นที่ตับ โดยผ่านกระบวนการหลายอย่างเช่น demethylation sulfoxidation hydroxylation และ glucuronidation ยาในกลุ่ม Phenothiazine มี eliminative phase 7.5 - 35 ชั่วโมง สำหรับแบบกิน ซึ่งใกล้เคียงกับ Haloperidol กลุ่ม Butyrophenones คือมี half life 12 - 38 ชั่วโมง เมื่อใช้แบบกิน และ 10 - 19 ชั่วโมง สำหรับแบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำ

2. ยาต้านโรคจิตชนิดใหม่ (New anti-psychotics) ยาในกลุ่มนี้มี 2 ชนิด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542: 80) คือ

ก. Clozapine จะได้ผลดีในการรักษาโรคจิตเภท โดยได้ผลดีทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ รวมทั้งได้ผลดีพอสมควรในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งต่อต้านการรักษา 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 จึงเป็นยาที่ได้รับความนิยมมากเพราะยังไม่มีการศึกษาพบว่ามียาฤทธิ์ข้างเคียงที่รุนแรง (Forman, 1993)

ข. Risperidone เป็นยาต้านโรคจิตที่มีประสิทธิภาพเท่า haloperidol แต่ต้องให้ขนาดปานกลาง (4 - 10 มิลลิกรัม ต่อวัน) และจะมีผลข้างเคียงน้อยกว่า haloperidol

ฤทธิ์ข้างเคียงจากยาต้านโรคจิตที่สำคัญ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2537) คือ

1. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effects) เป็นฤทธิ์ที่มักพบในตอนต้นของการให้ยามากกว่าเมื่อให้ยาไปนานๆ ซึ่งร่างกายมักปรับตัวได้ที่พบบ่อยได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ม่านตาหดหรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำในผู้ชายอาจมีการหลั่งน้ำกามช้าหรือไม่หลั่งเลย บางรายมีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัว อาการความดันโลหิตต่ำพบได้มากที่สุดจาก Chlorpromazine จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอและผู้สูงอายุ ส่วน Extra pyramidal effects เป็นฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลางโดยตรง แบ่งเป็น 4 แบบ คือ

ก. Parkinsonian syndrome ผู้ป่วยอาจมีอาการสั่น (tremor) ที่มีมือ แขน ขา ลำตัว มีอาการตัวแข็ง (Rigidity) เดินตัวที่ไม่แกว่งแขน เดินหรือเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) หน้าตาเฉยเมยเหมือนใส่หน้ากาก (mask-like faces)

ข. Acute dystonia เป็นอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเช่น อาการคอแข็ง (torticollis) อาจพบคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ชากรรไกรแข็ง ลิ้นคัมปาก พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากสั่น บางรายอาจมีนิยน์ตาเหลือบขึ้นข้างบนตลอดเวลา อาการดังกล่าวไม่เป็นอันตรายแต่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน

ค. Akathisia เป็นอาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนขาสั่นมีลักษณะคล้ายกับอาการรุ่มวาย (agitated)

ง. Tardive dyskinesia เป็นกลุ่มของการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน มีลักษณะที่สำคัญคือ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อสามแห่งคือ แก้ม หน้า ลิ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแก้มพองซึ่งเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก เคี้ยว สูดปาก เลียและดูดริมฝีปาก แลบลิ้น ชากรรไกรเคลื่อนไหวด้านข้าง อาจมีอาการกระพริบตา หน้าตาบูดเบี้ยว ขมวดคิ้ว เปลือกตากระตุก มีอาการเคลื่อนไหวแบบกระตุกไม่เป็นจังหวะค่อนข้างเร็วและคาดคะเนไม่ได้ของมือและเท้า

2. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจอาจเกิดขึ้นได้ เช่น มี T-wave กว้างและแบนลง และอาจมี QR interval ยาวขึ้น ยาที่มีรายงานว่ามมีผลต่อคลื่นหัวใจได้บ่อยคือ Thioridazine

3. Central Anticholinergic Syndrom เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบน้อย อาจเกิดจากยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic สูง และในรายที่ให้ยา antiparkinson ร่วมด้วย ก็อาจเป็นผลจากยาทั้ง 2 ตัว หรือจากตัวใดตัวหนึ่งก็ได้ อาการที่สำคัญคือ มี รุ่มวาย สับสน ประสาทหลอน ชัก เป็นไข้ ม่านตาขยาย และสติสัมปชัญญะลดลงจนถึงโคม่าได้

4. Neuroleptic Malignant Syndrom (NMS) อาการสำคัญคือมีไข้สูง กล้ามเนื้อมีความตึงตัวเพิ่มขึ้น หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติและความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะนี้มีอัตราตายถึงหนึ่งในห้า ต้องรีบให้การแก้ไข โดยหยุดยารักษาโรคจิตทั้งหมด ให้การรักษาประคับประคองเพื่อให้ไข้ลดและควบคุมความดันโลหิตให้คงที่

5. อาการชัก อาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูง ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลด Threshold ของการชัก แต่ก็ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการใช้ยาส่วนใหญ่สามารถแก้ไขได้โดยการลดขนาดของยา

6. อาการง่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ยาในระยะแรกแต่มีกลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ฤทธิ์ของยาที่ทำให้ง่วงมักมีเพียง 2 - 3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์รักษาโรคจิตมีอยู่ยาวนานตลอดวันจึงสามารถให้ยารักษาโรคจิตโดยให้กินเพียงวันละครั้งก่อนนอนได้

7. อาการดีซ่าน (Jaundice) อาการดีซ่านที่เกิดจาก Phenothiazines เป็นที่รู้จักกันมาตั้งแต่เริ่มใช้ยา แต่ปัจจุบันลดน้อยลงโดยไม่ทราบสาเหตุ และมีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าอาการดีซ่านที่เกิดขึ้นเป็นผลของปฏิกิริยาภูมิแพ้มากกว่าเหตุอื่น ยาที่ทำให้เกิดอาการดีซ่านมักเป็น Phenothiazines โดยเฉพาะ Chlorpromazine พบมากที่สุด

8. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเลือด อาการที่พบบ่อย คือ Eosinophilia ซึ่งแสดงถึงปฏิกิริยาภูมิแพ้แต่ก็มักไม่ร้ายแรง อาการที่พบน้อยแต่เป็นอันตรายได้มาก คือ Agranulocytosis, Leukopenia, Pancytopenia, Hemolytic anemia และ Thrombocytopenic purpura

9. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง อาจพบผื่น (skin eruptions) ได้หลายแบบ เป็นผลจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ อาการแพ้แสงแดด (Photosensitivity) มักพบจาก Chlorpromazine มากกว่าตัวอื่น บางครั้งพบเป็นรอยไหม้ในบริเวณที่โดนแสงแดด เช่น บริเวณหน้าและแขน ในระยะยาวผิวหนังบริเวณที่โดนแสงแดดอาจเปลี่ยนเป็นสีเทาฟ้าคล้ายโลหะ

10. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตา ผู้ป่วยที่ได้รับ Chlorpromazine ในขนาดสูงนานๆ อาจมีสารสีน้ำตาลแกมเหลืองไปจับบริเวณ lens และ cornea พบบ่อยในผู้ที่พบการเปลี่ยนแปลงที่ผิวหนังร่วมด้วย เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับ การได้รับแสงแดด และการให้ Thioridazine ในขนาดที่สูง อาจทำให้เกิด pigmentary retinopathy ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้ ซึ่งอาจไม่หายแม้จะหยุดยาแล้วก็ตาม จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ Thioridazine เกินวันละ 800 มิลลิกรัม

11. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ ยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลายตัวด้วยกัน ที่พบบ่อยคือ การเพิ่มระดับ prolactin ซึ่งเป็นผลให้มีนมคัดและบางรายมีน้ำนมไหล ผู้ป่วยบางรายมีระดับน้ำตาลไปเป็นระยะเวลานาน นอกจากนั้นยารักษาโรคจิตยังมีผลต่อฮอร์โมนอื่นแม้พบได้น้อยเช่น ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ ต่อมใต้สมอง เป็นต้น

นอกจากนี้มีการศึกษาในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต เป็นเวลานานกว่า 5 ปี โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดื่มน้ำมากกว่า 3 ลิตร ต่อวัน พบร้อยละ 69 – 83 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, 2543) แต่การศึกษาในเรื่องดังกล่าวยังไม่แพร่หลาย ทำให้ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เป็นอาการแทรกซ้อนทางด้านร่างกายที่รุนแรงที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นเวลานาน การรักษาด้วยยารักษา

โรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมามีอาการป่วยซ้ำบ่อยๆ ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา

1.2.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า ในผู้ป่วยจิตเภทนั้น ไม่ได้ผลดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไป จะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือผู้ป่วยที่มี Severe Depression ร่วมด้วย

1.2.3 การรักษาด้านจิตสังคม การรักษาด้านจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไข รวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกๆ ด้าน (ปาหนัน บุญหลง, 2534) การรักษาด้านจิตสังคม ประกอบด้วย

(1) การบำบัดรักษาทางจิต (Psychotherapy) แบ่งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม หมายถึงกระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับการบำบัด มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การรักษาแบบกลุ่มให้มีประสิทธิภาพและได้ผลดีขึ้นอยู่กับ 3 ประการคือ ความเข้าใจ ความรัก และพฤติกรรม ชนิดของกลุ่มจิตบำบัด เช่น กลุ่มการสอนให้มีความรู้ นำสู่การอภิปราย กลุ่มพบปะสังสรรค์ กลุ่มแสดงออกอย่างเสรี เป็นต้น

(2) กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy Groups) หมายถึงการบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมหลายๆ รูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันละกัน (Judith et al., 1992: 327) เนื่องจากการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดเป็นการใช้รูปแบบของการทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ดำเนินกลุ่มจึงต้องมีความรู้พื้นฐานเรื่องการรักษาแบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรมีทักษะการริเริ่ม เพื่ออำนวยความสะดวกให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก การรักษากฎกติกา การเป็นตัวอย่างที่ดียวจริงใจ การฟังอย่างตั้งใจ การตั้งคำถาม การสะท้อนเนื้อหาและความรู้สึก รวมทั้งการเงี่ยบ (Trotzer, 1977: 79) ชนิดของกลุ่มกิจกรรมบำบัด เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มดนตรีบำบัด กลุ่มศิลปบำบัด เป็นต้น

(3) นิเวศน์บำบัด (Mileu Therapy) หมายถึงการจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์และมีวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ค้ำกันให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

(4) การรักษาแบบกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มเสริมแรงจิตใจ เป็นกลุ่มจิตบำบัดที่จัดขึ้นเพื่อช่วยผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และกลุ่มภาพสะท้อน ซึ่งเป็นกลุ่มให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกต่างๆ ออกมาในรูปภาพและคำพูด เป็นต้น

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคจิตเภทมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช และโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านทรัพยากรบุคคล สาเหตุของโรคเกิดจากด้านร่างกายและด้านจิตสังคม การรักษาต้องผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกาย คือการใช้ยา และการรักษาจิตสังคมเข้าด้วยกันจึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด และเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการพยากรณ์โรค จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วย ทำให้ทราบแนวโน้มของการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก สามารถนำมาวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ เป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลและในชุมชน

จากความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทข้างต้น จะเห็นได้ชัดเจนว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต มีความแตกต่างจากโรคทางกายอย่างชัดเจน ดังนั้นในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีความผิดปกติทางจิต จึงมีความแตกต่างจากการพยาบาลทั่วๆ ไป ซึ่งอาการทางจิตมีความซับซ้อน เป็นนามธรรม และมีความเฉพาะเจาะจงอย่างมาก จึงเป็นส่วนสำคัญที่พยาบาลจิตเวชจะต้องทำความเข้าใจถึงบทบาทของพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ชัดเจน เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้อง

2.1 ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมาก และได้มีผู้ให้ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชไว้หลายท่าน เช่น

Peplau (1952 อ้างใน พรจันท์ สุวรรณชาติ, 2533: 9) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นการให้ความรู้ และแรงเสริมที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้รับบริการพัฒนาบุคลิกภาพได้ดี โดยมีกลวิธีของการใช้สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมาย

Blattner (1981 อ้างใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538: 41) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่พยาบาลและผู้รับบริการ ช่วยกันสร้างความเจริญ สร้างความพึงพอใจในชีวิต และช่วยกันยกระดับความมีสุขภาพดี ได้ด้วยวิธีของความเข้าใจกันและกัน การเปิดเผยตนเองของพยาบาลต่อผู้รับบริการ

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาล เป็นกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพตั้งแต่ ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการ และครอบครัว ในลักษณะที่คำนึงถึง คนทั้งคนเป็นหน่วยเดียว นั่นคือยึดหลักปัจเจกบุคคล หรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม

Watson (1989) กล่าวถึงการพยาบาลว่าเป็นการดูแลระหว่างบุคคล ที่เน้นความเป็นมนุษย์แบบองค์รวม ที่มีจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ มีเป้าหมายของการพยาบาล เพื่อให้บุคคลมีภาวะสมดุลของ กาย จิตและจิตวิญญาณ กระบวนการดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ซึ่งต่างก็เป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ชีวิต การพยาบาลจะเกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะที่บุคคลทั้งสองเข้าถึงจิตใจกัน มีการรับรู้ตรงกันในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่ดีและเหมาะสมที่สุด

Leininger (1994) กล่าวถึงการพยาบาลว่าเป็นการดูแลและเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้อื่น การสนับสนุนส่งเสริม และการเอื้ออำนวยความสะดวก ให้กับผู้อื่นเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม ทั้งในครอบครัวและชุมชน ด้วยความเอาใจใส่ โดยมีเป้าหมายของการดูแลสุขภาพ ต้องมีองค์ความรู้ที่หลากหลาย ทั้งทางวิชาการ และความเข้าใจคุณค่า ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรม โดยการดูแลจะตอบสนองความต้องการที่มุ่งรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ ทั้งในการดำเนินชีวิต และความตายที่พึงพอใจของบุคคล

Shives (1994) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การให้ความรู้ ความเข้าใจ ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ โดยเริ่มให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด และให้การบำบัดรักษาอื่นๆ ร่วมกับบุคลากรในทีมจิตเวช

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541: 17) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็น

วิทยาศาสตร์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาล ซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะสุขภาพจิตของ บุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพึ่งพาตนเองได้

จากคำจำกัดความดังกล่าวเมื่อนำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท กล่าวได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท คือ การกระทำกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ด้วยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ พร้อมกับการให้ความรู้ การให้สุศึกษา และการป้องกันสุขภาพอย่างมีความสำคัญเท่าเทียมกัน ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพจิต และการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ความรู้ทางทฤษฎี เกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาล ซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะ สุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและพึ่งพาตนเองได้

2.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช

กระบวนการพยาบาลจิตเวชหมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ในการเข้าไปช่วยเหลือปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูล การกำหนดปัญหา การลงมือปฏิบัติการและการประเมินผล เพื่อเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหา หรือสามารถปรับตัวได้ต่อสภาพปัญหาของตนเอง (Shives, 1994)

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Assessment) แหล่งของข้อมูลคือ ผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย บันทึกของทีมสุขภาพทางโรงพยาบาล หรือสิ่งแวดล้อมในชุมชน โดยข้อมูลทางจิตเวชแบ่งเป็น ประวัติทางจิตเวช ได้แก่ การเจ็บป่วยทางจิต ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติทางสังคม และสุขภาพทั่วไป และการตรวจสุขภาพจิต ประกอบด้วย ลักษณะที่

ปรากฏ การพูด ระดับการรู้สึกตัว อารมณ์ ความคิด การรับรู้ ความสามารถทางสติปัญญา และการตัดสินใจและเข้าใจปัญหาของตน รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตและสัมภาษณ์

2. การวิเคราะห์ / วินิจฉัย (Analysis or Diagnosis) เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการ รวบรวมมาพิจารณา ตรวจสอบ เปรียบเทียบ กับสภาพทั่วไปของบุคคล ในด้านความต้องการพื้นฐาน การปฏิบัติกิจกรรมตามหน้าที่ และการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพตามสภาพสังคม ดังนั้นพยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องรู้ถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ตามทฤษฎีของ Maslow ที่เชื่อว่าพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคล เป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการ หรือลดความต้องการของตนตามลำดับ และเมื่อความต้องการของบุคคลถูกขัดขวาง จะส่งผลต่อบุคคล ซึ่งลำดับขั้นความต้องการของบุคคลตามทฤษฎีของ Maslow จากขั้นที่ 1 ถึงขั้นที่ 7 คือ ความต้องการทางด้านสรีระ ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการได้รับความรัก ความต้องการมีคุณค่า ความต้องการริเริ่ม ความต้องการรู้และเข้าใจสิ่งต่างๆ และความต้องการเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ การตั้งเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ กำหนดแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ตามความต้องการของบุคคลตามลำดับโดยเริ่มจากการพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลพื้นฐาน การพยาบาลให้ผู้ป่วยปลอดภัย การพยาบาลให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพ และการพยาบาลที่ช่วยผู้ป่วยในการทำความเข้าใจตนเองและจัดการกับสถานการณ์

4. นำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ (Intervention) การปฏิบัติการพยาบาลควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาขอรับบริการ โดยเริ่มจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยทั่วไป เมื่อได้ข้อมูลเพิ่มเติมจึงมีการปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลให้มีความเหมาะสมมากขึ้น โดยปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตามแนวทางของการพยาบาลจิตเวช ซึ่งในขั้นตอนนี้พยาบาลจะต้องมีการบันทึกพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลง วิธีการบันทึกข้อมูลใช้วิธีการที่เรียกว่า SOAP ประกอบด้วย Subjective data เป็นข้อมูลที่ได้จากคำพูดของผู้ป่วย ญาติ หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องโดยตรง Objective data เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมถึงสภาพร่างกายที่ตรวจวัดได้ Assessment เป็นการประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการ Subjective data และ Objective data และ Plan เป็นการวางแผนการพยาบาลที่จำเพาะเจาะจงตามปัญหาของผู้ป่วย

5. การประเมินผล (Evaluation) เป็นการเปรียบเทียบผลของการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วยว่าได้ผลเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยแบ่งการประเมินเป็น 2 ด้านคือ ประเมินจากพัฒนาการของผู้ป่วย และประเมินจากการปฏิบัติงานของพยาบาล

นอกจากนี้ ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชจะต้องมีการประเมินเพื่อแบ่งประเภทผู้ป่วย เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถเลือกแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละประเภทได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยทางจิตจึงเป็นเครื่องมือที่พยาบาลใช้ในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อจัดกลุ่มผู้ป่วยให้เหมาะสมกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย และสามารถวางแผนการพยาบาลได้สอดคล้องกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย การจำแนกประเภทผู้ป่วย เป็นการให้ค่าความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในรูปปริมาณ ตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละคน

จากกระบวนการพยาบาลดังกล่าวนี้ ต้องมีการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีมีโนมติทางการพยาบาล ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ สิ่งแวดล้อม บุคคล สุขภาพ และการพยาบาล โดยมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการพยาบาล โดยตรง สอดคล้องกับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

1. สิ่งแวดล้อม การให้ความสนใจต่อการให้ผู้ป่วยทางจิตรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลน้อยที่สุด และใช้วิธีการบำบัดทางจิตแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม เป็นวิธีการที่ช่วยสร้างบรรยากาศของสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการบำบัดเรียกว่า สิ่งแวดล้อมบำบัดหรือ Therapeutic Milieu ซึ่งเป็นการจัดให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวในสังคมได้อย่างต่อเนื่อง (Reed, 1987)

2. บุคคล ทฤษฎีการพยาบาลของ Rogers (1986) มีแนวคิดว่ามนุษย์เป็นหน่วยเดียว และเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมทั้งทางบวกและทางลบตลอดชีวิต กล่าวคือ มีความต่อเนื่อง ไม่ซ้ำแบบ และเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ จะผ่านกระบวนการที่ซับซ้อนมากขึ้นเรื่อยๆ ตลอดชีวิต หากบุคคลมีจังหวะชีวิตที่เหมาะสม จะมีผลต่อการมีสุขภาพจิตที่ดีด้วย จากแนวคิดดังกล่าว การทำความเข้าใจกับรูปแบบการป้องกันตนเอง การเผชิญปัญหา รูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ และรูปแบบความคิดของบุคคล จะช่วยในการแปลความหมายของพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ถูกต้อง โดย Rogers สรุปแนวคิดเกี่ยวกับคนว่า คนเป็นระบบเปิด มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และมีลักษณะเฉพาะโดยธรรมชาติ ซึ่งการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาสุขภาพจิตของบุคคล ดังนั้นการลดปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ต้องพิจารณา องค์ประกอบ 4 มิติ ไม่ว่าจะเป็นปัญหานั้นจะเป็นสาเหตุที่เกิดขึ้นในอดีต หรือความคาดหวังในอนาคต เพราะในที่สุดบุคคลก็จะรับรู้แต่สิ่งที่เป็นปัจจุบันขณะนี้เท่านั้น

ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชจึงเน้นปัญหาและความต้องการในปัจจุบันเท่านั้น ซึ่งแนวคิดของ Parse (1981) มีรายละเอียดเพิ่มเติมคือ การอธิบายธรรมชาติของบุคคลในส่วนที่เป็น

จริงและส่วนที่เกินจริง จึงให้ความสนใจกับพฤติกรรมทั้งที่เป็นคำพูดและไม่ใช้คำพูด ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้นถึง ความคิด การให้คุณค่า พลัง และการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เมื่อนำไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช การใช้เทคนิคเพื่อการบำบัดต่างๆ เช่น การปรับเปลี่ยนทัศนคติ เป็นวิธีการที่สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยทางจิต ซึ่งมีปัญหาทางพฤติกรรมที่มีสาเหตุจากการรับรู้ไม่ถูกต้องตามความจริง

3. สุขภาพ กระบวนการชีวิตได้รวมถึงประสบการณ์ทั้งทางบวกและทางลบที่บุคคลได้จากการเจ็บป่วย รวมถึงการรับรู้ถึงการเจ็บป่วยนั้น การแสดงออกถึงภาวะสุขภาพเป็นแบบแผนระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (Parse, 1981) นอกจากนี้แบบแผนสุขภาพยังขึ้นอยู่กับ การประเมินค่าและการเลือกของบุคคลด้วย (Rogers, 1986) เมื่อนำมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชนั้น เป้าหมายสำคัญอยู่ภายใต้การประเมินคุณค่าซึ่งมีผลต่อประสบการณ์ส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น สัมพันธภาพ ความเป็นอิสระ การรับรู้ความเป็นจริง และการยอมรับตนเอง

4. การพยาบาล แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Peplau (1952) กล่าวถึง กระบวนการระหว่างบุคคลที่พยาบาลใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชนั้น ประกอบด้วยกระบวนการระหว่างบุคคล 4 ระยะ คือ ระยะปฐมนิเทศ ระยะสร้างความชัดเจน ระยะช่วยเหลือหรือทำประโยชน์ และระยะผ่อนคลาย ในกระบวนการระหว่างบุคคลนั้นพยาบาลควรใช้แนวทางการปฏิสัมพันธ์โดยบทบาทของพยาบาลคือบทบาทของคนแปลกหน้า บทบาทของผู้เป็นแหล่งช่วยเหลือ และบทบาทการเป็นที่ปรึกษา ซึ่งสัมพันธภาพเกิดจาก ความเชื่อ ประสบการณ์ ความคาดหวัง และแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และบุคลิกภาพที่หลากหลาย รวมทั้งแนวคิดการอยู่ร่วมกันในสังคม ซึ่งมีความหมายต่อการพยาบาลจิตเวช ส่วนแนวคิดของ Orem (1980) เน้นความสำคัญของทักษะความสามารถของบุคคล ซึ่งมีลักษณะเฉพาะเพื่อสุขภาพและการมีชีวิตที่ดี ทักษะการรู้คิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร การพัฒนา และทักษะระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยที่ต้องมีก่อนการเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองของบุคคล โดยเฉพาะการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ซึ่งมีความซับซ้อนและเป็นนามธรรม

2.3 แนวทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติเป็น 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) ได้แก่

1. การส่งเสริมสุขภาพจิต มีหลักเกณฑ์ว่า สุขภาพจิตดีจะมีพื้นฐานจากการมีกำเนิดที่ดีมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ซึ่ง Johnson (1993) กล่าวว่า การได้รับความรัก ความอบอุ่นอย่าง

เหมาะสม มีความไว้วางใจผู้อื่น การได้รับการฝึกการแสดงออกที่เหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมั่นคงทางจิตใจให้ความรักผู้อื่นได้ ยอมรับตนเอง ไม่มีปมด้อย บุคคลที่มีคุณสมบัติดังกล่าวจะมีพื้นฐานจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ดี สามารถอยู่ในสังคม และทำประโยชน์แก่ตนเองและสังคมได้

2. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิตเกิดกับบุคคลทุกเพศทุกวัย เนื่องจากบุคคลมีพัฒนาการตามวัย การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และความรับผิดชอบหน้าที่ในสังคม มีปัจจัยหลายประการที่ทำให้บุคคลต้องดิ้นรนเพื่อการดำรงชีวิต จึงอาจเกิดความขัดแย้ง ความคับข้องใจ ความเครียด และความวิตกกังวลได้

3. การบำบัดรักษา เมื่อบุคคลมีปัญหาด้านสุขภาพจิต แล้วไม่ขจัดให้หมดไปโดยเร็ว อาจทำให้เจ็บป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาทได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ เศรษฐกิจและสังคมมาก

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยทางจิตจะขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจไม่ดี ขาดความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งขาดการดูแลช่วยเหลือตนเอง

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชดังกล่าว จะปฏิบัติงานอยู่ใน 3 ลักษณะ คือ การปฏิบัติงานที่ไม่อิสระคือต้องให้การบำบัดรักษาตามคำสั่งทางการแพทย์ การปฏิบัติหน้าที่กึ่งอิสระคือการปฏิบัติงานที่ใช้การพิจารณาตัดสินใจบนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ ทักษะและประสบการณ์ และการปฏิบัติงานอย่างอิสระคือการพยาบาลและบำบัดรักษาในขอบเขตของวิชาชีพ โดยอาศัยความรู้ หลักการ ทักษะและประสบการณ์ ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภท มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องยึดหลักการปฏิบัติการพยาบาลเป็นแนวทางในการดำเนินการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยเร็ว

นอกจากนี้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแล้ว การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) เป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งเมื่อประกอบกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุด และทำให้บรรลุงานสูงสุด

ขนาดของกลุ่ม และระยะเวลาของการเข้าร่วมกลุ่มมีส่วนสำคัญมากต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วยซึ่งได้มีผู้กล่าวถึงเรื่องนี้หลายท่าน เช่น

Alberti & Emmons (1982) กล่าวว่า การฝึกพฤติกรรมนั้น ถ้ากลุ่มมีขนาด 5 - 12 คน โดยใช้เวลาในการฝึกทั้งหมด 5 - 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง ก็จะทำให้การฝึกมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับการฝึกที่มีระยะเวลาสั้น

Kanfer & Goldstein (1975) กล่าวว่า ขนาดของกลุ่มที่ใช้ในการฝึก ควรมีสมาชิก ตั้งแต่ 8 - 10 คน และจำนวนครั้งที่ใช้ในการฝึกควรเป็น 6 - 8 ครั้ง จะทำให้การฝึกได้ผลดีที่สุด

หลุยส์ จำปาเทศ (2532) กล่าวว่า การฝึกพฤติกรรมสามารถกระทำได้ทั้งเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล แต่มีความเชื่อว่าการทำเป็นรายกลุ่มโดยทั่วไปแล้วจะได้ผลดีกว่าการฝึกเป็นรายบุคคลเช่น การฝึกเป็นกลุ่มสมาชิกจะได้รับการกระตุ้น หรือการเสริมแรงจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม และสมาชิกในกลุ่มจะสามารถเรียนรู้ความแตกต่างของสมาชิกในกลุ่ม ยอมรับสิทธิของเพื่อนสมาชิกที่เสนอเหตุผลตามความคิดของเขา

จากการศึกษาขนาดของกลุ่ม และระยะเวลาในการฝึกดังกล่าว สรุปได้ว่าจำนวนขนาด และระยะเวลาที่เหมาะสมที่ผู้วิจัยพิจารณาคือ กลุ่มละประมาณ 5 คน เข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 60 นาที ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ เนื่องจากผู้ป่วยเฉลี่ยแล้วอยู่โรงพยาบาล ประมาณ 3 - 6 สัปดาห์ (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534) โดยการทำกลุ่มใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม ซึ่ง Nicol (อ้างในสุขภาพจิต, 2541) ได้พัฒนาการแนวทางการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb (1984 อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2541) ร่วมกับการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) และได้เสนอว่าประสบการณ์เป็นแหล่งของการเรียนรู้ และการพัฒนาในลักษณะการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม จะทำให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมสูงสุด และทำให้เกิดการเรียนรู้ได้สูงสุด

องค์ประกอบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Kolb, 1984 อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2541) ประกอบด้วย

(1) ประสบการณ์เชิงรูปธรรม (Concrete Experience) ซึ่งผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตนเองมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้

(2) การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) หรือการสะท้อนความคิด และการถกเถียง (Reflect and Discussion) ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนมีโอกาสแสดงออกเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง

(3) มโนทัศน์เชิงนามธรรม (Abstract Conceptualization) หรือการเกิดความเข้าใจ และความคิดรวบยอด อาจเกิดจากฝ่ายผู้เรียนเป็นฝ่ายริเริ่ม แล้วผู้สอนเป็นฝ่ายเติมแต่งให้สมบูรณ์

หรือในทางกลับกันผู้สอนเป็นผู้นำทาง และผู้เรียนเป็นผู้สานต่อจนความคิดนั้นสมบูรณ์ กลายเป็นความคิดรวบยอด

(4) การทดลองปฏิบัติ (Active Experimental) เป็นการทดลอง หรือประยุกต์แนวคิด (Experiment or Application) โดยผู้เรียนนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ จนเกิดเป็นแนวทางการปฏิบัติของผู้เรียนเอง

ในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ ผู้ดูแลทุกคนซึ่งมีประสบการณ์ติดตัวมา จะสามารถใช้ประสบการณ์ของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุด หรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นตลอดจนทดลองใช้ความรู้ที่เรียนมาไปสู่การปฏิบัติได้ ทั้งนี้เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาศักยภาพภายในตัวบุคคล ให้รับรู้ประโยชน์ของการกระทำ

2.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา สามารถสรุปพฤติกรรมในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ การใช้ยาตามความต้องการของตนเอง ซึ่งอาจมากกว่าหรือน้อยกว่าแผนการรักษาที่กำหนดไว้ ใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะยาที่ต้องรับประทานเวลาก่อนนอน ซึ่งมีผลต่อการนอนหลับของผู้ป่วย นำยาผู้อื่นมารับประทาน หรือแบ่งยาของตนเองให้ผู้อื่นรับประทาน ใช้ยาผิดวิธี โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับการรักษานาน หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ญาติหรือผู้ดูแลอาจนำยาผสมในอาหารหรือเครื่องดื่ม ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่เพียงพอ และการใช้ยาทั้งหมดอายุหรือเสื่อมคุณภาพ การที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นปัญหาที่สำคัญ และมีความเกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำ การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการปรับตัวในสังคมที่ไม่ดี ซึ่ง Corrigan et al. (1990) กล่าวว่า เป็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องที่เชื่อว่าการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีหรือไม่ เกิดจากแรงจูงใจหรือการต่อต้านของผู้ป่วยเอง โดยบุคลากรสามารถเข้าไปเกี่ยวข้องได้น้อยมาก ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและมีแนวทางปฏิบัติกรพยาบาลหลากหลายวิธี เช่น

1. การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education) Kay (1998) กล่าวว่า วิธีการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อวางแผนเพิ่มการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และวิธีการเผชิญความเครียด ร่วมกับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพจิต เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาดีขึ้น ลดการป่วยซ้ำ นอกจากนี้วิธีการสอนที่ปฏิบัติในกลุ่มครอบครัวที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้แต่ละครอบครัวมีเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. การดูแลในชุมชน (Community programs) Olofson (1990 cited in Kay, 1998) กล่าวว่า การดูแลในชุมชนที่จะได้ผล ต้องสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งต้องมีการดูแลที่สามารถส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพของผู้ป่วยด้วย จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติ เป็นการดูแล ผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนเกี่ยวกับการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งการติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง และการได้รับการรักษาที่เหมาะสม และ Forman (1993) กล่าวว่าแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

(1) คำนึงถึงสาเหตุสำคัญของ การไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา 3 ปัจจัย คือ ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา การขาดความรู้ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ

(2) ทำความเข้าใจกับเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย

(3) การปฏิบัติการพยาบาล เช่น การสอนรายกลุ่มและรายบุคคลเกี่ยวกับการใช้ยา โดยกลุ่มจะต้องประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มีลักษณะความเจ็บป่วย และความสามารถในการทำหน้าที่คล้ายคลึงกัน โดยกระตุ้นให้กลุ่มเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การ และปัญหาการใช้ยารักษาทางจิต โดยระหว่างกระบวนการกลุ่มพยาบาลสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับยา ความเจ็บป่วยตามความพร้อมของผู้ป่วย

(4) ความร่วมมือจะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วยและพยาบาล

3. การเสริมสร้างการมีส่วนร่วม โดย Marland (1999) ได้กล่าวถึงแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ที่ใช้วิธีการเพิ่มความมีอิสระ (autonomy) และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มีขั้นตอนการปฏิบัติ คือ

(1) การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ป่วย หรือผู้ดูแล พยาบาลสามารถใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Orem ในการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ต้องอาศัยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญ เกี่ยวกับการรับรู้ ความคิดของผู้ป่วย สิ่งที่ยาบาลจำเป็นต้องประเมิน คือ อาการผิดปกติที่รบกวนผู้ป่วย ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการรักษา

(2) การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ขึ้นอยู่กับกาได้รับข้อมูล การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการยินยอมรับการรักษา ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องการตัดสินใจ ดังนั้นสิทธิในการตัดสินใจอย่างถูกต้องด้วยตัวของผู้ป่วยเอง ยังเป็นเรื่องที่ถูกละเลยอย่างกว้างขวางและเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะของพยาบาลจิตเวช ในการส่งเสริมผู้ป่วยที่มีความสามารถในการตัดสินใจแตกต่างกัน ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่มีความบกพร่องในการตัดสินใจ

และสามารถตัดสินใจอย่างอิสระ Marland (1999) เสนอแนวทางการปฏิบัติว่าถ้าผู้ป่วยปฏิเสธ การเจ็บป่วย การให้แรงจูงใจเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อรักษา การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์การเรียนรู้ ก่อนจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง แต่สำหรับผู้ป่วย บางรายการใช้ยาเพื่อการรักษาเป็นการแสดงถึงการต้องพึ่งพา พยาบาลจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วย เกิดการรับรู้ว่ายาสสามารถควบคุมชีวิตให้ปกติ (Litrell, 1996 cited in Marland, 1999) และ เป้าหมายของการรักษาต้องเกิดจากมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ญาติ พยาบาล และทีมสุขภาพ

(3) การส่งเสริมความร่วมมือ เหตุผลของไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน การปฏิบัติกรพยาบาลจะต้องปฏิบัติตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล และผู้ป่วยควรได้รับการติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การเรียนรู้ของผู้ป่วยเพื่อแยกอาการแสดงที่ผิดปกติ การจัดการกับความผิดปกติเกี่ยวกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา การรับรู้ของผู้ป่วยว่าสามารถพูดคุยถึงการปรับเปลี่ยนเวลาในการรับประทานยาที่เป็นอุปสรรค ในการดำเนินชีวิต เช่น ต้องทำงานตอนกลางคืน อาจปรับยาก่อนนอนเป็นเวลากลางวัน เป็นเรื่อง ที่พยาบาลและบุคลากรในทีมต้องคำนึงถึง นอกจากนี้ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องเหตุผล ในการใช้ยา ขึ้นอยู่กับความพร้อม ข้อจำกัดและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย การประเมิน สภาพผู้ป่วย แหล่งสนับสนุน การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในแหล่งบริการที่สะดวก เป็นต้น

(4) การประเมินผล การประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยอย่างเดียวอาจไม่ เพียงพอ การสังเกตการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยญาติผู้ดูแล พยาบาล และทีมสุขภาพ หรือการติดตาม อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจะต้องใช้ควบคู่กัน การเปิดเผยความจริงจากผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อ ผู้ป่วยมีความรู้สึกไว้วางใจว่าสามารถบอกถึงความต้องการของตนเอง

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ส่งเสริมให้ ผู้ป่วยพูดคุยอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้ยา การตรวจสอบผู้ป่วยอาจต้องมีการ พูดคุยทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร เพื่อรักษาสัมพันธภาพ ความรู้สึกไว้วางใจ ให้เกิดผลดี ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาต่อไป โดยใช้กิจกรรมกลุ่มและการดูแลเป็นรายบุคคล

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช จะช่วยให้พยาบาลจิตเวชเข้าใจผู้ป่วยทางจิต ครอบคลุม และชุมชนได้ดีขึ้น โดยเฉพาะการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีความแตกต่างจากโรคทางจิตเวชอื่นๆ อย่างชัดเจน และมีลักษณะอาการของโรคที่มีความเฉพาะ พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็นต้องมี ความรู้พื้นฐานในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท เพียงพอที่จะนำไปปรับใช้ให้เหมาะสม กับผู้ป่วยแต่ละ ราย ที่มีความเฉพาะในแต่ละบุคคล เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรง ชีวิตอยู่กับครอบครัว และสังคมได้อย่างปกติสุข

3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลวิธีหนึ่งที่ได้รับคามนิยมในการนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชซึ่งถูกตัดสินว่าด้อยความสามารถและขาดความสามารถในการควบคุม การคิด และการตัดสินใจ ดังนั้นการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้จึงต้องมีการพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่จะให้การพยาบาล

3.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Suk Bling (1998: 19-20) ได้รวบรวมคำจำกัดความเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามทัศนะของนักวิชาการไว้หลายท่าน ซึ่งสรุปว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการร่วมมือในการรักษา ในส่วนของชุมชน ด้วยการบูรณาการเข้าไปในวิถีชีวิต ทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนความรู้สึกจากบุคคลที่ไม่มีคุณค่าไปสู่การยอมรับว่าตนเองมีความสามารถอย่างแท้จริง เป็นกระบวนการซึ่งบุคคล องค์กร และชุมชนสามารถควบคุมสิ่งที่ตนเองสนใจหรือเกี่ยวข้องได้

Conger and Kanungo (1988) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการเพิ่มความรู้สึกถึงประสิทธิภาพของตนในฐานะสมาชิกขององค์กร ด้วยการพิจารณาสถานการณ์ที่ทำให้สูญเสียพลังอำนาจ และกำจัดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจด้วยการสนับสนุนข้อมูลที่มีประสิทธิภาพขององค์กรทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

Jones and Meleis (1993) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจคือการค้นหาสภาพการณ์ ทรัพยากร และเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้บรรลุความต้องการของบุคคล

Miller (1992) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจสำหรับบุคคล

Dunst, Trivette and Deal (1994) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการค้นหาความต้องการของครอบครัว กำหนดแหล่งทรัพยากรทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และสนับสนุนให้เกิดการบรรลุตามความต้องการ พร้อมทั้งช่วยครอบครัวให้ใช้ ความสามารถที่มีอยู่พร้อมไปกับการเรียนรู้ทักษะใหม่

Gibson (1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของบุคคลที่จะใช้พัฒนาและใช้ความรู้ที่จำเป็น ความสามารถและความเชื่อมั่นที่จะทำให้ความคิดของตนเองมีความหมาย เป็นกระบวนการทางสังคม ที่ให้การยอมรับ ส่งเสริม และพัฒนาความสามารถของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตน เป็น

การเพิ่มพูนความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง และการสร้างประสิทธิภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล

Zimmerman (1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการมีส่วนร่วมในการกระทำ เพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากร หรือความสามารถที่จะเพิ่มการควบคุมต่อชีวิตของบุคคลและบรรลุเป้าหมายที่สำคัญของชีวิต เป็นการส่งเสริมโอกาสในการเรียนรู้ทักษะและพัฒนาความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมผลของปัญหาที่มีต่อการดำรงชีวิต

Clifford (1992: 1) ให้ความหมายว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มีจุดเริ่มต้นจากความรู้สึกไร้อำนาจของบุคคล ให้มีความรู้สึกมั่นในการทำงาน และมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2539: 11) กล่าวถึงความเชื่อพื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ มุ่งเน้นที่การนำเอาศักยภาพทางปัญญา และพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด แก่ตนเองและผู้อื่น เป็นแนวคิดที่มีความเกี่ยวเนื่องอย่างชัดเจนกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องครบวงจร และเป็นการสร้างสถานการณ์และการเริ่มต้นใหม่ที่มากกว่าการมีส่วนร่วมของบุคคล และได้สรุปความหมายเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson (1991) ไว้ 10 ประการ คือ

(1) เป็นกระบวนการที่บุคคล องค์กรหรือชุมชนใช้ในการให้ได้มาซึ่งความสามารถในการควบคุมกำกับการดำรงชีวิตของตนเอง

(2) เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก และมีลักษณะที่ทั้งสองฝ่ายต้องใช้ความพยายามร่วมกัน

(3) การเพิ่มพูนความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน และการสร้างประสิทธิภาพของตนในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล ตลอดจนการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมด้วย

(4) การที่บุคคลเรียนรู้การใช้ทรัพยากรร่วมกัน การทำงานร่วมกันซึ่งเป็นการเชื่อมโยงทรัพยากรที่มีอยู่ภายในบุคคล ภายนอกบุคคล และที่มีอยู่ในชุมชน

(5) กระบวนการที่มีลักษณะสำคัญที่มีการปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างประโยชน์ร่วมกันที่มุ่งเพิ่มความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้นในโครงสร้างและสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ในหน่วยเล็กและหน่วยใหญ่คือชุมชน

(6) กระบวนการที่เป็นการหาทางออก ทางแก้ปัญหามากกว่าที่ตัวปัญหา เน้นที่ความแข็งแกร่ง สิทธิและความสามารถของบุคคลมากกว่าข้อจำกัดหรือจุดด้อยของบุคคล

(7) กระบวนการที่มีกลไกเกี่ยวกับอำนาจของบุคคล มีทั้งการให้และการรับอำนาจ หรือการใช้อำนาจร่วมกัน ไม่ใช่เพียงผู้ใช้อำนาจพยายามสร้างอำนาจ แต่รวมถึงผู้มีอำนาจมีการใช้ และถ่ายโอนอำนาจ

(8) กระบวนการที่เป็นการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก หรือกระทำกิจกรรม ร่วมกัน เพื่อให้มีความเจริญเติบโต และการพัฒนาการของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน เพื่อให้บุคคลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะที่ตั้งใจ

(9) กระบวนการของการช่วยเหลือบุคคลให้ประสบความสำเร็จในการควบคุม สิ่งแวดล้อมและควบคุมหรือกำหนดทิศทางชีวิตของตนเองได้

(10) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคมของการแสดงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง และความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจ สามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้

จากคำจำกัดความดังกล่าวข้างต้น เมื่อนำมาให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยจิตเภท อาจกล่าวได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการในการพัฒนา และเสริมสร้างความสามารถของบุคคล ในการควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเอง เสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความรู้สึกมั่นใจ เป็นตัวของตัวเอง มีความเป็นอิสระ และรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ พอสรุปแนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถ การเป็นหุ้นส่วนและการยอมรับในคุณค่าของบุคคล เป็นกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงเพื่อเพิ่มแหล่งพลังอำนาจ และเป็นกระบวนการของการมีส่วนร่วม

การเสริมสร้างพลังอำนาจในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ การค้นหาระดับของแหล่งอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประเมินพฤติกรรม สภาวะสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา เสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ไขปัญหาตนเองโดยการสะท้อนคิด ให้ข้อมูล วิธีการ แนวทางในการแก้ปัญหา ให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหา และแนวทางในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง สนับสนุนให้ความช่วยเหลือ และยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย สร้างเสริมแหล่งของอำนาจ ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา ร่วมมือกับผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการที่แท้จริง และเอื้ออำนวยให้สามารถจัดการปัญหาสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งให้ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังด้วยตนเอง

ให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมประเมินผลสำเร็จของเป้าหมายที่ได้ดำเนินการตามแผน เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม และสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสมช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาวะการเจ็บป่วยมองเห็นคุณค่าของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นสิ่งที่ได้ทำงานร่วมกับพยาบาล เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดทัศนคติ เป็นแรงสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยนำความรู้ความสามารถที่มีอยู่ ไปใช้ในการจัดการกับสภาพปัญหาด้วยความมั่นใจ

3.2 องค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากการประมวลแนวคิดและวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจากงานวิจัยหลายฉบับ ทำให้ได้องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยสรุปดังนี้

Funnell et al. (1991) กล่าวว่ากระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย

(1) ข้อมูลและการให้ความรู้ (Information and education) ได้แก่ ความรู้ที่เพียงพอต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผล การควบคุมแหล่งทรัพยากรที่เพียงพอต่อการลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ และประสบการณ์ในการประเมินประสิทธิผลของการตัดสินใจ

(2) ความรู้ (Knowledge) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะได้รับการตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับคุณค่า ความต้องการ เป้าหมายและแรงบันดาลใจในตนเอง ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือส่งเสริมการกำหนดตนเอง (Self-regulation) อันจะเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคลทางด้านสุขภาพและความผาสุก มีความรู้ ทักษะ ทัศนคติ และการตระหนักรู้ในตนเองที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

Hawkes (1992) กล่าวว่า องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

(1) ผู้ป่วย ที่มีคุณลักษณะ ความตั้งใจที่จะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจและรับผิดชอบ มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจ สิ่งที่ต้องคิดก่อนทำคือ ความไว้วางใจ ความจริงใจ ความซื่อสัตย์ เปิดเผย ทักษะส่วนบุคคล ทักษะในการสื่อสาร และการเคารพซึ่งกันและกัน กระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ การสื่อสารที่เปิดเผย การตั้งเป้าหมายและตัดสินใจร่วมกัน การใช้พฤติกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดหาสิ่งแวดล้อม เครื่องมือ และแหล่งทรัพยากรที่จำเป็น ส่วนผลลัพธ์คือ เพิ่มความสามารถและประสิทธิภาพในการกำหนดและดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายสำหรับแต่ละบุคคล

(2) พยาบาลที่มีคุณลักษณะการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและใช้ทักษะของวิชาชีพ สิ่งที่ต้องคิดก่อนทำ คือการยอมรับในคุณค่าของบุคคลอื่น การยอมรับบุคคลอย่างที่เขาเป็นส่วน ผลลัพธ์ คือพึงพอใจกับการเติบโตของตนและผู้อื่น

Gibson (1995) กล่าวว่า สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความมุ่งมั่นทุ่มเท ความรัก และความผูกพัน โดยใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การค้นหา สภาพการณ์จริง การสะท้อนคิด การดำเนินการด้วยตนเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนผลลัพธ์ คือ ความสามารถในการมีส่วนร่วมคือ พัฒนาทางด้านความรู้ ความสามารถในการดูแล พัฒนาความเชื่อมั่นในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผลต่อเนื่อง คือ เป้าหมายและความหมายในชีวิต การพัฒนาตนเอง ความพึงพอใจ และการรับรู้ความสำเร็จ

Mackintosh (1995) กล่าวว่า กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย การสร้างแรงจูงใจ ความมั่นใจในตนเองและทักษะ จะช่วยให้บุคคลสามารถที่จะค้นหา ความต้องการทางด้านสุขภาพของตน และดำเนินกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความต้องการของตน ส่วนผลลัพธ์ คือ เอื้ออำนวยการตัดสินใจ ด้วยการเปลี่ยนแปลงแนวคิดและเพิ่มการนับถือตนเอง ประเมินทักษะชีวิตที่ผู้ป่วยได้มา และทักษะในการตัดสินใจ

Rodwell (1996) กล่าวว่า คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย กระบวนการช่วยเหลือ การเป็นหุ้นส่วนที่ยอมรับในคุณค่าของตนเองและผู้อื่น การตัดสินใจร่วมกัน โดยใช้แหล่งทรัพยากร การให้โอกาสและอำนาจตามที่ได้รับมอบหมาย รวมทั้งอิสระในการสร้าง ทางเลือก และยอมรับต่อหน้าที่ความรับผิดชอบ สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อน คือ ความไว้วางใจ และเคารพซึ่งกันและกัน การให้ความรู้และการสนับสนุน การมีส่วนร่วม และความมุ่งมั่นทุ่มเท โดยมี กระบวนการในการปฏิบัติการ มีการเปลี่ยนแปลงการให้บริการพยาบาลที่ใกล้ชิด และสร้างความร่วมมือที่เหมาะสม รวมถึงเป้าหมายที่เป็นไปได้ ส่วนผลลัพธ์ คือ ความนับถือตนเองใน ทางบวก ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ความรู้สึกถึงการควบคุมชีวิตของตนและกระบวนการของการเปลี่ยนแปลง และความรู้สึกถึงความหวังต่ออนาคต

Bling (1998) กล่าวว่า คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย กระบวนการสร้างแรงจูงใจ กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ การแสวงหาความรู้และทักษะ และ กระบวนการของการปรับเปลี่ยนความคิด สิ่งที่ต้องคิดก่อน คือ การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นทุ่มเท รับรู้ถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ ความสนใจ และความหวัง โดยมี กระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ

(1) การค้นหาสิ่งกระตุ้นความเครียด ความสนใจ และจุดแข็ง ได้แก่ ค้นหาเป้าหมายและความสนใจของผู้ป่วยจากทัศนคติของผู้ป่วย ลดปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย ตระหนักถึงจุดแข็งของผู้ป่วย และปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคล

(2) เอื้ออำนวยการปรับเปลี่ยนความคิด ได้แก่ กระตุ้นให้เกิดความมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ช่วยผู้ป่วยในการต่อรองต่อเป้าหมายใหม่ เอื้ออำนวยให้เกิดทัศนคติทางบวก และสร้างความหวัง

(3) เพิ่มแหล่งทรัพยากร ได้แก่ สร้างเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล การใช้กระบวนการกลุ่มสนับสนุนกันเองเอื้ออำนวยสื่อสารระหว่างสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วย เพิ่มแหล่งทรัพยากรทางกายภาพ เอื้ออำนวยให้เกิดความรู้และทักษะ สนับสนุนการตัดสินใจ และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบ่งเป็น ผลลัพธ์ที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความหมายแก่ชีวิตและการมีความหวัง ความเชื่อมั่น ความรู้ และทักษะ และการมองโลกในแง่ดี และผลต่อเนื้อที่มีต่อพฤติกรรม ได้แก่ ความมุ่งมั่นผูกพันต่อการรักษาพยาบาล การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และความผาสุกทางจิต

Berger et al. (2000) กล่าวว่า คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

(1) บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพของตน จึงมีหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพของตน

(2) การยอมรับความสามารถของบุคคลที่จะเติบโตและประเมินตนเอง

(3) เจ้าหน้าที่สุขภาพไม่สามารถให้อำนาจแก่บุคคล แต่บุคคลต้องสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง

(4) เจ้าหน้าที่สุขภาพต้องยอมรับต่อความต้องการของชุมชนในการที่จะควบคุมและปรับปรุงตนเอง

โดยมีกระบวนการ 6 ขั้นตอนคือ การศึกษาถึงครรลองชีวิตของผู้ป่วย การศึกษาถึงกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยคิดว่าดีสำหรับตน การสนับสนุนด้านข้อมูล การค้นหาปัจจุบันและอนาคต และช่วยเหลือในการตัดสินใจ ผลลัพธ์คือ เกิดความมุ่งมั่นผูกพันต่อการรักษาพยาบาล ด้วยแผนการรักษาที่เหมาะสม ได้แก่ ทักษะในการสื่อสาร ทักษะในการค้นหาข้อมูล ทักษะในการกระทำด้วยความมั่นใจ ทักษะในการตัดสินใจ ทักษะในการเผชิญปัญหา และทักษะในการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม

องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจสรุปได้ 4 ประเด็น (ดารณี จามจุรี, 2545) คือ

1. คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่

(1) เจ้าหน้าที่สุขภาพ ใช้ทักษะวิชาชีพที่สำคัญ ได้แก่ ทักษะในการสื่อสาร ทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และทักษะการใช้อำนาจในการรักษาพยาบาลในทางบวก

(2) ผู้ป่วย มีความตั้งใจที่จะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ หน้าที่ความรับผิดชอบ และการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจ

(3) การเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน ในการเสริมสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาล ได้แก่ การให้ความเคารพต่อความเชื่อ ค่านิยม และประสบการณ์ของบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความเชื่อในความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจ การยอมรับในหน้าที่และการกระทำของผู้ป่วย ความมุ่งมั่นทุ่มเทที่มีร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วย ในการกระทำที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

3. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากการทบทวนองค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

(1) การสร้างความร่วมมือ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกันในอันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(2) การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นการประเมินครองชีวิตของผู้ป่วยตามทัศนะของผู้ป่วยเอง ว่าผู้ป่วยมีมุมมองอย่างไร ต่อภาวะสุขภาพดีและไม่ดี อะไรที่ชอบหรือไม่ชอบเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ขั้นตอนนี้จะช่วยให้พยาบาลทราบภาพโดยทั่วไปของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และความปรารถนาของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและสร้างพฤติกรรมใหม่ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับความเชื่อทางด้านสุขภาพของตน (Berger and Anderson-Harper and Kavookjan, 2000: 6) รวมถึงช่วยให้บุคคลยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนตามความเป็นจริง และทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง (Gibson, 1995)

(3) การสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจสถานการณ์ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์รอบด้าน เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่

เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง และเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแลที่ได้รับ จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้อำนาจมองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงที่ดียิ่งขึ้น ในขั้นนี้ จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง จากเดิมที่คิดว่าตนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไปสู่ความคิดที่ว่าตนไม่ได้ไร้ความสามารถทุกอย่าง บุคคลจะมีทางเลือกในการปฏิบัติ ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตน ความสามารถ ความถูกต้องของตน เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะของตนในการดูแลตนเองมากขึ้น กล่าวได้ว่า ขั้นตอนนี้ นำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้ บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถ และมีพลังมากขึ้น (Gibson, 1995: 1203)

(4) การสนับสนุน เอื้ออำนวย ข้อมูล ความรู้ ทักษะ แหล่งทรัพยากร และสร้างแรงจูงใจ ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผล และเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติ ตามที่ได้ตัดสินใจและสามารถประเมินประสิทธิภาพของการตัดสินใจ โดยความต้องการการสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากรนั้น เกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเอง ที่มองเห็นว่า สิ่งเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ และดำเนินกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง บทบาทของพยาบาลไม่ใช่ ผู้จัดการให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะ ตามที่พยาบาลเห็นว่าเหมาะสมต่อโรคหรือสภาพความเจ็บป่วย แต่บทบาทของพยาบาล คือการร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ถึงสิ่งที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(5) การดำเนินการด้วยตนเอง ในขั้นตอนนี้บุคคลจะดำเนินการแก้ปัญหาหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งมีทางเลือกหลายวิธีการ ขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาของบุคคลที่มีความแตกต่างกัน ภายใต้เงื่อนไข (พนารัตน์ เจนจบ, 2542: 29) คือ

- ก. เป็นวิธีการที่แก้ปัญหาให้ตนเองได้
- ข. สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ
- ค. ผู้ป่วยได้รับความเข้าใจและสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง
- ง. ผ่านการร่วมปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ
- จ. เป็นวิธีที่สร้างความยอมรับและเปิดกว้างให้ผู้ป่วยอื่นๆ นำไปใช้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

โดยมีแนวทางการดำเนินการด้วยตนเอง (Gibson, 1995) ประกอบด้วย

- ก. ถือว่าการดูแลเป็นการปกป้องตนเองที่เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน

ข. เรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพกับทีมสุขภาพ

ค. เรียนรู้ในการคงพฤติกรรมที่จะกระทำอย่างไม่ย่อท้อเพื่อผลดีที่ดีที่สุดให้กับตนเอง

ง. ดำเนินการต่อรองกับทีมสุขภาพเพื่อให้ความเห็นหรือความต้องการของตนเองได้รับการตอบสนอง

จ. สร้างความรู้สึกร่วมกัน การต้องการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการเลือกและตัดสินใจในการรักษา จะทำให้บุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัยเป็นประโยชน์ จากทีมสุขภาพจากการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง การสร้างสัมพันธ์ภาพและการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นกับทีมสุขภาพ ช่วยให้การแก้ไขปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

(6) การปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลได้กระทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ของตนด้วยตนเองมากขึ้น ตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพ เพื่อสุขภาพของตนและบุคคลในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อเนื่องอีกด้วย(Gibson, 1995: 1203-1208)

4. ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ ได้แก่

(1) การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้กันมากในการอธิบายลักษณะและความเชื่อที่สะท้อนความรู้สึกร่วมกันของการควบคุม หรืออิทธิพลของบุคคลที่จะเคารพต่อพฤติกรรมการแสดงออกที่หลากหลาย รวมถึงการควบคุมตนเอง และประสิทธิภาพในตน (Zimmerman, 1995: 585) โดยอธิบายภาพรวมของผลลัพธ์ ได้แก่ การนับถือตนเอง (Self-esteem) ความสามารถในการควบคุมตน (Personal control) และความสามารถในตน (Self-efficacy)

(2) การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เน้นความรู้และทักษะที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถและปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคล ความสามารถของบุคคล คุณลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะ ความคิด ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์ และกิจกรรมรวมกลุ่ม เป็นคำที่ใช้ในการอธิบายการกระทำของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Suk Bling, 1998: 31)

(3) การมีสุขภาพที่ดี (Well-being) เป็นสภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีได้แม้ว่าจะอยู่ในภาวะเปราะบางทางสุขภาพหรือการเจ็บป่วย (Orem, 1995: 184) การมีสุขภาพที่ดี หมายถึงการที่ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาพการเจ็บป่วย ตรงตามความเป็นจริง เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตของตนเองได้

มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ และเชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย (จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ, 2539: 41) ซึ่งผลลัพธ์ต่อเนื่องของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่งผลต่อสุขภาวะที่ดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Suk Bling, 1998: 280)

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เน้นความรู้และทักษะที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถและปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคล ความสามารถของบุคคล คุณลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะ ความคิด ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์ และกิจกรรมรวมกลุ่ม ทราบภาพโดยทั่วไปของพฤติกรรมสุขภาพ และความปรารถนาต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและสร้างพฤติกรรมใหม่ รวมถึงช่วยให้บุคคลยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนตามความเป็นจริง และทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง

3.3 การพยาบาลโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พยาบาลถือได้ว่าเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นจึงเป็นที่คาดหวังว่าจะดูแลและช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยเป้าหมายของการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย การควบคุมโรคและการรักษาพยาบาลตามอาการเพื่อลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดง ยับยั้งความก้าวหน้าของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค การช่วยเหลือผู้ป่วยให้เพิ่มขีดความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เหมาะสมและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง และการดำรงไว้และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย หมายถึงความสามารถที่จะแสดงบทบาทที่มีความสำคัญต่อตนเอง รับรู้ว่าคุณค่า มีความรู้สึกถึงความเป็นอิสระ มีความรู้สึกพึงพอใจกับตนเอง ความสามารถและสัมพันธภาพ และมีความรู้สึกถึงการมีสุขภาวะที่ดีแม้จะมีข้อจำกัดอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537 อ้างถึงใน ดารณี จามจรี, 2545: 74)

ถึงแม้ว่าจะมีผลกระทบทางด้านลบที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้อันเกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย สภาพทางร่างกายและจิตใจที่แย่ง การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น บทบาทที่ต้องปรับเปลี่ยน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้มีการปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเผชิญกับการเจ็บป่วยได้ ผู้ป่วยจะมองเห็นว่ายังมีแหล่งของความช่วยเหลือและทรัพยากรมากมายที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถที่จะควบคุมชีวิตของพวกเขาได้ ซึ่งตามนัยดังกล่าวคือ การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย (ดารณี จามจรี, 2545: 74)

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกิดจากความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะสูญเสียพลังอำนาจ ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งการสูญเสียพลังอำนาจ ได้ถูกจัดให้เป็นส่วนหนึ่งของการ

วินิจฉัยทางการพยาบาล โดยแสดงอยู่ในการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ NANDA (The North America Nursing Diagnosis Association) แบ่งกลุ่มตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ ซึ่งได้จัดการสูญเสียพลังอำนาจอยู่ในแบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Atkinson and Murray, 1995: 339-342) เนื่องจากความรู้สึกถึงความสูญเสียพลังอำนาจมีผลขัดขวางการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาล ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย (ดารณี จามจรี, 2545)

แนวความคิดการปฏิบัติการพยาบาลในปัจจุบัน คือ การยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยมีสิทธิ์และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง ซึ่งแนวคิดนี้เป็นมิติใหม่ของการพยาบาล ซึ่งสายพิณ เกษมวัฒนา (2537) กล่าวว่า เป็นการรับแนวคิดของปรัชญามนุษยนิยมเข้าไว้ในการพยาบาล จึงเน้นที่องค์รวม และคำนึงถึงปัจเจกบุคคล โดยเชื่อว่าผู้ป่วยทุกคนมีพลังอำนาจในตัว มีความปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของตนเอง การให้สิทธิผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมนี้ จะเป็นปัจจัยที่ทำให้คุณภาพของการพยาบาลสูงขึ้น ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องให้อำนาจแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการเลือกและตัดสินใจ ในสิ่งที่ตนจะได้รับ หรือสิ่งที่จะต้องปรับเปลี่ยนไป กล่าวได้ว่าการให้อำนาจแก่ผู้ป่วยนั้นถือเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยนั่นเอง สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย

(1) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจ ประกอบด้วย ปัจจัยอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย ปัจจัยระหว่างบุคคล และปัจจัยอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ดังนั้น การแสวงหาวิธีการที่จะช่วยลดผลกระทบทางด้านลบ อันเนื่องมาจากปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ จึงถือเป็นบทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนความรู้ ข้อมูล ทักษะ และทรัพยากร การช่วยเหลือผู้ป่วยในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดจากการเจ็บป่วย การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนความคิด และทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยและตนเอง การสนับสนุนทางด้านจิตใจ การปกป้องการใช้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วย

(2) การพยาบาลต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจที่คำนึงถึงคุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย การให้คุณค่าต่อผู้ป่วยในฐานะเป็นเจ้าของสุขภาพ และมีหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพของตน (Rodwell, 1996: 309) การยอมรับการ

เป็นหุ้นส่วน คุณค่า และความสามารถของผู้ป่วย การให้ความช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและมีอิสระในการตัดสินใจ การแสวงหาความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากรเพื่อการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติ

จากแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าว พยาบาลจิตเวชสามารถนำกระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังได้ โดยการนำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเข้ามาเป็นหลักในการดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกถึงความรับผิดชอบต่อตนเอง และเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดจากการเจ็บป่วย โดยมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนแหล่งของอำนาจ ตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อความเท่าเทียมและการมีส่วนร่วมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเป็นบุคคล ที่มีสิทธิ์ในการเลือกสิ่งที่ดีที่สุดเพื่อการดูแลตนเองด้านสุขภาพตามแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

4.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

Dracup & Meleis (1982) ให้ความหมายของการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ของผู้ป่วยไว้ว่าหมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำที่ผู้ป่วยเลือกที่จะปฏิบัติตามด้วยความเต็มใจโดยที่พฤติกรรมหรือการกระทำนั้นสอดคล้องกับคำแนะนำ และแผนการรักษาของแพทย์

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

สาธุพร พุฒขาว (2541) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยา เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับแผนการรักษา และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ในเรื่องของการรับประทานยา ร่วมกับการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

Farragher (1999) กล่าวถึง ลักษณะของพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทว่าจะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยาการใช้ยามิถเวลา การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา และการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา

เพชรี คันธสายบัว (2544: 38) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ นอกจากนี้ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ที่มีพื้นฐานความเชื่อว่าการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และการสังเกตอาการตนเองจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

Kumar & Sedgwick (2001) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสามารถอธิบายได้ด้วยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา หรือการใช้ยาที่อาจจะผิดพลาดได้บ้างเป็นบางครั้ง ซึ่งการใช้ยาที่ผิดพลาด 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ Kumar & Sedgwick ยังถือว่าเป็นการใช้ยาที่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา แต่ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาเฉพาะเมื่ออาการแสดงของโรคมีความรุนแรงขึ้น หรือหยุดใช้ยาจะแสดงถึงการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการใช้หลายคำได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยา ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งแต่ละคำนั้นใช้ในความหมายที่แตกต่างกัน แต่โดยสรุปแล้วผู้วิจัยใช้ในความหมายของการใช้ยาตามแผนการรักษาเช่นเดียวกับ Farragher (1999) และรวมถึงความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาตามแนวคิดของเพชรี คันธสายบัว (2544) ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้ง 2 ด้าน ดังนั้น พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พอสรุปได้ว่าเป็นการปฏิบัติของผู้ป่วย เกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยจะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือ ไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาดโดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ให้ความสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทหลายฉบับ ทั้งในและต่างประเทศ มีการแบ่งปัจจัยเป็นด้านต่างๆ ที่ชัดเจน คือการศึกษาของ Oehl, Hummer, & Fleischhacker (2000) กล่าวว่า

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทมีหลายปัจจัยแตกต่างกัน แบ่งกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็น 4 ด้าน คือ

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย เป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงออกถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคลที่ส่งเสริมให้มีการแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค หรือป้องกันการป่วยซ้ำหลังจากที่ได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้นและกลับไปอยู่ในชุมชนได้ เป็นปัจจัยที่บอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

(1) ลักษณะประชากร จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบลักษณะประชากรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มี 2 ประการ คือ

ก. อายุ ซึ่งเป็นจำนวนระยะเวลาทั้งหมดของการนับตามปฏิทิน ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน (Orem, 2001: 373) อายุของบุคคลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองจะถูกพัฒนาขึ้นตามอายุ จากวัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลตนเองสูงสุด และจะลดลงและมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1985) ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman (1994) และ Agarwal et al. (1998) ที่พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า

ข. เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างระหว่างบทบาท บุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยสังคมจะกำหนดบทบาทของเพศหญิงในการเป็นแม่ที่มีหน้าที่ในการดูแลลูก และบุคคลในครอบครัวทั้งในเวลาปกติหรือในยามเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลให้เมื่อเจ็บป่วยผู้ป่วยเพศหญิงจะมีความสามารถในการดูแลตัวเองมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ จารุญสวัสดิ์ (2536) และ Agarwal et al. (1998) ที่ผลการศึกษพบว่า เพศหญิงปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าเพศชาย

(2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สร้างขึ้นโดย Becker (1974) เป็นแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นทัศนคติและความเชื่อ ในการอธิบายการปฏิบัติของบุคคลต่อภาวะสุขภาพที่ได้รับการยอมรับในการทำนายพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค เมื่อนำแนวคิดนี้มาศึกษาเพื่ออธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ก. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันตามการประเมินความเป็นไปได้ที่จะเกิดปัญหา โดยรับรู้จากความเสี่ยงและประสบการณ์ของตนเอง ทำให้มีการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือปัญหาสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำเป็นปัจจัยสำคัญ ที่จะเข้าใจถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เคยเป็นมาก่อนและได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้น การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงโอกาสที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้ว การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เช่น รับรู้ปัจจัยที่จะทำให้ตนเองมีอาการทางจิตมากขึ้น รวมทั้งภาวะต่างๆ ที่นำไปสู่การมีอาการทางจิตมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง

ข. การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived severity) หมายถึง ความคิดความเชื่อของบุคคลถึงความรุนแรงของการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น ความรุนแรงนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การเกิดโรคของตนเอง การที่บุคคลรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคม จึงเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ในผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้น ร่วมกับประสบการณ์การการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ว่ามีผลกระทบอย่างมากต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นภาวะคุกคามเหล่านี้ (Adams & Scott, 2000)

ค. การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefit) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของผู้ป่วยต่อการกระทำที่เป็นการป้องกันการเกิดโรค หรือการป้องกันการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพ ที่เชื่อว่าสามารถทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภท จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต และการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการ การดูแลตัวเองที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการยอมรับลดความรังเกียจจากสังคม ทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสงบสุข สามารถลดความตึงเครียดของผู้ป่วย และมีส่วนช่วยป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้

ง. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติดูแลสุขภาพ (Perceived barrier) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่างๆ ที่ขัดขวางการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองเพื่อส่งเสริมให้

ตนเองมีร่างกายที่แข็งแรง ในผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติของตนมีอุปสรรค เช่น การที่ญาติช่วยเหลือติดตามมากเกินไปไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นอิสระ การถูกรังเกียจ ห้ามปราม กีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ การไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้ขัดขวางการดูแลตนเอง และส่งผลต่อการเสื่อมถอยสมรรถภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

Adams & Scott (2000) ใช้แนวคิดของ Becker and Maiman (1975) ในการศึกษา พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภท เช่น ผู้ป่วยที่เชื่อว่าอาการเจ็บป่วยทำให้เกิดผลเสียต่ออาชีพ ชีวิตสมรส สังคม รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีโอกาสป่วยซ้ำ รับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองสูง และรับรู้ถึงอุปสรรคของการดูแลตนเองต่ำ จะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

(3) ลักษณะของการเจ็บป่วย Kaplan & Sadock (1995) กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาว่าเกิดขึ้นเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา มี 2 ลักษณะ คือ

ก. ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต หมายถึงการรับรู้ ความเชื่อของผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองเป็นคนสำคัญ หรือมีอำนาจพิเศษ เช่น คิดว่าตนเองเป็นพระเจ้า หรือร่ำรวยเป็นมหาเศรษฐี ซึ่งเป็นความเชื่อที่ไม่เป็นจริง โดยผู้ป่วยจะเชื่อในความคิดนั้น โดยไม่สามารถเปลี่ยนความเชื่อถือได้ด้วยการอธิบายโดยใช้เหตุผลตามธรรมดา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542 : 2) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการขาดการตระหนักรู้ในตนเอง (lack of insight) ซึ่งมีผลทำให้คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องรับการรักษา เช่นการศึกษาของ Kumar & Sedgwick (2001) พบว่าผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิด จะปฏิเสธการรักษา

ข. อาการทางลบเป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดคุณสมบัติบางประการที่บุคคลปกติควรจะมี เช่น มีการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunted affect) และอาการไม่สนใจ แยกตัวจากสังคม (passive social withdrawal) (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, ม.ป.ป.) ขาดความสามารถในการคิด การแสดงอารมณ์ และการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการรักษาส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (Oehl et al., 2000)

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในครอบครัว และชุมชน ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วย

(1) สถานะทางเศรษฐกิจ เป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการด้าน

สุขภาพ เพื่อดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ซึ่ง ภัทรา ธิรลาภ (2532) และ Kumar & Sedgwick, (2001) พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากยามีราคาแพง ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยา หรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

(2) การอยู่ร่วมกับครอบครัว หมายถึงกลุ่มคนที่มีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือด และหรือทางกฎหมาย ได้แก่ พ่อ(สามี) แม่ (ภรรยา) ลูก และญาติพี่น้อง มีบทบาทหน้าที่ที่พึงปฏิบัติต่อกัน ให้ความรักและเอาใจใส่ต่อกัน เอื้ออาทร มีความปรารถนาดีต่อกันทั้งทางเศรษฐกิจ และสังคม (เพชรี คันธสายบัว, 2544) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนการดูแลทางด้านจิตใจแล้ว การสนับสนุนของครอบครัวยังมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและผลลัพธ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าในผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับญาติจะมีการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับญาติหรืออาศัยอยู่ตามลำพัง (Razali & Yahya, 1995)

(3) การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา หมายถึงการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีบุคคลคอยช่วยเหลือให้ได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง บุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ที่ช่วยสนับสนุนให้ ผู้ป่วยได้รับประทานยา การนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด หรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยที่สามารถไปพบแพทย์ได้เองไปโรงพยาบาลตามนัด การช่วยเหลือจ่ายค่ายา การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา ที่สำคัญคือการดูแลของญาติให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า หรือการเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา รวมทั้งการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแลในเรื่องเหล่านี้

(4) การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หมายถึงการแสดงลักษณะอารมณ์ของบุคคลในครอบครัว โดยการแสดงอารมณ์สูงลักษณะที่มีวิพากษ์วิจารณ์สูง มีการแสดงถึงความไม่เป็นมิตร และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Backer, 1993: 345) ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีผลต่อการสนับสนุนผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ไม่ดี (Oehl et al., 2000)

(5) ทศนคติ เป็นความคิดเห็นที่มีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ เป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอกประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537: 226) เป็นการผสมผสาน หรือการจัดระเบียบของความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ (Rokeach, 1970) ทศนคติของสังคมต่อการรักษาทางจิต หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อของบุคคลภายในครอบครัวและชุมชนที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วย ต่อการ

รักษาอาการผิดปกติทางจิต และมีแนวโน้มที่จะตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ ยอมรับ หรือปฏิเสธ และทัศนคติจะเป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิกริยาของบุคคลเหล่านั้นต่อการรักษาทางจิต หรือผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลถึงการยอมรับความเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษาอาการทางจิต ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมและการปฏิบัติของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยทางจิต เนื่องจากบุคคลในสังคมจะแสดงทัศนคติออกมาในรูปแบบของพฤติกรรม (ศิริมาศ บุญประसार, 2544) โดยเฉพาะการ เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากการรู้สึกรังเกียจหรือการถูกตีตราจากสังคม เช่น ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตตามปกติ (สุธีรา สุนทรระกุล และมาลี แจ่มพงษ์, 2532) ผู้ป่วยจะถูกแสดงความรังเกียจ จึงพยายามหลีกเลี่ยงการแสดงให้บุคคลอื่นรู้ว่าตนเองป่วย เช่น การรับประทานยารักษาอาการทางจิต การมาตรวจที่โรงพยาบาล หรือผู้ป่วยอยู่ในสังคมที่ไม่เห็นความสำคัญของการรักษา ทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนให้รับการรักษา และมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Oehl et al, 2000)

3. ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยทางด้านการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยที่ได้รับ ความสนใจและศึกษาอย่างกว้างขวาง จากการศึกษาปัจจัยด้านนี้ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

(1) วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย หมายถึง ช่องทางการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย คือ การกิน การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดยาเข้าระหว่างชั้นกล้ามเนื้อและไขมัน การฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ การอมยาใต้ลิ้น และการเหน็บยาทางช่องคลอด หรือทางทวารหนัก Kurmar & Sedgwick (2001) กล่าวว่า การได้รับยาเข้าสู่ร่างกายโดยใช้วิธีฉีดจึงสามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มากกว่าวิธีการรับประทานยา

(2) ความซับซ้อนของการรักษา หมายถึง ความรู้สึกยุ่งยาก ลำบากในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย ที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิด และมีจำนวนมาก อาจเกิดความสับสนในการใช้ยา ลืมวิธีการใช้ยา การรับประทานยาที่ไม่เหมือนกันจะทำให้ผู้ป่วยสับสน หมดความอดทนที่จะรับประทานยาต่อไป มีรายงานถึงการรับประทานยา กันชั้ก 1 เม็ดต่อวัน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาร้อยละ 88 ถ้ารับประทานยา 2 เม็ด ต่อวัน ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลงเป็นร้อยละ 81 และหากต้องรับประทานยา 4 เม็ด ต่อวัน ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลงเหลือเพียงร้อยละ 39 (สมัยพร อาชาล, 2543) นอกจากนี้จำนวนครั้งของการรับประทานยาในแต่ละวัน ก็มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา หากผู้ป่วยต้อง รับประทานยามากถึง 3 หรือ 4 ครั้งต่อวัน ความร่วมมือในการรักษาก็ลดลงมากกว่า รับประทานเพียงวันละครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Razali & Yahya (1995) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะร่วมมือในการรักษาที่ดีเมื่อรับประทานยา 1-2 ครั้ง/วัน แต่ถ้าได้รับยามากกว่า 2 ครั้ง/วัน

ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ดี การศึกษาของ Gravaley & Oseasohn (1991) พบว่าการรับประทานยารวันละหลายๆ ครั้ง จะส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและพฤติกรรมปกติของผู้ป่วย ทำให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยลดลง โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะพึงพอใจต่อการรับประทานยารวันละเม็ดเดียวมากกว่ายาหลายเม็ด และรับประทานยารวันละครั้งเดียวหรือไม่เกินวันละ 2 ครั้ง มากกว่าวันละหลายๆ ครั้ง

(3) ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ยารักษาโรคจิตเป็นกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มาก (เกษมตันติผลาชีวะ, 2537) ผู้ป่วยจิตเภทบางรายขณะรับการรักษาโดยใช้รักษาอาการทางจิต อาจมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น ตัวแข็ง คอแข็งบิดเบี้ยว ง่วงนอน ปากและคอแห้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้น และความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ (Agarwal et al., 1998) อาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และหยุดการใช้ยาในที่สุด โดยการศึกษาของ Kumar & Sedgwick (2001) พบว่า เหตุผลของการไม่ใช้ยาในกลุ่มที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในกลุ่มที่ไม่ร่วมมือ คือ ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา ส่วน Agarwal et al. (1998) พบว่าปัจจัยที่สามารถแยกผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาออกจากผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาปัจจัยหนึ่ง คือ การที่ผู้ป่วยได้รับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา

4. ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ ทีมสุขภาพ หมายถึง บุคลากร คือ พยาบาล แพทย์ เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งสัมพันธภาพ หมายถึง ความผูกพัน ความเกี่ยวข้อง (ราชบัณฑิตยสถาน, 2525) เป็นกระบวนการระหว่างบุคคล ได้แก่การที่บุคคลสองคนหรือมากกว่าสองคนทำความรู้จัก สร้างความคุ้นเคย และติดต่อเกี่ยวข้องกันในระยะเวลาหนึ่งๆ ซึ่งอาจเป็นเดือน เป็นปี หรือตลอดไป สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2527) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ เป็นกระบวนการระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในทีมสุขภาพ ที่มีปฏิสัมพันธ์กันแบบผู้ประกอบวิชาชีพและผู้รับบริการโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วย โดยสัมพันธภาพที่ดีจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ทีมสุขภาพให้ความช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ รู้สึกไว้วางใจและพึงพอใจในพฤติกรรม การดูแล (Caring behavior) ที่ได้รับจากบุคลากร ซึ่งต้องสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของตนเอง (Risser, 1975) ก่อให้เกิดการเรียนรู้ รับรู้ และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (สมัยพร อาซาล, 2543) ผู้ให้บริการและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น (สาธุพร พุฒขาว, 2542) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Frank & Gunderson (1990) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เรื้อรังซึ่งมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รักษาภายใน

6 เดือนแรกที่เริ่มมีอาการทางจิต จะมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาและผลลัพธ์ที่ดีของการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

Fenton, Blyler & Heinssen (1997) กล่าวว่า เป็นการยากที่จะระบุคุณสมบัติหรือวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษารายงานวิจัยต่างๆ พบว่ามีวิธีการประเมินการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาหลายวิธี (สุนันท์ จารุญสวัสดิ์, 2536; สาธุพร พุฒขาว, 2541; Fenton et al., 1997) ได้แก่

1. การสังเกตพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการประเมินวิธีนี้ญาติผู้ป่วยหรือบุคลากรที่มึนสุขภาพที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จะสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือแผนการรักษาได้ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่

2. การประเมินโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและง่ายที่สุด อาจจะใช้แบบสอบถามหรือสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย ข้อดีของวิธีการสอบถามและการสัมภาษณ์ คือ ได้ข้อมูลทีละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัดของวิธีการนี้คือ พบว่าผู้ป่วยมักให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงคำถามให้มีความชัดเจน แม่นตรง และระหว่างการสัมภาษณ์ไม่ควรตำหนิเมื่อผู้ป่วยตอบว่าไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาหรือไม่รับประทานยา โดยผู้สัมภาษณ์เองต้องคำนึงว่าถึงแม้จะมีทักษะและมีความละเอียดในการสัมภาษณ์ก็ตาม แต่ก็มักพบปัญหาในการประเมินเสมอ

3. การนับจำนวนเม็ดยา เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้บ่อย การปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาจะประเมินได้จากจำนวนเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วย และจำนวนที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาหรือเมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง จำนวนยาที่เหลือมากกว่าที่ควรจะเป็นแสดงว่าผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ข้อดีของวิธีการนี้คือ สามารถบอกถึงจำนวนยาที่ใช้ไป แต่ก็มีข้อจำกัดคือ อาจได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง หากผู้ป่วยทิ้งยาโดยไม่ได้รับประทาน หรือผู้ป่วยให้คนอื่นใช้ยาด้วย

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นการวัดโดยอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงเวลาที่กำหนด เช่น การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การวัดระดับสารที่ถูกขับออกทางปัสสาวะหรือสารที่เกิดจากการเมตาโบไลต์ (Metabolite) ของยา แต่วิธีการประเมินแบบนี้ก็มีข้อจำกัด เช่น ความเข้มข้นของยาอาจจะได้รับผลจากความแตกต่างในการดูดซึมของยาและการขับออกของยาในร่างกายของแต่ละบุคคล ระดับความเข้มข้นของยาจึงอาจจะไม่ใช่อุปกรณ์ของการ

ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในการใช้ยาของผู้ป่วย ความเข้มข้นของยาที่ตรวจพบสามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานว่ามีจำนวนทั้งหมดเท่าใด ครบตามแผนการรักษาหรือไม่ การรับประทานยาก่อนการตรวจ จะทำให้ค่าของความเข้มข้นของยาสูง ซึ่งไม่ได้แสดงถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือและวิธีการที่ยุ่งยาก การวิเคราะห์ต้องเป็นระยะภายหลังการรับประทานยา วิธีการนี้จึงไม่อาจนำมาใช้ได้ในทุกกรณี

5. พิจารณาจากการมารับการตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มารับการตรวจรักษาตามนัดเป็นผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา และพิจารณาจากผลของการรักษาที่ควรเป็นไปตามการพยากรณ์ของโรคแต่ละระยะ

6. การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตนเอง (Self-report) ซึ่งวิธีการนี้มีข้อจำกัดคือผู้ป่วยอาจเขียนบันทึกไม่ตรงกับการปฏิบัติจริง

เพชรี คันธสายบัว (2544) วัตถุประสงค์การวิจัยของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ส่วน Kumar & Sedgwick (2001) ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้ Compliance Rating Scale (CRS) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง โดยแสดงความคิดเห็นว่าการใช้เครื่องมือที่มีองค์ประกอบของการตรวจทางห้องทดลอง สามารถทำให้ผลการประเมินเชื่อถือได้ แต่เหตุผลการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้วิจัยสามารถได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มากกว่า ดังนั้นการประเมินโดยการสัมภาษณ์อย่างเดียว ดีกว่าการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง

อาจสรุปได้ว่า แม้การใช้การประเมินหลายวิธีจะทำให้ผลการประเมินน่าเชื่อถือ แต่การสัมภาษณ์ก็เป็นวิธีการที่นิยม และสามารถได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้จึงเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดที่สุดในทีมสุขภาพ การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เป็นแนวทางที่ผู้วิจัยสามารถได้ข้อมูลจากผู้ป่วยโดยการพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด โดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาของ จลี เจริญสรรพ (2538) ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมารักษาซ้ำคือ ความรู้ความ

เข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคและการรักษา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะอยู่บ้านเรื่องการรับประทานยา และการไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรี คันธสายบัว (2544) ได้ทำการศึกษาถึงตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ พบว่า ปัจจัยที่สามารถอธิบายได้มี 5 ตัว คือ พฤติกรรมการใช้ยา การดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา ด้านการแสดงอารมณ์ สถานภาพสมรส และความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการศึกษาของ Baker (1995) ในการศึกษาเรื่อง การพัฒนาความสามารถ ในการดูแลตนเองในการค้นหาอาการนำก่อนการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ ความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ (Emotion pain) ที่แบ่งตามความรุนแรง โดยเริ่มจาก sub-acute level ของระยะเวลาที่มีอาการป่วยทางจิต อารมณ์เศร้าที่ปรากฏ นำไปสู่การพัฒนาการของกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าของความสามารถในการป้องกันการป่วยซ้ำ สรุปได้ว่า

(1) การค้นพบอาการป่วยซ้ำเป็นผลมาจากกระบวนการรับรู้ (Cognitive process) ความทุกข์ทรมานที่เป็นปัจจัยในการพัฒนาการรับรู้ของผู้ป่วย และในที่สุดความกลัวของผู้ป่วยต่อความทุกข์ทรมานจากการป่วยซ้ำ จะเปลี่ยนเป็นการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันความทุกข์ทรมานจากการป่วยซ้ำที่จะเพิ่มขึ้น

(2) การค้นพบในครั้งนี้สามารถอธิบายถึง ความก้าวหน้าของปรากฏการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

(3) ปรากฏการณ์ดังกล่าวเป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติมารวมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง ในการที่สามารถระบุสิ่งที่มากระตุ้น อธิบายและควบคุมอาการป่วยซ้ำได้

Nash (1990) แสดงให้เห็นถึงผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง รู้ว่าเวลาใดและบริการด้านสุขภาพอะไรที่ต้องแสวงหา รวมถึงการมีความคิดทางบวกและเอกลักษณ์ของตนเอง ช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหาจากการเจ็บป่วยได้

ซึ่งต่อมา Gibson (1995) ใช้แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาของเด็กป่วยเรื้อรังด้วยโรคระบบประสาท ซึ่งกำลังรู้สึกทุกข์ทรมานกับภาวะรับผิดชอบ ห่วงใยกังวลต่อการดูแลบุตรของตน Gibson ได้ใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจในการเพิ่มศักยภาพของบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะมารดาเด็ก ให้เกิดความรู้สึกที่ดี ได้รับความรู้ที่ถูกต้อง ส่งเสริมความสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี พบว่าสามารถพัฒนาสมรรถนะเชิงความรู้ ความคิด ความเข้าใจ และการรู้จักตนเอง ยอมรับความจริง ควบคุมตนเอง มีความมั่นใจ และพยายามแก้ปัญหาด้วย

ตนเองได้เหมาะสม โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 องค์ประกอบ คือ การค้นพบความจริง การคิดย้อนกลับ การดำเนินการ และการควบคุมสถานการณ์

Musker (1997) ได้ประยุกต์การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชพบว่า การให้ข้อมูลแก่บุคคลอย่างเพียงพอเพื่อให้ผู้ป่วยสร้างทางเลือก โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับบริการครั้งแรก แต่แต่ละคนจะได้มีส่วนร่วมในการจัดการดูแลของตน พยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูลและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้บุคคลได้เดินไปตามวิถีทางการดูแลที่ตนเป็นผู้เลือก ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยจะต้องเข้าร่วมในทุกขั้นตอนของโปรแกรม และการเสริมทักษะทางจิตสังคม ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางจิต สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยอาศัยพื้นฐานจากการพูดคุยเพื่อสร้างแรงจูงใจ

Corrigan (1997) ได้นำการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการทำพฤติกรรมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชชนิดรุนแรง โดยเน้นการเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจอย่างมีอิสระ ในกระบวนการรักษาและสถานการณ์การดำเนินชีวิต โดย Corrigan ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่เป็นหลักการ 5 ขั้นตอน คือ

- (1) การจัดสถานที่ให้บุคคลได้มีโอกาสในการตัดสินใจอย่างปลอดภัย โดยจัดให้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน
- (2) การจัดให้บุคคลมีทางเลือกเพิ่มขึ้น โดยทำให้บุคคลเกิดความกระฉับกระเฉงในทางเลือกต่างๆ ของตนเอง
- (3) กระตุ้นให้บุคคลดำเนินชีวิตอย่างอิสระ บุคคลที่มีอาการทางจิตชนิดรุนแรงจะเข้าใจสภาพสังคมได้ดีขึ้น เมื่อเขาได้เรียนรู้ทักษะในการดำเนินชีวิตอย่างอิสระ
- (4) จัดหาแหล่งทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดำเนินชีวิตอย่างอิสระ
- (5) สนับสนุนส่งเสริมการควบคุมตนเองในการตัดสินใจ โดยการสอนกลยุทธ์การควบคุมตนเองที่ใช้หลักการของพฤติกรรมบำบัด

Bling (1998) ได้ทำการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งชาวจีนและบทบาทของกลุ่มสนับสนุนกันเอง คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย (1) กระบวนการสร้างแรงจูงใจ (2) กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ (3) กระบวนการของการแสวงหาทักษะและความรู้ (4) กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิด ซึ่งแต่ละกระบวนการมีความเกี่ยวข้องกัน และตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย การให้ความหมายต่อชีวิต ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ และความคิด ทางบวก จากการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลองทำให้ได้ผลลัพธ์ที่มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมในด้านารให้ความ

หมายต่อชีวิต ความหวัง ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ การยอมรับความเจ็บป่วยและความคิด
ทางบวก รวมถึงความผาสุกทางจิต

จารุวรรณ จินดามงคล (2541) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลศรีธัญญาจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยทำการทดลองเป็นรายบุคคล มีระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง 3 สัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้ง วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Corrigan (1997) ร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตสังคม และใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ผลของการวิจัยพบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ทำการศึกษาเรื่อง ผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการให้เงื่อนไขผูกพัน ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 10 คน และกลุ่มทดลอง 10 คน ดำเนินการทดลองโดยการพบผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง เมื่อผู้ป่วยนัดมาตรวจที่โรงพยาบาล เป็นเวลา 4 เดือน โดยทำการทดลองเป็นรายบุคคล และทำการวัดความร่วมมือในการรักษา 4 ด้าน คือ ความรู้ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ โดยวัดหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการให้เงื่อนไขผูกพัน มีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สาธุพร พุฒขาว (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 118 คน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 72 และมารับการรักษาเมื่อมีอาการ ร้อยละ 51.7 ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 84.7 นอกจากนี้ ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ทักษะคติต่อการใช้ยา และความพึงพอใจต่อบริการของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยา ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

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

Favrod (1993) ทำการศึกษาผลของการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต เพื่อเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการทดลองแบบกลุ่มเดี่ยว เป็นรายบุคคล พบผู้ป่วย 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ครั้งละ 90 นาที รวมระยะเวลา 4 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำนวน 25 คน ได้รับโปรแกรมครบสมบูรณ์จำนวน 19 คน ทำการวัดผลการทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา รักษาอาการทางจิต สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับยารักษาอาการทางจิตและเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลได้ และพบว่าสามารถเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยารักษาอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

Harmon and Guido (1995) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 193 คน ที่เข้ารับการรักษาระหว่างปี ค.ศ.1986 ถึง ปี ค.ศ.1993 ผลการศึกษาพบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 10 - 55 ปี อายุเฉลี่ย 23 ปี ร้อยละ 39.1 เป็นผู้ป่วยที่มีครอบครัวเคยมีประวัติรับการรักษาด้วยอาการทางจิต ร้อยละ 50.5 เคยใช้สารเสพติด ร้อยละ 82.1 ติดสุรา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61 กลับเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเดิม และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 24 เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลหรือคลินิกอื่นๆ เนื่องจากมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง รวมทั้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาจากการใช้ยา ร้อยละ 55 และมีกลุ่มตัวอย่างเพียง 28 คน ที่มาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ

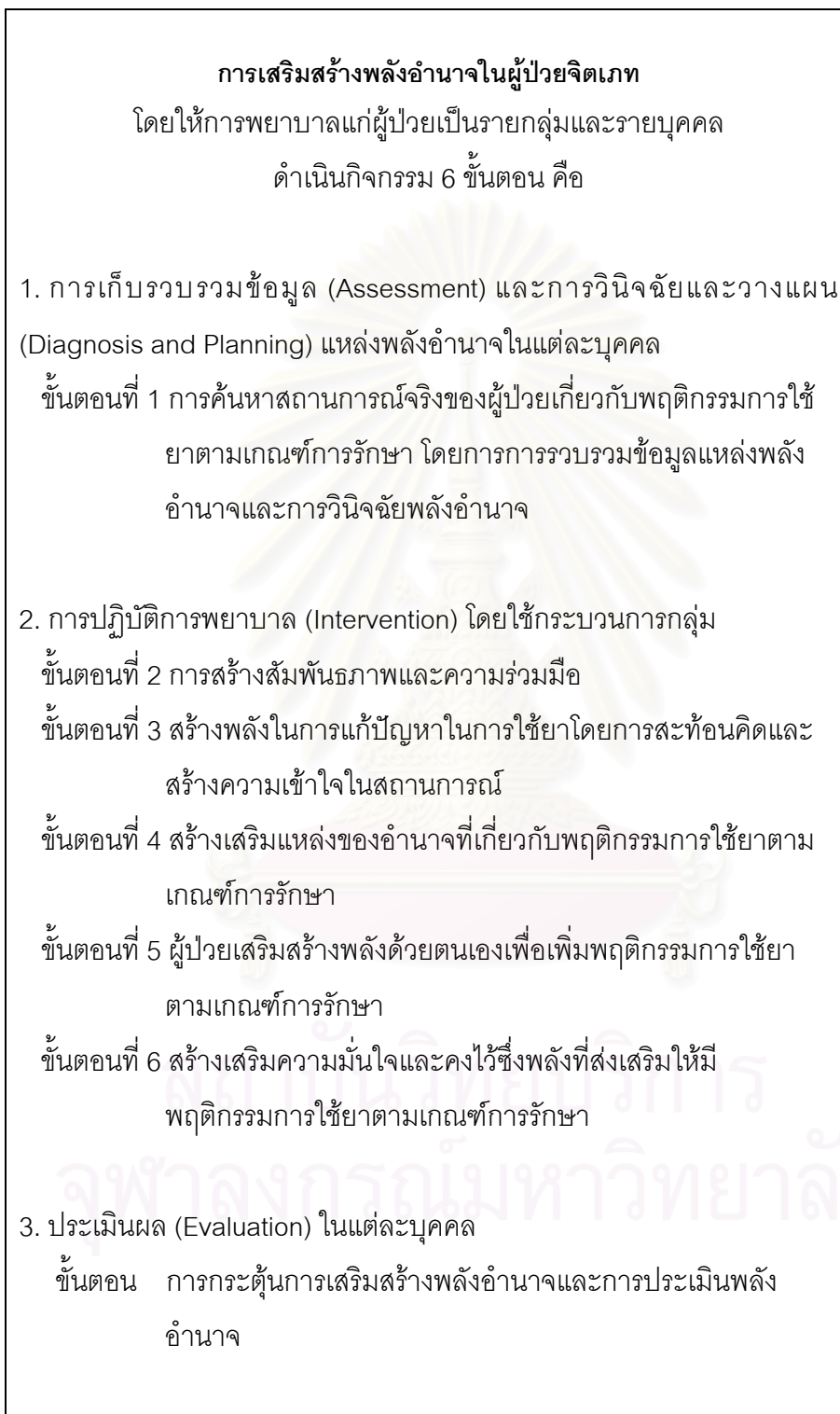
จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการใช้ยา การเสริมสร้างพลังอำนาจ การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท พอสรุปได้ว่าการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมามุ่งเน้นการช่วยเหลือให้ ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ใน

ครอบครัว สังคมและชุมชน ได้อย่างปกติสุข เพิ่มพูนความรู้ให้กับผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วย สามารถปรับตัวและมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยได้ โดยปัญหาที่สำคัญที่พบในผู้ป่วยจิตเภทคือการป่วยซ้ำจากการมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีแนวคิดที่ว่าปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาส่งผลกระทบต่อแหล่งของพลังอำนาจ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจ และแสดงออกด้วยพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



พฤติกรรม การใช้ยา ตามเกณฑ์ การรักษา

1. ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา
2. ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ใช้ รูปแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest – Posttest Control Group Design) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₁		O ₂	กลุ่มควบคุม

(Polit & Hungler, 1999: 187)

O₁ หมายถึง การวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O₂ หมายถึง การวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และหลังได้รับการดูแลตามปกติ

X หมายถึง ให้การทดลองโดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่ติดสารเสพติด มีครอบครัวดูแล และมีอาการอยู่ในระยะเรื้อรังบำบัดและบำบัดระยะยาว ซึ่งใช้เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยทางจิตของกรมสุขภาพจิต ที่นำมาใช้โดยฝ่ายการพยาบาลสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถูกต้องในเรื่องใกล้ตัว ควบคุมตนเองได้ สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและทักทายผู้ป่วยอื่นหรือบุคลากรได้ สามารถฟังและแสดงความคิดเห็นหรือบอกความรู้สึกของตนเองได้ ไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2546 จำนวน 40 คน โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ต่อไปนี้

1. ไม่ได้อยู่ในระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า เนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาจอยู่ในภาวะวิกฤติจากการรักษาด้วยไฟฟ้า
2. เคยเข้ารับการรักษามากกว่า 1 ครั้ง เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการป่วยซ้ำส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา
3. ทั้งเพศชายและเพศหญิง เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาไม่พบว่าพฤติกรรมการใช้ยามีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง
4. อายุระหว่าง 20 – 59 ปี เนื่องจากอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีวุฒิภาวะเพียงพอที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย สามารถเข้าร่วมและเต็มใจรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลอง กลุ่มตัวอย่างควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เนื่องจากการวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลอง มีการกระจายเป็นโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด แต่ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนจำกัด จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดคือ 30 คน เพื่อให้มีการกระจายของข้อมูลใกล้เคียงหรือเป็นโค้งปกติมากที่สุด (Burn and Grove, 2001: 247) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท จากสมุดทะเบียนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 3 แห่งของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าได้แก่ หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด 8/1 หอผู้ป่วยจิตเวช 8/8 ชาย และหอผู้ป่วยจิตเวช 8/8 หญิง โดยการปรึกษากับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และประเมินผู้ป่วยตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยทำการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ ตั้งแต่วันที่ 10 ถึง 25 กุมภาพันธ์ โดยใช้เวลาราชการวันจันทร์ ถึงศุกร์ และนอกเวลาราชการในวันเสาร์ อาทิตย์ ในช่วงเวลาประมาณ 8.00 ถึง 16.00 น. เนื่องจากปัญหาและอุปสรรคในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ในช่วงที่ผู้วิจัยประเมินผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่เมื่อถึงวันที่จะเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีผู้ป่วยบางคนที่มีอาการทางจิตกำเริบจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

ได้ ผู้วิจัยจึงต้องคัดเลือกผู้ป่วยมากกว่าที่กำหนดเป็น 46 คน เพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น
 ดังนั้นเมื่อทำการทดลองจริง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยครบทุกขั้นตอน กลุ่มควบคุม 20 คน
 และกลุ่มทดลอง 20 คนตามที่กำหนดไว้

2. จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจ
 มีผลต่อการทดลองครั้งนี้ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยการถามกับผู้ป่วยโดยตรง ให้ผู้ป่วยระบุ
 จำนวนปีที่ป่วยทางจิต และฤทธิ์ข้างเคียงจากยาที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต โดยถามกับ
 ผู้ป่วยโดยตรงว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของอาการทางจิตต่อการดำเนินชีวิตอยู่ใน
 ระดับใด ให้ผู้ป่วยเลือกตอบเป็น 3 ระดับคือ มีผลกระทบมาก มีผลกระทบปานกลาง และมี
 ผลกระทบน้อย เนื่องจากตัวแปรทั้ง 2 ตัว มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาที่ชัดเจน (Agarwall, 1998)

หลังจากดำเนินการดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรก เข้าเป็นกลุ่ม
 ควบคุมก่อน แล้วจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกันเป็นกลุ่มทดลอง จนครบจำนวน 20 คู่
 ซึ่งมีบางคู่ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกัน ซึ่งเมื่อทบทวนวรรณกรรมแล้วพบว่า ระยะเวลาการ
 เจ็บป่วยที่ต่ำกว่า 5 ปี หรือมากกว่า 5 ปี จึงจะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่แตกต่างกันชัดเจน ดังนั้น
 ผู้วิจัยจึงจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้แนวคิดดังกล่าว ส่วนเรื่องของผลกระทบจากฤทธิ์
 ข้างเคียงของอาการทางจิตต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยผู้วิจัยสามารถจับคู่ได้ตรงตามกำหนดทุกคู่
 ผู้วิจัยจึงจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 1

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตาม ระยะเวลาการเจ็บป่วย และผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่มีต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)		ผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่มีต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย	
	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม
1	5	5	มาก	มาก
2	9	15	มาก	มาก
3	7	12	น้อย	น้อย
4	5	6	มาก	มาก
5	10	17	มาก	มาก
6	8	12	มาก	มาก
7	7	10	มาก	มาก
8	5	9	มาก	มาก
9	5	7	มาก	มาก
10	4	5	มาก	มาก
11	1	1	มาก	มาก
12	3	3	มาก	มาก
13	3	3	มาก	มาก
14	2	2	มาก	มาก
15	3	3	มาก	มาก
16	1	1	ปานกลาง	ปานกลาง
17	1	1	ปานกลาง	ปานกลาง
18	2	3	น้อย	น้อย
19	1	2	น้อย	น้อย
20	1	3	น้อย	น้อย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจ

แบบรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้ในโปรแกรมการเสริมสร้างอำนาจ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบประเมินข้อมูลแหล่งพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ ดารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ แหล่งพลังอำนาจ และพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยเฉพาะแนวคิดของการรวบรวมข้อมูลและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจของ ดารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545: 404)

2. โครงสร้างของแบบประเมินเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้วิจัยใช้ในการสังเกต ประเมิน ค้นหาข้อมูลและสัมภาษณ์จากผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน คือ

(1) ผลของการใช้ยารักษาอาการทางจิตที่มีต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

(2) การรับรู้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิต

(3) ความสามารถในการจัดการกับปัญหาและอาการข้างเคียงที่ได้รับจากยารักษาอาการทางจิต

(4) ความรู้ที่มีตนเอง อึดทนโน้ทนในตน และแรงจูงใจในการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต

(5) ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

(6) บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม

3. ผู้วิจัยทำการปรับปรุงเนื้อหาของข้อคำถามให้เป็นการรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และปรับภาษาให้เข้าใจง่ายขึ้นร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจที่ปรับปรุงข้อคำถามตามที่ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน นักวิชาการพยาบาล 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของแบบรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจ พร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่เป็นของของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาคือ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความตรงทางโครงสร้าง ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิเขียนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ ซึ่งเมื่อผู้วิจัยได้รับเครื่องมือที่ตรวจโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านแล้วพบว่าทุกท่านเห็นด้วยกับแนวคิดดังกล่าว แต่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมให้ปรับแก้เล็กน้อยเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ผู้วิจัยจึงปรับแก้ตามข้อเสนอแนะดังกล่าวร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เป็นวิธีเดียวกันกับที่ใช้ในการตรวจสอบความเที่ยงของโปรแกรมการพยาบาลแบบเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งจะกล่าวต่อไป

ชุดที่ 2 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ได้แก่แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ของดาร์ณี จามจุรี และ จินตนา ยูนิพันธ์ (2545) มีขั้นตอนการสร้างโปรแกรม ดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีการพยาบาล การเสริมสร้างพลังอำนาจ และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พบว่าในต่างประเทศมีการศึกษาถึงการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลายฉบับ ส่วนในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท แต่มีการศึกษาโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท (จารุวรรณ จินตมางคล, 2541) และการศึกษาการทำกลุ่มเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและญาติ (ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540) และพบว่ามี การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอีกหลายฉบับทั้งในและ

ต่างประเทศ ซึ่งเป็นการเน้นให้เห็นอย่างชัดเจนว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข และมีผู้ที่ให้ความสนใจทำการศึกษาเป็นจำนวนมาก

2. ศึกษาปัญหา สาเหตุ และลักษณะของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นต้นเหตุของการมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสม จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นนักวิชาการพยาบาล 1 ท่าน พยาบาล 2 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ผู้ป่วยจิตเวชที่ป่วยซ้ำ 5 คน และไม่ป่วยซ้ำ 5 คน ตั้งแต่วันที่ 1 ถึง 3 กุมภาพันธ์ 2546

2.1 สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญท่านละประมาณ 60 นาที โดยผู้วิจัยเดินทางไปพบผู้เชี่ยวชาญที่กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข และที่โรงพยาบาลลพบุรี โดยใช้คำถามเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างกับผู้เชี่ยวชาญคือ

“ท่านมีวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างไร?”

“ปัจจัยหลักที่ทำให้แต่ละขั้นตอนประสบความสำเร็จคืออะไร?”

“พยาบาลจะต้องมีความรู้เพิ่มเติมอะไรบ้าง?”

“ทำอย่างไรให้ญาติและเจ้าหน้าที่เข้าใจถึงหน้าที่และความสำคัญของตนเองต่อผู้ป่วย?”

ผลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ได้ทราบถึงหลักของการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งมีประเด็นที่สำคัญ ได้แก่

- (1) การสร้างสัมพันธภาพ
- (2) ความรู้ของพยาบาล เกี่ยวกับโรคและยาที่ผู้ป่วยได้รับ การปฏิบัติการดูแลตนเองเรื่องการ用药ที่ถูกต้อง
- (3) การหาแหล่งสนับสนุน หากไม่รู้ให้ถามจากผู้รู้มากกว่า
- (4) ใช้กระบวนการกลุ่มให้เต็มประสิทธิภาพ
- (5) ต้องให้ความรู้และสร้างความเข้าใจกับญาติและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความร่วมมือและการติดตามผลต่อเนื่อง
- (6) ให้ญาติเข้าร่วมกิจกรรมในขั้นตอนประเมินผลเพื่อตรวจสอบข้อมูล
- (7) ต้องค้นหาให้ได้ว่าผู้ป่วยมีความหวังอะไรมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร รักอะไรมากที่สุด เพื่อเน้นให้ผู้ป่วยทำเพื่อคนที่รัก

พอสรุปโครงสร้างของโปรแกรมเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 จะต้องมีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจก่อน

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถาม
 ขั้นตอนที่ 3 สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นในการช่วยกันวางแผนการแก้ไขโดยให้ผู้ป่วยพูดก่อนและพยาบาลเพิ่มเติมข้อมูลให้
 ขั้นตอนที่ 4 ให้ความรู้ โดยต้องมีการประเมินก่อนและหลัง
 ขั้นตอนที่ 5 จะต้องให้ผู้ป่วยมีการฝึกทักษะต่างๆ ที่ได้เรียนรู้โดยการเสนอสถานการณ์จริงของผู้ป่วย
 ขั้นตอนที่ 6 ต้องมีการให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย
 รวมทั้งจะต้องมีการกระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจมากขึ้นหลังจากกลับบ้านไปแล้ว ก่อนที่จะประเมินผล

2.2 การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อประเมินและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ โดยใช้ข้อคำถามเกี่ยวกับแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างกับผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละประมาณ 30 นาที มีข้อคำถามคือ

“ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากใคร และอย่างไร?”

“การกินยามีผลกระทบต่อชีวิตของท่านอย่างไร?”

“ท่านมีความหวังที่จะหายจากการเจ็บป่วยหรือไม่ อย่างไร?”

“มีวิธีใดที่ท่านคิดว่าจะช่วยท่านได้?”

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว ได้รับผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาน้อยถึงปานกลาง ไม่รู้สึกว่าการกินยาเป็นภาระ แต่รู้สึกว่าเป็นประโยชน์ ไม่คิดว่าจะหายดีแต่มีความหวังว่าจะไม่ต้องกลับเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลอีก รู้สึกทรมานเมื่อมีอาการกำเริบ และคิดว่าแพทย์จะช่วยได้จึงมาตามนัดเสมอ ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการป่วยซ้ำพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับครอบครัว แต่ชอบอยู่คนเดียวเพราะครอบครัวไม่ยอมรับ หรือผู้ป่วยไม่ยอมให้คนอื่นเป็นภาระจึงแยกมาอยู่คนเดียว ได้รับผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาปานกลางถึงมาก รู้สึกเบื่อที่ต้องกินยานานๆ เคยหยุดยาเองเมื่อไม่มีอาการ เพราะคิดว่าหายแล้ว ไม่คิดว่าตนเองป่วยเวลาที่อาการดีขึ้น แต่ยังมาตรวจตามนัด

3. สร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยกำหนดขั้นตอนของกิจกรรม โดยการนำแนวคิดต่างๆ ที่ได้จากการค้นคว้า ร่วมกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ รวมทั้งแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของ ดารณี จามจุรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) และปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา กำหนดโครงสร้างและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมให้

ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่ผู้วิจัยจะนำไปใช้กับกลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้ห้องกิจกรรมของหอผู้ป่วยที่เป็นสัดส่วน ใช้เวลาประมาณ 60 นาทีในแต่ละชั้นตอน โดยมีกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ชั้นตอน และการกระตุ้นการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย ดังนี้

ชั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยบอกความต้องการทรัพยากรที่จะส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง

เนื้อหา

1. การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง และบอกวัตถุประสงค์ของผู้วิจัยพูดคุยเรื่องต่างๆ ไปก่อน เพื่อสร้างความคุ้นเคย แล้วจึงถามเรื่องครอบครัว การเจ็บป่วย การรักษาที่ผ่านมา โดยใช้เทคนิคการสนทนากับผู้ป่วยจิตเภท และกระบวนการในการทำกลุ่มบำบัดในผู้ป่วยจิตเภท

2. ช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร มีความหวังอะไร รักใคร่มากที่สุด บทบาทของตนในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ จูงใจให้เกิดความเชื่อว่า ผลสำเร็จของการรักษาส่วนหนึ่งเกิดจากตัวผู้ป่วยเอง

กิจกรรม

1. ดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยการแนะนำกลุ่ม แนะนำตัว แนะนำตัวสมาชิกภายในกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์และกติกาของการทำกลุ่ม

2. การปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้วิจัยและผู้ป่วย เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วย และมีพยาบาลเป็นผู้ที่คอยให้ความช่วยเหลือ

3. การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ยอมรับฟังความรู้สึกและความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม

4. การปรับเปลี่ยนทัศนคติและการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาและการค้นหาสิ่งสนับสนุนให้มีการใช้ยาที่ถูกต้อง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเล่าถึงพฤติกรรมการใช้ยา และปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากยาที่ได้รับ
2. ผู้ป่วยบอกได้ถึงความต้องการสิ่งสนับสนุนเพื่อให้มีการใช้ยาที่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 การค้นหาสถานการณ์จริงในผู้ป่วยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา (รายบุคคล)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการใช้ยาร่วมกับพยาบาล
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อสภาพการใช้ยาของผู้ป่วยตรงตามสภาพที่เป็นจริง

เนื้อหา

1. การใช้แบบรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจ 6 ด้าน เพื่อการวินิจฉัยพลังอำนาจ
2. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการใช้ยาร่วมกับพยาบาล

กิจกรรม

1. การประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยการสังเกตและการสัมภาษณ์ตามแบบรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจ
2. การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และรับฟังผู้ป่วย เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตามสภาพความเป็นจริง
3. การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกับพยาบาล

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงปัญหาในการใช้ยาของตนเองได้
2. ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการใช้ยาของตนเองได้
3. ผู้ป่วยสามารถอธิบายสภาพการใช้ยาของตนได้ตรงตามสภาพความเป็นจริง

ขั้นตอนที่ 3 สร้างพลังในการแก้ปัญหาในการใช้ยารักษาอาการทางจิตโดยการสะท้อนคิด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ถึงบทบาทของตนเองในการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา
3. เพื่อให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแผนการใช้ยาที่ถูกต้อง

เนื้อหา

1. การสร้างเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับปัญหา และการแสวงหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหาในการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้จากขั้นตอนที่ 2 โดยให้ผู้ป่วยคิดก่อน พูดก่อน และพยาบาลให้ข้อมูลสนับสนุน
2. การให้กำลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในตนเองที่จะตัดสินใจจัดการกับปัญหาในการใช้ยา

กิจกรรม

1. ดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยช่วยกันแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม
2. ให้ผู้ป่วยเสนอวิธีแก้ไขปัญหาแต่ละข้อที่สรุปได้จากขั้นตอนที่ 2 โดยพยาบาลใช้คำถามเพื่อให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็น และพยาบาลเป็นผู้สรุปเนื้อหา และให้ข้อมูลเพิ่มเติม
3. ให้ผู้ป่วยวางแผนกลวิธีการจัดการ รวมทั้งกำหนดเป้าหมายและเกณฑ์ประเมินผล โดยให้ผู้ผู้ป่วยคิดก่อน พูดก่อน แล้วพยาบาลจึงให้ข้อมูลสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผน และกำหนดเป้าหมาย มุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยรู้ว่าการแก้ปัญหาขึ้นอยู่กับผู้ป่วยเอง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าบทบาทในการจัดการกับปัญหาในการใช้ยาเป็นของตนเอง
2. ผู้ป่วยสามารถวางแผน และกำหนดเป้าหมายในการจัดการกับปัญหาในการใช้ยาได้
3. ผู้ป่วยสามารถวางแผนการดำเนินการจัดการกับปัญหาในการใช้ยาที่แสดงถึง กลวิธีการจัดการกับปัญหา และเกณฑ์การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 4 สร้างเสริมแหล่งของอำนาจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยบอกถึงความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ ทักษะ และทรัพยากรที่จะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของแผนการใช้ยาที่ถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตมากขึ้น

เนื้อหา

1. การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยบอกถึงความต้องการข้อมูล ความรู้ ทักษะ และทรัพยากรสำหรับการดำเนินตามแผน
2. การสนับสนุนเอื้ออำนวย ข้อมูล ความรู้ ทักษะ และทรัพยากรที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

กิจกรรม

1. ดำเนินการกลุ่มเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยพูดถึงความต้องการการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยมีการใช้ยาที่ถูกต้อง
2. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล
3. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามแผนการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาโดยใช้โปสเตอร์ให้ความรู้
4. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยฝึกทักษะในการใช้ยาโดยการทดลองปฏิบัติเรื่องการจัดยา 3 วัน

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของแผนการใช้ยาที่ถูกต้องได้
2. ผู้ป่วยมีคะแนนที่ได้จากการประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา หลังการให้ความรู้สูงกว่าก่อนให้ความรู้

ขั้นตอนที่ 5 ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังด้วยตนเองเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการใช้ยาและการสังเกต และจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการใช้ยาที่ตนเองวางแผนไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เนื้อหา

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรม

ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยสรุปข้อมูลที่ได้จากการติดตามสังเกต ประเมินและบันทึกการทดลองปฏิบัติของผู้ป่วย จากขั้นตอนที่ 4 และลองให้ผู้ป่วยในกลุ่มเสนอความคิดว่า เมื่อกลับบ้านจะสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ อย่างไร และจะประเมินผลของการปฏิบัติได้อย่างไร

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกวิธีการใช้ยาและสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยบอกผลที่ได้จากการประเมินการปฏิบัติตามแผนการใช้ยาที่ตนเองวางแผนไว้ได้

ขั้นตอนที่ 6 สร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังที่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาด้วยยา

เนื้อหา

1. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา
2. การสนับสนุนให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการจัดการกับการปัญหาในการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรม

1. ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแต่ละคนภายในกลุ่มพูดความรู้สึก
2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติ มั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้าน
3. ให้ผู้ป่วยและญาติแต่ละคนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจ สร้างเสริมกำลังใจให้กันและกัน
4. อธิบายให้กลุ่มทราบถึงการบันทึกพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยลงในสมุดบันทึกที่พยาบาลแจกให้ เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน และนำมาส่งให้พยาบาลเมื่อมาตรวจตามนัด
5. แจกเอกสารแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาให้กับสมาชิกกลุ่ม

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางคำพูดถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา
2. ผู้ป่วยแสดงออกด้วยสีหน้า ท่าทาง และคำพูดให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เกี่ยวกับการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ขั้นตอน การกระตุ้นการเสริมสร้างพลังอำนาจและการประเมินแหล่งพลังอำนาจ (รายบุคคล)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน
2. เพื่อการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านร่วมกันระหว่าง พยาบาล ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล
3. เพื่อประเมินแหล่งพลังอำนาจเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา

เนื้อหา

1. รับฟังความคิดเห็นความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย
2. ใช้เครื่องมือกำกับการทดลองเพื่อประเมินแหล่งพลังอำนาจเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย
3. การช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการจัดการกับการปัญหาในการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรม

1. ดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลโดยมีญาติอยู่ด้วย
2. ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดความรู้สึก ปัญหาและอุปสรรคในการใช้ยาขณะอยู่ที่บ้าน
4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีการแสดงออกทางคำพูดถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา
2. ผู้ป่วยมีผลการประเมินแหล่งพลังอำนาจตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแผนการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน นักวิชาการพยาบาล 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทุกขั้นตอน พร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่เป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา คือ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความตรงทางโครงสร้าง ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในกิจกรรมแต่ละขั้นตอน จากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยมีประเด็นแก้ไข คือ

1) สลับขั้นตอนที่ 1 กับขั้นตอนที่ 2 เนื่องจากขั้นตอนที่ 2 เป็นกิจกรรมที่ทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จึงควรปรับไปไว้ก่อนการเข้าสู่กิจกรรมกลุ่มทั้ง 5 ครั้ง และจบด้วยขั้นตอนการกระตุ้น ซึ่งเป็นกิจกรรมรายบุคคล

2) ควรปรับกิจกรรมขั้นตอนที่ 4 โดยตัดการจัดยาเอง 3 วันออก เนื่องจากไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ของขั้นตอนดังกล่าว

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและแก้ไขโปรแกรมทั้ง 2 ประเด็นคือ สลับขั้นตอนที่ 1 และ 2 และตัดกิจกรรมการให้ผู้ป่วยจัดยาเอง 3 วัน ในขั้นตอนที่ 4 ออกตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยจิตเภทที่หอผู้ป่วยจามจุรี สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในวันที่ 19 ถึง 21 กุมภาพันธ์ 2546 เวลา 09.30 – 10.30 น. และ 13.30 – 14.30 น. มีผู้ช่วยในการทดลองใช้โปรแกรมคือ นางเพชร คันธสายบัว พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้วิจัยทดลองดำเนินกิจกรรมโดยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มละ 5 คน/1 ขั้นตอน จนกระทั่งครบทั้ง 6 ขั้นตอน เพื่อความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ และปรับปรุงแก้ไขร่วมกับผู้ช่วยในการทดลองใช้โปรแกรมและอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งตามปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทดลองใช้โปรแกรม

ปัญหาเล็กน้อยที่พบในการทดลองใช้โปรแกรม คือเรื่องของเนื้อหาที่ต้องมีการปรับให้มีความกระชับขึ้น ในขั้นตอนที่ 4 ซึ่งเป็นแผนการให้ความรู้เรื่องโรคและความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่มีเนื้อหาค่อนข้างมาก จึงทำการปรับให้สั้นลง ส่วนระยะเวลาของกิจกรรมที่กำหนดไว้ สามารถดำเนินการได้ตามเวลาที่กำหนด รูปแบบของการจัดกิจกรรม และขั้นตอนของกระบวนการกลุ่มดำเนินไปได้ด้วยดี มีผู้ป่วยบางคนที่มีการต่อต้านบ้าง แต่สามารถแก้ไขดำเนินกลุ่มต่อไปได้ มีผู้ป่วยบางกลุ่มที่ไม่ค่อยแสดงความคิดเห็นทำให้ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นบ่อยๆ

นอกจากนี้ในช่วงแรกของการทำกลุ่มทั้ง 5 ครั้ง มีการแนะนำตัวของสมาชิกกลุ่ม โดยให้ผู้ป่วยบอกชื่อ นามสกุล และตามด้วย ผลไม้ที่ชอบ สัตว์ที่ชอบ ดอกไม้ที่ชอบ คนที่รักที่สุด และคติประจำใจ พร้อมทั้งบอกเหตุผลหรือความหมายที่ชอบ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีต่อการทำกลุ่มมากขึ้น เนื่องจากกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนค่อนข้างเป็นเรื่องที่ต้องใช้ความคิดมาก จึงต้องหากลวิธีให้ผู้ป่วยร่วมมือในการเข้าร่วมการทดลอง นอกจากนี้ในขั้นตอนที่ 6 ซึ่งเป็นกิจกรรมกลุ่มครั้งสุดท้าย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแต่ละคนพูดแสดงความรู้สึกและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน พบว่าผู้ป่วยแสดงถึงความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างมาก จากคำกล่าวของผู้ป่วยที่ว่า “ไม่คิดว่าเพื่อนๆ ที่เป็นคนไข้จะพูดได้ดีขนาดนี้” “รู้สึกมีกำลังใจขึ้นมาก” “ดีใจที่มีคนเข้าใจเรา” เป็นต้น ดังนั้นโปรแกรมการพยาบาลแบบเสริมสร้างพลังอำนาจที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมแล้ว มีการเปลี่ยนแปลงคือ สลับขั้นตอนที่ 1 และ ขั้นตอนที่ 2 เพิ่มเติมขั้นตอนการแนะนำตัวก่อนเริ่มกลุ่มทุกครั้ง และการให้ผู้ป่วยแต่ละคนให้กำลังใจซึ่งกันและกันขั้นตอนที่ 6

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษารักษาที่ได้รับ ผู้ที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย และบุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Farragher (1999) และ เพชรี คันธสายบัว (2544) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือโดยการศึกษาดำรง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโดยมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1. ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาทั้งในและต่างประเทศ โดยเฉพาะของ Farragher (1999) และ เพชรี คันธสายบัว (2544) ซึ่งประกอบด้วย การรับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาเกี่ยวกับการรับประทานยาโรดจิต และการสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ Farragher ประกอบด้วย การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยา และจากแนวคิดของเพชรี คันธสายบัวเพิ่มเติมจากนี้คือ พฤติกรรมการใช้ยารวมถึงความสามารถในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าที่ผ่านมามีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาจำนวนมากทั้งในและต่างประเทศ ในด้านของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา หรือพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งยังไม่พบว่ามีการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

2. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ตั้งแต่วันที่ 1 ถึง 4 กุมภาพันธ์ 2546 ดังนี้

- 2.1 ผู้วิจัยใช้คำถามในการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างกับผู้เชี่ยวชาญ 8 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 3 ท่าน เภสัชกร 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 3 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก)โดยมีข้อคำถาม คือ

“ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทโดยการใช้ยา มีเกณฑ์ในการรักษาอย่างไร?”

“ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ท่านพบมีอะไรบ้าง?”

“ท่านคิดว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทควรเป็นอย่างไร?”

โดยผู้วิจัยเดินทางไปพบกับผู้เชี่ยวชาญ ที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ณะนันทน์และบอกวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ก่อนการสัมภาษณ์ รวมทั้งขออนุญาตฉบับที่กในระหว่างการสัมภาษณ์ ซึ่งแต่ละคนใช้เวลาประมาณ 30 นาที ผลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญผู้วิจัยได้ทราบถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่พบว่าเป็นปัญหา สรุปประเด็นสำคัญ ได้แก่

- (1) ความสม่ำเสมอ
- (2) การกินยาตรงตามเวลา
- (3) ลืมกินยา
- (4) การเพิ่มหรือลดยาเอง
- (5) การใช้ร่วมกับสารเสพติด
- (6) การใช้ยาแก้แพ้
- (7) การใช้นานอนหลับ
- (8) การแบ่งยากับผู้อื่น
- (9) วินัยในการกินยา
- (10) การสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา

พอสรุปโครงสร้างของแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็น 2 ด้านได้แก่ ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ให้ถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง และด้านความสามารถการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

2.2 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ 5 คน และไม่ป่วยซ้ำ 5 คน ที่หอผู้ป่วยจามจุรี และแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ณะนันทน์ในการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง กับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลกับผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันกับที่ใช้ในการสัมภาษณ์เพื่อการสร้างแบบรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ชุดที่ 1 โดยเพิ่มคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ได้แก่

“ขณะอยู่ที่บ้าน ท่านกินยาอย่างไร?”

“ท่านคิดว่ากรกินยาที่ถูกต้องควรเป็นอย่างไร?”

“หากท่านมีอาการข้างเคียงจากยา ท่านทำอย่างไร?”

ผลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาคือ “กินยาและมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ” “กินตรงเวลา มีเวลานอนบ้างตามกิจกรรมแต่ละวัน” “ไม่หยุดยาเอง ไม่เพิ่มหรือลดยาเอง” “คิดว่าต้องกินยาสม่ำเสมอจึงจะหาย” “เมื่อมีอาการผิดปกติจะกินยาแก้แพ้ก่อนถ้าไม่ดีขึ้นจะมาพบแพทย์” ส่วนในกลุ่มที่ป่วยซ้ำมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาคือ “หยุดยาเองเมื่อคิดว่าหายแล้ว” “กินยาไม่ตรงเวลา” “ลืมกินยาบางครั้ง” “เพิ่มขนาดยาเองโดยเฉพะยาก่อนนอน จะได้หลับสบาย” “คิดว่าต้องกินยาเมื่อเจ็บป่วย แต่หายแล้วไม่ต้องกินก็ได้” “เมื่อมีอาการผิดปกติจะมาพบแพทย์”

3. หลังจากสัมภาษณ์แล้ว นำผลการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์และกำหนดเนื้อหาของข้อคำถามแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา

4. เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย ข้อคำถามรวม 20 แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ข้อคำถามที่ 1 – 10 เป็นด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยา และข้อคำถามที่ 11 – 20 เป็นด้านความสามารถการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ข้อคำถามแบ่งเป็นข้อความทางลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 2 3 4 6 7 9 14 17 และ 19 และข้อความทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5 8 10 11 12 13 15 16 18 และ 20 โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ค่าคะแนนทางบวก	ค่าคะแนนทางลบ
เป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	4	2
บางครั้ง	ปฏิบัติเดือนละครั้ง	3	3
นานๆ ครั้ง	นานๆ ปฏิบัติครั้งหนึ่ง	2	4
ไม่เคย	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 7 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน จิตแพทย์ 3 ท่าน และ

อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่สร้างขึ้น พร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่เป็นเจ้าของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น 1 – 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วยเป็น 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้แต่ละข้อ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .90

ผู้วิจัยปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยตัดข้อคำถามที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าไม่สอดคล้องออก 2 ข้อ ได้แก่

ข้อ 5 คำถามคือ “ท่านเลื่อนเวลาในการรับประทานยาในแต่ละวันแต่ยังคงรับประทานให้ครบตามจำนวน” เนื่องจากเป็นข้อที่ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนว่าเป็นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ข้อ 17 คำถามคือ “เมื่อมีอาการหงุดหงิด นอนไม่หลับท่านจะไปพบแพทย์ก่อนวันนัด” ซึ่งเป็นการวัดความรู้และทัศนคติไม่ได้วัดพฤติกรรม

ผู้วิจัยปรับข้อคำถามอีก 2 ข้อ ได้แก่

ข้อ 8 เปลี่ยนจาก “ท่านรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง” เป็น “ท่านรับประทานยาครบตามแผนการรักษา”

ข้อ 12 เปลี่ยนจาก “ท่านรับประทานยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งให้ เมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต” เป็น “เมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตท่านรับประทานยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งให้”

ดังนั้นจึงเหลือข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ โดยข้อคำถามที่ 1 – 9 เป็นด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และข้อคำถามที่ 10 – 18 เป็นด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา แบ่งเป็นข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 2 3 4 6 7 9 14 และ 17 และข้อความทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5 8 10 11 12 13 15 16 และ 18

2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จึงทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาจันทน์ 30 คน ในวันที่ 7 – 9 กุมภาพันธ์ 2546 ซึ่งไม่ได้ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงในขั้นการทดลองใช้เครื่องมือโดยรวมเท่ากับ

.87 และรายด้านเท่ากับ .81 และ .85 ตามลำดับ และการวิเคราะห์เป็นรายข้อพบว่าทุกข้อคำถาม มีความสัมพันธ์กันทางบวก คือมีค่ามากกว่า .20 ทุกข้อ (Polit & Hungler, 1999)

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับ โดยนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็ม และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด เป็นค่าคะแนนเฉลี่ย และความหมาย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542: 108)

คะแนน	ความหมาย
4.50 – 5.00	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก
3.50 – 4.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี
2.50 – 3.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ
1.00 – 1.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำสุด

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

เครื่องมือกำกับการทดลอง คือแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจเกี่ยวกับการใช้ยา เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการประเมินข้อมูลแหล่งพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ ดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545: 45) มีขั้นตอนในการสร้างแบบประเมิน ดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎี การพยาบาล การเสริมสร้างพลังอำนาจ และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยเฉพาะแนวคิดการประเมินข้อมูลแหล่งพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ ดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) พบว่าแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยเรื้อรังจากการศึกษาของ ดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ นั้นใช้แนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) ซึ่งแหล่งของพลังอำนาจมี 7 แหล่งคือ

- (1) ระบบความเชื่อ
- (2) อัตมโนทัศน์เชิงบวก
- (3) พลังงาน
- (4) ความอดทนทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม
- (5) แรงจูงใจ
- (6) ความรู้

(7) ความเข้มแข็งทางกายภาพ

ซึ่งสามารถประเมินแหล่งพลังอำนาจเป็นรายด้านได้ 6 ด้าน คือ

- (1) การทำหน้าที่ของร่างกาย
- (2) การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย
- (3) ความสามารถในการจัดการกับปัญหา
- (4) การรับรู้ต่อตนเอง
- (5) ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ
- (6) บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม

2. วิเคราะห์ผลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในการสร้างแบบรวบรวมข้อมูล แหล่งพลังอำนาจ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ชุดที่ 1 และนำแนวคิดที่ได้จากการสัมภาษณ์และการทบทวนวรรณกรรม มาวิเคราะห์เพื่อสร้างข้อคำถามโดยการปรึกษาร่วมกับ อาจารย์ที่ปรึกษา

3. กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการประเมินแหล่งพลังอำนาจมีลักษณะเป็นแบบ สัมภาษณ์ให้ผู้ป่วยเลือกตอบ 1 คำตอบ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ แบ่งเป็น น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ให้ค่าคะแนน 1 2 3 4 และ 5 ตามลำดับ รวม 24 ข้อ เป็น ข้อความทางบวกทั้งหมด แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่

- (1) การทำหน้าที่ของร่างกาย 1 ข้อ
- (2) การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย 4 ข้อ
- (3) ความสามารถในการจัดการกับปัญหา 4 ข้อ
- (4) การรับรู้ต่อตนเอง 3 ข้อ
- (5) ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ 6 ข้อ
- (6) บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม 6 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน นักวิชาการพยาบาล 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ พร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่เป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความ

คิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น 1 – 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วยเป็น 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียน ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้แต่ละข้อ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .83

ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คือ ปรับแก้เล็กน้อยเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น และตัดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนออก 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 11 13 21 และ 23 ดังนั้นจึงเหลือข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่

- (1) การทำหน้าที่ของร่างกาย 1 ข้อ
- (2) การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย 4 ข้อ
- (3) ความสามารถในการจัดการกับปัญหา 3 ข้อ
- (4) การรับรู้ต่อตนเอง 2 ข้อ
- (5) ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ 5 ข้อ
- (6) บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม 5 ข้อ

2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จึงทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาจำนวน 30 คน ในวันที่ 7 – 9 กุมภาพันธ์ 2546 ซึ่งไม่ได้ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ การวิเคราะห์เป็นรายข้อพบว่าทุกข้อคำถามมีความสัมพันธ์กันทางบวก คือมีค่ามากกว่า .20 ทุกข้อ (Polit & Hungler, 1999) และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงในขั้นการทดลองใช้เครื่องมือเป็นรายรวมและรายด้าน ดังนี้

- (1) รายรวมเท่ากับ .90
- (2) การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยเท่ากับ .71
- (3) ความสามารถในการจัดการกับปัญหาเท่ากับ .60
- (4) การรับรู้ต่อตนเองเท่ากับ .69
- (5) ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเท่ากับ .77
- (6) บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อมเท่ากับ .74

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยรายรวมและรายด้านของคะแนนแหล่งพลังอำนาจของกลุ่มทดลอง เป็นรายบุคคล พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับ มีเกณฑ์ว่าจะต้องได้คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป โดยนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็ม และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ไปมากที่สุด เป็นคะแนน และความหมายดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542: 108)

คะแนน	ความหมาย
4.50 – 5.00	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับดีมาก
3.50 – 4.49	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับดี
2.50 – 3.49	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับน้อย
1.00 – 1.49	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง

ระยะเตรียมการทดลอง

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
2. เตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยจัดทำแผนการดำเนินการทดลอง โดยประสานงานกับ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยจิตเวช โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว จึงติดต่อขอความร่วมมือในการวิจัยและจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัยกับฝ่ายพยาบาลโดยตรง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล ขอใช้อุปกรณ์และสถานที่ และแจ้งวันเวลาในการจัดกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการทดลอง

3. เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้ช่วยวิจัยจะต้อง

มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช และมีประสบการณ์ในการทำกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชมาแล้ว โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมต่างๆ ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ วิธีการสัมภาษณ์ และการดำเนินการทดลองตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน และขณะที่ทำการทดลองจะมีการประเมินผลก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกันทุกครั้ง

4. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กล่าวไว้ในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย (Pre-test) และนัดกลุ่มทดลองเข้าร่วมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ระยะดำเนินการทดลอง

ในระยะดำเนินการทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังนี้

1. **กลุ่มควบคุม** สัปดาห์ที่ 1 - 4 ได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลคือ กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป เป็นการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยา การตรวจวัดสัญญาณชีพ การเตรียมตรวจต่างๆ และการสร้างสัมพันธภาพ การทำกิจกรรมบำบัดต่างๆ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรค กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มอ่านหนังสือพิมพ์ และการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน

2. **กลุ่มทดลอง** ดำเนินการตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างขึ้นในกลุ่มทดลองทั้ง 4 กลุ่ม ซึ่งแต่ละกลุ่มจะได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ตามกำหนดการเข้าร่วมกิจกรรม ณ ห้องกิจกรรมของ หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ดังนี้

กลุ่มที่ 1 และ 2 ดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2546 ถึง 24 มีนาคม 2546 โดยกลุ่มที่ 1 ทำกลุ่มเวลา 09.00 – 10.00 น. และกลุ่มที่ 2 ทำกลุ่มเวลา 13.00 – 14.00 น.

ขั้นตอนที่ 1 วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2546

ขั้นตอนที่ 2 วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2546

ขั้นตอนที่ 3 วันที่ 3 มีนาคม 2546

ขั้นตอนที่ 4 วันที่ 5 มีนาคม 2546

ขั้นตอนที่ 5 วันที่ 7 มีนาคม 2546

ขั้นตอนที่ 6 วันที่ 10 มีนาคม 2546

กระตุ้นการเสริมสร้างพลังอำนาจและประเมินแหล่งพลังอำนาจ วันที่ 24 มีนาคม 2546

กลุ่มที่ 3 และ 4 ดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2546 ถึง 27 มีนาคม 2546 โดยกลุ่มที่ 3 ทำกลุ่มเวลา 09.00 – 10.00 น. และกลุ่มที่ 4 ทำกลุ่มเวลา 13.00 – 14.00 น.

ขั้นตอนที่ 1 วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2546

ขั้นตอนที่ 2 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2546

ขั้นตอนที่ 3 วันที่ 4 มีนาคม 2546

ขั้นตอนที่ 4 วันที่ 6 มีนาคม 2546

ขั้นตอนที่ 5 วันที่ 11 มีนาคม 2546

ขั้นตอนที่ 6 วันที่ 13 มีนาคม 2546

กระตุ้นการเสริมสร้างพลังอำนาจและประเมินแหล่งพลังอำนาจ วันที่ 27 มีนาคม 2546

ในแต่ละขั้นตอนมีวัตถุประสงค์และการประเมินผล ดังนี้ (รายละเอียดเนื้อหากิจกรรมแต่ละขั้นตอนแสดงในเครื่องมือฉบับสมบูรณ์)

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาสถานการณ์จริงในผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา (รายบุคคล)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการใช้ยา

ร่วมกับพยาบาล

3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อสภาพการใช้ยาของผู้ป่วยตรงตามสภาพที่เป็นจริง

เวลาในการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ประมาณ 45 นาที /คน

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความไว้วางใจผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถบอกถึงปัญหาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และสามารถอธิบายสภาพการใช้ยาของตนได้ตรงตามสภาพความเป็นจริง เมื่อมีการกระตุ้นด้วยคำถามในแบบรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจ แต่มีผู้ป่วยบางคนที่ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยจะตอบว่าตนไม่มีปัญหาอะไร จึงต้องนำข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ

แพทย์ พยาบาลผู้ให้การดูแล และบันทึกทางการแพทย์มาตรวจสอบข้อมูลที่ได้ก่อนการวิเคราะห์สภาพปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาของผู้ป่วยแต่ละคน

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยบอกความต้องการทรัพยากรที่จะส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง

การประเมินผล

ผู้ป่วยทุกคนเล่าถึงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง และปัญหาที่เกิดขึ้นจากยาที่ตนได้รับ และบอกได้ถึงความต้องการสนับสนุนเพื่อให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 3 สร้างพลังในการแก้ปัญหาในการใช้ยารักษาอาการทางจิตโดยการสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจสถานการณ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในบทบาทของตนเองในการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา
3. เพื่อให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแผนการใช้ยาที่ถูกต้อง

การประเมินผล

ผู้ป่วยทุกคนสามารถบอกได้ว่าบทบาทในการจัดการกับปัญหาในการใช้ยาเป็นของตนเอง สามารถวางแผน และกำหนดเป้าหมายในการจัดการกับปัญหาในการใช้ยาได้ และสามารถวางแผนการดำเนินการจัดการกับปัญหาในการใช้ยาที่แสดงถึงกลวิธีการจัดการกับปัญหา และเกณฑ์การประเมินผลได้

ขั้นตอนที่ 4 สร้างเสริมแหล่งของอำนาจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยบอกถึงความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของแผนการใช้ยาที่ถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตมากขึ้น

การประเมินผล

ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถบอกถึงความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของแผนการใช้ยาที่ถูกต้องได้ แต่มีผู้ป่วยบางคนที่ไม่ยอมรับ

การเจ็บป่วยจึงปฏิเสธว่าตนไม่ต้องการรู้อะไรเพิ่มเติม และผู้ป่วยทุกกลุ่มมีคะแนนที่ได้จากการประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาหลังการให้ความรู้สูงกว่าก่อนให้ความรู้

ขั้นตอนที่ 5 ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังด้วยตนเองเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการใช้ยาและการสังเกต และจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการใช้ยาที่ตนเองวางแผนไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินผล

ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถบอกวิธีการใช้ยาและสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง และบอกผลที่ได้จากการประเมินการปฏิบัติตามแผนการใช้ยาที่ตนเองวางแผนไว้ได้

ขั้นตอนที่ 6 สร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังที่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการใช้ยา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาด้วยยา

การประเมินผล

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางคำพูดถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา และแสดงออกด้วยสีหน้า ท่าทาง และคำพูดให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เกี่ยวกับการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

ขั้นตอน การกระตุ้นการเสริมสร้างพลังอำนาจและการประเมินแหล่งพลังอำนาจ (รายบุคคล)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน
2. เพื่อการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านร่วมกันระหว่าง พยาบาลผู้ป่วยและญาติ
3. เพื่อประเมินแหล่งพลังอำนาจเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางคำพูดถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา และค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแหล่งพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองหลังการทดลองเป็นรายข้อ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแหล่งพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองหลังการทดลองเป็นรายข้อ

ข้อความ	\bar{X}	S.D.
ท่านทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ	4.05	.67
อาการเจ็บป่วยของท่านดีขึ้น	3.90	.31
ท่านสามารถควบคุมตนเองได้	3.90	.45
ท่านมีวิธีจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้	3.10	.55
ท่านเต็มใจให้ความร่วมมือในการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษา	4.70	.47
ท่านสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่ทำอยู่บางอย่างเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้	4.05	.89
ท่านรับรู้ถึงข้อจำกัดของตนในการทำกิจกรรมประจำวัน	3.95	.60
ท่านสามารถยอมรับได้หากต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน	4.05	1.15
ท่านมีความหวังว่าจะสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติแม้จะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน	4.35	1.22
ท่านรู้สึกว่าคุณค่าและมีความสำคัญต่อบุคคลอื่น	3.75	.72
ท่านเชื่อว่าการฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของท่าน	4.30	.98
ท่านเชื่อว่าการรับประทานยาจะช่วยให้อาการทางจิตของท่านดีขึ้น	4.50	.76
ท่านเชื่อในความสามารถของทีมสุขภาพที่ให้การรักษาพยาบาลท่าน	4.65	.49
ท่านเชื่อว่ายังมีโอกาสรักษาอาการเจ็บป่วยทางจิตที่เป็นอยู่ได้	3.55	1.10
ท่านเชื่อในการยึดถือศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และบุคคลอันเป็นที่รักหรือสำคัญสำหรับท่านเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	3.85	.87
ท่านสามารถปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวได้	3.25	.72
ท่านสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้	2.55	.82
ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากครอบครัว	4.20	.61
ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากเพื่อน	2.20	.90
ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล	4.75	.55

โดยคะแนนแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.55 ถึง 4.50 ซึ่งจัดว่าแหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป จึงจัดว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนแหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปทั้ง 20 คน และครอบครัวของผู้ป่วยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมในขั้นตอนกระตุ้นการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ ร่วมแสดงความคิดเห็นและบอกเล่าถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งผู้ป่วยหรือญาติส่วนใหญ่สามารถบันทึกพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยลงในสมุดบันทึกที่ผู้วิจัยให้ก่อนกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง

ระยะประเมินผลการทดลอง

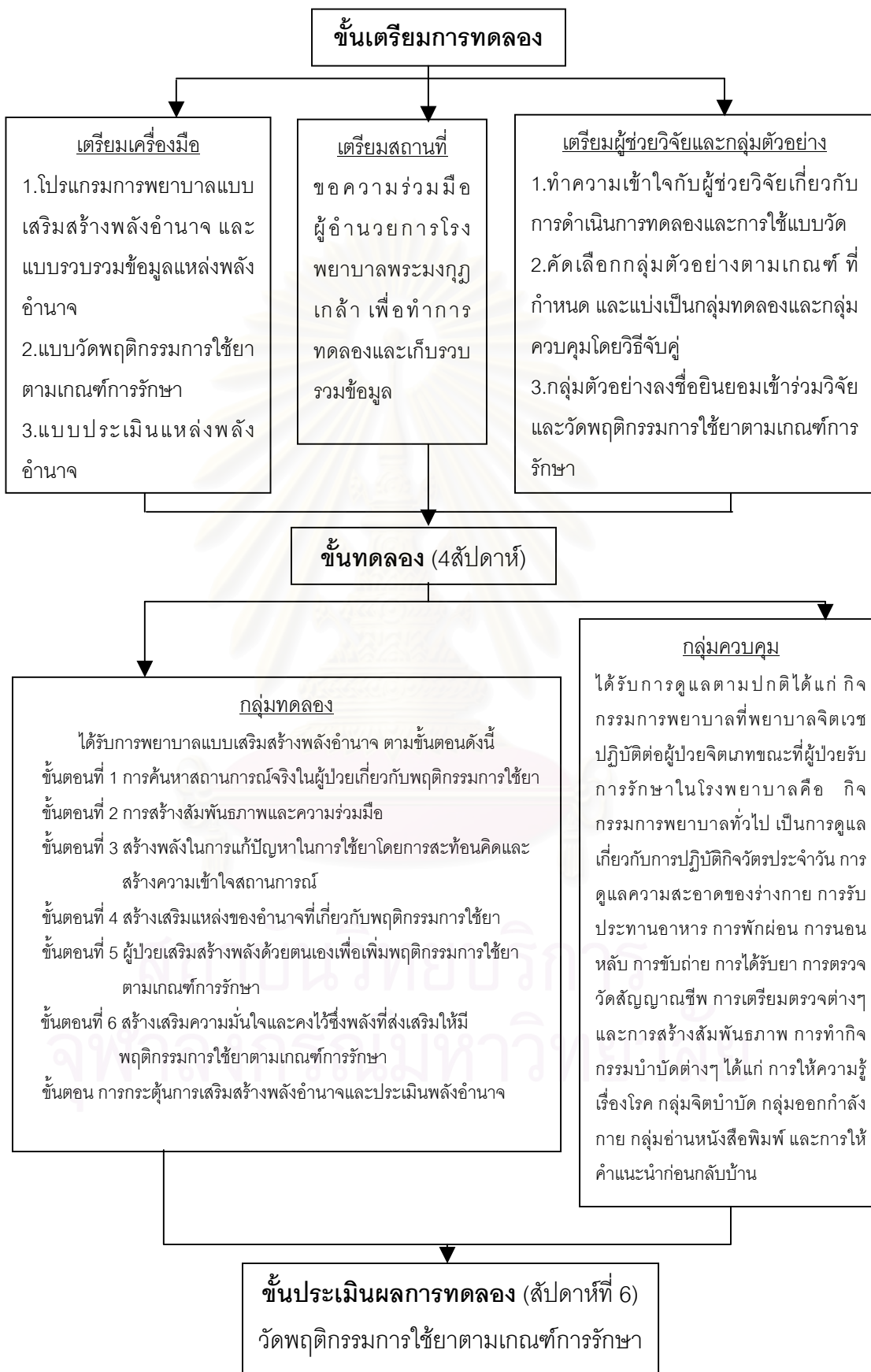
ผู้วิจัยวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Post-test) ประมาณ 2 สัปดาห์หลังจากได้รับการพยาบาลเสร็จสิ้นตามโปรแกรม โดยวันสุดท้ายที่วัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาคือวันที่ 10 เมษายน 2546

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง
3. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในการวัดก่อนการศึกษา ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม จึงเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance) ใช้คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการศึกษาเป็นตัวแปรร่วม (covariate) เพื่อปรับค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลอง ให้การเปรียบเทียบมีผลที่แม่นยำยิ่งขึ้น
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยายและนำเสนอ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 สรุปข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากกลุ่มทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ						
20 – 29 ปี	9	45.00	9	45.00	18	45.00
30 – 39 ปี	8	40.00	7	35.00	15	37.50
40 – 49 ปี	2	10.00	3	15.00	5	12.50
50 – 59 ปี	1	5.00	1	5.00	2	5.00
เพศ						
ชาย	15	75.00	13	65.00	28	70.00
หญิง	5	25.00	7	35.00	12	30.00
สถานภาพสมรส						
โสด	15	75.00	15	75.00	30	75.00
คู่ (อยู่ร่วมกัน)	5	25.00	5	25.00	10	25.00
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	7	35.00	7	35.00	14	35.00
มัธยมศึกษา	4	20.00	5	25.00	9	22.50
อนุปริญญา	4	20.00	3	15.00	7	17.50
ปริญญาตรี	5	25.00	5	25.00	10	25.00

จากตารางที่ 3 ลักษณะของผู้ป่วยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 75 และ 65 ตามลำดับ มีอายุ 20 – 29 ปี เป็นส่วนใหญ่ สถานภาพสมรสโสด ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 35 ทั้งสองกลุ่ม

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ รายได้ของครอบครัว ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย และบุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ไม่มีอาชีพ	5	25.00	7	35.00	12	30.00
รับราชการ	10	50.00	9	45.00	19	47.50
รับจ้าง	2	10.00	2	10.00	4	10.00
ธุรกิจส่วนตัว	3	15.00	2	10.00	5	12.50
รายได้ของครอบครัว						
เพียงพอ	17	85.00	19	95.00	36	90.00
ไม่เพียงพอ	3	15.00	1	5.00	4	10.00
ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย						
มี	19	95.00	20	100.00	39	97.50
ไม่มี	1	5.00	-	-	1	2.50
บุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วย						
มี	17	85.00	20	100.00	37	92.50
ไม่มี	3	15.00	-	-	3	7.50

จากตารางที่ 4 ลักษณะของผู้ป่วยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการ มีรายได้เพียงพอ มีผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย และมีบุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วย

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาดการเจ็บป่วย และผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(n=20)		กลุ่มควบคุม(n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา						
น้อยกว่า 5 ครั้ง	14	70.00	12	60.00	26	65.00
มากกว่า 5 ครั้ง	6	30.00	8	40.00	14	35.00
ระยะเวลาการเจ็บป่วย						
น้อยกว่า 5 ปี	15	75.00	15	75.00	30	75.00
มากกว่า 5 ปี	5	25.00	5	25.00	10	25.00
ผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาต่อการดำเนินชีวิต						
มาก	14	70.00	14	70.00	28	70.00
ปานกลาง	2	10.00	2	10.00	4	10.00
น้อย	4	20.00	4	20.00	8	20.00

จากตารางที่ 5 ลักษณะของผู้ป่วยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาน้อยกว่า 5 ครั้ง คือร้อยละ 70 และร้อยละ 60 ตามลำดับ ระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 75 และฤทธิ์ข้างเคียงของยาส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ร้อยละ 70 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
กลุ่มทดลอง	63.35	8.74	80.85	5.84
กลุ่มควบคุม	60.15	4.23	59.05	6.10

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=63.35$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=60.15$) เล็กน้อย และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=80.85$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=59.05$)

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ในการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้คะแนนก่อนการทดลองและระยะเวลาการเจ็บป่วยซึ่งมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=4.15$) กับกลุ่มควบคุม ($\bar{X}=6.00$) (ตารางที่ 1) เป็นตัวแปรร่วม ซึ่งแสดงผลในตารางที่ 8

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา				
กลุ่มทดลอง	33.10	7.07	43.75	.85
กลุ่มควบคุม	31.05	2.72	30.80	2.97
ด้านความสามารถในการสังเกตและ จัดการกับอาการข้างเคียงจากยา				
กลุ่มทดลอง	30.25	4.81	37.10	6.16
กลุ่มควบคุม	29.10	2.83	28.25	3.92

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา ก่อนทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=33.10$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=31.05$) เล็กน้อย ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=43.75$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=30.80$) และค่าเฉลี่ยของคะแนนของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา ก่อนทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=30.25$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=29.10$) เล็กน้อย ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=37.10$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=28.25$)

ตารางที่ 8 การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลองและระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นตัวแปรร่วม (Covariate)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	Prob.
คะแนนรวม	1	792.54	792.54	23.16	.00
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	1	642.92	642.92	18.86	.00
คะแนนก่อนการทดลอง	1	3.23	3.23	4.89	.00
การเข้าร่วมการทดลอง	1	4025.81	4025.81	117.64	.00
ภายในกลุ่ม	36	1231.98	34.22		
ผลกระทบบรวม	40	201828.00			

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ก่อนและหลังปรับค่าโดยใช้คะแนนก่อนการทดลองและระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นตัวแปรร่วม

คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา	\bar{X} ก่อนการทดลอง		\bar{X} หลังการทดลอง	
	ก่อนปรับ	หลังปรับ	ก่อนปรับ	หลังปรับ
กลุ่มทดลอง	63.35	61.75	80.85	80.50
กลุ่มควบคุม	60.15	61.75	59.05	59.40

จากตารางที่ 8 และ ตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองภายหลังปรับแล้วของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=80.50$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=59.40$) ผลการทดสอบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 122.78, p < .05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองภายหลังปรับแล้วของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=80.50$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}=61.75$) ผลการทดสอบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 18.39, p < .05$)

ตารางที่ 10 การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของหลังการทดลองเป็นรายด้าน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อความ	\bar{X}		F	Prob
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง		
ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา	30.80	43.75	329.72	.00
ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา	28.25	37.10	27.33	.00

จากตารางที่ 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา ภายหลังปรับแล้วของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=43.74$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=30.80$) ผลการทดสอบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 329.72, p < .05$) และค่าเฉลี่ยของคะแนนของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา ภายหลังปรับแล้วของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=37.10$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=28.25$) ผลการทดสอบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 27.33, p < .05$)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของหลังการทดลองเป็นรายข้อ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อความ	\bar{X}		F	Prob
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง		
ท่านหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น	2.85	5.00	65.00	.00
ท่านลืมรับประทานยา	2.95	4.65	41.77	.00
ท่านรับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น	2.85	4.80	45.98	.00
ท่านหยุดรับประทานยา โดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ	3.15	4.95	51.62	.00
ท่านรับประทานยาตรงตามเวลา	3.75	4.35	4.15	.05
ท่านเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	4.15	5.00	22.55	.00
ท่านรับประทานยานอนหลับเพิ่มโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง	3.60	5.00	36.12	.00
ท่านรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง	3.70	5.00	28.63	.00
ท่านเคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	3.80	5.00	28.77	.00
เมื่อท่านมีอาการผิปกติรุนแรง จากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที	1.75	2.90	5.88	.02
เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ท่านรับประทานยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งให้	2.40	3.40	3.54	.07
ท่านขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษาเมื่ออาการทางจิตไม่ดีขึ้น	1.50	2.70	6.45	.01
ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ในเรื่องการใช้ยา	2.40	5.00	124.33	.00

ข้อความ	\bar{X}		F	Prob
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง		
เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย ท่านหยุดรับ ประทานยารักษาโรคจิตทันที โดยไม่ได้ปรึกษา แพทย์	4.20	5.00	15.37	.00
แม้มีอาการดีขึ้นแล้ว ท่านยังมารับยา สม่ำเสมอ	4.05	5.00	8.51	.01
ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	4.70	5.00	5.54	.02
เมื่อยาหมดท่านซื้อยารักษาอาการทางจิตกิน เอง โดยไม่ได้มาพบแพทย์ (ไม่รวมการสั่งซื้อ ยาทางไปรษณีย์)	4.45	5.00	9.17	.00
ท่านปรึกษากับทีมสุขภาพ เมื่อมีปัญหาหรือมี อาการผิดปกติจากการใช้ยา	2.80	3.10	.45	.51

df (1,37)

จากตารางที่ 11 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองภายหลังปรับแล้วของกลุ่มทดลองข้อความที่ 1 - 17 สูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการทดสอบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองภายหลังปรับแล้วของกลุ่มทดลองข้อความที่ 18 สูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 สรุปข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากกลุ่มทดลอง

1. สรุปข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจเป็นรายบุคคล

จากการพูดคุยกับผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งของ Miller (1992) ซึ่งแบ่งการประเมินแหล่งพลังอำนาจเป็น 6 ด้าน (ดาร์ณี จามจุรี และ จินตนา ยูนิพันธ์, 2545) พบว่า

1. พลังงานและความเข้มแข็งทางกายภาพ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยาต่ออาการทางร่างกายสูง เช่นที่ผู้ป่วยบอกว่า “มีอาการมือสั่น ขาสั่น นานๆ เป็นที แต่ไม่เคยหาย รำคาญเหมือนกันแต่ไม่รู้เป็นอะไร” “ง่วงนอนมาก บางวันจะเบลอๆ เหมือนสมองว่าง คิดอะไรไม่ค่อยออก” เป็นต้น แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ทุกคน ส่วนผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่กลับมาป่วยซ้ำเนื่องจากมี พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องเช่น ขาดยา หยุดยาเอง และมีอาการทางจิตมากขึ้น เช่นที่ผู้ป่วยบอกว่า “เคยหยุดยาแล้วหิวแหว่วเป็นเสียงในหัว” “เวลาที่เริ่มจะบ้าจะเห็นภาพหลอนตลอดเวลาเป็นคนที่เราเคยรู้จักมาเ็นรอบเตียง” “พอไม่มียากิน 2 – 3 วัน ก็เริ่มหงุดหงิด ฟุ้งซ่าน เดินไปเรื่อยเปื่อยบางครั้งรู้สึกอยากทำร้ายคนอื่น” เป็นต้น ซึ่งมีผลต่อการทำงานหรือกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

2. ด้านทัศนคติทัศนเชิงบวก พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงปัญหาในการใช้ยาของตน แต่รู้สึกเบื่อที่ต้องกินยาทุกวันเป็นเวลานาน และคิดว่าหายแล้ว ไม่มีอาการแล้วก็จะไม่กินยา เช่นที่ผู้ป่วยบอกว่า “บางทีพอหายแล้วก็หยุดยาเอง ก็เบื่อเหมือนกันบางทีต้องทำงานเลยลืมกิน ก็ไม่เห็นเป็นไร” ผู้ป่วยบางคนรู้สึกอายนที่ต้องกินยารักษาโรคจิต เช่นที่ผู้ป่วยบอกว่า “เวลาไปทำงานไม่ยอมเอายาไป อายเพื่อนที่ทำงานไม่ยอมให้ใครมาถามว่ากินยาอะไร”

3. ด้านความรู้ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาและอาการข้างเคียงจากยาได้ จะใช้วิธีการหยุดยาเอง เมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์ เช่นที่ผู้ป่วยบอกว่า “น้ำลายมาก ง่วงมาก ก็ไม่รู้จะทำยังไง หมอบอกแต่ว่าไม่เป็นอะไร” “กินยาแล้วรู้สึกเกร็งๆ บางครั้ง หมอให้ยาแก้แพ้มา กินแต่ก็ยังไม่หาย เป็นมาหลายวันแล้ว” เป็นต้น มีผู้ป่วยบางคนที่บอกว่า “เวลามีปัญหาต้องมาพบแพทย์” นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าเรื่องยาและการรักษาเป็นหน้าที่ของแพทย์ เช่นที่ผู้ป่วยบอกว่า “หายหรือไม่หาย ขึ้นอยู่กับแพทย์เท่านั้นเราทำอะไรไม่ได้ เจ็บป่วยหมอก็ต้องจ่ายยารักษา” ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่ใส่ใจในการดูแลตนเองเท่าที่ควรเพราะคิดว่าไม่ใช่บทบาทหน้าที่ของตนเอง จึงไม่พยายามที่จะแสวงหาข้อมูลเพื่อใช้ในการดูแลในเรื่องการใช้ยาที่ถูกต้อง เป็นเหตุที่ทำให้ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาของตนเองไป

4. ด้านแรงจูงใจ พบว่าผู้ป่วยบางคนรู้สึกว่าการมีชีวิตไม่มีความหมาย เช่นที่ผู้ป่วยบอกว่า “เป็นโรคบำบัดรักษาไม่หาย ได้แต่อยู่ไปเรื่อยๆ ไม่มีใครมาสนใจคนบ้าอย่างเรา” แต่ส่วนใหญ่ยังมีครอบครัวที่มีส่วนสำคัญทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษา เช่นที่ผู้ป่วยพูดว่า “อยากรักษาอยากหาย ครอบครัวจะได้อยู่อย่างสบายใจ ไม่อยากให้ลูกเมียเป็นห่วง”

5. ระบบความเชื่อ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าหน้าที่ในการดูแลรักษาโรคเป็นหน้าที่ของแพทย์ แต่มีบางคนที่ยังเชื่อว่าเป็นความรับผิดชอบของตนเอง เช่นที่ผู้ป่วยบอกว่า “ตัวเราเองนี่ละครับ จะหายไม่หายก็เราเอง ไม่มีใครมาบังคับเราได้ เราต้องบังคับตัวเอง” แต่ทุกคนเชื่อว่ายาสามารถทำให้ตนมีอาการทางจิตดีขึ้นได้ เช่นที่ผู้ป่วยบอกว่า “ต้องกินยา พอไม่กินก็จะบ้าอีก อยากหายหายจากโรคก็ต้องกินยา” นอกจากนี้ผู้ป่วยทุกคนนับถือศาสนาพุทธ และเคยรดน้ำมนตร์หรือไปวัดเพื่อรักษาโรคและเป็นที่ยังทางใจ แต่ไม่เคยหยุดยาขณะที่ไปรดน้ำมนตร์หรือไปวัด เช่นที่ผู้ป่วยบอกว่า “ไปรดน้ำมนตร์แล้วสบายใจดี แต่ไม่คิดว่าจะหายได้ คงต้องกินยาต่อ”

6. ด้านความอดทนทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว โดยเฉพาะเวลาที่มีอาการกำเริบ เช่นผู้ป่วยบอกว่า “บางทีทำร้ายภรรยา โดยไม่รู้ตัว” “ทำงานไม่ได้ ทำให้ขาดรายได้” ในการเข้าถึงสังคมผู้ป่วยบางคนรู้สึกอาย เช่นที่ผู้ป่วยบอกว่า “เป็นโรคจิต กลัวคนรังเกียจว่าเราเป็นคนบ้า ไม่อยากยุ่งกับใคร” ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีครอบครัวสนับสนุนช่วยเหลือเรื่องการเจ็บป่วย เช่นผู้ป่วยบอกว่า “แม่พามาตรวจตามนัดทุกครั้ง” “พี่สาวจะพามาพบแพทย์เมื่อเห็นว่าอาการกำเริบ” เป็นต้น ซึ่งญาติของผู้ป่วยบางคนยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา มักจะบอกให้ผู้ป่วยหยุดยาเมื่อมีอาการดีขึ้น เช่นที่ผู้ป่วยบอกว่า “แฟนผมบอกว่าหายแล้วไม่ต้องกินยากี่ได้ กินแล้วก็เอาแต่นอนไม่ทำอะไรเลย” บางคนมีการแสดงอารมณ์รุนแรงกับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิต เช่นผู้ป่วยบอกว่า “พ่อแม่ว่าผมเป็นคนบ้า น่าเบื่อ น่ารำคาญ” เป็นต้น แต่ส่วนใหญ่ญาติจะใส่ใจให้การดูแลผู้ป่วยในการใช้ยาเป็นอย่างดี เช่นผู้ป่วยบอกว่า “ถ้าไม่มาเองแฟนหรือแม่ก็จะมารับยาแทนให้”

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมสุขภาพ เช่นผู้ป่วยบอกว่า “หมอนี่ใจดีทุกคน พูดเพราะ คุยด้วยแล้วสบายใจขึ้น” ผู้ป่วยเชื่อถือในความสามารถของแพทย์ที่ให้การรักษาดตน เช่นผู้ป่วยบอกว่า “หมอกเก่ง ผมไปรักษามาหลายทีแล้วไม่หาย มาหายทีนี้ละ ตอนนี้อย่างไรก็ได้แล้ว” ผู้ป่วยเชื่อว่าพยาบาลดูแลได้ดี เช่นที่ผู้ป่วยบอกว่า “เวลามาอยู่ที่โรงพยาบาล พยาบาลจะพูดให้กำลังใจเสมอ” “มีพยาบาลคอยดูแลตลอดเวลา ทำให้รู้สึกปลอดภัยและสบายใจ” “เวลามีปัญหาอะไร ก็บอกกับพยาบาลได้”

จากข้อมูลแหล่งพลังอำนาจเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาดังกล่าว จะเห็นได้ชัดเจนว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีแหล่งพลังอำนาจในด้านต่างๆ คล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะปัจจัยที่มีผลต่อแหล่งพลังอำนาจคือ ผลข้างเคียงจากยา ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบสุขภาพของตน และสัมพันธภาพทางสังคม ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จึงเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถสร้างเสริมแหล่งพลังอำนาจในด้านต่างๆ ด้วยตนเอง ดังจะสามารถประเมินผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจได้จากแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลองในการวิจัยนี้ พบว่าคะแนนเฉลี่ยแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยแต่ละคนอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก คือมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 2.55 ถึง 4.50 จึงจัดว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2. สรุปความคิดเห็นของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงขึ้นแล้ว หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกที่มีต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและประโยชน์ที่ผู้ป่วยคิดว่าได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. เป็นกิจกรรมที่ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึกและความคิดเห็นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง
2. ช่วยให้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมากขึ้น มีการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ และให้กำลังใจซึ่งกันและกันเสมอ
3. รู้สึกว่ามีความเสมอภาค เท่าเทียมกัน ทำให้เกิดบรรยากาศของการร่วมกันปรึกษา แสดงความคิดเห็น และร่วมกันตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาของแต่ละคน
4. ช่วยให้เราตัวเราเป็นคนที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้สำเร็จ
5. ข้อมูลความรู้ที่ได้สามารถนำไปปรับใช้กับชีวิตของแต่ละคนได้เมื่อมีปัญหาจากการใช้ยาเมื่ออยู่ที่บ้าน

6. ผู้ป่วยรู้สึกพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้สึกว่ามีคนอื่นที่เป็นเหมือนกัน และเข้าใจความรู้สึกที่แท้จริง

7. ผู้ป่วยรู้ว่าโรคจิตเภทก็เหมือนโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ต้องรักษานาน ต้องดูแลตัวเองเพื่อควบคุมอาการให้ดี

นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่ให้ข้อเสนอแนะว่าอยากให้มีกิจกรรมกลุ่มทุกวัน และอยากให้มีการทำกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจที่หน่วยงานหรือชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ แบบแผนการทดลองเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง ซึ่งผู้วิจัยตั้งสมมติฐานในการวิจัยไว้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีอาการอยู่ในระยะเรื้อรังบำบัดและบำบัดระยะยาว ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2546 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และจับคู่ตามระยะเวลาการเจ็บป่วย และผลกระทบจากอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาที่มีต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วย 20 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และ 20 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชุดคือ ชุดที่ 1 แบบรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจ เป็นแบบรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยแนวทางการรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจ 6 ด้าน ชุดที่ 2 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วยกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ขั้นตอน ซึ่งในการสร้างเครื่องมือทั้ง 2 ชุดใช้แนวคิดของ ดารณี จามจรี และจินตนา ญนิพันธ์ (2545)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Farragher (1999) และ เพทรี คันธสายบัว (2544) ประกอบด้วย ข้อคำถามรวม 18 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .90 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .87

เครื่องมือกำกับการทดลองคือ แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .83 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .90

การดำเนินการวิจัย

1. ระยะก่อนการทดลอง ใช้เวลาในการดำเนินการ 8 สัปดาห์ ในการสร้างเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในด้านความตรงตามเนื้อหา และความตรงตามโครงสร้าง พัฒนาเครื่องมือตามกระบวนการบริหารเครื่องมือ จากนั้นขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดระยะเวลาในการทดลอง เตรียมผู้ช่วยวิจัย จัดกลุ่มตัวอย่าง เตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลองโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยถึงความแตกต่างในรูปแบบการพยาบาลของแต่ละกลุ่ม ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย อธิบายขั้นตอนการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Pre-test)

2. ระยะดำเนินการทดลอง ใช้เวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองดำเนินการตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน กำหนดการเข้าร่วมกิจกรรม ณ ห้องกิจกรรมหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ดำเนินการทดลองกลุ่มเวลา 09.00น.ถึง10.00น.และ 13.00น.ถึง14.00 น. ในวันราชการ ตั้งแต่วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2546 ถึง 27 มีนาคม 2546

3. ระยะหลังการทดลอง ใช้เวลาดำเนินการ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Post-test) ด้วยแบบวัดชุดเดิมอีกครั้ง โดยกลุ่มสุดท้ายวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาวันที่ 10 เมษายน 2546

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ของ

ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance) ใช้คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการศึกษาเป็นตัวแปรร่วม (covariate)

สรุปผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ($\bar{X}=80.50$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{X}=59.40$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ ($\bar{X}=80.50$) สูงกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ($\bar{X}=61.75$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้ตอบสนองสมมติฐานในการวิจัย 2 ประการ คือ

1. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยดังกล่าวแสดงว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เพิ่มขึ้นจากการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทครั้งนี้ มีขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอันจะนำไปสู่การป้องกันและลดปัญหาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีการศึกษาพบว่ามีผลมาจากพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (เพชรี คันธสายบัว, 2544) และสอดคล้องกับแนวคิดของ Miller (1992) ในการศึกษาของ ดารณี จามจรี และจินตนา ฐนิพันธ์ (2545) ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการสร้างเสริมแหล่งพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยสามารถเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้ ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ผ่านมาหลายฉบับเช่น การศึกษาของ จารุวรรณ จินตามงคล (2541) ที่พบว่าผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเผชิญกับปัญหาจากการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พนารัตน์ เจนจบ (2542) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และการศึกษาของ Anderson (1995) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และให้ความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งการศึกษาของ Gibson (1995) และ Musker (1997) พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคล เกิดความรู้สึกที่ดี มีความสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี พัฒนาสมรรถนะเชิงความรู้ ความคิด ความเข้าใจ และการรู้จักตนเองยอมรับความจริง ควบคุมตนเองได้ มีความมั่นใจ และพยายามแก้ปัญหาด้วยตนเองได้เหมาะสม นอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Miller (1992) และ Bling (1998) ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการช่วยให้ผู้ป่วยเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจของตนเอง สามารถเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพและความสามารถในการเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้

จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในการวิจัยครั้งนี้ นับว่าเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งในการนำไปปรับใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการศึกษาพบว่า มีปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านที่มสุขภาพ (Oehl, Hummer and Fleischhacker, 2000) มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยคือ ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย (Miller, 1992) ซึ่ง Stapleton (1992) กล่าวว่าแหล่งของพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งได้แก่ พลังงาน ความเข้มแข็งทางกายภาพ อุตมโนทัศน์ทางบวก ความรู้ ความเชื่อ แรงจูงใจ และความอดทนทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม สามารถเสริมสร้างได้ด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ ดารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจะเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนั้นผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นแนวทางในการนำไปพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจในการวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ขั้นตอน ในแต่ละขั้นตอนสามารถเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาให้กับผู้ป่วยดังนี้

1. การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นขั้นตอนที่พยาบาลต้องทำการรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลก่อนที่จะสรุปปัญหา วินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ และวางแผน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ตรงกับความต้องการและสภาพปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นการจัดการดูแลผู้ป่วยได้ตรงกับปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยย่อมเกิดจากการที่พยาบาลรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดถึงความต้องการด้านสุขภาพ ไม่ตัดสินว่าผู้ป่วยไร้ความสามารถ และให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการดูแลตนเอง การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วยจึงเป็นการเริ่มต้นให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ถึงปัญหาของตนเอง และได้เรียนรู้บทบาทความเท่าเทียมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์เชิงบวก

2. การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ เป็นประเด็นที่สำคัญอย่างยิ่งของการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช การที่จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องเริ่มต้น

จากการมีสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจในพยาบาล และจะแสดงออกในรูปของความร่วมมือ ลดความขัดแย้ง แสดงให้ผู้ป่วยเห็นถึงความจริงใจในการดูแลผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพต้องเริ่มจากการพูดคุยในเรื่องที่ไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมากนัก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะอาการของโรคที่ทำให้เกิดความระแวง ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจึงต้องดำเนินแบบค่อยเป็นค่อยไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับคนอื่นจากพยาบาล ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพนั้นเป็นการสร้างเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางจิตและมีโอกาสได้รับการสนับสนุนทางสังคมได้มากขึ้น

3. สร้างพลังในการแก้ปัญหาโดยการสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นการใช้ทักษะการสะท้อนคิดในการพยาบาลผู้ป่วย โดยการเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาและการเจ็บป่วยของตนเองว่ามีผลกระทบอย่างไร และมีโอกาสในการแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหาของตนเองและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนที่มีต่อการเจ็บป่วย เป็นการสร้างความเข้าใจในตนเองให้กับผู้ป่วย ซึ่งในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ปฏิเสธปัญหา และไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหานั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จึงเป็นบทบาทของพยาบาลผู้ให้การดูแลที่จะต้องเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจถึงความสำคัญของปัญหาในตนเอง หากผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปัญหาการใช้ยาของตนและรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของตนในการแก้ไขปัญหานั้นแล้ว จะเป็นการสร้างเสริมการยอมรับตนเอง มีทัศนคติเชิงบวกและก่อให้เกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองและแสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเองด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง

4. สร้างเสริมแหล่งของพลังอำนาจ ส่งเสริมสนับสนุน สร้างแรงจูงใจ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา เป็นการสร้างเสริมความรู้ให้กับผู้ป่วย โดยการประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนและหลังการให้ความรู้ เพื่อเป็นการประเมินความรู้ความเข้าใจที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งแนวทางการให้ความรู้นั้นจะต้องผ่านการค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยมาก่อน เพื่อการให้ความรู้ที่เหมาะสม ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระหว่างที่ให้ความรู้พยาบาลจะต้องมีการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบการรับรู้ข้อมูลว่าตรงกับสิ่งที่ให้ไปหรือไม่ รวมทั้งต้องมีการนำเสนอเชื่อมโยงสถานการณ์ตัวอย่างให้ผู้ป่วยเห็นภาพที่ชัดเจน พร้อมทั้งใช้กระบวนการกลุ่มในการสร้างเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วย มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน รวมทั้งความรู้ความสามารถของพยาบาลเองก็เป็นสิ่งที่จะสร้างเสริมให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเกิดความเชื่อในความสามารถของพยาบาลที่ให้การดูแลซึ่งมีผลต่อความร่วมมือและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย

5. ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังด้วยตนเอง สนับสนุน และเอื้ออำนวยทรัพยากรต่างๆ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หลังจากที่ยาบาลได้เสริมสร้างความรู้และแหล่งทรัพยากรต่างๆ ให้กับผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยจะต้องมีการฝึกทักษะในการคิดพิจารณาเพื่อแก้ไขสถานการณ์ที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง โดยมีพยาบาลคอยเพิ่มเติมแหล่งทรัพยากรให้ เป็นการให้สถานการณ์ที่ผ่านมาจากประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม และช่วยกันวางแผนการแก้ไขปัญหา และวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการใช้ยา เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เป็นการเสริมสร้างความมีส่วนร่วม การเรียนรู้ที่จะรับฟังและคิดแก้ไขปัญหาพร้อมกัน จึงเป็นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการเผชิญปัญหาจากการใช้ยาได้ดีขึ้น เป็นการสร้างเสริมแรงจูงใจ และสนับสนุนแหล่งทรัพยากรให้กับผู้ป่วยรวมทั้งเป็นการปูพื้นฐานให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเชื่อว่าตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้

6. สร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังความสามารถในการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นขั้นตอนสุดท้ายในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นขั้นตอนที่พยาบาลจะต้องสร้างเสริมความมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ พร้อมทั้งมีการให้กำลังใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วย และพยาบาลให้กำลังใจผู้ป่วย เนื่องจากความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ นั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจให้กระทำ การมีความหวัง มีเป้าหมาย มีการกระทำเพื่อสิ่งๆ ที่ตนเองรัก เป็นต้น พยาบาลจึงต้องเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ โดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง รวมทั้งขั้นตอนการกระตุ้นการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งเป็นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยทบทวนและประเมินพฤติกรรมของตนเองเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษานั้นคงอยู่ต่อไป และเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

ดังนั้นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการวิจัยครั้งนี้ จึงสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้โดยการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจให้กับตนเอง พยาบาลต้องระลึกเสมอว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่จะต้องตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาเมื่อกลับบ้าน ดังนั้นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทในการวิจัยครั้งนี้ เป็นโปรแกรมหนึ่งในการนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้

สรุปได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการศึกษาครั้งนี้ นับว่าเป็นศาสตร์ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เนื่องจากมีการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยการทบทวนวรรณกรรม การศึกษากับผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาโดยตรงก่อนที่จะจัดกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การพยาบาลตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ และนับว่าเป็นการส่งเสริมภาวะสุขภาพ ลดปัญหาและป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งเป็นรูปแบบการให้บริการตามแนวทางปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดูแลตนเอง สามารถอยู่ในครอบครัว สังคมและชุมชนได้ เพื่อเป็นการลดการสูญเสียทั้งด้านบุคคล สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ในการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้พื้นฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การทำจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม และมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยที่ให้การดูแล รวมทั้งจะต้องมีการประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ตามขั้นตอนที่กำหนด

2. การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ซึ่งในการนำไปใช้ควรจะมีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรม และติดตามผลอัตราการป่วยซ้ำ

3. การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาควรจะมีการดำเนินการต่อเนื่องในชุมชนและมีการติดตามผลอัตราการป่วยซ้ำ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ

2. ควรมีการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวได้อย่างมีคุณภาพ

3. ควรมีการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยประเมินความคงอยู่ยั่งยืนของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

เกษม ต้นติผลาชีวะ. 2536. ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร :

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จลี เจริญสรรพ. 2538. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตกลับมารักษาค้ำในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์.

วารสารพยาบาลสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย 3: 220 – 226.

จันทรา ธีระสมบุรณ์. 2543. แบบแผนการบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับพยาบาล. คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. สุราษฎร์ธานี.

จารุวรรณ จินตามงคล. 2541. ผลการใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล ศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินตนา ยูนิพันธุ์. 2534. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของคนไทยภาคกลาง. รายงานการวิจัย.

จินตนา ยูนิพันธุ์. 2539. การเสริมสร้างพลังอำนาจวิชาชีพ. วารสารพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินตนา ยูนิพันธุ์. 2542. การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. เอกสารประกอบการอบรม เรื่อง การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน: 58-98. (29-30 กรกฎาคม). ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม. 2541. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : ยุทธินทร์การพิมพ์.

ชะฤทธิ์ พงษ์อนุตรี. 2536. การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยจิตเภท. ครอบคลุมไว้กับการสร้างเสริมสุขภาพจิตครบวงจร 6: 105 –125.

ดารณี จามจรี. 2544. การศึกษาพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทของสังคมไทย.

เอกสารประกอบปริญญาโทระดับดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์. 2545. การศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย. รายงานการวิจัย. สำนักพยาบาล กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน. 2543. Poly in inpatient department at Somdet Chaopraya Hospital.
รายงานการวิจัย.
- ทานตะวัน แยมบุญเรือง. 2540. กรณีศึกษา: ผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย
และครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
ศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิวพร พู่เฟื่อง. 2544. การศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยยารักษา
อาการทางจิต ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. รายงานวิจัย โรงพยาบาลศรีธัญญา
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ธนูชาติธนาพันธ์. (ม.ป.ป.). คู่มือประกอบการใช้ ICD-10. นนทบุรี: สถาบันสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. 2544. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง กรรณสูต. 2542. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพมหานคร: ด้านสุขภาพพิมพ์.
- ปานัน บุญหลง. 2534. สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ : บริษัทสยามเจริญพานิช.
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. 2538. มาตรฐานการจำแนกผู้ป่วยทางจิตและ
ปัญญาอ่อน. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพมหานคร : อักษร
เจริญทัศน์.
- พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์. 2533. แนวทางการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาเจตคติต่อวิชาชีพ
พยาบาล. สำนักงานทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร.
- พนารัตน์ เจนจบ. 2542. การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพชรี คันธสายบัว. 2544. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ. 2535. วิจัยทางการพยาบาล : หลักการและกระบวนการ. สงขลา
: เทมการพิมพ์ : 133-149.

- ไพรัตน์ พุกษาชาติคุณากร. 2534. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภัทรา ธิรลาภ. 2530. การศึกษาสภาพผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการรักษา ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มานิช หล่อตระกูล . 2541. ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา. วารสารคลินิก. 67(14) : 761-765.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2542. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สุวีชาญการพิมพ์.
- ราตรี อินทรีย์. 2541. การไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยจิตเภท. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (มีนาคม 2541).
- วัชณี หัตถพนม และคณะ. 2529. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. รายงานผลการวิจัยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
- วรภา จันทโรตติ. 2540. ประสิทธิผลของการฝึกอบรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาเจตคติการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถของตนในนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริอร สีนุ. 2539. การสร้างพลังใจ: กลยุทธ์เพื่อพัฒนาวิชาชีพ. วารสารพยาบาลศาสตร์. 14(ม.ค.-มิ.ย.) : 93-96.
- สมชาย จักรพันธุ์. 2543. แนวโน้มและทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต. (อัดสำเนา)
- สมภพ เรื่องตระกูล. 2542. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมัยพร อาชาล. 2543. ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สาธุพร พุฒขาว. 2541. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุขภาพจิต. กรม. 2539. คู่มือการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท : คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บี .แอล. ฮีว.

- สุขภาพจิต. กรม. 2541. คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.
กระทรวงสาธารณสุข.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุชีรา ชุ่มตระกูล และมาลี แจ่มพงษ์. 2532. อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมา
รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท: ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยใน โรงพยาบาล
สมเด็จพระเจ้าพระยา. รายงานการวิจัย.
- สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์. 2536. ผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการให้เงื่อนไข
ผูกพันต่อความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพล รุจิรพิพัฒน์ และคณะ. 2528. รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาผู้ป่วยโรคจิตที่กลับเข้ามารับ
การรักษาซ้ำ. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา.
- สุพิศศรี รัตนสิน และ วีระ ดุรงค์ประภา. 2537. ศึกษาปัญหาการใช้ยาจิตเวชของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
ที่มารับบริการจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลพระศรี
มหาโพธิ์.
- สุขภาพจิต, กรม. 2543. แผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงครึ่งหลังของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติด้านสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. พ.ศ.2543 – 2544 : 7.
- หลุยส์ จำปาเทศ. 2533. จิตวิทยาสัมพันธ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตวิทยา คณะ
ครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุญชชัย. 2541. การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 12: 86-96.
- อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการใช้ยาทาง
จิตของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารกรมสุขภาพจิต 5(3):
มิถุนายน-กันยายน 58-64.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2541. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวทางการปฏิบัติตามพยาธิ
สภาพ. กรุงเทพฯ : หจก.วี เจ พรินติง.

ภาษาต่างประเทศ

- Aberti, C. 1996. How to live with mentally ill person. New York : John Willey & Sons.
- Adams, J. and Scott, J. 2000. Predicting medication adherence in severe mental Disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica. 101: 119 -124.
- Agarwal, M. R. et al. 1998. Non - compliance with treatment in patients suffering form schizophrenia: A study to evaluate possible contributing factors. International Journal of Social Psychiatry. 44 (2): 92 -106.
- Anderson, R. M. 1995. Patient Empowerment and the Traditional Medical Model. Diabetes Care. 18(3), 412 -415.
- Baker, C. 1995. the development of self-care ability to detect early sings of relapse among individuals who have schizophrenia. Archives of psychiatric nursing 9(5): 261 -268.
- Becker, M. H. 1974. The health belief model and personal health behaviors. Charles B. Slack, Inc.: New Jersey.
- Becker, M. H. & Janz, N. K. (1984). The health belief model and personal health behaviour. Health Education Quarterly. 11(1): 1-47.
- Berger, B. A., Anderson-Harper, H. M. and Kavookjian J. 2000. Patient Empowerment. (Online). Available: <http://pharmacy.auburn.edu/pcs/download/empower.html>.
- Bethesda, D. 1999. Schizophrenia [Online]. Available from : www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm National Institute of Mental Health [2001, January 30]
- Bling, Mok Suen Suk. 1998. A Model of Empowerment for Hong Kong Chinese Cancer Patients and the Role of Self-help Group in the Empowering Process. Dissertation: Ph.D. nursing. Hong Kong: The Hong Kong Polytechnic University. Photocopied.
- Burns, N. and Grove, S. K. 2001. The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization. 2nd ed. Philadelphia: W. B. Saunder.
- Carpenito, L. 1991. Handbooks of Nursing Diagnosis. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Carson, V. B. and Arnold, E. N. 1996. Mental Health Nursing: The nurse-patients journey. Philadelphia: W. B. Saunders.

- Conger, J.A. and Kanungo, R.N. 1988. The Empowerment process, Integrating Theory and Practice. Academy Management Review 13(1988): 471-482.
- Corrigan, W. P. 1998. Behavior Therapy Empowers Persons With Severe Mental Illness: Behavior Modification 21 January: 45-61.
- Dixon, L. et al. 1991. Drug abuse in schizophrenic patients: Clinical correlates and Reasons for use. American Psychiatric Association. 148(2): 244 -230.
- Dixon, E. 1998. Chapter 14. Change Agent In Chronic Illness: Impact and Interventions. 4th ed. Edited by Lubkin, M. I. and Larson, D. P. p. 327-342. Massachusetts: Jones and Barlett Pub.
- Dracup, K. A. and Meleis, A. I. 1982. Compliance: An interactionist approach. Nursing Research. 31(1): 31-36.
- Drake, R. E., Osher, F. C. and Wallach, M. A. 1989. Alcohol use and abuse in Schizophrenia. A prospective community study. The journal of Nervous and Mental Disease. 408 -414.
- Farragher, B. 1999. Treatment Compliance in the Mental Health Service. Iris Medication Journal. 92(6).
- Fenton, W. S., Blyler, C. R., and Heinssen, R. K. 1997. Determinants of medication Compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings. Schizophrenia Bulletin. 23 (4): 637-651.
- Fleischhacker, W. W. et al. 1994. Compliance with antipsychotic drug treatment: Influence of side effects. Acta Psychiatrica Scandinavica. 89 (supplement 382): 11-15.
- Forman, L. (1993). Medication: Reasons and interventions for noncompliance. Journal of Psychosocial Nursing. 31(10) : 23-25.
- Fox, C. and Kane, F. 1996. Psychiatric – Mental Health Nursing : Integrating the behavioral and biological sciences. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Frank, A. F. & Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the Treatment of schizophrenia. Archive General Psychiatry. 47: 228 -236.
- Funnell, M.M. et al. 1991. Empowerment : An Idea Whose Time Has Come In Diabetes Education. The Diabetes Education. 17(1) : 37-41.

- Gibson, C.H. 1995. A Concept Analysis of Empowerment. Journal of Advance Nursing. 16(3) : 354-361.
- Gravley, E. A. and Oseaschn, C. S. 1991. Multiple drug regimen: Medication Compliance among veteraus 65 years and older. Research in Nursing and Health. 14: 51 -58.
- Gualtiere, B. 1999. Understanding and help for schizophrenia [Online]. Available from: www.christiansoulcare.com/helpforschizophrenia.htm Cheistian Soul Care. Com[2000, December 25]
- Gray, R., Wykes, T., Gournay, K. 2002. From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with anti-psychotic medication. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Jun. (9): 277.
- Green, J. H. 1988. Frequent re-hospitalization and compliance with treatment. Hospital Community Psychiatry. 39: 963 -966.
- Hamera, E., Lawson, G., and Tankel, K. 1996. Internal and external environment of Individuals with schizophrenia during alcohol and drug use. Archives of Psychiatric Nursing. 10 (3): 136 –142.
- Hawkes, J.H. 1992. Empowerment in nursing education : concept analysis and application to philosophy, learning and instruction. Journal of Advance Nursing. 21(1) : 72-82.
- Herz, M. I. and Marder, S. R. 2002. Schizophrenia Comprehensive Treatment and Management. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hofer, A. et al. 2002. Attitudes toward anti-psychotics among outpatient clinic attendees with schizophrenia. Journal Clinic Psychiatry. 63 (1): 49 -53.
- Hoffman, H. 1994. Age and other factors relevant to re-hospitalization of schizophrenic Out-patients. Acta Psychiatrica Scandinavica. 89: 205 -210.
- Johnson, B. S. 1993. Psychiatric Mental Health Nursing. 3rd ed. Pennsylvania: J. B. Lippincott.
- Johnstone, E. C. and Geddes, J. 1994. How high is relapse rate in schizophrenia. Acta Psychiatric Scandinavica. 89: 6-10.

- Judith, H. and others. 1989. Comprehensive Psychiatric Nursing. New York : McGraw – Hill Book Company.
- Kaplan, H. I. and Sadock, B. J. 1995. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kay, L. T. 1998. Best practice outcome for schizophrenia: Does measurement of Medication compliance provides a key? Australasian Psychiatry. 6(6): 306 -308.
- Keks, N.A. 2002. Exploring the complexity of compliance in schizophrenia. Mental Health Nursing, Jul. (23): 513.
- Kumar, S. and Sedgwick, P. 2001. Non-compliance to psychotropic medication in Eastern India: Clients' perspective. Part II. Journal of Mental Health. 10(3): 279 -284.
- Kumar, S. and Sedgwick, P. 2001. Can the factors influencing medication compliance Reported from Western populations be applied to an Eastern Indian context Part I. Journal of Mental Health. 10(3): 267-277.
- Lund, V.E. 1991. Helping the medicine go down. Journal of Psychiatric and Nursing, 29 (7): 6-7.
- Marland, G. R. 1999. Atypical neuroleptics: Autonomy and compliance? Journal of Advanced Nursing. 29 (3): 615 -623.
- Marland, G. R. 1999. Depot neuroleptics, schizophrenia and the role of the nurse: is practice evidence based? A review of the literature. Journal of Advanced Nursing. 30(6), 1255 -1262.
- Marland, G. R. and Cash, K. 2001. Long-term illness and patterns of medicine taking: are People with schizophrenia a unique group? Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 8, 197 -204.
- Miller, J. F. 1992. Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis.
- Oehel, M., Hummer, M. and Fleischhacker, W. W. 2000. Compliance with Anti-psychotic treatment. Acta Psychiatrica Scandinavica. 102 (Suppl. 407): 83-86.

- Orem, D. E. 1985. Nursing concepts of practice. 2nd ed. New York: McGraw – Hill Book Company.
- Orem, D. E. 2001. Nursing concepts of practice. Sixth edition. St. Louis, Missouri: A Harcourt Health Sciences Company.
- Razali, M. S. and Yahya, H. 1995. Compliance with treatment in schizophrenia: A drug Intervention program in developing country. Acta Psychiatrica Scandinavica, 91: 331-335.
- Rodwell, C.M. 1996. A Concept Analysis of Empowerment. Journal of Advance Nursing. 22(2) : 305-313.
- Rose, L. E. 1996. Families of psychiatric patients: A critical review and future research Direction. Archives of Psychiatric Nursing X: 67-76.
- Ruscher, S. M. et al. 1997. Psychiatric patients' attitudes about medication and factors Affecting noncompliance. Psychiatric Service. January: 82-85.
- Sandock, J. B. and Sandock, A. V. 2000. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stapleton, S. 1992. Chapter 7. Etiologies and Indicators of Powerlessness in Persons with End-stage Renal Disease. In Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness. 2nd ed. Edit by Miller, J. F. p. 163-178. Philadelphia: F.A. Davis.
- Sullivan, G. et al. 1995. Identifying modifiable risk factors for re-hospitalization: A case - control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. American Journal of Psychiatry. 152: 1749 -1756.
- Taylor, M. C. 1994. Culture diversity in health & illness. Connecticut: Appleton & Lange.
- Trotzer, J.P. 1977. The Counselor and the Group : Integrating theory, Training and Practice. California : Brooks Cole : Publishing.
- Van Putten, T. 1974. Why do schizophrenia refuse to take their drugs. Archives of General Psychiatry. 31(7): 67 -72.
- Zimmerman, M.A. and Rappaport, J. 1995. Psychological Empowerment : Issues and Illustrations. American Journal of community Psychology. 23(5) : 581-599.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ผู้เชี่ยวชาญ (สัมภาษณ์)

และผู้ช่วยวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และผู้เชี่ยวชาญ (สัมภาษณ์)

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. ดร.ดารณี จามจรี | นักวิชาการพยาบาล 7 สำนักการพยาบาล
กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข |
| 2. น.ส.อนัญญา มานิตย์ | พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลลพบุรี |
| 3. นางดวงตา กุลรัตนญาณ | พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 4. นางเพชร คันธสายบัว | พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 5. พ.ท.ธวัชชัย ลีพหานาจ | จิตแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| 6. ภก.วรวิทย์ ลิมปนาภา | เภสัชกร 6 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| 7. ภก.ปราโมทย์ ศรีโพธิ์ชัย | เภสัชกร 6 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. ผศ.พ.ท.พงศธร เนตราคม | จิตแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| 2. นางเอื้ออารีย์ สาลิกา | พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 3. อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ | อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 4. นางนพรัตน์ ไชยขำนิ | พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |

รายนามผู้เชี่ยวชาญ (สัมภาษณ์)

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. น.ส.สายพิณ ลิขิตเลิศล้ำ | พยาบาลชำนาญการ 8 คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล |
| 2. นางศศิธร วัดศรี | พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลลพบุรี |
| 3. นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ | นายแพทย์ 6 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| 4. นพ.เจนศักดิ์ พันธอักษร | นายแพทย์ 6 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |

ผู้ช่วยวิจัย

- | | |
|----------------------------|--|
| พ.ท.หญิงเพ็ญแข ถิ่นไพโรจน์ | ประจำผู้บังคับบัญชา กรมแพทย์ทหารบก
ช่วยราชการ กองจิตเวชและประสาทวิทยา
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
|----------------------------|--|

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมและแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. ดร.ดารณี จามจรี | นักวิชาการพยาบาล 7 สำนักการพยาบาล
กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข |
| 2. น.ส.อนัญญา มานิตย์ | พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลลพบุรี |
| 3. นางเอื้ออารีย์ สาลิกา | พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 4. อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ | อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 5. นางเพชรีย์ คันธสายบัว | พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |

รายนามผู้เชี่ยวชาญ (สัมภาษณ์) โปรแกรมและแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ

- | | |
|-----------------------|--|
| 1. ดร. ดารณี จามจรี | นักวิชาการพยาบาล 7 สำนักการพยาบาล
กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข |
| 2. น.ส.อนัญญา มานิตย์ | พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลลพบุรี |
| 3. นางศศิธร วัตศรี | พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลลพบุรี |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

- | | |
|----------------------------|---|
| 1. ผศ.พ.ท.พงศธร เนตราคม | จิตแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| 2. พ.ท.ธวัชชัย ลีพานาจ | จิตแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| 3. นางดวงตา กุลรัตน์ญาณ | พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 4. นางเพชรী คันธสายบัว | พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 5. นางนพรัตน์ ไชยธานี | พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| 6. ภก.วรวิทย์ ลิมปนาภา | เภสัชกร 6 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| 7. ภก.ปราโมทย์ ศรีโพธิ์ชัย | เภสัชกร 6 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |

รายนามผู้เชี่ยวชาญ (สัมภาษณ์) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. พ.ท.ธวัชชัย ลีพานาจ | จิตแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| 2. นางดวงตา กุลรัตน์ญาณ | พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 3. นางเพชรী คันธสายบัว | พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 4. น.ส.สายพิณ ลิขิตเลิศล้ำ | พยาบาลชำนาญการ 8 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล |
| 5. นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ | นายแพทย์ 6 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| 6. นพ.เจนศักดิ์ พินิตอังกูร | นายแพทย์ 6 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| 7. ภก.วรวิทย์ ลิมปนาภา | เภสัชกร 6 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| 8. ภก.ปราโมทย์ ศรีโพธิ์ชัย | เภสัชกร 6 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |



ภาคผนวก ข

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) โดยใช้สูตรดังนี้
(Hambleton et al., 1975 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2544: 225)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน ลงความเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90

2. แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ มีจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ลงความเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .83

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัยและผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การคำนวณหาค่าความเที่ยงใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach coefficient) (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ, 2535: 212)

$$\text{การทดสอบ ใช้สูตร } \alpha = \frac{n}{n-1} \left[\frac{1 - \sum \sigma_i^2}{\sigma_x^2} \right]$$

เมื่อ	σ	เป็น	ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ
	n	เป็น	จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบวัด
	σ_i^2	เป็น	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
	σ_x^2	เป็น	ความแปรปรวนของคะแนนของผู้ตอบทั้งหมด

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ใช้วิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

$$\text{การทดสอบ ใช้สูตร } F = \frac{MS_b}{MS_w}$$

เมื่อ	MS_b	เป็น	ค่าเฉลี่ยของผลต่างกำลังสองระหว่างกลุ่ม (Between groups)
	MS_w	เป็น	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองภายในกลุ่ม (Within group)



ภาคผนวก ค

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

(ผู้สนใจศึกษาและใช้เครื่องมือฉบับนี้ โปรดติดต่ออาจารย์ที่ปรึกษาหรือผู้วิจัย)

เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยทางจิต

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบฟอร์มพิกษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

แบบสอบถามเลขที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการทดลอง และตอบแบบสัมภาษณ์

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการทดลอง และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

ด้วยดิฉัน ร้อยเอกหญิงสรินทร์ เชี่ยวโสธร นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้การพยาบาล เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการทดลองและตอบแบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ กรุณาตอบให้ตรงกับความคิด ความรู้สึก และตรงตามข้อเท็จจริงของท่าน ข้อมูลที่ได้รับจากท่าน ถือเป็นความลับ ไม่เกิดผลกระทบต่อท่านทั้งในหน้าที่การงานและด้านส่วนตัว ความร่วมมือของท่านมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และในระหว่างเข้าร่วมการทดลอง หรือตอบแบบสัมภาษณ์ หากท่านไม่ต้องการเข้าร่วมการทดลองจนครบ หรือไม่ต้องการตอบแบบสัมภาษณ์จนครบ ท่านสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อบริการที่ท่านได้รับ คำตอบของท่านจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวม และใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้ เท่านั้น

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ร้อยเอกหญิงสรินทร์ เชี่ยวโสธร

ผู้วิจัย

ข้าพเจ้า..... ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....

(ผู้ให้ความยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย)

ตัวอย่างแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้โดยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวกทั้งหมด รวม 20 ข้อ ให้ตอบเป็นระดับมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ค่าคะแนนทางบวก
มากที่สุด	ปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด	5
มาก	ปฏิบัติอยู่ในระดับมาก	4
ปานกลาง	ปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง	3
น้อย	ปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย	2
น้อยที่สุด	ปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยที่สุด	1

โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ ว่าตรงกับการปฏิบัติของท่านมากน้อยเพียงใด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

“เมื่อท่านเป็นผู้ป่วยจิตเภทและได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต...”

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ					
2. อาการเจ็บป่วยของท่านดีขึ้น					
3. ท่านสามารถควบคุมตนเองได้					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
20. ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล					

ตัวอย่างแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้โดยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อคำถามรวม 18 ข้อแบ่งเป็นข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 2 3 4 6 7 9 14 17 และข้อความทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5 8 10 11 12 13 15 16 18 ให้ตอบเป็นระดับมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ค่าคะแนนทางบวก	ค่าคะแนนทางลบ
ประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	4	2
บางครั้ง	ปฏิบัติเดือนละครั้ง	3	3
นานๆ ครั้ง	นานๆ ปฏิบัติครั้งหนึ่ง	2	4
ไม่เคย	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5

โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ ว่าตรงกับการปฏิบัติของท่านมากน้อยเพียงใด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

“ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยปฏิบัติในข้อคำถามต่อไปนี้หรือไม่?”

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น					
2. ท่านลืมรับประทานยา					
3. ท่านรับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
18. ท่านปรึกษากับทีมสุขภาพ เมื่อมีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติจากการใช้ยา					

ตัวอย่างโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท

ขั้นตอนที่ 4 สร้างเสริมแหล่งของอำนาจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยารักษาอาการทางจิต

- สาระสำคัญ**
1. ความรู้เรื่องโรคจิตเภท
 2. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา
 3. การวัดก่อนและหลังการให้ความรู้

สื่อ โปสเตอร์ความรู้ ใบงานที่ 4 กระดาษคำตอบ ปากกา ป้ายชื่อ

การประเมินผล ผู้ป่วยมีคะแนนหลังการให้ความรู้สูงกว่าก่อนให้ความรู้

เวลา 70 นาที

กลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ
Pre – test (5 นาที)	ผู้นำกลุ่มอ่านคำถามให้ผู้ป่วยตอบลงในกระดาษคำตอบ	ใบงานที่ 4 กระดาษคำตอบ ปากกา ป้ายชื่อ
สร้างสัมพันธภาพ (10 นาที)	1.แนะนำสมาชิกกลุ่ม และ Small talk 2.อธิบายกติกาของกลุ่มและวัตถุประสงค์ของกลุ่ม	
นำเข้าสู่กลุ่ม (10 นาที)	1.ผู้นำกลุ่มเปิดประเด็นคำถาม “ขณะนี้ท่านป่วยเป็นอะไร?” “ท่านคิดว่าโรคทางกายกับโรคทางจิตเหมือนหรือต่างกันอย่างไร?” “ยกตัวอย่างโรคเรื้อรังคนละ 1 โรค” 2.ผู้นำกลุ่มสรุปให้ผู้ป่วยทราบถึงลักษณะของโรคเรื้อรังว่าต้องอาศัยการรักษาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ	
แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ความรู้ (30 นาที)	1.ผู้นำกลุ่มเปิดประเด็นคำถาม “ก่อนมาโรงพยาบาลท่านมีอาการอย่างไร?” 2.ผู้นำกลุ่มสรุปอาการที่ผู้ป่วยแต่ละคนพูดและบรรยายเรื่องโรคจิตเภท	โปสเตอร์ ความรู้

<p>สรุป และความคิดรวบยอด (10 นาที)</p> <p>Post - test (5 นาที)</p>	<p>3.ผู้นำกลุ่มเปิดประเด็นคำถาม “ท่านคิดว่าการกินยาให้ได้ผลดีที่สุดควรเป็นอย่างไร?”</p> <p>4.ผู้นำกลุ่มสรุปที่ผู้ป่วยแต่ละคนพูดและบรรยายเรื่องการใช้ยา</p> <p>5.ผู้นำกลุ่มเปิดประเด็นคำถาม “อาการของท่านก่อนป่วยซ้ำมีอาการอย่างไร?”</p> <p>6.ผู้นำกลุ่มสรุปที่ผู้ป่วยแต่ละคนพูดและบรรยายเรื่องการสังเกตอาการนำของการป่วยซ้ำ</p> <p>1.ผู้นำกลุ่มสรุปและเน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการกินยาที่ถูกต้อง และการสังเกตอาการนำก่อนการป่วยซ้ำ เพื่อควบคุมโรค การกินยาที่ถูกต้องจะทำให้อาการรุนแรงน้อยลง และอยู่บ้านได้ยาวนาน</p> <p>2.นัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มครั้งต่อไป</p> <p>ผู้นำกลุ่มอ่านคำถามให้ผู้ป่วยตอบลงในกระดาษคำตอบ</p>	<p>ใบงานที่ 4 กระดาษคำตอบปากกา</p>
--	---	--

ใบงานที่ 4

วัดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการให้ความรู้ตามแผนการให้ความรู้ โดยใช้คำถามให้ผู้ป่วยเลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่

1. ท่านสามารถหยุดยาได้ทันที เมื่ออาการทางจิตดีขึ้น
2. ท่านสามารถกินยาของเพื่อนที่มีอาการคล้ายกันได้
3. ท่านควรกินยาเฉพาะที่แพทย์สั่งการรักษา
4. ยานอนหลับไม่ใช่ยารักษาอาการทางจิต
5. ยาแก้แพ้เป็นยารักษาอาการทางจิต
6. เมื่อเริ่มมีอาการข้างเคียงจากยาที่ไม่รุนแรง ไม่จำเป็นต้องหยุดยาทันที
7. แม้อาการทางจิตของท่านดีขึ้น ท่านก็ควรรับประทานยาต่อตามแผนการรักษา
8. การกินยา เป็นการควบคุมอาการเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยทางจิต

เกณฑ์	ผู้ป่วยฉุกเฉิน	ผู้ป่วยวิกฤติ	ผู้ป่วยแรกรับ	ผู้ป่วยเรื้อรัง บำบัด	ผู้ป่วยบำบัด ระยะยาว
1. การรับรู้ เวลา สถานที่	ถูกต้อง / ไม่ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	สับสน	ถูกต้องใน เรื่องใกล้ตัว	+ถูกต้องใน เรื่องใกล้ตัว
2. การจัดการ กับความคิด อารมณ์ และ การแสดงออก ของตนเอง (การควบคุม ตนเอง)	*เป็นอันตราย ต่อตนเอง ผู้อื่น และหรือ ทำลาย ทรัพย์สิน	*เป็นอันตราย ต่อตนเอง ผู้อื่น และหรือ ทำลาย ทรัพย์สิน	*มีแนวโน้ม (เสี่ยง) ที่จะ เป็นอันตราย ต่อตนเอง ผู้อื่น และหรือ ทำลาย ทรัพย์สิน	เป็นอันตราย ต่อตนเองใน ส่วนคุณค่า และการทำ หน้าที่	ไม่เป็น อันตราย แต่ไม่เป็น ประโยชน์ (สร้างสรรค์) ต่อตนเอง ผู้อื่น และ สิ่งแวดล้อม
3. ศักยภาพ ส่วนบุคคล					
3.1 การดูแล ตนเองเรื่อง กิจวัตร ประจำวัน	ต้องการทำให้ หรือทำได้เอง บางส่วน	ต้องการทำให้	ดูแลตนเองได้ โดยมีการช่วย ทำให้	ดูแลตนเองได้ โดยมีการ ประคับ ประคอง สนับสนุน อย่างใกล้ชิด (บอกซ้ำๆ)	ดูแลตนเอง ได้ โดยมีการ ประคับ ประคอง สนับสนุน สอน และ จัดสิ่งแวดล้อม ล้อมเป็น ครั้งคราว

3.2การดำรง ตนในฐานะ สมาชิกของ สังคม					
-การเข้าร่วม กิจกรรมการ อยู่ร่วมกัน	X	X	+ -	ได้โดยไม่ต้อง รับผิดชอบ	ได้และ ร่วมรับ ผิดชอบ
-การพูดคุย ทักทายใน กลุ่มเพื่อน บุคลากร	X	X	+ -	ได้แต่ไม่มีการ ริเริ่ม	ได้โดย เริ่มต้น เอง
3.3การมี สัมพันธภาพ เชิงบวก					
-ไว้ใจ	X	X	/	/	/
พยาบาล					
-ฟัง ได้ตอบ	X	X	X	+	/
-คิด แสดง ความคิด	X	X	X	+	+
-บอกความ รู้สึกของ ตนเอง	X	X	X	(X)+	+
3.4สมรรถ ภาพทางกาย					
-พยาธิสภาพ ทางกาย	*อุบัติเหตุ มี ภาวะเสี่ยงที่ จะเป็น	*เสี่ยงต่อชีวิต	มี ไม่เสี่ยงต่อ ชีวิต	มี ไม่รุนแรง	ไม่มี

	อันตรายต่อ ชีวิต (ABC) *มีพยาธิ สภาพ เกี่ยวกับ Vital Organ				
-ผลกระทบ จากการรักษา ทางกาย	*มีอันตราย ต่อชีวิต *มีพยาธิ สภาพ เกี่ยวกับ Vital Organ	*เสี่ยงต่อชีวิต *มีพยาธิ สภาพ เกี่ยวกับ Vital Signs	มี ไม่เสี่ยงต่อ ชีวิต	มีเสี่ยงปาน กลางต่อการ เกิดภาวะ แทรกซ้อน	มี ไม่เสี่ยง ต่อชีวิต ไม่มีพยาธิ สภาพ เกี่ยวกับ Vital Organ

เครื่องหมายที่ใช้ในเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย

X หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมหรือการกระทำเกิดขึ้น

* หมายถึง มีพฤติกรรมหรือเหตุการณ์เกิดขึ้น ให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยในคอสมันโดยไม่ต้องดูเกณฑ์อื่น

+ หมายถึง มีการกระทำหรือพฤติกรรมตามเกณฑ์แต่ไม่สม่ำเสมอ เช่น การพูดคุย ทักทายใน
ผู้ป่วยแรกรับ พบครั้งนี้ผู้ป่วยพูดคุยทักทายดี ต่อไปอาจไม่พูดคุยเลยก็ได้

/ หมายถึง มีพฤติกรรมหรือการกระทำเกิดขึ้น

สถาบันทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ร้อยเอกหญิงสรินทร์ เชี่ยวโสธร เกิดเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2517 ที่จังหวัดราชบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก เมื่อปีการศึกษา 2539 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2544 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยจิตเวช 8/8 ชาย กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย