

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ดังนี้

#### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมาย ปัจจัยสาเหตุ อาการทางคลินิก การดำเนินของโรคและการรักษา  
การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท  
ระบบบริการผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล  
การบริการผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์  
ระบบบริการผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### 2. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

- 2.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 2.2 องค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 2.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 2.4 บทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วย

จิตเภท

#### 3. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

- 3.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
- 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท
- 3.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

#### 4. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วย

#### 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องการพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

### 1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการทางคลินิก การดำเนินของโรคและการรักษา

#### 1.1.1 ความหมาย

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความสำคัญมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช เป็นโรคที่พบได้มากที่สุด พบในประชากรทุกกลุ่มและมีอัตราการป่วยซ้ำสูง และมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับโรคจิตเภทไว้มากพอจะสรุปได้ดังนี้

ในระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition – Text Revision ; DSM-IV-TR , 2000) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ต่างๆลดลง ประกอบด้วยอาการด้านบวกและอาการด้านลบ อาการด้านบวก ประกอบด้วย ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม ส่วนลักษณะอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในคนทั่ว ๆ ไปควรมี ประกอบด้วย อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูดและขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการในระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (American Psychiatric Association, 2000)

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2543) กล่าวว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวมความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติทางด้านการรับรู้ แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่างๆที่ไม่มีจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริงๆ ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพพบว่ามีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอย และมีพฤติกรรมแปลก ๆ การป่วยทางจิตโดยเฉพาะโรคจิตเภทก่อให้เกิดผลเสียหายหลายด้าน ทั้งต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัวและประเทศชาติ

Sadock B. J. & Sadock V.A.(2000) กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดมีลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (negative symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ (Cognitive impairment) ดังนั้นอาการของโรคจิตเภทมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึกรวมถึง พฤติกรรม สังคมและการทำหน้าที่

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทไว้ว่า โรคจิตเภท หรือ schizophrenia เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมอง ส่วนใด

จากความหมายดังกล่าวพอสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม โดยไม่มีอาการทางกายหรือการสูญเสียอวัยวะทางสมอง ส่วนใด เป็นโรคที่พบได้มากที่สุด พบได้ทั้งชายและหญิง และมีอัตราการป่วยซ้ำสูง

**1.1.2 ปัจจัยสาเหตุของโรคจิตเภท** ปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภทเกิดได้จากหลายปัจจัย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ดังนี้

1.1.2.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factors) ได้มีการศึกษาด้านพันธุกรรมของบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท พบว่ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ในกลุ่มที่มีผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภทมีอัตราการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 10-16 และจากการศึกษาในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันพบอัตราการเกิดโรคร้อยละ 35-58 ฝาแฝดไข่คนลำใบมีอัตราการเกิดโรคร้อยละ 16 (Wilson and Kneisl, 1996)

1.1.2.2 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Factors) มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับ dopamine ในสมอง โดยมีข้อค้นพบดังนี้

- 1) ผู้ป่วยจิตเภท มีปริมาณสาร dopamine ในสมองมากเกินไป
- 2) มีจำนวน post synaptic receptor มากเกินไป
- 3) มีความไม่สมดุลระหว่าง excitatory action ของ acetylcholine กับ inhibitory action ของ dopamine และ Gamma – amino butyric acid

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาค้นพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีระดับ monoamine oxidase ต่ำใน blood platelet แต่ไม่เป็นที่ยืนยันแน่ชัด

จากการศึกษาค้นคว้าด้านกายวิภาคของผู้ป่วยจิตเภทด้วย CT scan บางรายพบว่าการขยายของ lateral ventricles บางรายพบว่ามีปริมาณของ salcal fluid volume เพิ่มขึ้น บางรายมีการฝ่อของ anterior vermis ของ cerebellum ซึ่งยังไม่มีการยืนยันที่แน่นอน เหมือนโรคทางกายอื่นๆ

1.1.2.3 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors)

- 1) จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ พบว่าเป็นความผิดปกติจากการพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะในขวบปีแรก ที่มีผลทำให้

เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเฉพาะพัฒนาการด้าน ภาษา สติปัญญา การคิด การจำ การตัดสินใจ ความสนใจ การรับรู้

2) ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้และความไวต่อความเครียดมากกว่าปกติ และสามารถตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี

3) ผู้ป่วยมีความขัดแย้งในจิตใจ ที่เกิดจากสัญชาตญาณมีมากและไม่สามารถควบคุมได้ ขาดสำนึกในการควบคุมตนเอง และความรู้สึกลึกซึ้ง ชอบ ชั่ว ดี ชอบเอาชนะ และขัดแย้งกับผู้อื่น เกิดความคับข้องใจ ไม่แน่ใจ (ambivalence)

1.1.2.4 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Social-culture factors) จากการศึกษาพบว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท ก็คือประชากรที่มีฐานะยากจน ป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าประชากรที่มีฐานะดี ประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำต้องเผชิญกับสถานะเครียดมากกว่าประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง

นอกจากนี้ยังมีรายงานพบว่า เด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท มีบิดามารดาที่มีความขัดแย้งกันพยายามดึงเด็กเข้ามาเป็นพวกของตน ในที่สุดเด็กเกิดความลังเล ไม่แน่ใจ (ambivalence) ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคจิตเภท หรือบิดามารดาที่เลี้ยงลูกแบบปกป้องมากเกินไป เด็กไม่สามารถพัฒนาบุคลิกของตนได้เหมาะสม

1.1.3 อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท โรคจิตเภท เป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง ระบาดวิทยาอุบัติการณ์ 0.1-0.5 ต่อ 1,000 หญิงและชายพบได้พอ ๆ กัน ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าหญิง พบในช่วงอายุ 15-54 ปี อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (Taylor, 1994 : Johnson, 1993)

1.1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยคือ delusion of persecution, grandiose delusion, delusion of reference อาการประสาทหลอน (hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม การพูดขาดตอน (Disorganized speech) ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด มีพฤติกรรมแปลก ๆ

(Disorganized behavior) เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวแปลกหรือสกปรก  
จู้ ๆ ก็ร้องตะโกน โดยไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

1.1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่  
คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่ 1) Alogia  
พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ 2) Affective flattening การแสดงออกทางด้าน  
อารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่สบตา 3) Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจ  
เรื่องการแต่งกาย และ 4) Asociality เก็บตัวเฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือ ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

1.1.4 การดำเนินโรคของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และ  
ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) คือ

1.1.4.1 ระยะก่อนเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมี  
อาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การ  
เรียนหรือการทำงานเริ่มแย่งลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บ  
ตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา  
หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ แต่ก็ไม่ถึงกับ  
ผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่  
แน่นอน และโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการ  
กำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลลงเรื่อย ๆ

1.1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตาม  
เกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

1.1.4.3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะ  
เริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหลง  
ผิด อาจยังมีอยู่แต่มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมี  
อาการซึมเศร้าร่วมด้วย พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบ  
เมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ  
ไป แยกตัว วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง มีผู้ป่วย  
โรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็  
กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลา  
ลงจะยังมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยังเป็น

บ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ อาการด้านบวกจะค่อย ๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

**1.5 การรักษาโรคจิตเภท** โรคจิตเภทมีสาเหตุที่มีผลต่อการเจ็บป่วยหลายปัจจัย ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ การรักษาทางด้านร่างกาย เป็นการรักษาด้วยยา รักษาโรคจิต ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช และการรักษาด้วยไฟฟ้าซึ่งวิธีนี้ใช้ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาและมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคม เป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น ครอบครัวบำบัด จิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นต้น (เกษม ตันติผลาชีวะ และ ลักขณา ชีรโมกษ์, 2536)

**1.5.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต** การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต เป็นการรักษาที่มีความสำคัญมาก และเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิตเป็นยาในกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก (เกษม ตันติผลาชีวะ และลักขณา ชีรโมกษ์, 2536) และเกิดขึ้นกับระบบที่สำคัญของร่างกายหลายระบบ ที่พบมากได้แก่ อาการข้างเคียงทางระบบประสาท มีอาการปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ และฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง มีอาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมย คอแข็ง ตาเหลือก หลังแอ่น กระสับกระส่าย ไม่สามารถบังคับตัวเองได้ บางรายมีอาการเคลื่อนไหวช้า ๆ นอกจากนี้อาการที่พบมากอีกอาการหนึ่งก็คือ อาการ่วงซึม โดยมากมักจะเกิดขึ้นหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาในระยะแรก อาการจะดีขึ้นเมื่อร่างกายปรับตัวได้ และอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่พบรองลงมาได้แก่ อาการต่อระบบต่อมไร้ท่อ ที่พบบ่อยได้แก่ อาการคัดนม น้ำนมไหล ประจำเดือนขาด และฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนังเป็นอาการแพ้แสงแดด ชนิดของยารักษาอาการทางจิตที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบัน (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536 และสมภพ เรืองตระกูล, 2542) แบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่

**1.5.1.1 ยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิม (Typical anti-psychotics)** กลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิมที่สำคัญคือการ 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 นาน ๆ ก็อาจทำให้เกิดการสังเคราะห์ dopamine เพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุของ Tardive dyskinesia ซึ่งยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่ออกฤทธิ์สกัดกั้น dopamine ที่ D<sub>2</sub> receptor ออกฤทธิ์คือ serotonergic noradrenergic cholinergic และ histaminergic receptors ในสัดส่วนที่แตกต่างกันสำหรับยาแต่ละตัว ทำให้มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน ยากลุ่มนี้พบได้ดังนี้

1) Phenothiazines เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่ใช้กันแพร่หลายที่สุด ยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิด มีสูตรโครงสร้างเหมือนกัน แต่มี side chain แตกต่างกัน 3 แบบ ทำให้มีฤทธิ์แตกต่างกันคือ ได้แก่ Aliphatic เป็นกลุ่มที่มีฤทธิ์ทำให้วังนอนสูง และมีฤทธิ์ข้างเคียงคือ ความดันโลหิตต่ำมากกว่ากลุ่มอื่น Piperidines มีฤทธิ์ทำให้วังนอนปานกลางข้อดีคือมีฤทธิ์ Extra pyramidal side effect ต่ำกว่ากลุ่มอื่น แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงด้าน anticholinergic สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Thioridazine ส่วนพวก Piperazine เป็นยาในกลุ่มที่มี Potency สูง มีฤทธิ์ sedative น้อย แต่มี Extra-pyramidal side effect สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Perphenazine, Trifluoperazine, Fluphenazine ยาที่ได้รับ ความนิยมนอกในกลุ่มนี้ คือ Chlorpromazine และ Perphenazine (Fleishhacker, 1994)

2) Thioxanthenes เป็นยาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ Phenothiazines มาก แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน เช่น Chlorprothixene, Thiothixene, Flupentixol และ Chopentixol

3) Butyrophenones เป็นยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์สูง มีฤทธิ์วังนอนน้อย และมี Extra-pyramidal side effect สูงคล้ายกับ Phenothiazines เช่น Haloperidol และ Triperidol

4) Dibenzoxanzepines ยาในกลุ่มนี้มีใช้ในเมืองไทยตัวเดียว คือ Loxapine

5) Diphenylbutylpiperidines ใช้ในประเทศไทย 2 ตัวคือ Pimozide และ Penfluridol

6) Benzamides ตัวอย่าง เช่น Sulpiride

7) Reserpine ปัจจุบันไม่ใช่เป็นยารักษาโรคจิตแล้ว แต่ใช้เป็นยาแก้ปวด

1.5.1.2 ยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ (New anti-psychotics) ยาในกลุ่มนี้มี 2 ชนิด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) คือ

1) Clozapine จะได้ผลดีในการรักษาโรคจิตเภท โดยได้ผลดีทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ รวมทั้งได้ผลดีพอสมควรในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งต่อต้านการรักษา โดยออกฤทธิ์สกัดกั้น serotonin, nor-adrenaline, acetylcholine และ histamine มากกว่า dopamine และออกฤทธิ์ D<sub>1</sub> antagonist มากกว่าฤทธิ์ D<sub>2</sub> antagonist ด้วยโดยออกฤทธิ์ที่ cortex และ limbic system มากกว่า basal ganglia ทำให้ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาทจึงเป็นยาที่ได้รับความนิยมมาก เพราะยังไม่มีการศึกษา พบว่ามีฤทธิ์ข้างเคียงที่รุนแรง (Forman, 1993)

2) Risperidone เป็นยารักษาโรคจิตที่มีประสิทธิภาพเท่า haloperidol แต่ต้องให้ขนาดปานกลาง (4-10 มิลลิกรัมต่อวัน) และจะมีผลข้างเคียงน้อยกว่า haloperidol

1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา ด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วย

จิตเภทชนิดCatatonic รุนแรง ผู้ป่วยที่มีอาการ Mania หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น Severe Depression การรักษาด้วยไฟฟ้า มักพบว่าผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสน เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้นแต่ละราย

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

**1.5.3.1 การบำบัดรักษาทางจิต (Psychotherapy)** แบ่งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม หมายถึง กระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ใช้และผู้ให้บริการ มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การรักษาแบบกลุ่มให้มีประสิทธิภาพและได้ผลดีขึ้นอยู่กับ 3 ประการ คือ ความเข้าใจ ความรัก และพฤติกรรม

**1.5.3.2 กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy Groups)** หมายถึง การบำบัดผู้ที่ มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมหลาย ๆ รูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (Judith et al,1989) เนื่องจากการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดเป็นการใช้รูปแบบของการทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ดำเนินกลุ่มจึงต้องมีความรู้พื้นฐาน เรื่องการรักษาแบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรมีทักษะการริเริ่ม เชื้ออำนาจให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก การรักษากฎกติกา การเป็นตัวแบบที่คืออย่างจริงจัง การฟังอย่างตั้งใจ การตั้งคำถามการสะท้อนเนื้อหา และความรู้สึก รวมทั้งการเจียบ (Trotzer,1977)

**1.5.3.3 นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy)** หมายถึง การจัดสภาพบรรยากาศ เพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา คຸ້ມກັນให้ผู้ป่วยปลอดภัยฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง



1.5.3.4 การรักษาแบบกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มเสริมแรงจิตใจ เป็นกลุ่มจิตบำบัดที่จัดขึ้นเพื่อช่วยผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และกลุ่มภาพสะท้อน ซึ่งเป็นกลุ่มให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกต่างๆออกมาในรูปภาพและคำพูด เป็นต้น

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ สาเหตุของโรคจิตเภทเกิดจากด้านร่างกายและด้านจิตสังคม การรักษาต้องผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกาย คือ การใช้ยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาจิตสังคมเข้าด้วยกันจึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด และเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ การวางแผนการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย จะทำให้ทราบถึงปัญหาหรือแนวโน้มของการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก โดยสามารถนำการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบและครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกลับสู่ชุมชนได้ และเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ให้มีแรงจูงใจในการรักษาเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้

## 1.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

### 1.2.1 ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าได้มีผู้ให้ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทไว้หลายท่าน ดังนี้

Watson (1989 อ้างใน สิรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) กล่าวถึง การพยาบาล ว่าเป็นการดูแลระหว่างบุคคลที่เน้นการเป็นมนุษย์แบบองค์รวม ที่มีจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ มีเป้าหมายของการพยาบาลเพื่อให้บุคคลมีภาวะสมดุลของกาย จิต และจิตวิญญาณ กระบวนการดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ซึ่งต่างก็เป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ชีวิต การพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อมีการรับรู้ตรงกัน ในการตัดสินใจเลือกสิ่งปฏิบัติที่ดี และเหมาะสมที่สุด

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

Leininger (1994 อ้างใน สิรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) กล่าวถึง การพยาบาล ว่าเป็นการดูแลและเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้อื่น การสนับสนุนส่งเสริม การเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับผู้อื่นเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มทั้งในครอบครัวและชุมชน ด้วยความเอาใจใส่โดยมีเป้าหมาย

ของการดูแลสุขภาพ คือ ต้องมีองค์ความรู้ที่หลากหลาย ทั้งทางด้านวิชาการและความเข้าใจคุณค่า ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม โดยการดูแลจะต้องสนองความต้องการที่มุ่งรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของบุคคล

ฉวีวรรณ สัตถธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขา ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาล ซึ่งเป็นศิลปะมีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวเนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวิถีภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตด้วย รวมทั้งการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตนเอง ปรับปรุงตนเองและยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งพึ่งพาตนเองได้

สรุป การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ด้วยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ พร้อมกับการให้ความรู้ การให้สุขศึกษาในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพสุขภาพจิต โดยการให้การพยาบาลผู้ป่วยนั้นต้องใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และศิลปะ ในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับและปรับปรุงตนเองเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีศักยภาพ

**1.2.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท** การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

**1.2.2.1 การประเมินสภาพปัญหา** เน้นการศึกษา การค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

1) การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยปฏิเสธอาหารหรือไม่ ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอหรือไม่ การพักผ่อน ผู้ป่วยนอนหลับได้เพียงพอเพียงใด พยาบาลใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาพทางด้านร่างกาย

2) การประเมินด้านการคิด ผู้ป่วยมีความผิดปกติระดับใด มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนหรือไม่ มีความคิดว่าผู้อื่นปองร้ายหรือไม่ มีระดับความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน และระมัดระวังเป็นพิเศษเพียงใด

3) การรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นบ้างไหม และเกิดขึ้นตอนใด มีอาการไม่แน่ใจ มีการตอบสนองอย่างไร เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

4) พฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร ส่วนใหญ่มักมีอาการขำคิดขำทำ มีอาการไม่แน่ใจ ไม่อยู่นิ่ง รบกวนผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน ต้องได้รับความช่วยเหลือ

5) ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยาบาลต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความไว้วางใจก่อน อย่าเร่งรีบหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียในด้านความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

1.2.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งสภาพทางด้านร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และสัมพันธภาพ ลักษณะของข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท มีลักษณะดังนี้

- 1) ร่างกายสกปรก ไม่สนใจดูแลสุขภาพอนามัยของตน
- 2) ขาดอาหารและน้ำ เนื่องจากปฏิเสธอาหารและระแวงว่ามียาพิษในอาหาร
- 3) เสี่ยงต่ออันตรายจากอุบัติเหตุจากการพยายามหนีจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน
- 4) พฤติกรรมถดถอยเนื่องจากการรับรู้เสีย
- 5) แยกตัว เนื่องจากไม่มั่นใจการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น
- 6) ไม่สามารถสื่อสารได้ดีเนื่องจากการรับรู้บกพร่อง
- 7) สับสน วุ่นวายจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน

1.2.2.3 การวางแผนการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลระยะสั้นและระยะยาว เน้นหลักการดังนี้

- 1) การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่าง ๆ ดังนี้

1.1) การดูแลความปลอดภัย ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยเฉพาะการระวังเรื่องอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง

1.2) การดูแลสภาพร่างกาย ให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำดื่ม การพักผ่อน และสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักหมกมุ่นกับเรื่องของตนเองจนขาดความสนใจในสิ่งเหล่านี้

1.3) การดูแลด้านการบำบัดทางชีวภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย สังเกตและระมัดระวังอาการที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

1.4) ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไฟฟ้า (ECT) ต้องกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมต่อต้านและสับสนมีนงง

1.5) การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเข้าใจ ไว้วางใจ และสนับสนุนผู้ป่วยให้เรียนรู้ประโยชน์และทักษะของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม

1.6) การพัฒนาการปรับตัว การมองตน และการมองโลกในแง่ดี

2) การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาว และต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต ซึ่งประกอบด้วยแผนที่ควรดำเนินการดังต่อไปนี้

2.1) การดูแลตนเองด้านสุขภาพ และการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เน้นการใช้ยาอย่างถูกต้อง เน้นการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมต่าง ๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลที่บ้าน

2.2) การกำหนดแผนการดำเนินชีวิต ในครอบครัวและในสังคมอย่างเหมาะสม

2.3) การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชน และหน่วยงานใกล้บ้าน เช่น ศูนย์บริการสุขภาพจิตเขตต่าง ๆ

3) กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล ทุกแผนการพยาบาลควรระบุเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ในการดูแล ไว้ในลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิด และสามารถเป็นไปได้จริง โดยเน้นที่ความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1.2.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยพิจารณา  
ปรับตามความเหมาะสม ใช้เทคนิคการพยาบาลดังนี้

- 1) เสริมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ
- 2) ลดความวิตกกังวลด้วยการยอมรับ เสนอแนะและส่งเสริมการเผชิญ  
ปัญหาที่เหมาะสม
- 3) รักษาสมรรถด้านชีววิทยา
- 4) ใช้ความคงเส้นคงวา และชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร
- 5) ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
- 6) นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยการจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม
- 7) ระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย และผู้ที่อยู่ข้างเคียง ในช่วงที่  
ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

1.2.2.5 การประเมินผล ในการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น  
พยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้น จนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว  
เปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล ผลการประเมินที่ควรพิจารณามีดังนี้

- 1) ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตรายและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะ  
ไม่รู้สติ
- 2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยา และการ  
บำบัดทางชีวภาพ
- 3) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น
- 4) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น
- 5) ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นและ  
สังคมดีขึ้น
- 6) ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวดีขึ้น
- 7) ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

จากการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวนี้ ต้องมีการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีมโนคติ  
ทางการพยาบาล ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่  
สิ่งแวดล้อม บุคคล สุขภาพ และการพยาบาล โดยมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการพยาบาลโดยตรง  
สอดคล้องกับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

### 1.3 ระบบบริการผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

การรับผู้ป่วยจิตเภทไว้รักษาในโรงพยาบาล (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) จะทำในกรณีต่อไปนี้ คือ

- 1) มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น
- 2) มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงรุนแรงจากยา
- 3) เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
- 4) มีปัญหาในการวินิจฉัย

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านอื่นๆ ที่มีปัญหานั้นออกไปจากโรงพยาบาลระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

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

- 1) การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล
- 2) การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับความวิตกกังวล อารมณ์ และการแสดงออก การควบคุมอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมของตน
- 3) การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคลด้านต่างๆ ดังนี้

3.1) การดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การดูแลการเคลื่อนไหวของร่างกายและการขับถ่ายการพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น

3.2) การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้างและการมีกิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่น

3.3) การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิตเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก การแสดงออกและการกระทำ

3.4) การมีสมรรถนะด้านร่างกาย หรือมีความแข็งแรงของร่างกาย ได้แก่ การดำรงรักษา เสริมสร้างความแข็งแรงของระบบกายวิภาคและสรีรภาพของบุคคลให้ทำหน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคล สามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข

สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่มีอาการรุนแรง ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการต่างๆ และมีระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล โดยเฉลี่ย 3-4 สัปดาห์

#### 1.4 ระบบบริการผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์เป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาด 120 เตียงแต่เปิดให้บริการจริง 90 เตียงโดยเปิดให้บริการครั้งแรกเมื่อวันที่ 4 กันยายน 2543 โดยเปิดให้บริการเฉพาะแผนกผู้ป่วยนอกและได้เปิดให้บริการแบบผู้ป่วยในในปี พ.ศ. 2544 มีการบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโดยบริการผู้ป่วยในแบ่งการบริการออกเป็น 2 คี คือ 1) คีชัชพฤกษ์ให้การบริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นเพศชาย 2) คีจามจรี ให้การบริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นเพศหญิง โดยแต่ละหน่วยบริการเปิดให้บริการหน่วยละ 30 เตียง การบริการของหน่วยงานแต่ละหน่วยเน้นการให้บริการอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้การบริการได้มาตรฐานตามระบบของสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หน่วยงานแต่ละหน่วยได้ตอบสนองการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในทุกด้าน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ จนได้การรับรองคุณภาพมาตรฐาน (HA) จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยจัดระบบการบริการแบ่งเป็นคีผู้ป่วยหญิงและคีผู้ป่วยชายโดยขึ้นตรงกับกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จัดให้บริการหน่วยละ 30 เตียงโดยหน่วยบริการชายและหญิงจะแยกอาคารจากกัน ซึ่งรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

การจำแนกประเภทของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์นั้น จะแบ่งประเภทของผู้ป่วยเป็น 5 ระยะ คือ ระยะฉุกเฉิน ระยะวิกฤติ ระยะแรกรับ ระยะเรื้อรังบำบัดและระยะบำบัดระยะยาว สำหรับการศึกษานี้ ทำการศึกษาในผู้ป่วยระยะเรื้อรังบำบัดและบำบัดระยะยาว โดยเป็นผู้ป่วยที่มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ถูกต้องในเรื่องใกล้ตัว มีการจัดการกับความคิด อารมณ์และการแสดงออกของตนเอง สามารถดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน โดยมีการประคับประคองสนับสนุนอย่างใกล้ชิด หรือดูแลตนเองได้โดยมีการประคับประคองสนับสนุน

สอนและจัดสิ่งแวดล้อมเป็นครั้งคราว มีการเข้าร่วมกิจกรรมการอยู่ร่วมกัน พุดคุยทักทายในกลุ่ม เพื่อนและบุคลากร มีความไวในพยาบาล สามารถฟัง ได้ตอบสนองความคิดและบอกความรู้สึกของตนเองได้ และไม่มีพยาธิสภาพทางกายที่รุนแรง

สำหรับกระบวนการบริการของหน่วยงานแบ่งเป็น 2 ระยะเวลาคือ 1) ระยะเวลาเตรียมการในการรับผู้ป่วย โดยการเตรียมบุคลากร เตรียมสถานที่ที่จะรับผู้ป่วยตามสภาพปัญหา เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นที่จะใช้กับผู้ป่วยและการรับผู้ป่วย 2) ระยะเวลาบำบัดรักษา ให้การบริการโดยพยาบาลประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับ ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาที่ได้จากการประเมิน ให้การปฐมนิเทศและให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ ส่งตรวจวินิจฉัยตามที่กำหนดไว้และตามความจำเป็นของผู้ป่วยเฉพาะราย จัดบริการ morning report ทุกวัน โดยผู้ป่วยที่รับใหม่ทุกรายและผู้ป่วยที่มีปัญหาระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีการนำปัญหามาพูดคุยเพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลเพื่อให้ตรงตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย มีการจัดให้สหวิชาชีพตรวจเยี่ยมผู้ป่วยตามกำหนดเพื่อให้และติดตามผลการรักษาหรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มีอันตรายหรือมีความเสี่ยงต่อชีวิต เช่น มีอาการแทรกซ้อนทางกายรุนแรง หรือมีการวางแผนการรักษาโดยญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เช่น มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าหรือต้องรับการรักษาด้วยยากกลุ่มเสี่ยง เช่น ยา clozapine, Depakin, Dilantin, Lithium, Carbamazepine เป็นต้น หากมีความจำเป็นต้องรับการรักษาดังกล่าว จะมีการติดต่อประสานงานกับญาติตลอดระยะเวลาที่รับผู้ป่วยไว้รักษา และมีการประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่ายโดยทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ เมื่อมีความพร้อมในการจำหน่ายก็จะจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน สำหรับผู้ป่วยที่จำหน่ายจะนัดมาติดตามผลการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือมีการส่งตัวรักษาต่อแก่เครือข่ายโดยสรุปการจัดบริการสามารถแบ่งการบริการได้ 4 หัวข้อ คือ

