

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาประกอบด้วยหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท

1.2 การดำเนินโรค

1.3 การรักษาโรคจิตเภท

1.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.2 องค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.3 การพยาบาล โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.4 บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยจิตเภท

4. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท

1.1.1 ความหมาย

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความสำคัญมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช เป็นโรคที่พบได้มากที่สุด พบในประชากรทุกกลุ่มและมีอัตราการป่วยซ้ำสูง และมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับโรคจิตเภทไว้มากพอจะสรุปได้ดังนี้

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

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

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

โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตและประชาชนโดยทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภทส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งชายและหญิง มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคนี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะดี 8 เท่า และมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล (Fox & Kane, 1996)

Sadock B. J.& Sadock V.A. (2000) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดมีลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (negative symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางการรับรู้ (Cognitive impairment) ดังนั้นอาการของโรคจิตเภทมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรม สังคมและการทำหน้าที่

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก โดยไม่พบความผิดปกติโรคทางกายและพยาธิทางสมอง พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด พบได้ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบทั้งในเพศชายและเพศหญิง และมีอัตราการป่วยซ้ำสูง

1.1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

Kaplan & Sadock (1995) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ และปัจจัยที่พบ ได้แก่

1) ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Factors) ได้แก่

- พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาพบว่า ญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูงเมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป (ไพรัตน์ พฤกษชาติคุณากร, 2534)

- สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันของสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่า การหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตซึ่งสมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้นเมื่อได้รับยาต้านโรคจิต ที่มีฤทธิ์ระงับการทำงานของสารโดปามีน ปัจจุบันเชื่อว่าการบกพร่องของการหลั่งสารโดปามีนในบริเวณ prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางลบ และการทำงานที่ผิดปกติของโดปามีนที่ striatum ซึ่งทำให้มีการปล่อยสารโดปามีนทำให้เกิดอาการทางด้านบวก นอกจากนี้ยังมีข้อสันนิษฐานว่า โรคจิตเภทเกิดจากภาวะสมดุลระหว่างสารซีโร โดนิกับสารโดปามีนมีความผิดปกติ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

- ด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี Ventricle โดกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการ และช่วงที่ไม่ได้รับการรักษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 20-50 มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง (Taylor, 1994)

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

2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของEgoและภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536 และ Taylor, 1994)

3) ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Social-culture factors) สังคมและสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมาก ในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการ โรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก็ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทได้เช่นกัน (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

จนถึงปัจจุบันนี้ ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการ ซึ่งมีมาจากหลายๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ Stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้น มีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมาโดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็น ปัจจัยด้านชีววิทยา จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

1.1.3 อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท

ลักษณะที่สำคัญของโรคจิตเภท คือ มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อยนาน 1 เดือน ไม่มีโรคทางกาย และพยาธิสภาพของสมอง หรือพิษจากยาที่จะเป็นสาเหตุดังกล่าว (มานิช หล่อตระกูล, 2543 ; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) อาการแสดงที่สำคัญของโรคจิตเภท แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ (มานิช หล่อตระกูล, 2543) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติดังต่อไปนี้ มีความคิดหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) การรับรู้ผิดจากสภาพเป็นจริง การพูดติดตลิวสือสารและพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สามารถรวบรวมความคิดให้ไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด

2) กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไป ควรมี เช่น อารมณ์เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย พูดน้อย หรือไม่พูด เนื้อหาที่พูดน้อย แสดงออกมาโดยขาดความกระตือรือร้น เนื้อหา ไม่สนใจเรื่องแต่งกาย เก็บตัวเฉยๆ ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ขาดความสนใจทำกิจกรรมทุกชนิด ไม่สนใจในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม ความคิดปกติดังกล่าวจะปรากฏในกิจกรรมต่างๆ เช่น การมีสัมพันธภาพกับคนอื่น การทำงาน การเรียน หรือการดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีปัญหาการเรียน มักเรียนไม่จบ ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนมาก ถูกให้ออกจากงานและได้รับการจ้างทำงานในระดับที่ต่ำ นอกจากนี้แล้วพบว่าร้อยละ 60 - 70 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ได้แต่งงาน และดำเนินชีวิตโดยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยมาก

1.2 การดำเนินโรค

การดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1.2.1 ระยะเริ่มมีอาการหรืออาการนำ (prodromal phase) ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการมาหลายปี ก่อนที่จะปรากฏอาการทางจิตชัดเจน จึงทำให้ญาติไม่ทันสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงจากอาการผิดปกติ มักให้ประวัติว่าเริ่มมีอาการ เช่น มีอาการแยกตัวออกจากเพื่อน เก็บตัว สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง ห่างเหินจากสังคม เชื่องช้า มีปัญหาในเรื่องการเรียนและขาดความสนใจในหน้าที่ของตน เป็นต้น โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ตามปกติลงเรื่อยๆตามระยะเวลาที่ผ่านไป จะเกิดอาการกำเริบอย่างเฉียบพลันเป็นระยะๆ (Kaplan & Sadock, 1995 ; Kendell, 1993) และจากการศึกษา พบว่า ก่อนที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการกำเริบ มักจะมีอาการนำมาก่อน เป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดี และอยู่ไม่สุข เป็นต้น (Herz ,Glazer, Mirza , Mostert, & Hafex , 1989) ซึ่งอาการนำเหล่านี้ใช้ระยะเวลา มากกว่า 1 เดือน

1.2.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase) เมื่อเกิดขึ้นอาการกำเริบ จะเกิดอาการทางจิตเช่น หลงผิด ประสาทหลอน และมีพฤติกรรมแปลกๆ เป็นต้น ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบรุนแรงเป็นพักๆ จะปรากฏขึ้นเมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน มีความเสื่อมในด้านต่างๆ ตามมาพร้อมกับมีอาการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา หรือเมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภท และครอบครัวรอดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา หรือเมื่อมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วโดยมีสาเหตุส่งเสริมมาจากการซื้อยากินเอง หรือมีการใช้แอลกอฮอล์ (Herz et al., 1989)

1.2.3 ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) หรืออาการทางจิตจะลดความรุนแรงลงในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบจะมีมากขึ้น (negative symptoms) เช่น อารมณ์เฉยเมย ขาดแรงจูงใจ นอนมากเกินไป อ่อนเพลีย และแยกตัวเอง ทำให้มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ได้ การดูแลรักษาในระยะนี้ เน้นการดูแลตนเอง ป้องกันอาการกำเริบ ฟื้นฟูสภาพ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นครั้งแรก เมื่ออาการทางจิตสงบจะได้รับการรักษาด้วยยาต่อไปอีก 1 ปี แต่ขนาดของยาจะลดลงหากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่ 2 จะได้รับยาต่อเนื่องไประยะยาวอย่างน้อย 5 ปี (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) ในระยะนี้กลุ่มอาการด้านลบทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดความเครียดได้ง่ายและความเครียดนี้เองจะกระตุ้นให้อาการกำเริบเฉียบพลันได้ นอกจากนี้อาจเกิดอาการซึมเศร้าตามมา อาการนี้ถือว่าเป็นลักษณะสำคัญของผู้ป่วยโรคจิตเภทและมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบ การฆ่าตัวตายและการทำบาปทพหน้าที่ที่ไม่ดี (Becker, 1988 ascited in Hamera, 1994)

1.3 การรักษาโรคจิตเภท

โรคจิตเภทมีสาเหตุที่มีผลต่อการเจ็บป่วยหลายปัจจัย ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ การรักษาทางด้านร่างกาย เป็นการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช และการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งวิธีนี้ใช้ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาและมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคม เป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น ครอบครัวบำบัด จิตบำบัดรายกลุ่มเป็นต้น (เกษม ตันติผลาชีวะ และ ลักษณ์า ธีรโมกษ์, 2536)

1.3.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต เป็นการรักษาที่มีความสำคัญมาก และเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิตเป็นยาในกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก (เกษม ตันติผลาชีวะ และ ลักษณ์า ธีรโมกษ์, 2536) และเกิดขึ้นกับระบบที่สำคัญของร่างกายหลายระบบ ที่พบมากได้แก่ อาการข้างเคียงทางระบบประสาท มีอาการปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ และฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง มีอาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมย คอแข็ง ตาเหลือก หลังแอ่น กระสับกระส่าย ไม่สามารถบังคับตัวเองได้ บางรายมีอาการเคลื่อนไหวช้าๆ นอกจากนี้ อาการที่พบมากอีกอาการหนึ่งก็คือ อาการง่วงซึม โดยมากมักจะเกิดขึ้นหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาในระยะแรก อาการจะดีขึ้นเมื่อร่างกายปรับตัวได้ และอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่พบรองลงมาได้แก่ อาการต่อระบบต่อมไร้ท่อ ที่พบบ่อยได้แก่ อาการคัดนมนี้มนไหล ประจำเดือนขาด

ชนิดของยารักษาอาการทางจิตที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบัน(เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536 และสมภพ เรืองตระกูล, 2542) แบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่

1. ยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิม (Typical anti-psychotics)

1.1 Phenothiazines เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่ใช้กันแพร่หลายที่สุด ยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิด มีสูตรโครงสร้างเหมือนกัน แต่มี side chain แตกต่างกัน 3 แบบ ทำให้มีฤทธิ์แตกต่างกันคือ

- Aliphatic เป็นกลุ่มที่มีฤทธิ์ทำให้ห้วงนอนสูง และมีฤทธิ์ข้างเคียง คือ ความดันโลหิตต่ำมากกว่ากลุ่มอื่น เช่น Chlorpromazine Triflupromazine

- Piperidines มีฤทธิ์ทำให้ห้วงนอนปานกลาง ข้อดีคือมีฤทธิ์ Extra pyramidal side effect ต่ำกว่ากลุ่มอื่น แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงด้าน anticholinergic สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Thioridazine

- Piperazine เป็นยาในกลุ่มที่มี Potency สูง มีฤทธิ์ sedative น้อย แต่มี Extra-pyramidal side effect สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Perphenazine, Trifluoperazine, Fluphenazine ยาที่ได้รับความนิยมมากในกลุ่มนี้ คือ Chlorpromazine และ Perphenazine (Fleishhacker, 1994)

1.2 Thioxanthene เป็นยาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ Phenothiazines มาก แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน เช่น Chorprothixene, Thiothixene, Flupentixol และ Chopentixol

1.3 Butyrophenones เป็นยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์สูง มีฤทธิ์ห้วงนอนน้อย และมี Extra-pyramidal side effect สูงคล้ายกับ Phenothiazines เช่น Haloperidol และ Triperidol

1.4 Dibenzoxanzepines ยาในกลุ่มนี้มีใช้ในเมืองไทยตัวเดียว คือ Loxapine

1.5 Diphenybutypiperidines ใช้ในประเทศไทย 2 ตัวคือ Pimozide และ Penfluridol

1.6 Benzamides ตัวอย่าง เช่น Sulpiride

1.7 Reserpine ปัจจุบันไม่ใช่เป็นยารักษาโรคจิตแล้ว แต่ใช้เป็นยาแก้ปวด

กลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตที่สำคัญ คือการ Block dopamine receptors ในสมอง และออกฤทธิ์ Block receptors ของ catecholamine 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 serotonergic noradrenergic cholinergic และ histaminergic receptors ในสัดส่วนที่แตกต่างกันสำหรับยาแต่ละตัว ทำให้มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน

การดูดซึมและการขับออกเนื่องจากChlorpromazine เป็นยาต้านโรคจิตกลุ่มPhenothiazine ที่ได้รับการศึกษามากที่สุด ยาต้านโรคจิตส่วนใหญ่ถูกดูดซึมได้เกือบทั้งหมดในทางเดินอาหาร โดยมี absorptive half life 1.5 ชั่วโมง และระดับของยาขึ้นสูงสุดในพลาสมาภายใน 2-4 ชั่วโมง Metabolism ของยาต้านโรคจิตเกิดขึ้นที่ตับ โดยผ่านกระบวนการหลายอย่าง เช่น demethylation sulfoxidation hydroxylation และ glucuronidation ยาในกลุ่ม Phenothiazine มี eliminative pahse 7.5-35 ชั่วโมง สำหรับแบบกินซึ่งใกล้เคียงกับHaloperidol กลุ่ม Butyrophenones คือมี half life 12-38 ชั่วโมง เมื่อใช้แบบกิน และ 10-19 ชั่วโมง สำหรับแบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำ

2. ยาต้านโรคจิตชนิดใหม่ (New anti-psychoics) ยาในกลุ่มนี้มี 2 ชนิด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) คือ

2.1 Clozapine จะได้ผลดีในการรักษาโรคจิตเภท โดยได้ผลดีทั้งอาการทางบวก และอาการทางลบ 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 ทำให้ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาทจึงเป็นยาที่ได้รับความนิยมมาก เพราะยังไม่การศึกษา พบว่ามีฤทธิ์ข้างเคียงที่รุนแรง (Forman, 1993)

2.2 Risperidone เป็นยาต้านโรคจิตที่มีประสิทธิภาพเท่า haloperidol แต่ต้องให้ขนาดปานกลาง (4-10 มิลลิกรัมต่อวัน) และจะมีผลข้างเคียงน้อยกว่า haloperidol ฤทธิ์ข้างเคียงจากยาต้านโรคจิตที่สำคัญ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) คือ

1. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effects) เป็นฤทธิ์ที่มักพบในตอนต้นของการให้ยามากกว่าเมื่อให้ยาไปนาน ๆ ซึ่งร่างกายมักปรับตัวได้ที่พบบ่อย ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ม่านตาหดหรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำ ในผู้ชายอาจมีการหลั่งน้ำกามช้าหรือไม่หลั่งเลย บางรายมีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัว อาการความดันโลหิตต่ำ พบได้มากที่สุดจาก Chlorpromazine จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยานี้ ในผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอและผู้สูงอายุ ส่วน Extrapyramidal side effect เป็นฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลางโดยตรง แบ่งเป็น 4 แบบ คือ

- Parkinsonism syndrome ผู้ป่วยอาจมีอาการสั่น (tremor) ที่มือ แขน ขา ลำตัว มีอาการตัวแข็ง (Rigidity) เดินตัวทื่อไม่แกว่งแขน เดินหรือเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) หน้าตาเฉยเมยเหมือนใส่หน้ากาก (Mask-like faces)

- Acute dystonia เป็นอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง (orticollis) อาจพบคอบิดไปข้างข้างหนึ่งหรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ขากรรไกรแข็ง ลิ้นคับปาก พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากสั่น บางรายอาจมีนัยน์ตาเหลือบขึ้นข้างบนตลอดเวลาอาการดังกล่าวไม่เป็นอันตรายแต่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน

- Akathisias เป็นอาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวายอยู่หนึ่งไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนขาสั่นมีลักษณะคล้ายกับอาการวุ่นวาย (agitated)

- Tardive dyskinesia เป็นกลุ่มของการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน มีลักษณะที่สำคัญคือ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อสามแห่ง คือ แก้ม หน้า ลิ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแก้มพองซึ่งเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก เคี้ยว สูดปาก เลียและดูดริมฝีปาก แลบลิ้น ขากรรไกรเคลื่อนไหวด้านข้าง อาจมีอาการกระพริบตา หน้าตาบูดเบี้ยว ขมวดคิ้ว เปลือกตากระตุกมีอาการเคลื่อนไหวแบบกระตุกไม่เป็นจังหวะค่อนข้างเร็วและคาดคะเนไม่ได้ของมือและเท้า

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

3. Central Anticholinergic Syndrome เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบน้อย อาจเกิดจากยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic สูง และในรายที่ให้ยา anti parkinsonism ร่วมด้วย ก็อาจเป็นผลจากยาทั้ง 2 ตัว หรือจากตัวใจตัวหนึ่งก็ได้ อาการที่สำคัญคือ มีวุ่นวาย สับสน ประสาทหลอน ชัก เป็นไข้ ม่านตาขยาย และสติสัมปชัญญะลดลงจนถึงโคม่าได้

4. Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) อาการสำคัญคือ มีไข้สูง กล้ามเนื้อมีความตึงตัวเพิ่มขึ้น หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติและความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะนี้มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10-20 ต้องรีบให้การแก้ไขโดยหยุดยารักษาโรคจิตทั้งหมด ให้การรักษาประคับประคอง เพื่อให้ไข้ลดและควบคุมความดันโลหิตให้คงที่

5. อาการชัก อาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูง ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลด Threshold ของการชัก แต่ก็ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการใช้ยาส่วนใหญ่สามารถแก้ไขได้โดยการลดขนาดของยาลง

6. อาการง่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ยาระยะแรก แต่มักลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ฤทธิ์ของยาที่ทำให้ง่วงมักมีเพียง 2-3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์รักษาโรคจิตมีอยู่นานตลอดวันจึงสามารถให้ยารักษาโรคจิตโดยให้กินเพียงวันละครึ่งก่อนนอนได้

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

8. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเลือด อาการที่พบบ่อย คือ Eosinophilla ซึ่งแสดงถึงปฏิกิริยาภูมิแพ้แต่ก็มักไม่ร้ายแรง อาการที่พบน้อยแต่เป็นอันตรายได้มาก คือ Agranulocytosis, Leukopenia, Pancytopenia, Hemolytic anemia และ Thrombocytopenia purpura

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

10. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตา ผู้ป่วยที่ได้รับ Chlorpromazine ในขนาดสูง นาน ๆ อาจมีสารสีน้ำตาลแกมเหลืองไปจับบริเวณ lens และ cornea พบบ่อยในผู้ที่พบ การเปลี่ยนแปลงที่ผิวหนังร่วมด้วย เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการได้รับแสงแดด และการให้ Thioridazine ในขนาดที่สูงอาจทำให้เกิด pigmentary retinopathy ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้ ซึ่งอาจ ไม่หายแม้จะหยุดยาแล้วก็ตาม จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ Thioridazine เกินวันละ 800 มิลลิกรัม

11. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ ยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของ ฮอร์โมนในร่างกายหลายตัวด้วยกัน ที่พบบ่อยคือ การเพิ่มระดับ prolactin ซึ่งเป็นผลให้มีนมคัด และบางรายมีน้ำนมไหล ผู้ป่วยบางรายมีระยะดูขาดไปเป็นระยะเวลานาน นอกจากนั้นยารักษาโรคจิต ยังมีผลต่อฮอร์โมนอื่นแม้พบได้น้อย เช่น ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ ต่อมใต้สมอง เป็นต้น

นอกจากนี้มีการศึกษาในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็น เวลานานกว่า 5 ปี โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมดื่มน้ำมากกว่า 3 ลิตรต่อวัน พบร้อยละ 69-83 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด (ทวิศิลป์ วิษณุ โยธิน, 2543) แต่การศึกษาในเรื่องดังกล่าวทำให้ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เป็นอาการแทรกซ้อนทางด้านร่างกายที่รุนแรงที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับการ รักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นเวลานาน

1.3.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการ รักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ใน ผู้ป่วยจิตเภทชนิด Catatonic รุนแรง ผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัว ตาย เช่น Severe Depression การรักษาด้วยไฟฟ้า มักพบว่าผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสน เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้น

1.3.3 การรักษาด้านจิตสังคม การรักษาด้านจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้างแม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไขรวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุก ๆ ด้าน (ปาหนัน บุญหลง, 2534) การรักษาด้านจิตสังคมประกอบด้วย

1) การบำบัดรักษาทางจิต (Psychotherapy) แบ่งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม หมายถึง กระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ใช้และผู้ให้บริการ มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2) กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy Groups) หมายถึง การบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมหลาย ๆ รูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิดแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (Judith et al, 1989) เนื่องจากการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดเป็นการใช้รูปแบบของการทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ดำเนินกลุ่มจึงต้องมีความรู้พื้นฐานเรื่องการรักษาแบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรมีทักษะการริเริ่ม เอื้ออำนวยให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก การรักษากฎกติกา การเป็นตัวแบบที่ดีอย่างจริงจัง การฟังอย่างตั้งใจ การตั้งคำถามการสะท้อนเนื้อหาและความรู้สึก รวมทั้งการเจียบ (Trotzer, 1977)

3) นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) หมายถึง การจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ค้ำกันให้ผู้ป่วยปลอดภัยฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

โดยสรุป โรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการของโรคจิต ซึ่งเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคนี้จะทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด อารมณ์ และบุคลิกภาพ อัตราการเกิดโรค พบว่าเพศหญิงและเพศชายมีจำนวนการเจ็บป่วยเท่า ๆ กัน เพศชายเริ่มเป็นที่อายุน้อยกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการในช่วงอายุ 15-35 ปี โดยมีอาการนำก่อนเกิดอาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ มีความเครียด ความวิตกกังวล แยกตัวออกสังคม ซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษา ปลดปล่อยให้มีอาการนานมากกว่า 1 เดือนจะทำให้มีอาการกำเริบ ถ้ายังไม่ได้รับการรักษา หรือมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยจะทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น และยิ่งป่วยนานจะมีอาการด้านลบมากขึ้นมีอาการป่วยเรื้อรังที่มีความเสื่อมในด้านต่างๆ ตามมาและมีความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำสูง

1.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

1.4.1 ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าได้มีผู้ให้ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทไว้หลายท่าน ดังนี้

Leininger (1994 อ้างใน สิรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) กล่าวถึง การพยาบาล ว่าเป็น การดูแลและเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้อื่น การสนับสนุนส่งเสริม การเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับผู้อื่นเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มทั้งในครอบครัวและชุมชน ด้วยความเอาใจใส่โดยมีเป้าหมายของการดูแลสุขภาพ คือ ต้องมีองค์ความรู้ที่หลากหลาย ทั้งทางด้านวิชาการและความเข้าใจคุณค่า ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม โดยการดูแลจะต้องสนองความต้องการที่มุ่งรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของบุคคล

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

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือ บุคคลในด้านสุขภาพ ตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัว ในลักษณะที่คำนึงถึงคนทั้งคนเป็นหน่วยเดียว นั่นคือการยึดหลักปัจเจกบุคคลหรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม

ฉวีวรรณ สัตถธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาล ซึ่งเป็นศิลปะมีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิต รวมทั้งการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตนเอง ปรับปรุงตนเองและยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งพึ่งพาตนเองได้

จากคำจำกัดความข้างต้น เมื่อนำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงสรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ด้วยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ พร้อมกับการให้ความรู้ การให้สุศึกษาในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพสุขภาพจิต

โดยการให้การดูแลผู้ป่วยนั้นต้องใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และศิลปะ ในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิต ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป และสามารถพึ่งตนเองได้ตามศักยภาพ

1.4.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ในการเข้าไปช่วยเหลือปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูล การกำหนดปัญหา การลงมือปฏิบัติการ และการประเมินผล เพื่อเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาหรือสามารถปรับตัวได้ต่อสภาพปัญหาของตนเอง (Shives, 1994) ประกอบด้วย

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Assessment) แหล่งข้อมูลคือ ผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย บันทึกของทีมสุขภาพ โดยแบ่งข้อมูลเป็น การเจ็บป่วยทางจิต ประวัติส่วนตัว ประวัติทางสังคม และครอบครัว สุขภาพทั่วไป การเจ็บป่วยทางจิต และการตรวจสภาพจิต

2. การวิเคราะห์/การวินิจฉัย (Analysis or Diagnosis) เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลมาพิจารณา ตรวจสอบเปรียบเทียบกับสภาพทั่วไปของบุคคลในด้านความต้องการพื้นฐาน การปฏิบัติกิจกรรมตามหน้าที่ และการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันตามสภาพสังคม เพื่อให้การพยาบาลตอบสนองความต้องการของบุคคล

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การตั้งเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ การกำหนดแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามความต้องการของบุคคลเป็นลำดับ โดยเริ่มจากความต้องการพื้นฐาน จนกระทั่งถึงการทำความเข้าใจตนเองและจัดการกับสถานการณ์

4. นำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ (Intervention) การปฏิบัติการพยาบาลควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับบริการ โดยเริ่มจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยทั่วไป เมื่อได้ข้อมูลเพิ่มเติมขึ้นจึงมีการปรับเปลี่ยนแนวทางในการดูแลให้มีความเหมาะสมเพิ่มขึ้น โดยจะต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

5. การประเมินผล (Evaluation) เป็นการเปรียบเทียบผลของการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วยว่าผลที่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยการประเมินผลแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ การประเมินจากพัฒนาการของผู้ป่วย และประเมินจากการปฏิบัติงานของพยาบาล

จากกระบวนการพยาบาลดังกล่าวนี้ ต้องมีการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีมโนคติทางการพยาบาล ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่สิ่งแวดล้อมบุคคล สุขภาพ และการพยาบาล โดยมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการพยาบาลโดยตรง สอดคล้องกับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

1.4.3 ระบบบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ในสภาพการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มุ่งพัฒนาระบบบริการพยาบาล โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการบริการควบคู่กันไป การปฏิบัติการของพยาบาลจิตเวช ต้องใช้การผสมผสานวิธีการปฏิบัติที่หลากหลาย และขึ้นอยู่กับสถานการณ์สิ่งแวดล้อม สถานที่ และภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามสถานที่ที่พยาบาลปฏิบัติงาน นอกจากนี้การปฏิบัติการพยาบาลก็จะมีแตกต่างกัน สำหรับผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยจิตเภท โดยหากแบ่งความต้องการการพยาบาลตามสถานที่ที่ให้บริการ จะสามารถแบ่งระบบการบริการออกได้ดังนี้ คือ

1. ระบบบริการในโรงพยาบาล

การรับผู้ป่วยจิตเภทไว้รับการรักษาในโรงพยาบาล จะกระทำในกรณีต่อไปนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่นมี ปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงรุนแรงจากยาเพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทุษร้ายหรือมีปัญหาในการวินิจฉัย เป็นต้น (ไพรัตน์ พงกษาชาติคุณากร, 2534)

ขณะรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการทางจิตรุนแรง (Acute phase) ทั้งอาการทางบวกและลบ มีความผิดปกติทางด้านความคิด การตัดสินใจ (Herz and Marder, 2002) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตตามปกติ สามารถทำได้โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ดังนี้

1.1 การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล

1.2 การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับความวิตกกังวล อารมณ์ การแสดงออกการควบคุมอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมของตน

1.3 การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคลด้านต่างๆ ดังนี้

- การดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การดูแลการเคลื่อนไหวของร่างกาย การขับถ่าย และการพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น

- การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้างและการมีกิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่น

- การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิตเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก การแสดงออกและการกระทำ

- การมีสมรรถนะด้านร่างกาย หรือมีความแข็งแรงของร่างกาย ได้แก่ การดำรงรักษา เสริมสร้างความแข็งแรงของระบบกายวิภาคและสรีระภาพของบุคคลให้ทำหน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคล สามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข

สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในทุกๆด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการต่างๆ ได้ อีกทั้งการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง โดยผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชในการบำบัดรักษา และมีระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล โดยเฉลี่ย 3-4 สัปดาห์

2. ระบบบริการในชุมชน

แนวโน้มการรักษาพยาบาลในระยะนี้จะเน้นที่ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจะถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในช่วงสั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ควรเป็นหน้าที่ของญาติและครอบครัว ซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) โดยญาติและครอบครัวควรดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้านและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวมีความสามารถจำกัดทั้งด้านกำลังกายและความคิด ซึ่งไม่สามารถกระทำสิ่งใดๆ ให้สำเร็จลุล่วงไปตามความต้องการทุกอย่างได้ด้วยตนเองตามลำพัง (ธงชัย สันติวงศ์, 2537 อ้างถึงใน กัลยาณี โนอินทร์, 2542) จึงต้องการพึ่งพาหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อนำมาเป็นแหล่งประโยชน์ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ญาติและครอบครัวต่อไป หน่วยงานหรือองค์กรที่ให้บริการด้านสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น

เพื่อให้การรักษาพยาบาลในชุมชนมีความต่อเนื่อง จึงมีการใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ ประชาชนได้รับการดูแลเบื้องต้น ในท้องถิ่นหรือสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุด จะเป็นการช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายให้น้อยลง ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือซับซ้อนควรได้รับการรักษาพยาบาลจากผู้ชำนาญเฉพาะสาขา จะเป็นการส่งต่อจากระดับล่างสู่ระดับบน หรือระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ ไปสู่ระดับจังหวัด ส่วนการส่งต่อจากระดับบนมาสู่ระดับล่าง คือ เมื่อผู้ป่วยรับการรักษาในระดับจังหวัด หรืออำเภอแล้วมีอาการทุเลาลง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่ยังคงต้องการดูแลต่อเนื่อง ก็อาจส่งผู้ป่วยกลับมารักษาต่อเนื่อง ไปยังสถานบริการที่อยู่ใกล้

บ้านมากที่สุด เป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งในส่วนของผู้ป่วยกลับมารักษาต่อเนื่อง ไปยังสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุด เป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งในส่วนของผู้ป่วยและงบประมาณของรัฐบาล และยังทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น ซึ่งระบบการส่งต่อเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Chromiak, 1992 อ้างถึงใน กัลยาณี โนอินทร์, 2542) เพื่อนำผู้ป่วยที่พร้อมจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปยังบ้านหรือชุมชน ทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า การพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งญาติและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วย รวมทั้งอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน เพราะถือว่าญาติและครอบครัวเป็นเครือข่ายที่สำคัญ และเชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด การส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติ ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะต้องอาศัยความร่วมมือและการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ จึงจะสามารถนำแหล่งประโยชน์จากญาติ ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วย ทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย

1.5.4 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด และมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้เป็นลักษณะเด่น ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ การเผชิญกับความบกพร่องและการขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (McBride and Austin, 1996) ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว เป้าหมายหลักของการพยาบาลจึงไม่ได้มุ่งดูแลเฉพาะการบำบัดอาการของโรค การดูแลผู้ป่วยจึงต้องให้การดูแล “บุคคล” สาระสำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) คือ

1. เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งรวมถึงจิตสังคมและจิตวิญญาณ
2. คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความสนใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือ การตอบสนอง ความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนอีกด้วย

3. การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ต้องครอบคลุมการดูแลและการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วย คือ การช่วยให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแลบำบัดรักษา/บรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

ในสภาพของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มุ่งพัฒนาระบบบริการพยาบาล โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการบริการควบคู่กันไป ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวม และหลักปฏิบัติที่พยาบาลควรมีเสริมจากแนวทางพยาบาลที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่สมบูรณ์ขึ้น ได้แก่

1. การแลกเปลี่ยนข้อมูลและให้การศึกษาแก่ผู้รับบริการ (Sharing information and education) เพื่อให้ผู้รับบริการได้นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษาและการปฏิบัติ อันแสดงถึงความรับผิดชอบที่ผู้รับบริการพึงมีต่อตนเองและการรักษาสุขภาพของตนเอง

2. การให้ผู้รับบริการได้ร่วมตัดสินใจ (Sharing of decision making) เพื่อผู้รับบริการ ได้เลือกสิ่งที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับตนเอง เพราะตัวผู้ป่วยเองเท่านั้นที่จะรู้ว่าสถานการณ์ของตนเองเป็นอย่างไร และควรเลือกอะไร สิ่งสำคัญที่สุด คือ การให้ข้อมูลต้องชัดเจนและเพียงพอ

3. การตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาล ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความจริงที่เหมาะสม (Realistic Goal-setting) จะต้องตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้รับบริการ โดยเป้าหมายที่ตั้งไว้จะต้องอยู่บนเหตุผลของความถูกต้องเหมาะสมกับผู้รับบริการรับได้

4. พยาบาลและผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Working together in therapy) ดังนั้น สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะสร้างสรรค์และเป็นสัมพันธภาพเพื่อการรักษา

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

เพชร คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ

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

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

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาไว้มากมาย ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจากการศึกษาของ สรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) และเพชร คันธสายบัว (2545) จึงพอจะสรุปความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ว่าเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกซึ่งการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสังเกตอาการข้างเคียงจากยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาได้ โดยแสดงพฤติกรรมออกมา 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากการศึกษาค้นคว้าของ Oehl, Hummer & Fleischhacker (2000) กล่าวว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีหลายปัจจัยแตกต่างกัน แบ่งกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็น 4 ด้าน

2.2.1 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงออกถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคลที่ส่งเสริมให้มีการแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือป้องกันการป่วยซ้ำ หลังจากที่ได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้นและกลับไปอยู่ในชุมชนได้ เป็นปัจจัยที่บอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย

1. ลักษณะประชากร จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆพบลักษณะประชากรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มี 2 ประการ คือ

1) อายุ ซึ่งเป็นจำนวนระยะเวลาทั้งหมดของการนับตามปฏิทิน ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน (Orem, 2001) อายุของบุคคลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองจะถูกพัฒนาขึ้นตามอายุจากวัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลตนเองสูงสุด และจะลดลงและมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman (1994 อ้างใน สรินทร เขียวโสธร, 2545) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

2) เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างระหว่างบทบาท บุคลิกภาพในครอบครัวชุมชนและสังคม โดยกำหนดบทบาทของเพศหญิงในการเป็นแม่ที่มีหน้าที่ในการดูแลลูก และบุคคลทั้งในเวลาปกติหรือยามเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลให้เมื่อเจ็บป่วย เพศหญิงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ที่พบว่า เพศหญิงปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาคือดีกว่าเพศชาย

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สร้างโดย Becker (1974) เป็นแนวความคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นทัศนคติและความเชื่อ ในการอธิบายการปฏิบัติของบุคคลต่อภาวะสุขภาพที่ได้รับ การยอมรับในการทำนายพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติป้องกันโรค ซึ่งแนวคิดนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพการรับรู้ของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างตามการประเมินความเป็นไปได้ในการเกิดปัญหา โดยรับรู้จากความเสี่ยงและประสบการณ์ของตนเองทำให้มีการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือปัญหาสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเข้าใจถึงพฤติกรรมป้องกันโรคที่เคยเป็นมาก่อนและได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้น การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เช่น รับรู้ปัจจัยที่จะทำให้ตนเองมีอาการทางจิตมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง

2) การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived severity) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลถึงความรุนแรงของการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น ความรุนแรงนี้ขึ้นอยู่กับการประเมินการเกิดโรคของตนเอง การที่บุคคลรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคม จึงเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้นร่วมกับประสบการณ์การรักษาในโรงพยาบาลซ้ำามีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นภาวะคุกคามเหล่านี้

3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefit) หมายถึงความคิด ความเชื่อ ของผู้ป่วยต่อการกระทำที่เป็นการป้องกันการเกิดโรค หรือการป้องกันการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่เชื่อว่าสามารถทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วย เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภทจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต และการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการการดูแลตนเองที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการยอมรับ ลดความรังเกียจจากสังคม ทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสงบสุข และมีส่วนช่วยในป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้

4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การดูแลสุขภาพ (Perceived barrier) หมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่างๆที่ขัดขวางการปฏิบัติ การดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีร่างกายแข็งแรง ในผู้ป่วยจิตเภทการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติของตนเองมีอุปสรรค เช่น การที่ญาติช่วยเหลือติดตามมากเกินไป ไม่ปล่อยให้เป็นอิสระ การถูกรังเกียจ ห้ามปราม กีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ การไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้ขัดขวางการดูแลตนเอง และส่งผลต่อการเสื่อมถอยสมรรถภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

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

1) ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต หมายถึงการรับรู้ ความเชื่อของผู้ป่วยที่คิดว่าตนเอง เป็นคนสำคัญ หรือมีอำนาจพิเศษ โดยผู้ป่วยจะเชื่อในความคิดนั้น โดยไม่

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

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

2.2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภททั้งในครอบครัวและชุมชน ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งประกอบด้วย

1) ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพ เพื่อดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ที่ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จากการศึกษาของ ภัทธา ธิรลภ (2532) พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากยามีราคาแพงทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

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

3) การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา หมายถึงการที่ผู้ป่วยมีบุคคลคอยช่วยเหลือ ให้ได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง บุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา การนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด หรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ที่สำคัญคือการดูแลของญาติให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า รวมทั้งการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแลเรื่องเหล่านี้

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

5) ทักษะ ทักษะของสังคมและครอบครัว เป็นตัวกำหนดทิศทางของ ปฏิกริยาของบุคคลเหล่านี้ต่อการรักษาอาการทางจิต ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรม การปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากการถูกตีตราจากสังคม เช่นการรับประทานยา รักษาอาการทางจิต การมาตรวจที่โรงพยาบาล หรือผู้ป่วยที่อยู่ในสังคมที่ไม่เห็นความสำคัญของการรักษา ทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนให้รับการรักษา และมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Oehl et al., 2000)

2.2.3 ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการรักษาที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้แก่

1) วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย หมายถึง ช่องทางการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย คือการกิน การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดเข้าระหว่างชั้นกล้ามเนื้อและไขมัน การฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ การอมยาใต้ลิ้นและการเหน็บยาทางช่องคลอด หรือทางทวารหนัก Kurmar and Sedgwick (2001) กล่าวว่า การได้รับยาเข้าสู่ร่างกายโดยใช้วิธีฉีด สามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าวิธีการรับประทานยา

2) ความซับซ้อนของการรักษา หมายถึง ความรู้สึกยุ่งยากลำบากในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิดและมีจำนวนมาก อาจเกิดความสับสนในการรับประทานยา สืบวิธีการใช้ยา การรับประทานยาที่ไม่เหมือนกันจะทำให้ผู้ป่วยสับสน หมคความอดทนที่จะรับประทานยาต่อไป

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

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

2.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นการยากที่จะระบุคุณสมบัติ หรือ วัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของผู้ป่วย ซึ่งการศึกษารายงานวิจัยต่างๆพบว่ามีวิธีการประเมินการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาหลายวิธี (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536; สาธุพร พุฒขาว, 2541) ได้แก่

2.3.1 การประเมินโดยตรง (Direct method) วิธีการประเมินโดยตรง คือการวัดระดับปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้โดยติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของระดับยาหรือปริมาณยาตามความเหมาะสมได้แก่

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

2) การวัดปริมาณยาในปัสสาวะ ใช้หลักการเดียวกับการวัดระดับยาในเลือด แต่ยาที่จะวัดโดยวิธีนี้ต้องเป็นยาที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ มีผู้วิจัยโดยใช้วิธีนี้ เช่น กลุ่มยารักษาโรคจิต

3) การวัดปริมาณยาจากสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายอื่นๆ เช่น น้ำลาย อุจจาระ สมหายใจ

วิธีการประเมินโดยตรงเป็นการตรวจโดยอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการณในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งเป็นวิธีที่มีข้อจำกัดคือ

1) ความเข้มข้นของยาอาจจะได้รับผลจากความแตกต่างในการดูดซึมของยา และการขับออกของยาในร่างกายของแต่ละบุคคล ระดับความเข้มข้นของยาจึงอาจจะไม่ใช่ข้อบ่งชี้ของการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในการใช้ยาของผู้ป่วย

2) ความเข้มข้นของยาที่ตรวจพบ สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานว่ามีจำนวนทั้งหมดเท่าใด ครอบคลุมแผนการรักษาหรือไม่

3) การรับประทานยาก่อนการตรวจ จะทำให้ค่าของความเข้มข้นของยาสูงซึ่งไม่ได้แสดงถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

4) ต้องใช้อุปกรณ์ เครื่องมือและวิธีการที่ยุ่งยาก การวิเคราะห์ต้องเป็นระยะภายหลังการรับประทานยา วิธีการนี้จึงไม่อาจนำมาใช้ได้ในทุกกรณี

2.3.2 การประเมินทางอ้อม (Indirect method) เป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย โดยประเมินจากวิธีการอื่นที่ไม่ใช่การวัดจากตัวยาโดยตรง แต่วิธีการประเมินนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาของผู้ป่วยอาจทำได้หลายวิธีคือ

1) การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและใช้ง่ายที่สุด อาจสอบถามหรือสัมภาษณ์จากตัวผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย ข้อดีของการประเมินแบบนี้คือได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัดของวิธีการนี้คือ พบว่าผู้ป่วยมักให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงคำถามให้มีความชัดเจน แม่นตรง และระหว่างการสัมภาษณ์ไม่ควรตำหนิเมื่อผู้ป่วยตอบว่าไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา หรือไม่รับประทานยา

โดยผู้สัมภาษณ์เองต้องคำนึงถึงว่า แม้จะมีทักษะและมีความละเอียดในการสัมภาษณ์ก็ตาม แต่ก็มักพบปัญหาในการประเมินเสมอ

2) การนับจำนวนเม็ดยา เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ใช้บ่อย การปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาประเมินได้จากการนับเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วย และจำนวนที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยา หรือเมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง จำนวนยาที่เหลือมากกว่าที่ควร เป็นการแสดงว่าผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ข้อดีของวิธีการนี้คือ สามารถบอกถึงจำนวนเม็ดยาที่ใช้ไป แต่ก็มีข้อจำกัด คือ อาจได้ข้อมูลไม่ตรงกับความจริง หากผู้ป่วยทิ้งยาโดยไม่รับประทานยา หรือผู้ป่วยให้คนอื่นใช้ยาค้ำ

3) การสังเกตพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการประเมินวิธีนี้ญาติผู้ป่วยหรือบุคลากรที่มติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จะสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือแผนการรักษาได้ถูกต้องครบถ้วน หรือไม่

4) พิจารณาจากการมาตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มารับรักษาตามนัดเป็นผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา และพิจารณาจากผลของการรักษาที่ควรเป็นไปตามการพยากรณ์ของโรคแต่ละระยะ

การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตนเอง (Self-report) ซึ่งวิธีการนี้มีข้อจำกัด คือผู้ป่วยอาจเขียนบันทึกไม่ตรงกับกรปฏิบัติจริง และจากการทบทวนรายงานการศึกษาพบว่า เพชร คันธสายบัว (2544) วัตถุประสงค์การใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ส่วน Kumar & Sedgwick (2001) ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้ Compliance Rating Scale (CRS) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น โดยแสดงให้เห็นว่าการใช้เครื่องมือที่มีองค์ประกอบของการตรวจทางห้องทดลอง สามารถทำให้ผลการประเมินเชื่อถือได้มากขึ้นก็จริง แต่เหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย สามารถได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มากกว่า ดังนั้นในการประเมินโดยการสัมภาษณ์อย่างเดียวจึงคิดว่าการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่นการตรวจเลือด หรือการตรวจปัสสาวะ หรือการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง (Self-report) (อุมาพร กาญจนรัศม์, 2545)

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

2.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา สามารถสรุปพฤติกรรมในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การใช้ยาตามความต้องการของตนเอง ซึ่งอาจมากกว่าหรือน้อยกว่าแผนการรักษาที่กำหนดไว้ ใช้ยาในเวลาที่ ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะยาที่ต้องรับประทานเวลาก่อนนอน ซึ่งมีผลต่อการนอนหลับของผู้ป่วย การนำยาผู้อื่นมารับประทาน หรือแบ่งยาของตนเองให้ผู้อื่นรับประทาน ใช้ยาผิดวิธี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับการรักษาก่อน หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่เพียงพอ การที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นปัญหาที่สำคัญ และมีความเกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญ และต้องกระทำต่อเนื่องทั้งในขณะให้การดูแลในโรงพยาบาลและขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภท มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและมีแนวทางการปฏิบัติกรพยาบาลหลากหลายวิธี ดังนี้

2.4.1. การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education) Kay (1998) กล่าวว่า วิธีการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อวางแผนเพิ่มการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและวิธีการเผชิญความเครียด ร่วมกับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพจิต เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาดีขึ้น ลดการป่วยซ้ำ นอกจากนี้วิธีการสอนที่ปฏิบัติในกลุ่มครอบครัวที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้แต่ละครอบครัวมีเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

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

- 1) กำเนึงถึงสาเหตุสำคัญของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา 3 ปัจจัย คือ ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา การขาดความรู้ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ
- 2) ทำความเข้าใจกับเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย

3) การปฏิบัติการพยาบาล เช่น การสอนผู้ป่วยรายกลุ่มและรายบุคคล เกี่ยวกับการใช้ยา โดยกลุ่มจะต้องประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีลักษณะความเจ็บป่วยและความสามารถในการทำหน้าที่คล้ายคลึงกัน โดยกระตุ้นให้กลุ่มเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาการใช้ยา รักษาทางจิต และระหว่างกระบวนการกลุ่ม พยาบาลสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับยา ความเจ็บป่วย ตามความพร้อมของผู้ป่วย

4) ความร่วมมือจะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว/ ผู้ดูแล และพยาบาล

2.4.3. การเสริมสร้างการมีส่วนร่วม โดย (Marland, 1999 อ้างถึงใน งามตา อักษรไพโร, 2548) ได้กล่าวถึงแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้วิธีการเพิ่มความมีอิสระ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย จิตเภท โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ คือ

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

2) การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล ขึ้นอยู่กับการได้รับข้อมูล การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและยินยอมรับการรักษา ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีปัญหา การตัดสินใจ ดังนั้นสิทธิในการตัดสินใจอย่างถูกต้องด้วยตัวของผู้ป่วยเอง ยังเป็นเรื่องที่ถกเถียง อย่างกว้างขวางและเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะของพยาบาลจิตเวช ในการส่งเสริมผู้ป่วย ที่มีความสามารถในการตัดสินใจที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่มี ความบกพร่องในการตัดสินใจและ สามารถตัดสินใจอย่างอิสระ Marland (1999) เสนอแนวทางการปฏิบัติว่าถ้าผู้ป่วยปฏิเสธ การเจ็บป่วย การให้แรงจูงใจเพื่อการกระตุ้นการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อการรักษา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ ก่อนจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง แต่ สำหรับผู้ป่วยบางราย การใช้ยาเพื่อการรักษาเป็นการแสดงถึงการพึ่งพาพยาบาลจะต้องส่งเสริมให้ ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และรับรู้ว่ายาสสามารถควบคุมชีวิตให้ปกติ (Litrell, 1996 cited in Marland, 1999) และเป้าหมายของการรักษาต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ญาติ พยาบาลและทีม สุขภาพ

3) การส่งเสริมความร่วมมือ เหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน การปฏิบัติการรักษาจะต้องปฏิบัติตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยควรได้รับการติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การเรียนรู้ของผู้ป่วยเพื่อแยกอาการแสดงที่ผิดปกติ การจัดการกับความผิดปกติเกี่ยวกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา การรับรู้ของผู้ป่วยว่าสามารถพูดคุยถึงการปรับเปลี่ยนเวลาในการรับประทานยาที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต เช่น ต้องทำงานตอนกลางคืน อาจปรับยาก่อนนอนเป็นเวลากลางวัน เป็นเรื่องที่พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพควรคำนึงถึง นอกจากนั้นความสามารถในการเรียนรู้เรื่องเหตุการณ์ใช้ยาขึ้นอยู่กับความพร้อม ข้อจำกัดและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย และการประเมินสภาพผู้ป่วยแหล่งสนับสนุน การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในแหล่งบริการที่สะดวก เป็นต้น

4) การประเมินผล การประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ การสังเกตการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยญาติผู้ดูแล พยาบาล และทีมสุขภาพ หรือการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจะต้องใช้ควบคู่กัน การเปิดเผยความจริงจากผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกไว้วางใจว่าสามารถบอกถึงความต้องการของตนเอง

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดคุยอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้ยา การตรวจสอบผู้ป่วยอาจต้องมีการพูดคุยทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร เพื่อรักษาสัมพันธภาพ ความรู้สึกไว้วางใจ ให้เกิดผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาต่อไป โดยใช้กิจกรรมกลุ่มและการดูแลเป็นรายบุคคล โดยเห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจจะสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งจะกระตุ้นให้บุคคลใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด รับรู้สมรรถนะ และความสามารถของตนเองในการควบคุมตนเอง

3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลวิธีหนึ่งที่ได้รับการนิยมนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งถูกตัดสินว่า ด้อยความสามารถและขาดความสามารถในการควบคุมการคิด และการตัดสินใจ ดังนั้นการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้จึงต้องมีการพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย

3.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Suk Bling (1998: 19-20) ได้รวบรวมคำจำกัดความเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามทัศนะของนักวิชาการไว้หลายท่าน ซึ่งสรุปว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการร่วมมือในการรักษาในส่วนของชุมชนด้วยการบูรณาการเข้าไปในวิถีชีวิต ทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนความรู้สึกจากบุคคลที่ไม่มีคุณค่าไปสู่การยอมรับตนเองมีความสามารถอย่างแท้จริงเป็นกระบวนการซึ่งบุคคลองค์กรชุมชนสามารถควบคุมสิ่งที่ตนเองสนใจหรือเกี่ยวข้องได้

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

Gibson (1995, อ้างใน สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของบุคคลที่จะพัฒนาความรู้ ความสามารถและความเชื่อมั่นที่จะทำให้ความคิดของตนเองมีความหมาย เป็นกระบวนการทางสังคม ที่ให้การยอมรับ ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตน เป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกลงในคุณค่าของตนเอง และการสร้างประสิทธิภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล

Conger and Kanungo (1998, อ้างใน สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการ ของการเพิ่มความรู้สึกถึงประสิทธิภาพของตน ในฐานะของสมาชิกขององค์กร ด้วยการพิจารณาสถานการณ์ที่ทำให้สูญเสียพลังอำนาจและกำจัดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจด้วยการสนับสนุนข้อมูลที่มีประสิทธิภาพขององค์กรทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2541) กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการพยายามที่จะทำ ให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง มั่นใจ ยึดมั่นต่อกันและมุ่งมั่นในการบรรลุเป้าหมายของตนเอง เพื่อการปฏิบัติหรือกระทำการกิจหนึ่งให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง ในการที่บุคคลจะเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ยึดมั่น ผูกพันต่อตนเองหรือหน่วยงานเพื่อให้สามารถกระทำการกิจต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง บุคคลจะต้องเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่า ตนเองสามารถกระทำการกิจต่าง ๆ ได้สำเร็จ บุคคลจะต้องได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมทั้งกำลังกาย กำลังใจ กำลังความคิด และมีอิสระในการตัดสินใจกระทำการต่าง ๆ ด้วยตนเอง

ดารณี จามจรี (2545) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการเพิ่มความสามารถให้ผู้ป่วย มีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแล และควบคุมสุขภาพของตนในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตนพัฒนาการดูแลสุขภาพของตน รวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์ และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ภายใต้การสนับสนุนข้อมูล และทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาล

สรุป การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการในการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเอง เสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความรู้สึกมั่นใจ เป็นตัวของตนเอง มีอิสระ และรู้สึกชีวิตมีคุณค่าสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

การสูญเสียพลังอำนาจ

Miller (1992) กล่าวถึงการสูญเสียพลังอำนาจว่า เป็นการที่บุคคลรับรู้ว่าจะไม่สามารถมีอิทธิพลต่อสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความคาดหวังได้ ไม่ว่าจะเกิดขึ้นเป็นประจำหรือไม่คาดคิด

Robert (1986) กล่าวถึงภาวะสูญเสียพลังอำนาจว่า หมายถึงการที่บุคคลรับรู้ว่าจะไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมของตนเองให้เป็นไปตามที่ต้องการ แต่ถูกควบคุมจากบุคคลอื่นหรือสิ่งเร้าที่อยู่นอกตัว

Roy (1978) กล่าวถึงภาวะสูญเสียพลังอำนาจว่า เป็นสภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าจะตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองได้

สรุปได้ว่า ภาวะสูญเสียพลังอำนาจ หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าจะตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ เหตุการณ์ สิ่งแวดล้อม ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับตน ต้องปฏิบัติตามผู้อื่นที่ควบคุม หรือสิ่งเร้าที่อยู่ภายนอก

สาเหตุการสูญเสียพลังอำนาจ

สาเหตุการสูญเสียพลังอำนาจสามารถเกิดขึ้นได้จากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ การขาดความสามารถในการควบคุม (Loss of control) และการขาดความรู้ (Lack of knowledge)

1. การขาดความสามารถในการควบคุม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1.1 ขาดความสามารถในการควบคุมด้านร่างกาย จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเริ่มมีอาการของโรค โดยก่อนที่จะเกิดภาวะ การเจ็บป่วย บุคคลจะมีพลังอำนาจเหนือตนเอง แต่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือระบบใดระบบหนึ่งของร่างกายถูกควบคุมโดยความเจ็บป่วย ทำให้สมรรถภาพการทำหน้าที่ของร่างกายและการรักษาสมดุลในร่างกายลดลง ไม่สามารถกิจกรรมใด ๆ ได้ตามความคาดหวังและความต้องการของตนเอง ทำให้บุคคลเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ บางคนเคยมีความรู้สึกภาคภูมิใจในร่างกายของตน เมื่อเกิดการเจ็บป่วย พยาธิสภาพของโรค หรือภาวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อาจทำให้บุคคลรู้สึกอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ หรือเจ็บปวด ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ การขาดความสามารถในการควบคุมร่างกายนี้มีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยโดยตรง เนื่องจากสูญเสียความเป็นตัวเองไป

1.2 ขาดความสามารถในการควบคุมจิตใจ จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะเกิดความเจ็บป่วยขึ้น รวมถึงการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสาเหตุการสูญเสียการควบคุมทางด้านจิตใจ เนื่องจากต้องปฏิบัติตามกฎของโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลเป็นผู้ควบคุมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การถูกจำกัดเวลาเยี่ยม หรือไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง เมื่อผู้ป่วยสูญเสียอิสระในการตัดสินใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้ เนื่องจากไม่สามารถยับยั้งความเป็นตัวของตัวเองได้

1.3 ขาดความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อม การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวเองได้ เป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสูญเสียพลังอำนาจ

2. การขาดความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล ความรู้เป็นแหล่งพลังอำนาจอย่างหนึ่ง เมื่อมีความรู้จะเพิ่มความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ บุคคลส่วนใหญ่ไม่เคยคิดว่าตนเองจะต้องเจ็บป่วย และเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน จึงไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางในการรักษาที่จะได้รับ ทำให้บุคคลไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง และสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะนี้จะสามารถอธิบายได้อย่างไร ซึ่งการขาดความรู้นี้อาจเกิดจากการที่บุคคลไม่ได้รับการบอกเล่าเกี่ยวกับอาการ หรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเขา หรืออาจเกิดจากการได้รับการบอกเล่าแต่ไม่เข้าใจ ไม่กล้าซักถาม หรืออาจได้รับคำอธิบายโดยใช้ศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยจะไม่เข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลตามที่ต้องการที่จะทำการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเอง

พยาบาลสามารถช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะไร้พลังอำนาจได้โดยการหาสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจดังกล่าว และช่วยเหลือโดยการ ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยช่วยให้ผ่านขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

แหล่งพลังอำนาจกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

เมื่อกกล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่จะเข้าไปทำการเสริมสร้างนั่นคือ พลังอำนาจ รวมถึงผลของพลังอำนาจที่มีต่อบุคคลควบคุมไปด้วยเสมอ (Gilbert , 1995)

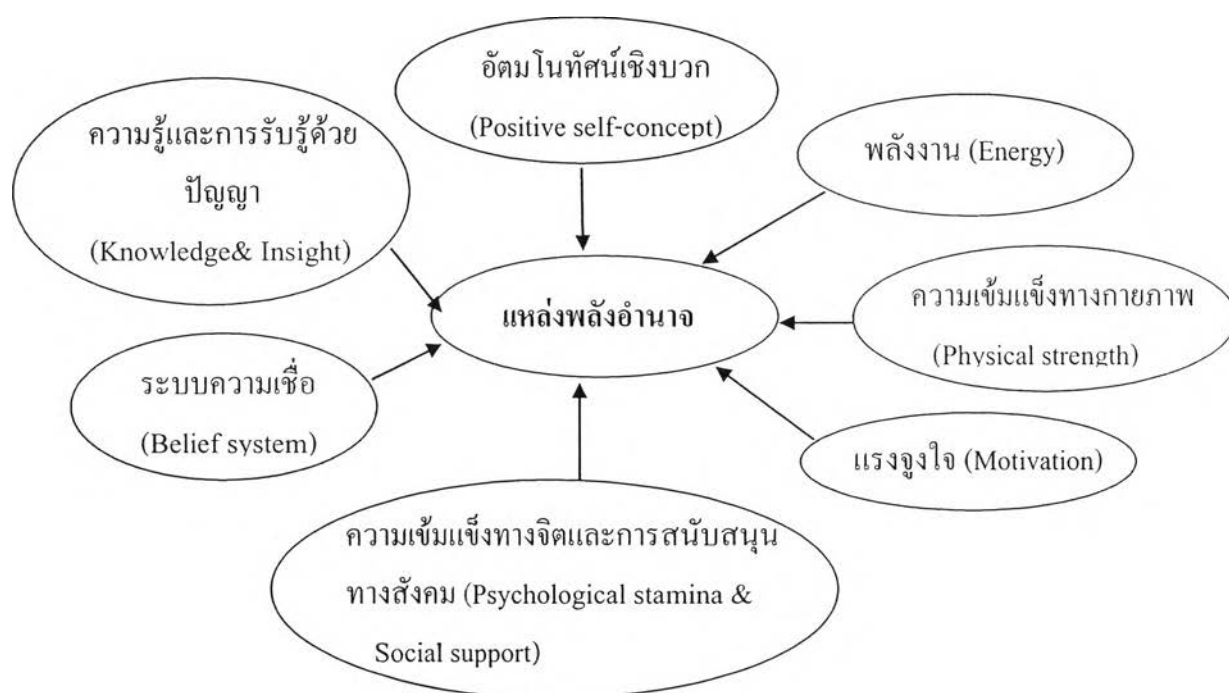
ความหมายของพลังอำนาจ (Power) ในบริบทของสุขภาพนั้น สำหรับมิลเลอร์ (Miller 1992: 3) ได้กล่าวถึง “พลังอำนาจ คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน”

มิลเลอร์ให้คำจำกัดความของ อำนาจว่า คือ การอบรมเลี้ยงดู ให้การดูแล (Nurturative) ซึ่งก็คือ การช่วยเหลือและดูแลตนเอง การทำให้ผู้อื่นดูแลตนเอง และการตัดสินใจในการดูแลตนเองด้วยอำนาจ เป็นความสามารถที่ส่งต่อการเปลี่ยนแปลงหรือป้องกันอำนาจและการควบคุม

ความสำเร็จในการจัดการกับการเจ็บป่วยในผู้ป่วยเรื้อรัง คือ ความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยซึ่งเหตุการณ์ที่ส่งต่อผลต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผลกระทบอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย และความยุ่งยากที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการจัดการกับการเจ็บป่วย เบคแมนและออสติน (Berckma and Austin, 1993) อธิบายความรู้สึกของการควบคุมว่า เป็นวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการเปลี่ยนแปลงภาวะการณ่ดำเนินของโรคหรือการเจ็บป่วยหรือการรักษาพยาบาลและช่วยทำให้เกิดการปรับตัวที่ดีขึ้น

การอธิบายถึงพลังอำนาจมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทของผู้ที่ศึกษาและสิ่งที่จะทำการศึกษ สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ การทำความเข้าใจกับพลังอำนาจที่มีต่อการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอยู่บนพื้นฐานแนวคิดรูปแบบแหล่งพลังอำนาจ (Power resources) ของมิลเลอร์ (Miller, 1992) เพื่อใช้ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของพลังอำนาจกับความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

มิลเลอร์ (Miller, 1992) ได้กล่าวถึงพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยอธิบายในรูปแบบแหล่งของพลังอำนาจว่ามีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่ง ดังแสดงในภาพประกอบ



ภาพประกอบแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย

ที่มา : Miller, J.F.(1992) Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness : p.8.

แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยตามแนวคิดของมิลเลอร์ประกอบด้วย 7 แหล่ง ดังนี้ (Miller 1992 : 9 -14)

1. ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength)

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

2. ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support)

ความเข้มแข็งทางจิต หมายถึง ความยืดหยุ่นที่ปรากฏในบุคคลอันเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่าจะเผชิญกับวิกฤตการณ์การเจ็บป่วยและความไม่แน่นอนอนที่เกิดขึ้นในแต่ละวันผู้ป่วยบางคนก็สามารถที่จะดำรงความสมดุลทางจิตได้ ซึ่งบางครั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังก็เป็นสาเหตุของความไม่สมดุลทางจิต ความวิตกกังวลและซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอาจต้องการการช่วยเหลือในการดำรงไว้ซึ่งความคิดทางด้านบวก การป้องกันความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกหมดหวังที่อาจเกิดขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ การบูรณาการทางสังคม โอกาสสำหรับการดูแลความเชื่อมั่นในคุณค่า บุคคลที่ให้การดูแล นอกจากนั้นยังรวมถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือที่สัมผัสจับต้องได้ (Tangible support) เช่น การสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) และการสนับสนุนทางข้อมูล (Informational support) อังในคอร์บินและสเตาท์ (Miller 1992 : 10) รายงานว่า คู่สามีภรรยาที่ช่วยเหลือซึ่งกันและกันจะสามารถป้องกันและแก้ปัญหาและสามารถที่จะจัดการกับความต้องการของการเจ็บป่วยเรื้อรังได้ การสนับสนุนทางสังคมพบว่ามีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพของการจัดการกับปัญหาคุณภาพชีวิตและการปรับตัวในการเจ็บป่วยเรื้อรัง แพทติสัน (Miller 1992 : 10 ; citing Pattison 1974 Psychosocial predictors of death prognosis) พบว่า การมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ได้เป็นผลมาจากสมรรถนะของปอดที่ทำหน้าที่ได้ แต่ขึ้นอยู่กับการที่ผู้ป่วยมีใครสักคนที่จะดูแลผู้ป่วย

3. อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-concept)

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

การเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ในคน การสร้างอัตมโนทัศน์ในคนขึ้นมาใหม่เป็นการปรับตัวในระยะเจ็บป่วย เป้าหมายของการสร้างอัตมโนทัศน์ในคนขึ้นมาใหม่ คือ การบูรณาการ การรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับร่างกายไปสู่อัตมโนทัศน์เกี่ยวกับคนในทางบวก โดยการทำความเข้าใจว่า ความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพอยู่ในตนเอง และพยายามที่จะกำจัดอิทธิพลของการเจ็บป่วยที่มีต่อคน

4. พลังงาน (Energy)

พลังงาน คือ ความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคล ศักยภาพของพลังงาน คือ พลังงานที่เก็บสะสมไว้ ซึ่งควรที่จะสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป แหล่งของพลังงาน ได้แก่ อาหาร น้ำ การพักผ่อนและแรงจูงใจพลังงานที่ใช้ในการสะสมหรือฟื้นฟูสภาพทางกาย หรือใช้ในการจัดการกับความต้องการประจำวันรวมถึงการจัดการกับความเครียด นอกจากนี้พลังงานยังใช้ในการเติบโต ในการเรียนรู้ ทำงานและทำกิจกรรมต่างๆ (Miller 1992 : 11 ; citing Ryden 1997 Energy : crucial consideration in the nursing process) การขาดพลังงานสำหรับการใช้ในระดับพื้นฐานจะมีผลต่อการใช้พลังงานสำหรับสนองความต้องการระดับสูง เช่น การเติบโตและการเรียนรู้ การกระทำใดๆ จะเป็นไปได้ถ้ามีความเข้มแข็งและมีพลังงาน ซึ่งรวมถึงกิจกรรมที่ผู้ช่วยปกป้องและหรือพัฒนาสุขภาพของคน

5. ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight)

ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญาเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นต่อคน ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการควบคุมมากขึ้นและช่วยบรรเทาความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอน แผนการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยต้องเป็นผู้ลงมือปฏิบัติเองนั้นต้องอาศัยการเรียนรู้ทักษะ ต้องมีการปรับเปลี่ยนนิสัยและการกระทำตามกิจวัตรประจำวันบางอย่างรวมถึงความเครียดทั้งกายและจิต (Miller 1992 : 12) ความยุ่งยากอันเกิดจากแผนการรักษาไม่เพียงพอแต่ทำให้ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ทักษะทางการปฏิบัติ เช่น เทคนิคการฉีดยาหรือต้องเรียนรู้เกี่ยวกับผลของยา

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

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

การตระหนักรู้ภายในตนยังหมายถึง การรับรู้ผลลัพธ์ของการรักษาที่พึงปรารถนา และการประเมินตนเอง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง (Congestive Heart Failure) ที่ได้รับยาขับปัสสาวะที่มีการจดบันทึกน้ำหนักของตนอย่างสม่ำเสมอ เมื่อพบว่าน้ำหนักของตนเพิ่มขึ้นเกิน 1 กิโลกรัม ก็จะรู้ว่านี่คือสัญญาณอันตรายที่ต้องรีบไปพบแพทย์โดยที่ไม่จำเป็นต้องรอจนถึงเวลานัดจนเกิดภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress) การที่ผู้ป่วยไวต่อการเปลี่ยนแปลงในอาการต่างๆ ของร่างกายและตอบสนองต่อการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมที่จะควบคุมอาการและหลีกเลี่ยงภาวะวิกฤต

6. แรงจูงใจ (Motivation)

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

คาแกน (Miller 1992 : 13 ; citing Kagan 1972 Motives and development) ได้อธิบายว่า มนุษย์มีแรงขับเคลื่อนเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ คาแกนเชื่อว่าจุดกำเนิดของความสำเร็วจึงคือ ความปรารถนาของมนุษย์ที่จะให้บรรลุถึงมาตรฐานที่คนวางไว้ การทำนายอนาคต การค้นหาตัวเอง และการลดความไม่แน่นอนเป็นองค์ประกอบหนึ่งของแนวคิดของคาแกน เดอคามสนี่ (Miller 1992 : 13 ; citing deCharms 1968. Personal causation : The internal affective determinant of behavior) เสนอว่าบุคคลพยายามที่จะสร้างความเป็นเหตุเป็นผลสำเร็จตนเองเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่แวดล้อมตัวเองและพฤติกรรมของตน ความปรารถนาที่จะควบคุมชะตาชีวิต ของคนมีอิทธิพลต่อแรงขับเคลื่อนในมนุษย์ทุกคน คีซีได้อธิบายถึงสมรรถนะเป็นตัวนำไปสู่การลดลงของความไม่สอดคล้องกันระหว่างความคาดหวังและสถานการณ์จริงด้วยเหตุนี้บุคคลจึงพยายามที่จะลดความไม่เหมาะสมระหว่างความเชื่อ ความคาดหวังและการกระทำที่แท้จริงและผลลัพธ์ของเหตุการณ์ คีซี (Miller,1992:13; citing Deci 1976. Intrinsic motivation) ได้สรุปข้อค้นพบของเขาเกี่ยวกับทฤษฎีแรงจูงใจว่าพฤติกรรมจูงใจที่ซ่อนอยู่ภายในช่วยให้บุคคลรู้สึกถึงสมรรถนะและ การพิจารณาตนเอง โดยที่พฤติกรรมจูงใจที่ซ่อนอยู่ภายในมี 2 ลักษณะ คือ ค้นหาสิ่งเร้า และลดความไม่สอดคล้อง

ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แรงจูงใจมีความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพ ส่งเสริมบทบาททางสังคมและการทำงาน และพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเองที่จะกล้าเสี่ยง แรงจูงใจมีส่วนช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา

7. ระบบความเชื่อ (Belief system)

ระบบความเชื่อของบุคคล ความเชื่อในแผนการรักษา ความเชื่อในเจ้าหน้าที่ สุขภาพและความเชื่อในตนหรือความเชื่อมั่นในความสามารถในตน รวมถึงความเชื่อในพระเจ้า ศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยสร้างความเข้มแข็ง และความสามารถในการจัดการกับความเครียดและเอาชนะต่อปัญหา เครนส์ (Miller 1992 : 13 ; citing Kraines 1948. The theory of neuroses and psychoses) เสนอว่าถ้าผู้ป่วยมีความเชื่ออย่างแรงกล้าต่อผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้ แฟรงค์ (Miller 1992 : 13 ; citing Frank 1975 Persuasion and healing) อธิบายว่า ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการรักษามีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการรักษา

ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง แต่ละคนอาจมีความพร้อมของแหล่งพลังอำนาจมากน้อยแตกต่างกันออกไป แต่ถึงอย่างไรองค์ประกอบของแหล่งพลังอำนาจที่เหลืออยู่ ผู้ป่วยสามารถที่จะพัฒนาให้พลังอำนาจเข้มแข็งขึ้นมาได้ ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงต้องการกลวิธีในการจัดการเพื่อทดแทนแหล่งพลังอำนาจที่พร่องไปและสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เหลือ เช่น ความหวังและอัตมโนทัศน์เชิงบวก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนับถือตนเองขึ้นมา (Miller 1992:9)

ความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจส่งผลต่อความเข้มแข็งของพลังอำนาจในผู้ป่วย และความเข้มแข็งของพลังอำนาจนำไปสู่ความสามารถของผู้ป่วย ในการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ความเข้มแข็งทางกายภาพช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วย ความเข้มแข็งทางจิตช่วยในการดำรงความคิดทางด้านบวก ป้องกันความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกหมดหวัง การสนับสนุนทางสังคม ช่วยผู้ป่วยให้ได้รับการดูแล ในภาวะที่ผู้ป่วยต้องการพึ่งพาหรือช่วยเหลือ ซึ่งรวมถึงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อัดม โนทัสส์เชิงบวกช่วยผู้ป่วย ในการรับรู้เกี่ยวกับตนเองว่าความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลสุขภาพอยู่ในตนเองและ เกิดความพยายามที่จะกำจัดอิทธิพลของการเจ็บป่วยที่มีต่อความเข้มแข็งของพลังงานช่วยในการฟื้นฟูสภาพทางกายภาพ การจัดการกับความต้องการประจำวัน รวมถึงการจัดการกับความเครียด การเรียนรู้ การทำงานและกิจกรรมต่างๆ ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญาช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมและบรรเทาความรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องมาจากการกระทำ แรงจูงใจส่งเสริมความเชื่อมั่นในตัวของผู้ป่วยที่จะกระทำการใดๆ เพื่อสุขภาพของตนและช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา และสุดท้ายคือความเชื่อมีผลต่อความคาดหวังที่มีต่อการเจ็บป่วย เหล่านี้คือองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 องค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จินตนา ยูนิพันธ์ (2539) ได้กล่าวถึงความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า จะต้องมียุทธศาสตร์ความเชื่อต่อไปนี้

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

ความสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในเรื่องของการบริหารนั้นจะพบว่า ผู้บริหารในองค์การให้การยอมรับว่า จะช่วยให้องค์การสามารถปรับปรุง พัฒนาเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ให้ดีขึ้นได้ง่ายในทุก ๆ ด้าน ซึ่งอรรถพรณ ลือบุญรัชชัย (2541) ได้กล่าวสรุปถึงความสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ดังนี้

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพัฒนาศักยภาพของมนุษย์ ในการทำงานให้มีประสิทธิภาพเพื่อผลผลิตขององค์กร สร้างความรักและยึดมั่นผูกพันต่อหน่วยงานของตนเอง

2. การใช้เทคนิคการเสริมสร้างพลังอำนาจในบุคคล จะนำไปสู่ความมีคุณค่าแห่งตน รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ มีคุณค่า ช่วยให้บุคคลมีความแข็งแกร่ง เข้าใจชีวิต เข้าใจเศรษฐกิจและสังคมได้ดี อันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมในทางที่ดี มีความสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้เป็นผลสำเร็จ

จากการประมวลแนวคิดและวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ได้องค์ประกอบและกระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยสรุปได้ดังนี้

Funnell et al. (1991) กล่าวว่า กระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย

1. ข้อมูลและการให้ความรู้ (Information and Education) ได้แก่ ความรู้ที่พอเพียงต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผล การควบคุมแหล่งทรัพยากรที่พอเพียงต่อการลงมือปฏิบัติตามที่ตัดสินใจ และประสบการณ์ในการประเมินประสิทธิภาพของการตัดสินใจ

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

Hawles (1992) กล่าวว่าองค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะความตั้งใจที่ยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจและรับผิดชอบมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจ กระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจได้แก่ การสื่อสารที่เปิดเผย การตั้งเป้าหมายและตัดสินใจร่วมกัน การใช้พฤติกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดสิ่งแวดล้อม เครื่องมือและแหล่งทรัพยากรที่จำเป็น ส่วนผลลัพธ์คือเพิ่มความสามารถและประสิทธิภาพในการกำหนดและดำเนินให้บรรลุเป้าหมายสำหรับแต่ละบุคคล

2. พยาบาลที่มีคุณลักษณะการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและใช้ทักษะของวิชาชีพ สิ่งที่ต้องคิดก่อนทำคือ การยอมรับในคุณค่าของบุคคลอื่น การยอมรับบุคคลอย่างที่เขาเป็นส่วนผลลัพธ์คือ ความพึงพอใจกับการเติบโตของตนและผู้อื่น

Gibson (1995) กล่าวว่า สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความมุ่งมั่น ทุ่มเท ความรัก และความผูกพัน โดยใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิด การดำเนินการด้วยตนเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนผลลัพธ์คือความสามารถในการมีส่วนร่วมโดยพัฒนาทางด้านความรู้ ความสามารถในการดูแลพัฒนาความเชื่อมั่นในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผลต่อเนื้อคือเป้าหมายและความหมายในชีวิตการพัฒนาตนเอง ความพึงพอใจ และการรับรู้ความสำเร็จ

Suk Bling (1998) กล่าวว่า คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย กระบวนการสร้างแรงจูงใจ กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ การแสวงหาความรู้ ทักษะและ กระบวนการของการปรับเปลี่ยนความคิด สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อนคือ การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความมุ่งมั่น ทุ่มเท รับรู้ถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ ความสนใจ และความหวังโดยมี กระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ

1. การค้นหาสิ่งกระตุ้นความเครียด ความสนใจ และจุดแข็งได้แก่ การค้นหา เป้าหมายและความสนใจของผู้ป่วยจากทัศนคติของผู้ป่วย ลดปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจ ในผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็งของผู้ป่วยและปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคล

2. เอื้ออำนวยการปรับเปลี่ยนความคิด ได้แก่ กระตุ้นให้เกิดความมีส่วนร่วมใน การแก้ปัญหา ช่วยผู้ป่วยในการต่อรองต่อเป้าหมายใหม่ เอื้ออำนวยให้เกิดทัศนคติทางบวกและ สร้างความหวัง

3. เพิ่มแหล่งทรัพยากร ได้แก่ สร้างเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล การใช้ กระบวนการกลุ่มสนับสนุนกันเอง เอื้ออำนวยการสื่อสารระหว่างสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วย เพิ่ม แหล่งทรัพยากรทางกายภาพ เอื้ออำนวยให้เกิดความรู้และทักษะ สนับสนุนการตัดสินใจและ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบ่งเป็น ผลลัพธ์ที่มีต่อ ประสิทธิภาพของผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความหมายแก่ชีวิตและการมีความหวัง ความเชื่อมั่น ความรู้ และทักษะ การมองโลกในแง่ดี ผลต่อเนื้อที่มีต่อพฤติกรรม ได้แก่ ความมุ่งมั่นผูกพันต่อ การรักษาพยาบาล การปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และความผาสุกทางจิต

องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจสรุปได้ 4 ประเด็น (คารณี จามจวีร์, 2545) คือ

1. คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่

1.1 เจ้าหน้าที่สุขภาพใช้ทักษะวิชาชีพที่สำคัญ ได้แก่ ทักษะการสื่อสารทักษะใน การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะการใช้อำนาจในการรักษาพยาบาลในทางบวก

1.2 ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ หน้าที่ความ รับผิดชอบและการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจ

1.3 การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการที่บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพและมีความ รับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพตนเอง ขณะเดียวกับที่เจ้าหน้าที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับ ผู้ป่วย ไม่ควรมองข้ามอิทธิพลของสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย

2. สิ่งที่เกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาล ได้แก่ การให้ความเคารพ ต่อความเชื่อค่านิยม ประสิทธิภาพของบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความเชื่อใน ความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจการยอมรับในหน้าที่และการกระทำของผู้ป่วย ความมุ่งมั่น

ทุ่มเท ที่มีร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วยในการกระทำที่เกิดขึ้นในอนาคต

3. ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ ได้แก่

3.1 การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้กันมากในการอธิบาย ลักษณะและความเชื่อที่สะท้อนความรู้สึกของการควบคุม หรืออิทธิพลของบุคคลที่จะเคารพต่อ พฤติกรรมการแสดงออกที่หลากหลายรวมถึงการควบคุมตนเองและประสิทธิภาพในตน (Zimmerman, 1995) โดยอธิบายภาพรวมของผลลัพธ์ได้แก่ การนับถือตนเอง (Self – esteem) ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Personal control) และความสามารถในตน (Self – efficacy)

3.2 การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ที่เน้นความรู้และทักษะที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถและปฏิบัติต่อกัน ระหว่างบุคคล ความสามารถของบุคคล คุณลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะความคิด ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์ และกิจกรรมกลุ่มเป็นคำที่ใช้อธิบายการกระทำของการเสริมสร้าง พลังอำนาจ (Suk bling, 1998)

สรุปว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่มุ่งเน้นความรู้ทักษะโดย การเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคลความสามารถของบุคคล คุณลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะ ความคิด ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์และกิจกรรมกลุ่ม รวมถึงการช่วยให้บุคคลยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตามความเป็นจริงและทำความเข้าใจให้ถูกต้องตาม ข้อมูลข่าวสาร

3.3 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พยาบาลเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นจึงเป็นที่ คาดหวังจะดูแลและช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยจิตเภทจัดได้ว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะเกิดผลกระทบด้านลบจากการเจ็บป่วย เรื้อรัง เช่น ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย สภาพร่างกายที่แย่ลง การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น บทบาทที่ ต้องปรับเปลี่ยน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้มีการปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเผชิญกับการเจ็บป่วยได้

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังเกิดจากความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะสูญเสีย พลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรัง จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาล โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อลดการสูญเสีย พลังอำนาจในผู้ป่วย (คารณี จามจรี และจินตนาคุณิพันธุ์, 2545)

แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลในปัจจุบัน คือ การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยมีสิทธิและ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลตนเอง สายพิณ เกษมวัฒนา (2537) กล่าวว่า เป็นการรับแนวคิด ปรัชญามนุษยนิยมเข้าไว้ในการพยาบาล จึงเน้นที่องค์รวม และปัจเจกบุคคล โดยเชื่อว่าผู้ป่วยทุกคน

มีพลังอำนาจในตัวเอง ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องให้อำนาจแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังอำนาจ ประกอบด้วยปัจจัยอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย ปัจจัยระหว่างบุคคล และปัจจัยอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ
2. การพยาบาลต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจ ที่คำนึงถึงคุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย การให้คุณค่าต่อผู้ป่วยในฐานะเป็นเจ้าของสุขภาพ และมีความเห็นที่ความรับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพของตน (Rodwell, 1996: 309)

3.4 บทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยจิตเภท

พยาบาลมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยผลักดันให้การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ ทั้งนี้เนื่องจาก

3.4.1 พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความหมายต่อชีวิตและการมีความหวัง ทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ กับโรคที่ตนเผชิญอยู่ด้วยการได้รับข้อมูลที่เป็นด้านบวกต่อโรคที่เป็นอยู่ การสนับสนุนความรู้และทักษะที่จำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากเชื่อว่าพยาบาลเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญ มีความถูกต้อง เชื่อถือได้ และคาดหวังว่าพยาบาลจะให้ข้อมูลที่เขาต้องการได้ ดังนั้น ความรู้และทักษะของพยาบาลจึงมีความสำคัญที่จะช่วยสร้างความมั่นใจต่อผู้ป่วยว่าตนได้รับการดูแลอย่างดีจากพยาบาลที่มีความสามารถ (เศรษฐพงษ์ บุญหมั่น, 2548)

3.4.2 พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดพันธมิตรในการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ อันจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวกในผู้ป่วย สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลเกิดจากการเคารพซึ่งกันและกัน ความไว้วางใจกัน รวมถึงการยอมรับในคุณค่าของผู้ป่วยว่าเป็นผู้มีความสามารถอยู่ในตนหรือพัฒนาความสามารถได้ และมีสิทธิอันชอบธรรมในการตัดสินใจเลือกวิถีในการดูแล รักษาตนเอง โดยได้รับการสนับสนุนข้อมูล ความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมจากพยาบาล

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

- 1) บทบาทในฐานะผู้เอื้ออำนาจ ความสะดวก ให้การสนับสนุนทรัพยากร สำหรับผู้ป่วย เพื่อการจัดการกับปัญหาและการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ

2) บทบาทในฐานะผู้ช่วยเหลือในการเปลี่ยนแปลง จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจแนวคิดของการเปลี่ยนแปลง เป็นแหล่งข้อมูลต่างๆ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตและนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) บทบาทในฐานะผู้ช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนความคิด และทัศนคติที่มีต่อปัญหาและสภาวะสุขภาพของตนเอง บทบาทของพยาบาลนี้ในระหว่างกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนหรือความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือสิ่งที่เคยทำอยู่ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้รับบริการดำเนินการต่อไปจนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

4) บทบาทในฐานะผู้ให้คำปรึกษา ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกและความเข้มแข็งทางด้านจิตใจลดลง พยาบาลจะต้องส่งเสริมให้กำลังใจ สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง

5) บทบาทในฐานะผู้ให้ความรู้ และเป็นแหล่งข้อมูลความรู้ ในการให้ข้อมูลเพื่อประกอบในการตัดสินใจ เลือกรูปวิธีปฏิบัติตนเพื่อสภาวะสุขภาพของตนเอง

6) บทบาทในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ พยาบาลจะต้องเป็นผู้พิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มมีอาการจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน อยู่ในชุมชน ให้ผู้ป่วยเสมือนมีสิทธิในความเป็นบุคคลเหมือนบุคคลทั่วไป

สมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตเภท (เศรษฐพงษ์ บุญหมั่น, 2548)

1) สมรรถนะด้านความรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงด้านจิตสังคม

2) สมรรถนะด้านทัศนคติ ที่คำนึงถึงหลักการของความเท่าเทียมกันหรือการเป็นหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพร่วมกัน การยอมรับในคุณค่าของผู้ป่วยในด้านของประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการกับการเจ็บป่วยและที่สำคัญคือ การเชื่อว่าความสามารถของผู้ป่วยพัฒนาได้ถ้าได้รับการเอื้ออำนวยและสนับสนุนข้อมูลความรู้และทักษะอย่างเหมาะสม

3) สมรรถนะด้านทักษะ ประกอบด้วยทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านการให้ข้อมูลทักษะการสร้างแรงจูงใจและทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น

จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของนักวิชาการหลายท่านที่กล่าวมาแล้ว พบว่าการให้ความรู้ หรือการให้การศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต Faire (1974) ได้ทำการพัฒนาและนำการเสริมสร้างพลัง

อำนาจไปใช้ โดยมีความเชื่อว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้นโดยกระบวนการทางสังคม การมีส่วนร่วมในสังคม การให้กำลังใจ จะทำให้บุคคลสามารถควบคุมการดำเนินของตนเองได้ดีขึ้น การยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีความเกี่ยวข้องกับชีวิตของบุคคล การเจ็บป่วยทางจิตมีผลต่อทักษะในการแก้ปัญหา นิสัยในการทำงาน การเข้าสังคม กิจกรรมในเวลาว่าง และการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ดังนั้นพยาบาลจึงควรเห็นความสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้เจ็บป่วยทางจิต โดยการให้ผู้ป่วยมีโอกาสดูแล แสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในสังคม เสริมสร้างทักษะในการแก้ปัญหา พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งการให้ความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

4. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจของ ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยของสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) มาพัฒนารูปแบบเพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยมีกิจกรรม 5 ขั้นตอน ได้แก่

1. การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือและการค้นหาสถานการณ์จริง เป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี (ดารณี จามจรี, 2544) เป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึง การรับผิดชอบ ตัดสินใจและสร้างแรงจูงใจในการเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Gibson, 1995) ซึ่งแรงจูงใจเป็นหนึ่งในแหล่งพลังอำนาจที่สามารถสร้างเสริมให้เกิดขึ้นได้ (Miller, 2000) ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ปัญหาการเจ็บป่วยและยอมรับว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมชาติ ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ก็สามารถควบคุมและมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยได้ (ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) รวมทั้งได้เรียนรู้บทบาทความเท่าเทียมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอัตตมโนทัศน์เชิงบวก (สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเองที่มีอยู่ส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

2. การสะท้อนความคิดและสร้างความเข้าใจสถานการณ์ เป็นการเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย และโอกาสในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ถึงบทบาทของตนเองในการจัดการปัญหา วางแผนและกำหนดเป้าหมาย ที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแผนการใช้ยาที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและรู้สึกมั่นใจที่จะตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาโดยไม่มีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) หากผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปัญหาการใช้ยาตามเกณฑ์

การรักษาและรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของตนในการแก้ปัญหาแล้ว จะช่วยเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก เสริมสร้างการยอมรับตนเอง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบความเชื่อและแสวงหาข้อมูล ความรู้ในการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

3. การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และเพิ่มแหล่งทรัพยากร โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา เป็นการสร้างเสริมความรู้ให้กับผู้ป่วย โดยประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนและหลังการให้ความรู้ เป็นการประเมินความเข้าใจที่ผู้ป่วยได้รับ และให้ผู้ป่วยบอกถึงความต้องการด้านการสนับสนุนข้อมูลความรู้ ทักษะ และทรัพยากรที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) การที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และทักษะเพียงพอที่ได้พบเห็นตัวอย่างผู้อื่นในทางบวก เป็นคุณลักษณะอย่างหนึ่งของการมีพลังอำนาจ (คารณิ จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีความรู้ และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งทางจิตใจ มองตนเองในด้านบวก รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของระบบความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) จึงกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้านความรู้ ระบบความเชื่อ แรงจูงใจ ความเข้มแข็งทางจิตใจและการมีอัตมโนทัศน์เชิงบวก จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการใช้ยา สังเกต และจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้ สามารถประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการใช้ยาที่ตนเองวางไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) เมื่อผู้ป่วยได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากพยาบาลตามขั้นตอนข้างต้น จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเรื่องราวที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถควบคุมสิ่งที่ไม่สามารถควบคุมได้ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อจากเดิมที่คิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ที่เป็นการคิดด้านลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง (Beck, 1967) นำไปสู่การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ไปสู่ความคิดว่าตนเองมีคุณค่า รวมทั้งการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการใช้ยา สังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภททราบว่าตนเองมีความสามารถและสามารถเลือกวิธีการในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ สามารถที่จะคาดเดาเหตุการณ์ของการเจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง มีความรู้และทักษะเพียงพอ ก่อให้เกิดพลังอำนาจในด้านความเข้มแข็งทางจิตและพลังในตนเอง เกิดแรงจูงใจ ทำให้สามารถที่จะเผชิญปัญหา และจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้อย่างเหมาะสม

5. การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ เป็นขั้นตอนที่พยายาม ทำการเสริมสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆได้ มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วย และพยาบาลให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาด้วยยาก่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสามารถในการนำพาชีวิตตนเองไปสู่เป้าหมายที่ตนเองต้องการ มีความหวัง และปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อในด้านบวกเกี่ยวกับตนเอง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีระบบความเชื่อที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนความคิดต่อตนเองในทางบวกจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจในด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม และด้านระบบความเชื่อที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงความคิดต่อตนเองไปในทางบวก จะช่วยให้การรับรู้ถึงพลังอำนาจที่ตนเองมีอยู่ ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการศึกษาคั้งนี้ สามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจ พยายามฟังระลึกเสมอว่าผู้ป่วยต้องเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางในการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่เหมาะสมสำหรับตนเองและด้วยตนเอง พยายามจะต้องแสดงบทบาทในการเป็นผู้สนับสนุนด้านความรู้ ผู้ให้คำปรึกษาและผู้กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจใน 3 ระยะคือ การประเมินความพร้อม การเปลี่ยนแปลงและการผสมผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิต สุขภาพเป็นเรื่องที่แต่ละบุคคลต้องรับผิดชอบตนเอง แพทย์และพยาบาลมีหน้าที่ในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพ การพัฒนาความต้องการการตอบสนองความต้องการของชีวิตนั้น จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับศักยภาพของบุคคล บุคคลต้องเสริมสร้างพลังอำนาจให้ตนเอง บุคลากรทางสุขภาพจะช่วยเหลือโดยการกระตุ้นให้บุคคลใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด รับรู้สมรรถนะและความสามารถของตนเองในการควบคุมตนเอง

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จลี เจริญสรรพ (2538) ศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเวชกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนสาธารณสุขพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมารักษาซ้ำคือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่อง โรคและการรักษา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านเรื่องการรับประทานยาและการไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนบ้าน

เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ จำนวน 110 คน และกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ จำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ มี 5 ตัว คือ พฤติกรรมการใช้ยา การดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา ด้านการแสดงอารมณ์ สถานภาพสมรส และความเชื่อด้านสุขภาพ

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

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

จารุวรรณ จินตมงคล (2541) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 30 คน โดยทำการทดลองเป็นรายบุคคล วัดผลก่อนและหลังการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลของการวิจัยพบว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมคิด ตริราภิ (2545) ศึกษาการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อศึกษาภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ภาวะการดูแล

โดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สุภาวดี ชุ่มจิตต์ (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลเด็กออทิสติกของบิดามารดา กลุ่มตัวอย่างคือ บิดา มารดาเด็ก ออทิสติก ที่ได้รับการรักษาแบบ Day care ที่โรงพยาบาลอุยประสาทวโทยปถัมภ์ จำนวน 20 คน ผลการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลเด็กออทิสติกของบิดามารดาหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

เศรษฐพงศ์ บุญหมั่น (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 คน ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจดีกว่าหลังได้รับโปรแกรม

สรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) ศึกษาวิจัยผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลจำนวน 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจากผู้ป่วยจิตเภทที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัว พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิริวรรณ พอบุญ (2548) ได้ทำการศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล จำนวน 20 ครอบครัว พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

