

# บทที่ 1

## บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งพบมากที่สุดโรคทางจิตเวชทั้งหมด และถือว่าเป็นโรคจิตเวชชนิดรุนแรง (Severe Psychiatric disorder) ซึ่งพบได้มากในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชและด้านสุขภาพจิต โดยพบ ประมาณร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทุกกลุ่ม และพบอัตราความชุกประมาณร้อยละ 1-1.5 ของประชาชนทั่วไปอีกทั้งมีอุบัติการณ์การเกิดโรคประมาณ 2.5-5 : ประชากร 100,000 คนต่อปี ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเวช จำนวน 335,202 คน เป็นโรคจิตเภทจำนวนทั้งสิ้น 172,648 คน ซึ่งมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ (กองแผนงานกรมสุขภาพจิต, 2548) ที่สำคัญโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง รุนแรง แม้ว่าจะไม่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตแต่จากสถิติของกรมสุขภาพจิตพบว่ามีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ซึ่งในทางเศรษฐศาสตร์นับว่าก่อให้เกิดความเสียหายทั้งทางตรงและทางอ้อมมากถึงร้อยละ 11 ของการสูญเสียจากการสูญเสียทั้งหมด (สมชาย จักรพันธุ์, 2543)

ปัจจุบันการรักษาโรคจิตเภทด้วยยาต้านโรคจิตนับว่าเป็นวิธีการรักษาที่ใช้ในลำดับแรกและมีประสิทธิภาพสูงจึงทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 80 รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งยาต้านโรคจิตจะช่วยลดความรุนแรงของโรค ควบคุมอาการ และส่งผลกระทบต่อระยะยาวในการรักษา ป้องกันการเกิดเป็นซ้ำหรือการเกิดอาการใหม่ (Kaplan and Sadock, 1996) โดยปัญหาที่พบบ่อยในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกคือการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาโดยเฉพาะเรื่องการรักษาด้วยยา (Sullivan, Well, Morgenstern and leake, 1995) ลักษณะของพฤติกรรมการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่พบ คือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น ใช้น้ำดื่มเวลา มีการหยุดการใช้ยาหรือใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึก ว่าตนเองมีความผิดปกติ ใช้น้ำน้อยหรือเพิ่มมากกว่าแผนการรักษา (Farragher, 1999) รวมทั้งการไม่มาตรวจตามนัด ผลจากการที่ผู้ป่วยมีการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำ ร้อยละ 70 (สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ, 2544) โดยจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องในปีแรกร้อยละ 50 และมีแนวโน้มลดลงเหลือร้อยละ 15 ในปีถัดไป (Rusher, Wit and Mazmanian, 1997) สำหรับในประเทศไทยก็พบปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ต่อเนื่องเช่นกัน ดังเช่น พบว่า ร้อยละ 56 ของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยาธิบดีรับประทานยาไม่ต่อเนื่องในแต่ละวัน (สุธีรา ฮุนตระกูล และมาลี แจ่มพงษ์, 2532) การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 30 มีอาการป่วยซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี และเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าภายใน 2 ปี (Marlan and Cash, 2001) ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 60 มีอาการป่วยซ้ำภายใน 3 สัปดาห์ (Sadock and Sadock, 2000: 1197-1198) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการ

รักษาด้วยยาเป็นเวลานานน้อยกว่า 5 ปี จะมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยานานกว่า 5 ปี (Razali and Yahya, 1995) จากสถิติข้างต้นชี้ให้เห็นว่าปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและพบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เนื่องจากผลกระทบจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษานั้นจะส่งผลให้มีอาการป่วยซ้ำ

Oehl, Hummer and Fleischhacker (2000) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทสรุปว่ามีปัจจัย 4 ด้านประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านทิวสุขภาพ จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา โดยเฉพาะปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น ความรู้ ทักษะ และความรู้สึกรู้สึกต่ออาการข้างเคียงเกี่ยวกับยารักษาอาการทางจิต เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำ จากการที่โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและมีโอกาสเกิดเป็นซ้ำสูง ผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวได้ ไม่มีงานทำ ปฏิเสธการเจ็บป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้มีอาการทางจิตรุนแรงมากขึ้น (Rose, 1996: 17) ยังมีอาการป่วยซ้ำ อาการผิดปกติที่หลงเหลือจะยิ่งมากขึ้น ทำให้มีความเสื่อมของการทำหน้าที่ รวมทั้งสัมพันธภาพทางสังคม พบว่าผู้ป่วยที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษา จะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ส่งผลกระทบบังทางตรงและทางอ้อมต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและชุมชน ซึ่ง Dixon (1998:330) กล่าวว่า ผลของการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม ครอบครัว เพื่อน การทำงาน เศรษฐกิจ และก่อให้เกิดความรู้สึกอับอาย สอดคล้องกับการศึกษาปัญหาการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา พบว่ามีสาเหตุมาจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่สูญเสียพลังอำนาจ (Razali and Yahya, 1995) โดยเฉพาะการขาดแหล่งพลังอำนาจด้าน ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษา และความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงจากยา (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536; จีลี เจริญสรรพ, 2538; ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540; ราตรี อินทรีย์, 2541; จารุวรรณ จินดามงคล, 2541; จันทรา ธีรสมบุรณ์, 2543; Gualtiere, 1999; Kumar and Sedgwick, 2001; Marland and Cash, 2001) จึงเชื่อว่าการสนับสนุนให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษาและความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงจากยาสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจและเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ในที่สุด (สรินทร เขียวโสธร, 2545)

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพื้นฐานความเชื่อที่มุ่งเน้นการนำศักยภาพทางสติปัญญาและพลังในบุคคลเข้ามาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2539) จากการศึกษาของ ดารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ในการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) กล่าวว่าพลังอำนาจ คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และ

ความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วย การสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทจึงเกิดจากการที่แหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่ง ตามแนวคิดของ Miller (1992) ถูกรบกวนหรือมีลดลง ซึ่งประกอบด้วย 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength) 2) ความเข้มแข็งทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-concept) 4) พลังงาน (Energy) 5) ความรู้และการตระหนักรู้ (Knowledge and Insight) 6) แรงจูงใจ (Motivation) 7) ระบบความเชื่อ (Belief system)

การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ก่อให้เกิดการป่วยซ้ำด้วยโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจเนื่องจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นทำให้รู้สึกไร้ค่าเกิดปัญหาการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น (Rose, 1997 อ้างในผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ในทางกลับกัน เมื่อผู้ป่วยเรื้อรัง เช่นผู้ป่วยจิตเภทที่มีการสูญเสียพลังอำนาจก็จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยเพิกเฉยต่อบทบาท และไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการสูญเสียแหล่งพลังอำนาจในลักษณะต่างๆ จนเป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ตามแนวคิดของ Miller ดังนี้

สูญเสียความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength) โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ที่พบความผิดปกติของชีวเคมีในสมองทำให้ผู้ป่วยมีความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมที่ผิดปกติ (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดความเสื่อมลงของร่างกาย มีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่าย เมื่อระบบของร่างกายเกิดการเจ็บป่วย พลังอำนาจในการกระทำใดๆ ของร่างกายก็จะลดลง สภาวะความเข้มแข็งทางกายภาพขณะนั้นจะมีอิทธิพลต่อพลังอำนาจของผู้ป่วยทั้งในขณะที่ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาของการเจ็บป่วย เช่น สภาพการเจ็บป่วยที่แย่งลง ต้องกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มความสามารถและเต็มตามพลังงานสะสมทางด้านร่างกาย (Physical reserve) ก่อให้เกิดพลังอำนาจในการกระทำใดๆ ลดลง (ดารณี จามจูรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาจิตเวชมีผลทำให้ ง่วง น้ำลายไหล ลิ้นแข็ง เป็นต้น ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่าความเข้มแข็งของร่างกาย และผลที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต เช่น อาการอ่อนเพลีย นอนหลับมาก ปากคอแห้ง ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

สูญเสียอัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-concept) จากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ต้องเป็นภาระของผู้อื่น ความรู้สึกอับอายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช การถูกตีตรา บาด (Stigma) การถูกรังเกียจจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดปฏิกิริยาและความรู้สึกด้านลบต่อตนเองได้ง่าย ความนับถือตนเองลดลง ผลจากความรู้สึกสูญเสียอัตมโนทัศน์เชิงบวกเหล่านี้เป็น

สาเหตุทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการสูญเสียพลังอำนาจในตนเองก่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (Punttil, 1991: 27) สอดคล้องกับการศึกษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยารักษาอาการทางจิตทุกวันเป็นเวลานาน และคิดว่าตนเองหายป่วยแล้ว บางคนรู้สึกอับอายที่ต้องรับประทานยา รักษาอาการทางจิต ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

สูญเสียความเข้มแข็งทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) ผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น กลัวญาติพี่น้องและสังคมไม่ยอมรับ มีชีวิตอยู่อย่างไรคุณค่าและศักดิ์ศรี ถูกรังเกียจและกลัวความน่าเกลียดจากการสูญเสียภาพลักษณ์ (Punttil, 1991: 27) กลัวความลับถูกเปิดเผย รู้สึกไม่แน่นอน พยายามปกปิดสังคมเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (สาธิตพร พุฒขาว, 2541) โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจึงรู้สึกสูญเสียความหวัง สูญเสียความรัก สูญเสียอาชีพและรายได้ สูญเสียความผูกพัน รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียพลังอำนาจในตนเองก่อให้เกิดพฤติกรรม การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่ เช่น ทำงานไม่ได้ มีปัญหาในการเข้าสังคม ถูกรังเกียจ ขาดการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรม การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

สูญเสียพลังงาน (Energy) ผู้ป่วยจิตเภทจะสูญเสียความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพของพลังงานที่ใช้ในการสะสมของแหล่งพลังงาน เนื่องจากภาวะบกพร่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังตามพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา รักษาอาการทางจิต ทำให้เกิดอาการง่วงนอน ลึนแข็ง มือสั่น ขาสั่น เป็นต้น ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยจากการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพร่างกาย รวมทั้งความเสื่อมถอยตามวัยและผลกระทบด้านจิตใจในลักษณะต่างๆ ก่อให้เกิดพฤติกรรม การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา เช่น การหยุดรับประทานยาเอง เป็นต้น (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ซึ่งพบว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และได้รับผลอาการข้างเคียงจากยา รักษาอาการทางจิต อาทิ อาการง่วงนอน ลึนแข็ง มือสั่น ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง นำไปสู่การมีพฤติกรรม การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

ขาดความรู้และการตระหนักรู้ (Knowledge and Insight) โรคจิตเภทก่อให้เกิดความผิดปกติในด้านของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ส่งผลให้การรับรู้เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยไม่คาดคิดว่าตนเองจะต้องเกิดการเจ็บป่วย ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางในการรักษา ทำให้ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง ขาดความสามารถในการแสวงหาแหล่งความรู้ ซึ่งการขาดความรู้ อาจเกิดจากการไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการและความ

เจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่กล้าที่จะซักถามข้อสงสัย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตัดสินใจในการสร้างทางเลือกหรือนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการ (สรินทร เชี่ยว โสธร, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่าการขาดการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดการตระหนักต่อภาวะคุกคามต่อการเกิดโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

ขาดแรงจูงใจ (Motivation) ผู้ป่วยจิตเภทขาดแรงจูงใจในการพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง (สรินทร เชี่ยว โสธร, 2545) เนื่องจากมีความบกพร่องในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ขาดการเชื่อมโยงเพื่อเกิดการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ในการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมในการรักษา ผู้ป่วยมักถูกมองว่าไร้ความสามารถ ไม่ได้ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้าง รู้สึกไร้ค่าเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่น ก่อให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ และเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน ปฏิเสธสิ่งใหม่ๆ ที่จะเข้ามาในชีวิตนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจ นอกจากนี้สัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและพยาบาล เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากทำให้ขาดการจูงใจให้ผู้ป่วยรู้สึกรับผิดชอบและไม่สร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Miller, 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่า แรงจูงใจและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและทีมสุขภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา ยินยอมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความเชื่อที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น

ระบบความเชื่อ (Belief system) ผู้ป่วยจิตเภทมีความเชื่อว่าโรคที่ตนเป็นเป็นโรคซึ่งสังคมรังเกียจ เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มีทางรักษา ก่อให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง อับอาย ผู้ป่วยและญาติจะปกปิดการเจ็บป่วย ขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงมากขึ้น ก่อให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ และมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (สรินทร เชี่ยว โสธร, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ ผลทิพย์ ปานแดง (2547) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่หยุดรับประทานยาการรักษาอาการทางจิต เนื่องจากเชื่อว่าตนเองหายเป็นปกติแล้ว บางรายแสวงหาแนวทางการรักษาอื่น อาทิ การไปรดน้ำมนต์ ทำให้เกิดความเชื่อในการแสวงหาการรักษาที่ผิดในการดูแลสุขภาพ นำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากการช่วยเหลือสนับสนุนให้แหล่งพลังอำนาจด้านต่างๆของผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งขึ้น เมื่อแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งหรือมีความสมดุลของแหล่งพลังอำนาจเพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงแหล่งพลังอำนาจของตนเองมากขึ้น คือรู้สึกมีความสามารถในการแก้ไข

สถานการณ์ สามารถตัดสินใจในการจัดการกับปัญหาและสามารถหาแหล่งความรู้รวมทั้งเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง สามารถควบคุมการดำเนินชีวิต มีความสามารถในตนเอง มีความนับถือตนเอง มีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ ความหวัง มีสุขภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจที่ดี มีความเข้มแข็งของพลังอำนาจที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย นำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องตามเกณฑ์การรักษา (สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545)

โรงพยาบาลไชโย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงเป็นหน่วยงานที่รองรับผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยให้บริการผู้ป่วยจิตเภทในลักษณะผู้ป่วยนอก ปัจจุบันผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการที่คลินิกตะวันตกใหม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยข้อมูลเฉพาะเขียนผู้ป่วยปีงบประมาณ 2544-2547 พบว่ามีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นจาก 26 ราย เป็น 35 ราย และ 56 รายตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลไชโย ก็เป็นผู้ที่มีปัญหาเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากข้อมูลในปีงบประมาณ 2547 พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการจำนวน 26 คน จากผู้ป่วยทั้งหมด 56 คน มีอาการกำเริบจากการขาดยา เนื่องมาจากผู้ป่วยจิตเภท มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา อาทิ การขาดยา ไม่มาพบแพทย์ตามนัด (เกษสุดาพร เป็นทอง, 2548) ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลไชโย จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไชโย จำนวน 30 ราย พบว่า ร้อยละ 50 มีสาเหตุมาจาก การขาดความรู้ ร้อยละ 43 มีความเชื่อที่ไม่เหมาะสม คือคิดว่าตนเองหายดีแล้วจึงหยุดยาเอง ร้อยละ 52 ไม่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ ร้อยละ 34 คิดว่าตนเองมีข้อบกพร่อง ไม่มีความสามารถ ร้อยละ 55 ขาดการยอมรับจากสังคมและบุคคลอื่น และร้อยละ 32 รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว (รายงานประจำเดือน โรงพยาบาลไชโย, 2548) ซึ่งสาเหตุของพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาที่พบในผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าว สอดคล้องกับลักษณะการสูญเสียพลังอำนาจตามที่ Miller กล่าวไว้ ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้จึงควรได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสามารถพึ่งพาตนเอง และดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ

ผลการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใกล้ชิดที่สุดในทีมสุขภาพจึงต้องการที่จะเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทตัดสินใจในการเลือกกลยุทธ์ในการจัดการกับสาเหตุของปัญหาได้อย่างเหมาะสม ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของ สรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) ที่พัฒนามาจากการศึกษา ของ ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) มาใช้ในกลุ่มของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย

จิตเภทตระหนักถึงความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเอง ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก ที่มีต่อตนเอง ไปในด้านบวก ส่งผลให้มีการรับรู้ถึงแหล่งพลังอำนาจที่ตนเองมีอยู่ เกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเองนั่นคือ มีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ที่มีความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ มีความสามารถในตนเองเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งการปรับเปลี่ยนความคิดก็นำไปสู่การเพิ่มการรับรู้พลังอำนาจดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

### แนวเหตุผล และสมมุติฐานการศึกษา

การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่พัฒนามาจากการศึกษาของ คารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งนำแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) มาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพ โดยมีการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ขั้นตอน คือ การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ การสร้างพลังการแก้ปัญหาโดยการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การสนับสนุนและเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร การดำเนินการด้วยตนเองและการสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

โดยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลไซโย จังหวัดอ่างทอง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่

1. การค้นหาสถานการณ์จริงในผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา เป็นขั้นตอนที่พยาบาลต้องทำการรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ก่อนที่จะสรุปปัญหา วินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ และวางแผน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ตรงกับความต้องการและสภาพปัญหามากที่สุด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความต้องการด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการดูแลตนเอง (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ปัญหาการเจ็บป่วย และยอมรับว่าการเจ็บป่วยว่าเป็นเรื่องธรรมชาติที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ก็สามารถควบคุมและมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยได้ (คารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) รวมทั้งได้เรียนรู้บทบาทความเท่าเทียมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์เชิงบวก

(สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเอง ที่มีอยู่ส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

2. การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ เพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ด้านอารมณ์ และด้านพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนให้คืนสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงกับภาวะปกติให้มากที่สุดโดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ และการรับรู้ของพยาบาลเป็นเครื่องมือ (อรพรรณ ลือบุญวิรัชชัย, 2545) สอดคล้องกับ Miller (1992) ที่กล่าวว่า การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นการสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล เนื่องจากผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตส่วนใหญ่มักมีสาเหตุมาจาก ความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสมกับผู้อื่น (ศิริวรรณ พอบุญ, 2548) การมีสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจ และจะแสดงออกในรูปแบบของการให้ความร่วมมือ ลดความขัดแย้ง (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) ส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจในด้านความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเอง และสนับสนุนให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

3. การสร้างพลังการแก้ปัญหาในการใช้ยารักษาอาการทางจิตโดยการสะท้อนความคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นการใช้ทักษะการสะท้อนความคิดในการพยาบาลผู้ป่วย โดยเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงความสำคัญของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย และโอกาสในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ถึงบทบาทของตนเองในการจัดการปัญหา วางแผนและกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแผนการใช้ยาที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและรู้สึกมั่นใจที่จะตัดสินใจในการแก้ไขปัญหโดยไม่มีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) หากผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปัญหาการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของตนในการแก้ไขปัญหแล้ว จะช่วยเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก เสริมสร้างการยอมรับตนเอง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบความเชื่อและแสวงหาข้อมูล ความรู้ในการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

4. การสร้างเสริมแหล่งของพลังอำนาจ ส่งเสริมสนับสนุน สร้างแรงจูงใจให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา เป็นการสร้างเสริมความรู้ให้กับผู้ป่วย โดยประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาก่อนและหลังการให้ความรู้ เป็นการประเมินความรู้ความเข้าใจที่ผู้ป่วยได้รับ และให้ผู้ป่วยบอกถึงความต้องการด้านการสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะ และทรัพยากรที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) การที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และทักษะเพียงพอที่ได้พบเห็นตัวอย่างผู้อื่นในทางบวก เป็นคุณลักษณะอย่างหนึ่งของการมีพลังอำนาจ(คาร์ณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีความรู้ และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วย จิตเภทมีความเข้มแข็ง



ทางจิตใจ มองตนเองในด้านบวก รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของระบบความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) จึงกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้าน ความรู้ ระบบความเชื่อ แรงจูงใจ ความเข้มแข็งทางจิตใจและการมีอัตมโนทัศน์เชิงบวก จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

5. การให้ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังด้วยตนเองเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการใช้ยา สังเกต และจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้ สามารถประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการใช้ยาที่ตนเองวางไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) เมื่อผู้ป่วยได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากพยาบาลตามขั้นตอนข้างต้น จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถควบคุมสิ่งที่ไม่สามารถควบคุมได้ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อจากเดิมที่คิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ที่เป็นความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง (Beck, 1967) นำไปสู่การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ไปสู่การคิดว่าตนเองมีคุณค่า รวมทั้งการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการใช้ยา สังเกต และจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ และสามารถเลือกวิธีการในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ สามารถที่จะคาดเดาเหตุการณ์ของการเจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง มีความรู้และทักษะเพียงพอ ก่อให้เกิดพลังอำนาจในด้านความเข้มแข็งทางจิตและพลังในตนเอง เกิดแรงจูงใจ ทำให้สามารถที่จะเผชิญปัญหา และจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การใช้ยา

6. การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังที่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นขั้นตอนที่พยาบาล ทำการเสริมสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆได้ มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วย และพยาบาลให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาด้วยยา ก่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสามารถในการนำพาชีวิตตนเองไปสู่เป้าหมายที่ตนเองต้องการ มีความหวัง และปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อในด้านบวกเกี่ยวกับตนเอง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีระบบความเชื่อที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนความคิดต่อตนเองในทางบวกจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจในด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม และด้านระบบความเชื่อที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงความคิดต่อตนเองไปในทางบวก จะช่วยให้รับรู้ถึงพลังอำนาจที่ตนเองมีอยู่ ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 6 ขั้นตอน ตามการศึกษาของ สรินทร เชื้อวโสธร (2545) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ คาร์นิ จามจูรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งนำแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) มาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม พบว่ากิจกรรมทั้ง 6 ขั้นตอน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจ จนรับรู้ว่ามีพลังอำนาจในตนเองเนื่องจากการนับถือตนเองและมีความคิดไปในทางบวก เกิดมีกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมและมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและสังคม ได้รับความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมตามความเป็นจริง มีความสามารถในการดูแลตนเอง มีความคิดว่าตนเองมีคุณค่า มีความหวังต่อการมีชีวิตรอยู่ แม้ว่าจะอยู่ในภาวะของการเจ็บป่วยเรื้อรัง และสามารถช่วยให้ผู้ป่วย จิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

จากแนวคิดและเหตุผลข้างต้น ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมุติฐานในการศึกษาครั้งนี้ไว้ดังนี้

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าสูงกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

#### ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการศึกษา โดยทำการศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกตะวันตกใหม่ โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้ คือ

1. ประชากรในการศึกษา เป็นผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกตะวันตกใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD 10) จำนวน 20 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถควบคุมตนเองได้ ดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทักทายผู้ป่วยอื่นหรือบุคลากรได้ สามารถฟังและแสดงความคิดเห็นหรือบอกความรู้สึกของตนเองได้ ไม่จำกัดการศึกษาอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นผู้ที่สมัครใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถเข้าร่วมและเต็มใจรับการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

#### 2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

2.1 ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

## คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยการให้ข้อมูล ความรู้ สนับสนุนให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และ ใช้กลวิธีของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท โดยการค้นหาแหล่งพลังอำนาจ ประเมินพฤติกรรมสภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ เสริมสร้างแรงจูงใจ สร้างเสริมความมั่นใจ และคงไว้ซึ่งพลังความสามารถในการจัดการกับปัญหา โดยในการศึกษานี้ได้ใช้โปรแกรมที่ปรับปรุงมาจาก โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในผู้ป่วยจิตเภทของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ซึ่งพัฒนามาจากการศึกษาของ ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ที่ใช้แนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) มาเป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย โดยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มสัปดาห์ละ 2 ขั้นตอน ขั้นตอนละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ติดต่อกัน เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ขั้นตอน คือ

1. การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ และให้ผู้ป่วยได้เล่าปัญหา สรรวจปัญหาเพื่อประเมินพฤติกรรม สภาวะการสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วย การรับรู้ถึงบทบาทของตนเอง และการประเมินวิเคราะห์สถานการณ์จริงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา

2. การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยการพูดคุยสนทนา แนะนำตัวเองให้ข้อมูลเบื้องต้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือ สามารถเล่าเรื่องและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม เป็นการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การดูแลตนเองและข้อมูลเพิ่มเติม รับฟังความเชื่อ ค่านิยมของผู้ป่วย

3. การสะท้อนการคิด และสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ หมายถึง การทบทวนปัญหาการสร้างพลังในการแก้ปัญหา เสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ไขปัญหาตนเอง โดยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทาง วางแผนและประเมินผลในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง สนับสนุนให้ความช่วยเหลือและยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย

4. การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร หมายถึง การสนับสนุน โดยการให้ข้อมูล ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การรักษา การดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้สามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างแรงจูงใจให้กำลังใจผู้ป่วย

5. ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง หมายถึง การส่งเสริม และเอื้ออำนวยทรัพยากรต่างๆ ยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เป็นปัญหา และทดลองให้ผู้ป่วยแก้สถานการณ์ปัญหาด้วยตนเอง

สร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และประเมินผลการปฏิบัติที่ได้ดำเนินการตามแผน

6. การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ หมายถึง การทบทวนความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง สิ่งที่ได้ปฏิบัติไปแล้วร่วมกับพยาบาล สร้างกำลังใจและแรงจูงใจ ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาวะการเจ็บป่วย เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองเหมาะสม มองเห็นคุณค่าของตนเอง เปลี่ยนแปลงความคิดทัศนคติเป็นแรงสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป้วยนำความรู้ความสามารถที่มีอยู่ไปใช้ในการจัดการกับสภาพปัญหาด้วยมั่นใจ

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวชตามการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต ซึ่งวัดจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชื้อว โสธร (2545) ที่พัฒนามาจากเครื่องมือซึ่งใช้ในการศึกษาของ เพชร คันธสาขบัว (2544) ที่สร้างตามแนวคิดของ Farragher (1999) แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1) การใช้ยาตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้อง ซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การรับประทานยาต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

2) ความสามารถในการสังเกต และ จัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ความจริง และสังคม ปรากฏให้เห็นได้ด้วยพฤติกรรมที่แปลกจากคนทั่วไป เช่น มีความคิดหลงผิด อารมณ์ราบเรียบไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ บางรายมีอาการประสาทหลอน อาทิ เห็นภาพที่ผู้อื่นไม่เห็น หูแว่ว ได้ยินเสียงที่ผู้อื่นไม่ได้ยิน และเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลที่ต่อเนื่องในชุมชน เสริมสร้างความเข้มแข็ง และส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง และป้องกันการป่วยซ้ำ

2. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ด้านการพยาบาล เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