1) บริการแรกรับ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการรับผู้ป่วย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ครบถ้วน ในการประเมินภาวะสุขภาพแรกรับเพื่อวางแผนในการให้การพยาบาลผู้ป่วยตามสภาพปัญหา และเป็นการเตรียมผู้ป่วยพร้อมทั้งญาติให้เข้าใจการบริการของทางโรงพยาบาล

2) การบริการประจำวัน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการประจำวันให้ครอบคลุมโดยบุคลากรทีมสุขภาพ ในเรื่องต่างๆ เช่น การดูแลสุขอนามัย การได้รับสารน้ำสารอาหาร การพักผ่อนการออกกำลังกาย เป็นต้น รวมทั้งการให้การรักษาพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วย



3) การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจะได้รับการประเมินและได้รับการฟื้นฟูตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยและผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินจากสหวิชาชีพจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามโปรแกรม Goals Program ของกลุ่มงานการพยาบาลที่จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

4) การบริการจำหน่าย มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจำหน่ายผู้ป่วยโดยการวางแผนร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ

โดยรูปแบบการบริการผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนินทร์นั้น ปัจจุบันมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ระยะเวลาด้านลง เน้นให้การรักษาโรคในระยะเฉียบพลันและรุนแรงเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตัวเองได้ก็จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชน โดยพัฒนาระบบการดูแลรักษาในโรงพยาบาลแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะคุมอาการเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจะเน้นการรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการก้าวร้าวและดูแลด้านกิจวัตรประจำวันมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เมื่ออาการทางจิตทุเลาจะประเมินอาการและให้คำแนะนำเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายตามสภาพปัญหา จากนั้นจึงให้ผู้ป่วยกลับบ้าน และนัดมาประเมินอาการซ้ำ ภายใน 1-2 สัปดาห์ แล้วจึงเข้าสู่ระยะฟื้นฟูโดยรับการรักษาในโรงพยาบาลอีกเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งจะสอบถามจากความสมัครใจของผู้ป่วยและญาติ หากไม่สมัครใจจะให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองต่อที่บ้าน แต่หากผู้ป่วยยินดีที่จะเข้ารับการรักษาในระยะฟื้นฟูแพทย์จะรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลและรับการบำบัดฟื้นฟูโดยพิจารณาจากปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย เช่น ปัญหาด้านการรับประทาน การควบคุมอารมณ์ การสื่อสารบอกความต้องการ เป็นต้น เพื่อให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

### 1.5 ระบบบริการผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

แนวโน้มการรักษาพยาบาลในระยะนี้จะเน้นที่ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจะถูกปรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในช่วงสั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรเป็นหน้าที่ของญาติและครอบครัว ซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อุมาพร ตรังคสมบัติ,2540) โดยญาติและครอบครัวควรดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนืองที่บ้านและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวมีความสามารถจำกัดทั้งด้านกำลังกายและความคิด ซึ่งไม่สามารถกระทำสิ่งใดๆ ให้สำเร็จลุล่วงไปตามความต้องการทุกอย่าง ได้ด้วยตนเองตามลำพัง (ธงชัย สันติวงศ์,2537 อ่างถึงไฉ กัลยาณี โนนินทร์,2542) จึงต้องการพึ่งพาหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อนำมาเป็นแหล่งประโยชน์ และตอบสนองความต้องการของ

ผู้ป่วย ญาติและครอบครัวต่อไป หน่วยงานหรือองค์กรที่ให้บริการด้านสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น

เพื่อให้การรักษาพยาบาลในชุมชนมีความต่อเนื่อง จึงมีการใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลเบื้องต้น ในท้องถิ่นหรือสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุด จะเป็นการช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายให้น้อยลง ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือซับซ้อนควรได้รับการรักษาพยาบาลจากผู้ชำนาญเฉพาะสาขา จะเป็นการส่งต่อจากระดับล่างสู่ระดับบน หรือระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ ไปสู่ระดับจังหวัด ส่วนการส่งต่อจากระดับบนมาสู่ระดับล่าง คือ เมื่อผู้ป่วยรับการรักษาในระดับจังหวัด หรืออำเภอแล้วมีอาการทุเลาลง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่ยังคงต้องการดูแลต่อเนื่อง ก็อาจส่งผู้ป่วยกลับมารักษาต่อเนื่อง ไปยังสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุด เป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งในส่วนของผู้ป่วยกลับมารักษาต่อเนื่อง ไปยังสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุด เป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งในส่วนของผู้ป่วยและงบประมาณของรัฐบาล และยังทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น ซึ่งระบบการส่งต่อเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Chromiak, 1992 อ้างถึงใน กัลยาณี โนอินทร์, 2542) เพื่อนำผู้ป่วยที่พร้อมจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปยังบ้านหรือชุมชน ทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า การพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด การส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติ ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือและการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถนำแหล่งประโยชน์จากญาติ ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย

## 2. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลวิธีหนึ่งที่ได้รับการนิยมนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชซึ่งถูกตัดสินว่าคือความสามารถและขาดความสามารถในการควบคุม การคิด และการตัดสินใจ ดังนั้นการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้จึงต้องมีการพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย

**2.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ** การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่สามารถเป็นไปได้ทั้งกระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (outcome) มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Freire (1973 อ้างถึงในสิริกาญจน์ กระจ่าง โปธิ์, 2549) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการช่วยทำให้บุคคลเกิดความตระหนักรู้ มองเห็นปัญหาและสาเหตุ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่และเสริมสร้างพลังความสามารถให้บุคคลในการแก้ปัญหาในบุคคลนั้น

Miller (1992) กล่าวว่า พลังอำนาจ คือ 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) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของบุคคลที่จะใช้พัฒนาและใช้ความรู้ที่จำเป็น ความสามารถและความเชื่อมั่นที่จะทำให้ความคิดของตนเองมีความหมาย เป็นกระบวนการทางสังคม ที่ให้การยอมรับ ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตน เป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกรับรู้คุณค่าของตนเอง และการสร้างประสิทธิภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล

Conger & Kanungo (1998) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการ ของการเพิ่มความรู้สึกรับรู้ถึงประสิทธิภาพของตน ในฐานะของสมาชิกขององค์กร ด้วยการพิจารณาสถานการณ์ที่ทำให้สูญเสียพลังอำนาจและกำจัดความรู้สึกลดพลังอำนาจด้วยการสนับสนุนข้อมูลที่มีประสิทธิภาพขององค์กรทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

Zimmerman (2000) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลวิธีหนึ่งที่ทำให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองให้ดำเนินชีวิตไปถึงจุดมุ่งหมายอย่างมีวิจารณญาณ และเข้าใจสังคมสิ่งแวดล้อมที่เป็นความต้องการพื้นฐานของตนเอง

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2539: 11) กล่าวถึงความเชื่อพื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ มุ่งเน้นที่การนำเอาศักยภาพทางปัญญา และพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น เป็นแนวคิดที่มีความต่อเนื่องอย่างชัดเจนกับการพัฒนาคุณภาพ

อย่างครบวงจรอย่างต่อเนื่องและเป็นการสร้างสถานการณ์ การเริ่มต้นที่มากกว่าการมีส่วนร่วมของบุคคล

อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย (2541) กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพยายามที่จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นใจ มั่นใจ ยึดมั่นผู้กันและมุ่งมั่นในการบรรลุเป้าหมายของตนเอง เพื่อการปฏิบัติหรือกระทำการกิจหนึ่งให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง ในการที่บุคคลจะเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจยึดมั่น ผูกพันต่อตนเองหรือหน่วยงานเพื่อให้สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง บุคคลจะคงเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถกระทำการกิจต่างๆ ได้สำเร็จ บุคคลจะต้องได้รับการสนับสนุนส่งเสริมทั้งกำลังกาย กำลังใจ กำลังความคิด และมีอิสระในการตัดสินใจกระทำการต่างๆ ด้วยตนเอง

สรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหา หรือเพื่อเสริมสร้างให้เกิดความสามารถในการจัดการกับปัญหา ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกในคุณค่าของตนเองทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุดตามความต้องการ

**2.2 องค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ** การเสริมสร้างพลังอำนาจนั้น มีองค์ประกอบที่สำคัญดังมีผู้กล่าวไว้ดังนี้

Funnell et al. (1991) กล่าวว่ากระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

1) ข้อมูลและการให้ความรู้ (Information and Education) ได้แก่ ความรู้ที่พอเพียงต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผล การควบคุมแหล่งทรัพยากรที่พอเพียงต่อการลงมือปฏิบัติตามที่ตัดสินใจและประสบความสำเร็จในการประเมินประสิทธิภาพของการตัดสินใจ

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

Hawkes (1992) กล่าวว่าองค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะความตั้งใจที่ยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และ รับผิดชอบมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจ สิ่งที่ต้องคิดก่อน คือ ความไว้วางใจ ความจริงใจ ความซื่อสัตย์ เปิดเผย ทักษะส่วนบุคคล ทักษะในการสื่อสาร การเคารพซึ่งกันและกัน กระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ การสื่อสารที่เปิดเผย การตั้งเป้าหมายและตัดสินใจร่วมกันการใช้พฤติกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดสิ่งแวดล้อม เครื่องมือและแหล่งทรัพยากรที่จำเป็น

ส่วนผลลัพธ์ คือ เพิ่มความสามารถและประสิทธิภาพในการกำหนดและดำเนินให้บรรลุเป้าหมาย สำหรับแต่ละบุคคล

2) พยาบาลที่มีคุณลักษณะการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและใช้ทักษะของวิชาชีพ สิ่งที่ต้องคิดก่อนทำ คือ การยอมรับในคุณค่าของบุคคลอื่น การยอมรับบุคคลอย่างที่เขาเป็นส่วนผลลัพธ์ คือ ความพึงพอใจกับการเติบโตของตนและผู้อื่น

Gibson (1995) กล่าวว่าสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความมุ่งมั่น ทุ่มเท ความรัก และความผูกพัน โดยใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิด การดำเนินการด้วยตนเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนผลลัพธ์คือความสามารถในการมีส่วนร่วมโดยพัฒนาทางด้านความรู้ความสามารถในการดูแล พัฒนาความเชื่อมั่นในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผลต่อเนื่องคือ เป้าหมายและความหมายในชีวิตการพัฒนาดตนเอง ความพึงพอใจ และการรับรู้ความสำเร็จ

Bling (1999) กล่าวว่าคุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย กระบวนการสร้างแรงจูงใจ กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ การแสวงหาความรู้ ทักษะและกระบวนการของการปรับเปลี่ยนความคิด สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อนคือการสร้างแรงจูงใจ ให้กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความมุ่งมั่น ทุ่มเท รับรู้ถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ ความสนใจ และความหวัง โดยมีกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ

1) การค้นหาสิ่งกระตุ้นความเครียด ความสนใจ และจุดแข็ง ได้แก่ การค้นหาเป้าหมายและความสนใจของผู้ป่วยจากทัศนคติของผู้ป่วย ลดปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็งของผู้ป่วยและปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคล

2) เอื้ออำนวยการปรับเปลี่ยนความคิด ได้แก่ กระตุ้นให้เกิดความมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ช่วยผู้ป่วยในการต่อรองต่อเป้าหมายใหม่ เอื้ออำนวยให้เกิดทัศนคติทางบวก และสร้างความหวัง

3) เพิ่มแหล่งทรัพยากร ได้แก่ สร้างเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล การใช้กระบวนการกลุ่มสนับสนุนกันเอง เอื้ออำนวยการสื่อสารระหว่างสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยเพิ่มแหล่งทรัพยากรทางกายภาพ เอื้ออำนวยให้เกิดความรู้และทักษะ สนับสนุนการตัดสินใจและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบ่งเป็น ผลลัพธ์ที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความหมายแก่ชีวิตและการมีความหวัง ความเชื่อมั่น ความรู้ และทักษะ การมองโลกในแง่ดี ผลต่อเนื่องที่มีต่อพฤติกรรม ได้แก่ ความมุ่งมั่นผูกพันต่อการรักษาพยาบาล การปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และความผาสุกทางจิต

นอกจากนี้องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจจากการศึกษาสรุปได้ 4 ประเด็น (คารณี จามจรี, 2545) คือ

1) คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สุขภาพใช้ทักษะวิชาชีพที่สำคัญ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะการใช้อำนาจในการรักษาพยาบาลในทางบวก, ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ หน้าที่ความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจ และการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการที่บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพและมีความรับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพตนเอง ขณะเดียวกับที่เจ้าหน้าที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้ป่วยไม่ควรมองข้ามอิทธิพลของสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย

2) สิ่งที่เกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาล ได้แก่ การให้ความเคารพต่อความเชื่อค่านิยม ประสบการณ์ของบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความเชื่อในความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจการยอมรับในหน้าที่และการกระทำของผู้ป่วย ความมุ่งมั่นทุ่มเท ที่มีร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วยในการกระทำที่เกิดขึ้นในอนาคต

3) กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (The Process of Empowerment) จากการทบทวนองค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังประกอบด้วยจำนวน 6 ขั้นตอนคือ

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

ขั้นที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่พยาบาลช่วยให้ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง (Gibson .1995) ซึ่งถือเป็นความคิดที่มีต่อตนเองในด้านบวกและช่วยลดความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อตนเองได้ โดยการสนับสนุนให้ประเมินครองชีวิตของตนเองตามทัศนะ ว่ามีมุมมองอย่างไรต่อสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง อะไรที่ชอบอะไรที่ไม่ชอบเกี่ยวกับสภาพปัญหานั้น มีความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงอะไรที่เกี่ยวกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น

ขึ้นกับตนเองหรือไม่ รวมทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ยอมรับหรือตระหนักถึงกับสภาพของตนเองได้ตามความเป็นจริง (Miller, 1992)

ขั้นที่ 3 การสะท้อนความคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นการช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือก โดยการพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ๆ ที่ช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างเหมาะสม (Gibson, 1995) จึงอาจกล่าวได้ว่า ขั้นตอนการสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณมีความสำคัญและสามารถนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหานั้น (สายฝน เอกวารากุล, 2542) และยังเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ได้พัฒนาความรู้สึกร่วมกันที่จะใช้ในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การจัดการกับความต้องการประจำวัน การจัดการกับอารมณ์และความเครียด (Miller, 1992) รวมถึงการควบคุมตนเองหรือควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ (คารณี จามจรี, 2545)

ขั้นที่ 4 การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และเพิ่มแหล่งทรัพยากรเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาและการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความต้องการ ข้อมูล ความรู้ ทักษะ และทรัพยากรสำหรับการดำเนินชีวิต มีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของแผนที่ได้ตั้งไว้ (คารณี จามจรี, 2545) การที่พยาบาลให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับปัญหาจะช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการตัดสินใจ และตระหนักถึงทางเลือกในการจัดการกับปัญหาได้โดยไม่ยอมแพ้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2532, Miller, 1992)

ขั้นที่ 5 ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมที่พยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วย ดำเนินการตามแผนเพื่อแก้ไขปัญหานั้น หรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเองตามที่ตนเองได้ตัดสินใจเลือกวิธีที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งการแสวงหาแนวทางในการแก้ปัญหาของผู้รับบริการจะต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไข (พนารัตน์ เจนจบ, 2542) ว่า 1) ต้องเป็นวิธีที่สามารถแก้ไขปัญหานั้นให้กับตนเองได้ 2) ไม่ขัดกับการรักษาของทีมสุขภาพ 3) ได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเอง 4) เป็นแนวทางที่ผ่านการปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ และ 5) เป็นวิธีที่ผู้รับบริการคนอื่น ๆ สามารถนำไปใช้ได้ เมื่อผู้รับบริการสามารถดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ได้ด้วยตนเอง จะช่วยให้รับรู้ถึงความสามารถ ศักยภาพทางด้านร่างกายและอำนาจที่จะใช้ในการควบคุมสถานการณ์บางอย่างได้ ซึ่งจะนำไปสู่การมองเห็นคุณค่าและการนับถือตนเองเพิ่มขึ้น

ขั้นที่ 6 การเสริมสร้างความมั่นใจและลงมือซึ่งพลังอำนาจของผู้ป่วย เมื่อได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากพยาบาลตามขั้นตอนต่าง ๆ ข้างต้น จนกระทั่งผู้ป่วยรับรู้และตระหนักถึง

ความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้แล้ว ผู้ป่วยจะกระทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้มีความมั่นใจในการดูแลและควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ด้วยตนเองได้มากขึ้น (พนารัตน์ เจนจบ ,2542) ตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพ เพื่อสุขภาพของตนและบุคคลในความดูแลของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่องอีกด้วย (Gibson,1995)

4) ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้กันมากในการอธิบายลักษณะ และความเชื่อที่สะท้อนความรู้สึกรู้สึกของการควบคุม หรืออิทธิพลของบุคคลที่จะเคารพต่อพฤติกรรมการแสดงออกที่หลากหลาย รวมถึงการควบคุมตนเอง และประสิทธิภาพในตน (Zimmerman,1995) โดยอธิบายภาพรวมของผลลัพธ์ ได้แก่ การนับถือตนเอง (Self-esteem) ความสามารถในการควบคุมตน (Personal control) และความสามารถในตน (self-efficacy), การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เน้นความรู้และทักษะ ที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถ และปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคล ความสามารถของบุคคล ลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะ ความคิด ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์และกิจกรรมรวมกลุ่ม เป็นคำที่ใช้อธิบายการกระทำของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Suk Bling,1998) และการมีสุขภาพที่ดี (Well-being) เป็นสถานะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีได้แม้ว่าจะอยู่ในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพหรือการเจ็บป่วย (Orem, 1995) การมีสุขภาพที่ดี หมายถึง การยอมรับตามสภาพการเจ็บป่วยตรงตามความเป็นจริง เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตของตนเองได้ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ และเชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย (จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ, 2539)

### 2.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พยาบาลเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นจึงเป็นที่คาดหวังว่าจะดูแลและช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยจิตเภทจัดได้ว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะเกิดผลด้านลบจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย สภาพร่างกายที่แย่ลง การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น บทบาทหน้าที่ต้องปรับเปลี่ยน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้มีการปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยได้



การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังเกิดจากความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะสูญเสียพลังอำนาจ ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรัง จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาล โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อลดการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย (คารณี จามจรีและจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545)

แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลในปัจจุบัน คือ การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยมีสิทธิ์และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลตนเอง สายพิณ เกษมวัฒนา (2537 อ้างถึงในธีรศักดิ์ ผลานิผล, 2549) กล่าวว่าเป็นการรับแนวคิดปรัชญามนุษย์นิยมเข้าไว้ในการพยาบาล จึงเน้นที่องค์รวมและปัจเจกบุคคล โดยเชื่อว่าผู้ป่วยทุกคนมีพลังอำนาจในตนเอง ดังนั้นพยาบาลจึงต้องให้พลังอำนาจแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการพยาบาลเพื่อเสริมพลังอำนาจด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย

- 1) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังอำนาจ ประกอบด้วยปัจจัยอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยภายในตัวผู้ป่วย ปัจจัยระหว่างตัวบุคคล และปัจจัยอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ
- 2) การพยาบาลที่มีต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจ ที่คำนึงถึงคุณลักษณะการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย การให้คุณค่าต่อผู้ป่วยในฐานะเป็นเจ้าของสุขภาพ และมีหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพของตน (Rodwell, 1996)

**2.4 บทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยจิตเภท**  
พยาบาลมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยผลักดันให้การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ เนื่องจาก

- 1) พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความหมายต่อชีวิตและการมีความหวัง ทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆกับโรคที่ตนเผชิญอยู่ ด้วยการได้รับข้อมูลที่เป็นด้านบวกต่อโรคที่เป็นอยู่ การสนับสนุนความรู้และทักษะที่จำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากเชื่อว่าพยาบาลเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญ มีความถูกต้องเชื่อถือได้ และคาดหวังว่าพยาบาลจะให้ข้อมูลที่เขาต้องการได้ ดังนั้น ความรู้และทักษะของพยาบาลจึงมีความสำคัญที่จะช่วยสร้างความมั่นใจต่อผู้ป่วยว่าตนได้รับการดูแลอย่างดีจากพยาบาลที่มีความสามารถ
- 2) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดพันธมิตรในการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ อันจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวกในผู้ป่วย สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลเกิดจากการเคารพซึ่งกันและกัน ความไว้วางใจกัน รวมถึงการยอมรับในคุณค่าของผู้ป่วยว่าเป็นผู้มีความสามารถอยู่ในตนหรือพัฒนาความสามารถได้ และมี

สิทธิอันชอบธรรมในการตัดสินใจเลือกวิธีในการดูแลรักษาตนเอง โดยได้รับการสนับสนุนข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมจากพยาบาล

สิ่งที่สำคัญ คือพยาบาลจะต้องเข้าใจว่าตนเองไม่สามารถให้พลังอำนาจแก่ผู้ป่วยได้ แต่ผู้ป่วยต้องสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายที่กำหนด พยาบาลที่ปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจจะต้องทราบถึงบทบาทสมรรถนะที่สำคัญ ดังนี้ (คารณี จามจรี และจินตนา ชุณิพันธุ์, 2545)

1) บทบาทในฐานะผู้อำนวยความสะดวก ให้การสนับสนุนทรัพยากรสำหรับผู้ป่วย เพื่อการจัดการกับปัญหาและการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ

2) บทบาทในฐานะผู้ช่วยเหลือในการเปลี่ยนแปลง จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจแนวคิดของการเปลี่ยนแปลง เป็นแหล่งข้อมูลต่างๆ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตและนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) บทบาทในฐานะผู้ช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนความคิด และทัศนคติที่มีต่อปัญหาและสภาวะสุขภาพของตนเอง บทบาทของพยาบาลนี้ในระหว่างกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนหรือความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือสิ่งที่เคยทำอยู่ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้รับบริการดำเนินการต่อไปจนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

4) บทบาทในฐานะผู้ให้คำปรึกษา ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกและความเข้มแข็งทางด้านจิตใจลดลง พยาบาลจะต้องส่งเสริมให้กำลังใจ สร้างความเชื่อมั่นในตัวเอง

5) บทบาทในฐานะผู้ให้ความรู้ และเป็นแหล่งข้อมูลความรู้ ในการให้ข้อมูลเพื่อประกอบในการตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติตนเพื่อสภาวะของตนเอง

6) บทบาทในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ พยาบาลจะต้องเป็นผู้พิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่มมีอาการจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน อยู่ในชุมชน ให้ผู้ป่วยเสมือนมีสิทธิในความเป็นบุคคลเหมือนบุคคลทั่วไป

สมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคจิตเภท

1) สมรรถนะด้านความรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงด้านจิตสังคม

2) สมรรถนะด้านทัศนคติ ที่คำนึงถึงหลักการของความเท่าเทียมกันหรือการเป็นหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพร่วมกัน การยอมรับในคุณค่าของผู้ป่วยในด้านของประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการ

กับการเจ็บป่วยและที่สำคัญคือ การเชื่อว่าความสามารถของผู้ป่วยพัฒนาได้ถ้าได้รับการเอื้ออำนวย และสนับสนุนข้อมูล ความรู้และทักษะอย่างเหมาะสม

3) สมรรถนะด้านทักษะ ประกอบด้วยทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านการให้ข้อมูล ทักษะการสร้างแรงจูงใจและทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น

### 3. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทไว้หลายท่านแตกต่างกันไป เช่น

Razali and Yahya (1995) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้องจะแสดงออกโดยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยขาดเกิน 2 มื้อ ภายในเวลา 2 สัปดาห์ หรือ ไม่ขาดการมาตรวจตามนัดเกิน 1 ครั้ง

สาธูพร พุฒขาว (2541) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาว่าเป็นพฤติกรรมการใช้ยาเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับแผนการรักษา และการปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่องของการรับประทานยาร่วมกับมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

Farragher (1999) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาว่าลักษณะของพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่จะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณมีความผิดปกติ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยามืดเวลา การใช้น้อยกว่าแผนการรักษา และการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา

เพชร คันธสายบัว (2545) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทว่า เป็น การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ

สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการปฏิบัติของผู้ป่วย เกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตาม

วัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาไว้มากมาย ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้สรุปพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจากการศึกษาของ สรินทร เชื้อว โสธร (2545) และเพชร คันธสายบัว (2545) โดยสรุปความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ว่า เป็นพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต เกี่ยวกับการรับประทานยา รักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสังเกตอาการข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยารักษาโรคจิตได้ โดยแสดงพฤติกรรมออกมา 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ซึ่งมีการศึกษาถึงลักษณะหรือองค์ประกอบของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังนี้

Farragher (1999) กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทว่า แสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ

- 1) การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่นการหยุดใช้ยา หรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติ
- 2) การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา
- 3) การใช้ยามืดเวลา
- 4) การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา
- 5) การใช้ยาเพิ่มมากกว่าแผนการรักษา

ส่วนเพชร คันธสายบัว (2544) กล่าวถึงลักษณะพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาว่า ประกอบด้วย

- 1) การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการรับประทานยา รักษาโรคจิตอย่างเคร่งครัด และสม่ำเสมอ ไม่ลดหรือเพิ่มจำนวนเม็ดยาเอง
- 2) การสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น รวมทั้งสามารถบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาด้วยยา ให้ทีมการรักษาได้อย่างถูกต้อง

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ

1) การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลด หรือเพิ่มขนาดยามากกว่าแผนการรักษา

2) ความสามารถในการสังเกต และการจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถบอกอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรักษาด้วยยารักษาโรคจิตให้ทีมสุขภาพจิตได้รับทราบอย่างถูกต้อง

**3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท** จากการศึกษาของ Oehl, Hummer, & Fleischhacker (2000 อ้างถึงในสรินทร์ เชื้อวโสธร, 2545) กล่าวว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีหลายปัจจัยแตกต่างกัน แบ่งกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็น 4 ด้าน

3.2.1 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงออกถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคลที่ส่งเสริมให้มีการแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือป้องกันการป่วยซ้ำ หลังจากที่ได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้นและกลับไปอยู่ในชุมชนได้ เป็นปัจจัยที่บอกระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

3.2.1.1 ลักษณะประชากร จากการศึกษาของวรรณกรรมต่างๆพบลักษณะประชากรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มี 2 ประการ คือ

1) อายุ ซึ่งเป็นจำนวนระยะเวลาทั้งหมดของการนับตามปฏิทิน ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน (Orem, 2001) อายุของบุคคลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองจะถูกพัฒนาขึ้นตามอายุจากวัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลตนเองสูงสุด และจะลดลงและมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman (1994 อ้างใน สรินทร์ เชื้อวโสธร, 2545) ที่พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

2) เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างระหว่างบทบาท บุคลิกภาพในครอบครัวชุมชนและสังคม โดยกำหนดบทบาทของเพศหญิงในการเป็นแม่ที่มีหน้าที่ในการดูแลลูก

และบุคคลทั้งในเวลาปกติหรือยามเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลให้เมื่อเจ็บป่วยเพศหญิงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ที่พบว่า เพศหญิงปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าเพศชาย

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

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างตามการประเมินความเป็นไปได้ในการเกิดปัญหา โดยรับรู้จากความเสี่ยงและประสบการณ์ของตนเอง ทำให้มีการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือปัญหาสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเข้าใจถึงพฤติกรรมป้องกันการโรคที่เคยเป็นมาก่อน และได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้น การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงโอกาสที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้ว การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เช่น รับรู้ปัจจัยที่จะทำให้ตนเองมีอาการทางจิตมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง

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

3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefit) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ของผู้ป่วยต่อการกระทำที่เป็นการป้องกันการเกิดโรค หรือการป้องกันการมี

อาการเจ็บป่วยมากขึ้น เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่เชื่อว่าสามารถทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วย เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภทจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต และการส่งเสริมการทำหน้าที่ละพัฒนาการ การดูแลตนเองที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการยอมรับ ลดความรังเกียจจากสังคม ทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสงบสุข สามารถลดความตึงเครียดของผู้ป่วย และมีส่วนช่วยในป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้

4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติดูแลสุขภาพ (Perceived barrier) หมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่างๆที่ขัดขวางการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีร่างกายแข็งแรง ในผู้ป่วยจิตเภทการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติของตนเองมีอุปสรรค เช่น การที่ญาติช่วยเหลือติดตามมากเกินไป ไม่ปล่อยให้เป็นอิสระ การถูกรังเกียจ ห้ามปราม กีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ การไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้ขัดขวางการดูแลตนเอง และส่งผลต่อการเสื่อมถอยสมรรถภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

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

1) ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต หมายถึงการรับรู้ ความเชื่อของผู้ป่วยที่คิดว่าตนเอง เป็นคนสำคัญ หรือมีอำนาจพิเศษ เช่น คิดว่าตนเองเป็นพระเจ้า หรือร่ำรวยเป็นมหาเศรษฐี ซึ่งเป็นความเชื่อที่ไม่จริง โดยผู้ป่วยจะเชื่อในความคิดนั้น โดยไม่สามารถเปลี่ยนความเชื่อถือได้ด้วยวิธีการอธิบาย โดยใช้เหตุผลตามธรรมดาได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการขาดการตระหนักรู้ในตนเอง (Lack of insight) คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา

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

3.2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภททั้งในครอบครัวและชุมชน ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งประกอบด้วย

3.2.2.1 ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพ เพื่อดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จากการศึกษาของภัทรา ภิรตลาภ (2532) พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากขามีราคาแพงทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

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

3.2.2.3 การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา หมายถึงการที่ผู้ป่วยมีบุคคลคอยช่วยเหลือให้ได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง บุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา การนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด หรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ที่สำคัญคือการดูแลของญาติให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า รวมทั้งการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแลเรื่องเหล่านี้

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

3.2.2.5 ทักษะคิดของสังคมและครอบครัว เป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิกริยาของบุคคลเหล่านี้ต่อการรักษาอาการทางจิต ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากการถูกตีตราจากสังคม เช่น การรับประทานยา รักษาอาการทางจิต การมาตรวจที่โรงพยาบาล หรือผู้ป่วยที่อยู่ในสังคมที่ไม่เห็นความสำคัญของการรักษา ทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนให้รับการรักษา และมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Oehl et al., 2000)



3.2.3 ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการรักษาที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้แก่

3.2.3.1 วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย หมายถึง ช่องทางการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย คือการกิน การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดเข้าระหว่างชั้นกล้ามเนื้อและไขมัน การฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ การอมยาใต้ลิ้นและการเหน็บยาทางช่องคลอด หรือทางทวารหนัก Kumar and Sedgwick (2001) กล่าวว่า การได้รับยาเข้าสู่ร่างกายโดยใช้วิธีฉีด จึงสามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าวิธีการรับประทานยา

3.2.3.2 ความซับซ้อนของการรักษา หมายถึงความรู้สึกลำบากลำบากในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิดและมีจำนวนมาก อาจเกิดความสับสนในการรับประทานยา ลืมวิธีการใช้ยา การรับประทานยาที่ไม่เหมือนกันจะทำให้ผู้ป่วยสับสน หมดความอดทนที่จะรับประทานยาต่อไป

3.2.3.3 ฤทธิ์ข้างเคียงจากการรักษาโรคจัดเป็นกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มาก ผู้ป่วยจิตเภทบางรายขณะรับการรักษา อาจมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น ตัวแข็ง คอแข็ง บิดเบี้ยว ง่วงนอน ปากและคอแห้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้น และความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ อาการเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน และหยุดการใช้ยาในที่สุด

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

จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยต่างๆมากมาย ที่เกี่ยวข้องถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการที่พยาบาลได้ประเมินถึงปัจจัยต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วย จิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง จึงเป็นเรื่องสำคัญและมีประโยชน์ในการวางแผนเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้องมากขึ้น

#### 4. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

##### แนวคิดและหลักการ

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงทำให้เกิดความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ การรู้จักตนเอง พฤติกรรม การตัดสินใจ ร่วมกับความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม (WHO, 2006) เป็นโรคที่อัตราการป่วยซ้ำสูง ส่งผลให้ต้องกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล โดยปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลเน้นให้การรักษาโรคระยะเฉียบพลัน และรุนแรง เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชน ซึ่งการรักษามีหลายวิธีแต่การรักษาด้วยยาเป็นวิธีที่ใช้มากที่สุด (Kumar & Sedgwick, 2001) แม้ว่ายาจะมีประโยชน์ต่อการรักษาและควบคุมความรุนแรงของโรคแต่ก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากไม่ยอมรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Farragher, 1999) ซึ่งการไม่รับประทานยาต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและต้องกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล (Pyne et al., 2001) ผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวได้ ไม่มีงานทำ ปฏิเสธการเจ็บป่วย รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้มีอาการจิตรุนแรงมากขึ้น (Rose, 1996) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษานั้นส่วนใหญ่เกิดจากการสูญเสียแหล่งพลังอำนาจ (Razali & Yahya, 1995) โดยเฉพาะขาดแหล่งพลังอำนาจด้านความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษาและความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงจากยา (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540; จารุวรรณ จินตามงคล, 2541) การสนับสนุนและให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษา ความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจและเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545)

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) มีพื้นฐานความเชื่อที่มุ่งเน้นการนำศักยภาพทางสติปัญญาและพลังอำนาจในบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2539) จากการศึกษาของ คารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992) กล่าวว่า พลังอำนาจคือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และความรู้สึกรั้งถึงความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วย การสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากการที่แหล่งพลังอำนาจทั้ง 7

แหล่งตามแนวคิดของ Miller (1992) ถูกครอบงำหรือมีผลลง ซึ่งประกอบด้วย 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical Strength) 2) ความเข้มแข็งทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) 3) อคติโน้มน้าวใจเชิงบวก (Positive self-concept) 4) พลังงาน (Energy) 5) ความรู้และการตระหนักรู้ (Knowledge and Insight) 6) แรงจูงใจ (Motivation) 7) ระบบความเชื่อ (Belief system) การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ก่อให้เกิดการป่วยซ้ำด้วยโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจเนื่องจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นทำให้รู้สึกไร้ค่าเกิดปัญหาการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น (Rose, 1997 อ้างถึงในผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ในทางกลับกัน เมื่อผู้ป่วยเรื้อรัง เช่นผู้ป่วยจิตเภทที่มีการสูญเสียพลังอำนาจก็จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยเพิกเฉยต่อบทบาท และไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา พบว่ามีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่สูญเสียพลังอำนาจ (Razali & Yahya, 1995) ซึ่งปัจจัยที่ทำให้สูญเสียพลังอำนาจ คือผลกระทบด้านการเจ็บป่วย ขาดความรู้และพฤติกรรมจากทีมสุขภาพ (Suk Bling, 1998)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาเนื่องจากการช่วยเหลือสนับสนุนให้แหล่งพลังอำนาจด้านต่างๆของผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งขึ้น เมื่อแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็ง จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงแหล่งพลังอำนาจของตนมากขึ้น (สรินทร์ เขียวโสธร, 2545) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทของสรินทร์ เขียวโสธร (2545) ที่พัฒนามาจากการศึกษาของคารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ตามแนวคิดของ Miller (1992) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและเป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน โดยกิจกรรมดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้แหล่งพลังอำนาจที่ตนมีอยู่ เกิดความมั่นใจในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับตน รับรู้ความสามารถในตนเอง สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆได้ นำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาต่อไป

การศึกษานี้จึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากการศึกษาของสรินทร์ เขียวโสธร (2545) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของคารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) โดยผู้ศึกษานำมาพัฒนารูปแบบเพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ซึ่งจากเดิมมี 6 ขั้นตอนคือ 1) การค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้

ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยการรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจและการวินิจฉัยพลังอำนาจ 2) การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ 3) สร้างพลังในการแก้ไขปัญหาการใช้ยา โดยการสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ 4) สร้างเสริมแหล่งของอำนาจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 5) ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และ 6) สร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังที่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แต่ผู้ศึกษาปรับเป็น 5 ขั้นตอน โดยรวมกิจกรรมการค้นหาสถานการณ์จริงที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือไว้ในขั้นตอนเดียวกัน เนื่องจากในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้นจำเป็นต้องมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยก่อนเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับและไว้วางใจ ส่วนขั้นตอนอื่นยังคงไว้เหมือนเดิม ซึ่งเป็นการพัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ โดยศึกษาจากรูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยที่ดำเนินการในปัจจุบัน และพิจารณาความเป็นไปได้ในการดำเนินการโดยไม่กระทบกับการปฏิบัติงานและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ลักษณะกิจกรรมมุ่งเน้นการจัดการกับภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ ลักษณะกิจกรรมเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยพิจารณาสิ่งที่เกิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหา มีความเข้าใจและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น อันจะนำไปสู่ความต้องการในการแก้ไขปัญหา จากนั้นผู้ศึกษาจึงให้การสนับสนุนความรู้ และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย เพื่อเป็นการฝึกผู้ป่วยในการค้นหาปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้ศึกษาจะปรับปรุงนี้จึงมีความเหมาะสมที่จะใช้ในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ ลักษณะของเนื้อหาในโปรแกรมจะเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะสูญเสียพลังอำนาจโดยพัฒนาแหล่งพลังอำนาจในตัวบุคคลของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีศักยภาพและสามารถดูแลตนเองได้ มีขั้นตอนดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือ และค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นการสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล (ศิริวรรณ พอบุญ, 2548) เพื่อจะนำไปสู่เป้าหมายร่วมกันในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ดารณี จามจรีและจินตนา ยูนีพันธุ์, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของสารุพร พุฒขาว (2541) ที่พบว่าการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จิตเภทมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา โดยผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้ ด้านการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และมีความพึงพอใจ ต่อบริการที่ได้รับ และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะการสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นให้กำลังใจซึ่งกันและกันส่งเสริมความมั่นใจ

ในการติดต่อสื่อสาร และการค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วยจะช่วยให้พยาบาลได้ทราบถึงภาพรวมโดยทั่วไปของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและความปรารถนาของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและสร้างพฤติกรรมใหม่ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของตน (Berger and Anderson-Harper and Kavookjan, 2000) การทำความเข้าใจถึงปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน ถึงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง (Gibson, 1995) ส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจในด้านความเข้มแข็งทางจิต และการสนับสนุนทางสังคม (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเอง และทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

2. การสร้างพลังการแก้ปัญหาโดยการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบด้าน เพื่อการตัดสินใจในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมเป็นการฝึกทักษะการทำความเข้าใจกับปัญหา(Gibson, 1995 อ้างในคารณี จามจรีและจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) ขั้นตอนนี้จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ช่วยให้กลับมามองปัญหา ประเมินและวิเคราะห์ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น(Gibson, 1995) เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง และเกิดความรู้สึกมั่นใจในการดูแลที่ได้รับ จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ในขั้นตอนนี้จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ช่วยให้กลับมามองปัญหา ประเมินและวิเคราะห์ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Gibson, 1995) เมื่อผู้ป่วยรับรู้บทบาทของตนเองในการจัดการกับปัญหา วางแผนและกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแผนการใช้ยาที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและรู้สึกมั่นใจที่จะตัดสินใจในการแก้ปัญหา โดยไม่มีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) เมื่อผู้ป่วยมีพลังในการแก้ไขปัญหา และช่วยเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก เกิดการยอมรับตนเอง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบความเชื่อและแสวงหาข้อมูลในการ ความรู้ในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

3. การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร เป็นการเสริมสร้างความรู้ให้ผู้ป่วย โดยประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนและหลังการให้ความรู้ เป็นการประเมินความเข้าใจที่ผู้ป่วยได้รับและให้ผู้ผู้ป่วยบอกถึงความต้องการด้านการสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรที่สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยจัดเก็บมีพฤติกรรมใช้ยาที่

ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (สรินทร เชื้อวโสธร, 2545)เมื่อผู้ป่วยมีความรู้และแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งทางจิตใจ มองตนเองในด้านบวก รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของระบบความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (ผลทิพย์ ปานแดง, 2545) กล่าวได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจ ด้านความรู้ ระบบความเชื่อ แรงจูงใจ ความเข้มแข็งทางจิตใจและการมีอัตมโนทัศน์เชิงบวก จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

4. ผู้ป่วยเสริมพลังอำนาจด้วยตนเองเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นการกระทำการแก้ปัญหา หรือได้ทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด (นพรัตน์ เจนจบ, 2542) โดยขั้นตอนนี้เป็นกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการใช้ยา สังเกต และจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้ สามารถประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการใช้ยาที่ตนเองวางไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สรินทร เชื้อวโสธร, 2545)นำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางบวกมากขึ้น สามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ (คารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์, 2545) จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าคุณมีความสามารถและสามารถเลือกวิธีการในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มีความรู้และทักษะเพียงพอ ซึ่งจะนำไปสู่การมองเห็นคุณค่าและการยอมรับนับถือตนเองเพิ่มขึ้น นำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางบวกมากขึ้น สามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ (คารณี จามจรีและจินตนา ยูนิพันธ์, 2545) ก่อให้เกิดพลังอำนาจในด้านความเข้มแข็งทางจิตใจและพลังในตนเอง เกิดแรงจูงใจ มั่นใจในการเผชิญปัญหาและจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิตได้เหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

5. การเสริมสร้างความมั่นใจ และคงไว้ซึ่งพลังที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นขั้นตอนที่พยาบาลทำการเสริมสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และพยาบาลให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการรักษาด้วยยา ก่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสามารถในการนำพาชีวิตตนเองไปสู่เป้าหมายที่ตนเองต้องการ มีความหวังและปรับเปลี่ยนความคิดต่อตนเองในทางบวกจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเองส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (ผลทิพย์ ปาน

แดง, 2545) เมื่อบุคคลได้กระทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ช่วยเพิ่มความสามารถและความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นของตนเองด้วยตนเอง ตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพเพื่อสุขภาพของตนและบุคคลในครอบครัวของคุณแลงของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Gibson, 1995) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจในด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม และด้านระบบความเชื่อที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงความคิดต่อตนเองไปในทางบวกจะช่วยให้การรับรู้ถึงพลังอำนาจที่ตนเองมีอยู่ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น แนวทางที่เหมาะสมแนวทางหนึ่งคือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเชื่อว่าจะสามารถพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทมีแรงจูงใจในการรักษา มีความสามารถดูแลตนเองด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม มีสุขภาวะที่ดีและลดปัญหาการกลับมาป่วยซ้ำได้

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

สรินทร เชื้อว โสธร (2545) ศึกษาวิจัยผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมคิด ตีรารักษ์ (2545) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ภาระการดูแลโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

สัมพันธ์ มณีรัตน์ (2546) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนกับหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยและผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลจำนวน 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การรักษาที่กำหนดจากผู้ป่วยจิตเภทที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัว พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ยุวดี วงศ์แสง (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สิริกาญจน์ กระจ่างโพธิ์ (2549) ศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า หลังการศึกษาพบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พฤติกรรมการดูแลเท้าและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานหลังใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## 5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 260 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอยู่ในระดับสูง และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยในชุมชน คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัว อាកารทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา

สรินทร เชื้อวโสธร (2545) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทยุทธศาสตร์สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ศึกษาผลการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล จำนวน 20



คน พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทสูงชันหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

กาญจนา ชัยเจริญ (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงชันหลังได้รับการวางแผนการจำหน่ายและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

Favrod (1993) ทำการศึกษาผลของการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา รักษาอาการทางจิตเพื่อเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการทดลองแบบกลุ่มเดี่ยว เป็นรายบุคคล พบผู้ป่วย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 90 นาที รวมระยะเวลา 4 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำนวน 25 คน ได้รับโปรแกรมครบสมบูรณ์จำนวน 19 คน ทำการวัดผลการทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำ เกี่ยวกับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับยารักษาอาการทางจิต และเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ได้และพบว่าสามารถเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยารักษาอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

Kumer & Sedgwick (2001) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชอายุ 17-65 ปี ที่กลับมารักษาตัวซ้ำเป็นเวลา 3 เดือนจำนวน 90 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเป็นเวลา 30-45 นาที ผลการศึกษาพบว่าเพศหญิงให้ความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าเพศชาย ศาสนาฮินดูให้ความร่วมมือในการใช้ยาน้อยกว่าศาสนาอื่นๆ การสนับสนุนทางสังคมสูงทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาสูง และการตัดสินใจของตัวผู้ป่วยเองว่าไม่ขอความร่วมมือในการใช้ยามีผลสูงกว่าการตัดสินใจของคนอื่น นอกจากนี้ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะของครอบครัว และระยะทาง ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

#### กรอบแนวคิดการศึกษา

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท ดำเนินกิจกรรม

5 ขั้นตอน คือ

**ขั้นตอนที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือและ  
ค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยการรวบรวมข้อมูลแหล่ง

พลังอำนาจ และการวินิจฉัยพลังอำนาจ (รายบุคคล)

**ขั้นตอนที่ 2** สร้างพลังในการแก้ไขปัญหาในการใช้ยา

โดยการสะท้อนคิด และความเข้าใจในสถานการณ์

**ขั้นตอนที่ 3** เสริมสร้างแหล่งของอำนาจที่เกี่ยวกับ

พฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์รักษา

**ขั้นตอนที่ 4** ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง เพื่อ

เพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษา

**ขั้นตอนที่ 5** เสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังที่

ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์รักษา

พฤติกรรมการใช้ยา  
ตามเกณฑ์การรักษา  
ของผู้ป่วยจิตเภท

- ใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- สามารถสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช