

ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยา
ตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

นางผลทิพย์ ปานแดง

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-6252-6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PATIENT AND CAREGIVER EMPOWERMENT ON MEDICATION
ADHERENCE BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Mrs. Polthip Pandaeng

สถาบันวิทยบริการ

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 974-17-6252-6

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยา
ตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท
โดย นาง ผลทิพย์ ปานแดง
สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ฐนิพันธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ฐนิพันธ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ฐนิพันธ์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ดิเรก ศรีสุขโข)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลทิพย์ ปานแดง : ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท. (THE EFFECT OF PATIENT AND CAREGIVER EMPOWERMENT ON MEDICATION ADHERENCE BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ. ที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์, 116หน้า ISBN. 974-17-6252-6.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล จำนวน 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจากผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจที่บ้านเป็นรายครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา เท่ากับ .73 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท หลังผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
ปีการศึกษา2547

ลายมือชื่อนิสิต.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4577586836 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING
KEY WORD : EMPOWERMENT / MEDICATION ADHERENCE / SCHIZOPHRENIC
PATIENTS.

POLTHIP PANDAENG : THE EFFECT OF PATIENT AND CAREGIVER
EMPOWERMENT ON MEDICATION ADHERENCE BEHAVIORS OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF.JINTANA
YUNIBHAND, Ph.D., 116 pp. ISBN 974-17-6252-6

The purpose of this quasi experimental research was to compare medication adherence behaviors of schizophrenic patients before and after their participation in empowerment. Research samples; 20 patients and caregivers were purposive sampling assigned to experimental group. The patients and caregivers received the empowerment program individually at home. Research instruments were; the empowerment program developed by the researcher and the medication adherence scale developed by Oumaporn Kanjanaruk. These instruments were tested for content validity by a panel of 5 experts. The reliability of the medication adherence scale was .73. The t-test was used in data analysis.

Major finding was as follow:

After the experiment, medication adherence behaviors in schizophrenic patients who participated in patient and caregiver empowerment program were significantly higher than before, at .01 level.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Academic year 2004

Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา
ยุนิพันธ์ุ ที่กรุณาให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งชี้แนะแนวทาง ในการแก้ไขปัญหาและ
อุปสรรคต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และเป็นกำลังใจตลอดมา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธาน
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้กำลังใจเสมอมา และรองศาสตราจารย์ ดร.ดิเรก ศรีสุขโข กรรมการ
สอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งคณาจารย์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้
ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเอง

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ใน
การวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี ขอขอบคุณ คุณอุมาพร กาญจนรักษ์และ ร้อยเอกหญิง
สรินทร เขียวโสธร ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ หัวหน้ากลุ่มการ
พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ และคัดเลือกกลุ่ม
ตัวอย่าง

ขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ คุณเดชาและเด็กหญิง สิริมาส ปานแดง ที่เป็น
แรงใจให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น เกิดพลังที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จ

คุณค่าและประโยชน์ที่มีในวิทยานิพนธ์เล่มนี้ขอมอบแด่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล
ทุกท่าน ขอให้พลังอำนาจและความเข้มแข็งที่จะฝ่าฟันอุปสรรค มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่
สมบูรณ์ตลอดไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อวิทยานิพนธ์ภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อวิทยานิพนธ์ภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	55
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	66
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	85
รายการอ้างอิง.....	94
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	107
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	109
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	116

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแหล่งพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทหลังการ ทดลอง..... 70
2	ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแหล่งพลังอำนาจผู้ดูแลหลังการทดลอง..... 71
3	จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาที่ป่วย และผลกระทบ จากอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต่อการดำเนินชีวิต..... 78
4	จำนวน ร้อยละของผู้ดูแลจำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยป่วย 80
5	คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง.... 81
6	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง..... 82
7	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วย จิตเภทรายด้านละรายคู่..... 83

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการรักษาโรคจิตด้วยยาต้านโรคจิตมีประสิทธิภาพสูง ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเป็นอันดับแรกในการรักษา จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 80 รับประทานยาแบบผู้ป่วยนอก (Kaplan and Sadock, 1996) แต่ปัญหาที่พบบ่อยในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกคือการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยา (Sullivan, Well, Morgenstern, and Leake, 1995) ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 25- 50 ของผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Appleton, 1982 cited in Sulliger, 1988) ลักษณะของพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท คือการไม่ปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ของยา การไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เช่น หยุดรับประทานยาหรือรับประทานเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าจะตนเองมีความผิดปกติ รับประทานยาผิดเวลา รับประทานน้อยหรือเพิ่มมากกว่าแผนการรักษา (Farragher, 1999) ตลอดจนการไม่มาตรวจตามกำหนดนัด (Davidhizar, 1982) จากรายงานการศึกษาถึงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำบ่อย พบว่าพฤติกรรมที่ไม่ปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ของผู้ป่วยเป็นสาเหตุแรกที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ศึกษาร้อยละ 92 กลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำ (Green, 1988) และการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่ปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ โดยการหยุดยาเองจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำ ร้อยละ 80 (Gaultiere, 1999 ; ภัทรา ธิรลภ, 2530)

การป่วยซ้ำด้วยโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) เนื่องจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกไร้ค่า เกิดปัญหาการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ขาดสิ่งจูงใจทำให้เกิดความเครียด ส่งผลให้ป่วยซ้ำได้อีก (Rose, 1997) การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยเพิกเฉยต่อบทบาท ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา หรือใช้สารเสพติด ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่แพทย์อนุญาตให้กลับไปอยู่กับครอบครัวส่วนใหญ่จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวหรือผู้ดูแลซึ่งมักเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา บุตร หลาน พี่หรือน้อง

การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล โดยพบว่าผู้ดูแลจะมีความวิตกกังวล เครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ หหมดกำลังใจรู้สึกเป็นตราบาป (Greenberg et al, 1993) รวมทั้งการมีความรู้สึกเป็นมลทิน สิ่งเหล่านี้เป็นความซับซ้อนที่ก่อให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ (Parker, 1993) ส่งผลให้เพิกเฉยต่อบทบาทผู้ดูแลเช่น หลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วย ไม่ไปรับยาให้ ไม่จัดเตรียมยาให้เพียงพอ ไม่ตักเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามเวลา ไม่หาวิธีการให้ผู้ป่วยรับประทานยาเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตและไม่ยอมรับประทานยา ไม่เอาใจใส่ในขณะที่ผู้ป่วยมี

อาการข้างเคียงจากยาและไม่พาผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยา ตลอดจนไม่มีการปลอบใจให้กำลังใจผู้ป่วย การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยและผู้ดูแล หากไม่ได้รับการแก้ไข จะก่อให้เกิดผลเสียต่อสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ (Low self esteem) ส่งผลให้มีการตอบสนองทางอารมณ์ในรูปแบบต่างๆ เช่น โกรธ ก้าวร้าว วิตกกังวล ซึมเศร้าและอื่นๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่ก่อให้เกิดผลดีทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยให้มี พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

นอกจากนี้การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยและผู้ดูแลยังเกิดได้จากการขาดความรู้ ซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจหนึ่งของผู้ป่วยและผู้ดูแล จากผลการวิจัยหลายฉบับพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาทางจิต (Kane, 1984 ;Tungpunkom, 2000; วาสนา ปานดอก, 2545; Schultz and Videbeck, 1994) การที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับผลข้างเคียงที่เกิดจากยาทางจิตที่ส่งผลทางตรงต่อร่างกายผู้ป่วย (สุพิศศรี รัตนสิน และวีระ ดุลย์ประภา, 2537) และการดำเนินโรค จะส่งผลต่ออัตมโนทัศน์ ความเข้มแข็งทางกายภาพ ระบบความเชื่อและแรงจูงใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจในตนเอง ไม่มั่นใจในการควบคุมสถานการณ์ ประกอบกับไม่กล้าซักถามทำให้ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะตัดสินใจหรือทำนายผลที่จะเกิดขึ้นทำให้เกิดความเก็บกด ซึมเศร้าและการนับถือตนเองต่ำ การขาดความรู้ความเข้าใจจะนำไปสู่ความท้อแท้และนิ่งเฉย ซึ่งเป็นลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจ (Miller, 1993) ส่งผลในการขัดขวางการจัดการกับความเจ็บป่วย รวมถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา

การสนับสนุนความรู้และแหล่งของอำนาจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยให้บุคคลพัฒนาตนเองเพื่อป้องกันหรือลดการสูญเสียพลังอำนาจได้ (Miller, 1992) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมสุขภาพจะช่วยพัฒนาความร่วมมือ ความเชื่อมั่นในความสามารถและควบคุมการใช้ยาได้ดีขึ้น Gibson (1995) ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาของเด็กป่วยเรื้อรังด้วยโรคระบบประสาท โดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจในการเพิ่มศักยภาพของบุคคลในครอบครัวให้เกิดความรู้สึกที่ดี ได้รับความรู้ที่ถูกต้อง ส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวพบว่าสามารถพัฒนาสมรรถนะเชิงความรู้ ความคิด ความเข้าใจและการรู้จักตนเอง ยอมรับความจริง ควบคุมตนเอง มีความมั่นใจและพยายามแก้ปัญหาด้วยตนเองได้เหมาะสม การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกระทำควบคู่กัน เนื่องจากเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกันมากที่สุดและเกือบตลอดเวลา มีส่วนร่วมในการที่จะช่วยเหลือกันในการควบคุมโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา เพื่อให้ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ เป็นการเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสนในการกำหนดแนวทางการดูแล และควบคุมสุขภาพของตนเองในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการช่วยให้ตระหนักในจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน การได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันในการค้นหาปัญหา พัฒนาการดูแลสุขภาพของตนรวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนภายใต้การสนับสนุน ข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ (ดารณี จามจรี, 2545)

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นการเพิ่มความสามารถ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีโอกาสนในการกำหนดแนวทางในการดูแลควบคุมสุขภาพร่วมกัน ช่วยให้เกิดความตระหนักในจุดแข็ง สามารถสร้างทางเลือกสำหรับการดูแลสุขภาพ แหล่งของอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) มี 7 แหล่งคือ ระบบความเชื่อ อัตมโนทัศน์เชิงบวก พลังงาน ความอดทนทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ ความรู้และความเข้มแข็งทางกายภาพ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลพัฒนาแหล่งพลังอำนาจนั้น จะส่งผลต่อการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาของแพทย์มากขึ้น โดยพลังอำนาจที่สามารถพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้แก่ แรงจูงใจ ความหวัง การสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมของทีมสุขภาพ ความรู้ ทักษะคิดต่อโรคที่เป็น และการยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ซึ่งจะเป็นปัจจัยที่ทำให้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น

การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องในเรื่องการรับประทานยา ส่วนใหญ่มักทำในรูปแบบการสอนก่อนการจำหน่ายรายบุคคลและรายกลุ่ม การให้ความรู้โดยการสอนมักถือว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นผู้มีอำนาจ มีการสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่สุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนไป นอกจากนี้การมีบทบาทเป็นผู้รับคำแนะนำและปฏิบัติตาม อาจเกิดปัญหาขึ้นได้ถ้าทัศนคติและความเชื่อของครอบครัวต่างจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ที่อาจไม่เข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับวิถีชีวิต บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย เป็นผลให้เกิดความไม่พึงพอใจในการรักษาได้ ส่วนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชนที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก จะให้ความรู้เป็นกลุ่มรวมผู้ป่วยทุกประเภท ให้ความรู้ตามที่เจ้าหน้าที่เตรียมมา และมักเป็นการสื่อสารทางเดียวและเปิดโอกาสให้ซักถามตอนท้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร จิรวัดนกุลและคณะ (2540) ที่พบว่า การปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลฝ่ายกายและโรงพยาบาลจิตเวชปฏิบัติการพยาบาลแบบ "Task oriented" มุ่งการทำงานให้แล้วเสร็จในแต่ละเวร มีการสื่อสารแบบทางเดียวจากพยาบาลสู่ผู้ป่วยในรูปแบบคำสั่ง คำสอนและคำแนะนำ ซึ่งระบบบริการพยาบาลดังกล่าวไม่เอื้อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชน ส่งผลต่อสัมพันธภาพและความร่วมมือในการรักษาได้

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผ่านมามีอยู่ 2 ลักษณะคือ 1) การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย เช่นการศึกษาของ จารูวรรณ จินตามงคล (2541) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและสตรีนทร เขียวโสธร (2545) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถเผชิญปัญหาได้สูงกว่าและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนการศึกษาของ Bling (1998) ที่ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งขาวจีน และบทบาทของกลุ่มสนับสนุนกันเอง พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลองทำให้ได้ผลลัพธ์ ที่มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมในด้านการให้ความหมายต่อชีวิต ความหวัง ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ การยอมรับการเจ็บป่วย ความคิดทางบวก รวมถึงความผาสุกทางจิต 2) การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลพบว่ามีเพียงการศึกษาของ สมคิด ตีระราช (2545) ซึ่งศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกจิตเวชหอผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่าภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังการใช้โปรแกรมน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรม และมีคะแนนพลังอำนาจ 60 คะแนนขึ้นไปจาก 100 คะแนน อย่างไรก็ตามการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 2 ลักษณะยังเป็นการปฏิบัติการพยาบาลแบบแยกกลุ่มกัน ในความเป็นจริงผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องใช้ชีวิตร่วมกัน มีการดูแลช่วยเหลือกัน การศึกษาของ อุมมาพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่าปัจจัยด้านครอบครัวคือ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทและสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hogarty et al.(1986); Tamminga and Schulz (1997 cited in Oehl et al.,2000) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์สูงจะเกี่ยวข้องกับการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่วนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ผ่านมาเป็นการจัดกระทำในโรงพยาบาลขณะที่ผู้ป่วยกำลังรับการรักษาซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจำเนื้อหาที่สอนได้ทั้งหมดภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากช่วงเวลาผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนั้น ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงจากการเจ็บป่วย และจากการได้รับข้อมูลใหม่เป็นจำนวนมาก (Nicklin,1986) ร่วมกับการที่ผู้ป่วยต้องจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลค่อนข้างเร็วบางครั้งยังมีอาการหลงเหลืออยู่จึงทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองหลังจำหน่ายไม่ถูกต้อง

ดังนั้นการสนับสนุนแหล่งพลังอำนาจต่างๆ จึงควรกระทำร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล การศึกษาของ อัญชลี วิฑูระประ (2537) พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวก

กับการปรับตัวของผู้ป่วย สัมพันธภาพในครอบครัวจะก่อให้เกิดการเข้าใจความรู้สึก (identification) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความผูกพัน (Bonding) Turner RH.(1970 cited Friedman, 1981 อ้างถึงใน อัญชลี ลีตะปุระ,2537) กล่าวว่าการเข้าใจความรู้สึกหมายถึง ทำที่ที่บุคคลรับรู้ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลอื่นราวกับว่าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับตนเอง การเข้าใจความรู้สึกจะก่อให้เกิดความผูกพัน ส่งผลให้บุคคลมีความไวต่อบุคคลที่เขาผูกพันด้วยทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของนำไปสู่การปฏิบัติหน้าที่และบทบาทที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความพยายามที่จะเผชิญปัญหา และเอาชนะปัญหาร่วมกัน เช่น ร่วมกันหาข้อมูล หาแนวทางและตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหา (รุจา ภูโพบูลย์,2537) สถานที่ในการจัดกระทำควรเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าถูกควบคุมหรือรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ผู้วิจัยจึงเลือกทำ กิจกรรมที่บ้านผู้ป่วย เนื่องจากเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลคุ้นเคย มีความภาคภูมิใจและ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมสุขภาพ จะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเลือกแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ คือมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ทั้งยังลดรายจ่ายของครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการเสริมสร้างอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้านว่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาแตกต่างกันอย่างไรระหว่างก่อนและหลังการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่าผลการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ ดาร์ณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) ซึ่งนำแนวความคิดพยาบาลและแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) มาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพโดยมีการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ขั้นตอนคือ การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจรรณญาณ การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร การดำเนินการด้วยตนเอง และการปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาปรับใช้กับผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท มีการทำกิจกรรมกับผู้ป่วย กิจกรรมที่กระทำกับผู้ดูแลโดยมีผู้ป่วยหรือผู้ดูแลอยู่ร่วมรับรู้ด้วยและกิจกรรมที่กระทำร่วมกันของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยปรับขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็น 4 ขั้นตอนคือรวมการ สร้างสัมพันธภาพและการค้นหาสภาพการณ์จริงไว้ด้วยกันไว้เป็นขั้นตอนเดียวกันเนื่องจากผู้วิจัยได้ พบผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนทำการทดลองเมื่อคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองและที่บ้านขณะที่มีการ ประเมินผลก่อนการทดลอง ได้พูดคุยและสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลระดับหนึ่งแล้ว และ การค้นหาสภาพการณ์จริงเป็นการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการซึ่งขั้นตอนหนึ่งของ สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ผู้วิจัยจึงจัดเป็นขั้นตอนเดียวกัน และรวมขั้นตอนการดำเนินการ ด้วยตนเองและการปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติไว้ด้วยกันเนื่องจากเป็นขั้นตอนที่ ผู้ป่วยและผู้ดูแลลงมือปฏิบัติการแก้ปัญหาและทำกิจกรรมด้วยตนเองโดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษา และเสริมสร้างความมั่นใจ ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจในการวิจัยครั้งนี้คือ 1) การสร้าง สัมพันธภาพและการค้นหาสภาพการณ์จริง 2) การสร้างพลังเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยารักษาอาการ ทางจิตโดยการสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การสร้างแหล่งของอำนาจโดยการให้ ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร 4) การดำเนินการด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ

การสร้างสัมพันธภาพและการค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วยและผู้ดูแล การสร้าง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในผู้ป่วยจิตเภท (Oehl Hummer and Fleischhacker, 2000; อุมพร กาญจนรักษ์, 2545) การที่ พยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลจะทำให้เกิดแรงจูงใจ ความไว้วางใจและ ความร่วมมือ ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง แรงจูงใจเป็นหนึ่งในแหล่งพลังอำนาจที่สามารถสร้าง ให้เกิดขึ้นได้ (Miller, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536); สาธุพร พุฒขาว (2541); Kayama et al., (2001) และ Kumar and Sedgwick (2001) ที่พบว่าสัมพันธภาพ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทได้

การสร้างพลังเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยารักษาอาการทางจิตโดยการสะท้อนความคิดอย่างมี วิจารณญาณ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลพยายามทบทวนเหตุการณ์อย่างรอบด้านเพื่อการ ตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมฝึกทักษะการทำความเข้าใจปัญหา การหา ทางเลือก เมื่อบุคคลค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริงจะเกิดความคับข้องใจในการดูแลที่ได้รับ ส่งผลให้บุคคลพัฒนาตนเอง กลับมามองปัญหา ประเมินและวิเคราะห์สิ่งที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ ทำให้เกิดความเข้าใจชัดเจน เกิดความรู้สึกรู้พลังอำนาจในการควบคุมตนเองและเหตุการณ์ มี ทางเลือกในการปฏิบัติ ตระหนักถึงความเข้มแข็งความสามารถของตน นำไปสู่การตัดสินใจเลือก วิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง (Gibson, 1995) ดังนั้น

เมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจสถานการณ์ที่เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อการรักษา ผู้ป่วยและผู้ดูแลก็จะสามารถเผชิญกับปัญหาเหล่านั้นได้

การสร้างแหล่งของอำนาจโดยการให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลสามารถคาดการณ์สถานการณ์ การดำเนินโรคและพยากรณ์โรคได้ มีการตัดสินใจที่เชื่ออำนาจต่อการปฏิบัติ นอกจากนี้การให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร ยังเป็นการส่งเสริมพลังความสามารถ10ประการ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการดูแลตนเองหรือผู้ป่วย (Orem,2001) และเป็นการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจ ทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเองและผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น จากการศึกษาปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าส่วนใหญ่มีสาเหตุจากผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา ความรู้เกี่ยวกับยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์,2536; จลี เจริญสรรพ, 2538; ทานตะวัน แยมบุญเรือง,2540; สาธุพร พุฒขาว,2541;Gualtiere,1999; Kumar and Sedgwick,2001; Marland and Cash, 2001;Tungpunkom,2000;วาสนา ปานดอก ,2545) ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ การสร้างแหล่งของอำนาจโดยการให้ข้อมูล ความรู้ทักษะและแหล่งทรัพยากรสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจและเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yamashita (1996) Musker (1997) Azin and Teichner (1998) Kayama et al.,2001 และ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545)

การดำเนินการด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด โดยมีเป้าหมายคือความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เรียนรู้ในการคงพฤติกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพและสร้างความรู้สึกร่วมร่วมในการรักษา (Gibson,1995) ให้ความมั่นใจ ให้ข้อมูล เพื่อเป็นแรงจูงใจในการกระทำ

การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งผลกระทบต่อการบรรลุผลสำเร็จของการรักษา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ที่สูญเสียพลังอำนาจแต่ต้องรับภาระหนักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการสูญเสียพลังอำนาจเป็นเวลานาน จะเกิดความเครียดเรื้อรังทำให้สภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกแปรเปลี่ยนไปเกิดเป็นความเบื่อหน่าย สิ้นหวัง มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง เพิกเฉยต่อบทบาท ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ

Razali and Yahya (1995) ศึกษาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศมาเลเซีย พบว่า ความช่วยเหลือของครอบครัวมีความสำคัญ ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา คือ การนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด หรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยที่สามารถไปพบแพทย์ได้เองไปโรงพยาบาลตามนัด การช่วยเหลือจ่ายค่ายา การดูแลให้ผู้ป่วย

รับประทานยา ที่สำคัญคือการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า หรือการเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา รวมทั้งการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วยซึ่งจากการวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีผู้สนับสนุนเรื่องเหล่านี้มีพฤติกรรมการใช้ยาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแล แม้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจะสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ (สรินทร์ เชี่ยวโสธร ,2545) แต่เนื่องจากการป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพเสื่อมถอยลง การตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยลดลง ทั้งยังมีปัญหาเรื่องการดูแลตนเองโดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยา จึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวหรือผู้ดูแล ดังนั้นเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทให้ยั่งยืนและลดการป่วยซ้ำจึงจำเป็นต้องมีการปฏิบัติการ ดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลที่กระทำร่วมกัน ผู้วิจัยจึงได้จัดทำแผนการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลขึ้น โดยมีการประเมินแหล่งพลังอำนาจ ค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังอำนาจที่มีผลต่อการใช้ยา การยอมรับการเป็นหุ้นส่วน คุณค่า และความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแล เสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ตนเอง เพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยและผู้ดูแลมีหลายวิธี แต่ละวิธีมีระยะเวลาที่ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจแตกต่างกัน เช่น การศึกษาของ จารุวรรณ จินดามงคล (2541) ที่ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคลเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ประเมินผลหลังการทดลองทันที พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการเผชิญปัญหามากขึ้น ดารณี จามจรี (2545) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคลเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ มีความสามารถในการเผชิญปัญหามากขึ้นและพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น สรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทรายกลุ่มเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ประเมินผลหลังจบโปรแกรม 2 สัปดาห์ พบว่าสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาใน ผู้ป่วยจิตเภทได้สูงขึ้น สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาที่บ้านแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท เปรียบเทียบกับการให้สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ประเมินผลหลังสิ้นสุดการให้สุขภาพจิตศึกษาครั้งที่ 5ทันที พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาที่บ้านแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท สามารถเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

จะเห็นได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการสนับสนุนความรู้และแหล่งของอำนาจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยให้ผู้ดูแลพัฒนาตนเองเพื่อป้องกันหรือลดการสูญเสียพลังอำนาจได้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น ภายหลังผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยทำการทดลองที่บ้านของผู้ป่วย ในเขตอำเภอเมือง อำเภอพุนพิน และอำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2. ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชอย่างน้อย 1 ครั้ง และผู้ดูแลคือ บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรคนใดคนหนึ่ง

3. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำจำกัดความ

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต ซึ่งวัดจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher(1999) และเพชรี คันธสายบัว(2544) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1. การใช้ยาตามแผนการรักษา คือการรับประทานยาถูกต้องซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

2. ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา คือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้ถูกต้อง

การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล หมายถึง การปฏิบัติกรพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยใช้แผนการพยาบาลซึ่งเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ ดารณี จามจุรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งเน้นการให้ข้อมูล ความรู้ การสนับสนุนให้เกิดการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจ การประเมินแหล่งพลังอำนาจ เสริมสร้างแรงจูงใจ เสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง และคงไว้ซึ่งพลังความสามารถในการจัดการกับปัญหา เพื่อให้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัว เป็นเวลา 4 สัปดาห์มีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม 4 ขั้นตอนคือ

1. การสร้างสัมพันธภาพและการค้นหาสถานการณ์จริงเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา โดยการแนะนำตนเอง ที่แจ่มชัดวัตถุประสงค์ ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลปรับเปลี่ยนทัศนคติและสร้างแรงจูงใจในการค้นหาปัญหาตามสภาพการณ์จริง ค้นหาความต้องการด้านสุขภาพและกิจกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ประเมินแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกัน กำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

2. การสร้างพลังเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยารักษาอาการทางจิตโดยการสะท้อนคิดอย่างมีวิจรรณญาณ โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทำความเข้าใจปัญหา แนวทางในการจัดการกับปัญหาโดยพยาบาลให้ข้อมูลเพิ่มเติม ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันวางแผนกำหนดเป้าหมายเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและตระหนักว่าการแก้ปัญหาขึ้นอยู่กับให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล

3. การเสริมสร้างแหล่งของอำนาจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลพูดถึงความต้องการการสนับสนุน ประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การสื่อสาร การแสดงอารมณ์ในครอบครัวและแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ

4. การดำเนินการด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งพลังที่จะปฏิบัติ โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลฝึกการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา โดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมา เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าสามารถเผชิญปัญหาได้ ความมั่นใจเป็นแรงจูงใจให้กระทำ ซึ่งให้เห็นถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ถูก ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้กำลังใจซึ่งกันและกัน พยาบาลให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้มแข็ง รับรู้ความสามารถของตนเองอย่างถูกต้อง ส่งผลในการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ ไม่มีการป่วยซ้ำ

2. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย เสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
2. การดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.1 ผู้ดูแลกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
 - 3.2 บทบาทผู้ดูแลในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา
4. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท
 - 4.1 ความหมายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท
 - 4.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 - 4.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
5. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 5.1 ความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 5.2 องค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 5.3 การพยาบาลผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 5.4 บทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง โรคจิตกลุ่มหนึ่งที่มีความผิดปกติทางจิตใจ แสดงออกในลักษณะของความแปรปรวนทางความคิด (thought) อารมณ์ (affect) การรับรู้ (perception) และ พฤติกรรม (behavior) โดยเฉพาะแนวความคิดจะแปรปรวนผิดปกติไปจากความเป็นจริงมาก จนผู้รู้บางคนจัดโรคจิตเภทว่าเป็นโรคจิตที่มีความผิดปกติทางความคิด (thinking disorder) (วรกช นิธิกุล, 2535) สาเหตุของโรคนี้ยังไม่ทราบแน่ชัดและยังเป็นที่ถกเถียง

กันโดยไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ (Baker, 1989 ; ไพรต์น พฤษชาติคุณากร, 2534) อย่างไรก็ตามพอจะสรุปสาเหตุที่เกิดโรคได้ว่า โรคจิตเภทอาจเกิดจากสาเหตุทางชีวภาพ (Biological) เช่น ความผิดปกติของสารส่งพลังงานในระบบประสาท (neurotransmitters) ประสาทพยาธิวิทยา (Neuropathology) และพันธุกรรม (genetic) ซึ่งหลักฐานจากการศึกษาวิจัยพบว่า พันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท (ฟินลดา มุลาดี และ นเรศร์ มุลาดี, 2537) และน่าจะมีอิทธิพลมากกว่าสิ่งแวดล้อม (ไพรต์น พฤษชาติคุณากร, 2534) นอกจากนี้ยังมีสาเหตุทางด้านชีวภาพอื่นๆ ที่ทำให้เกิดโรคจิตเภทได้ เช่น สมอพิการ โรคลมชัก การใช้ยาหรือแอลกอฮอล์ที่ไม่ถูกต้อง ต่อมไทรอยด์ผิดปกติ หรือโรคติดเชื้อ (เลอสรร์ค์ พุ่มชูศรี, 2531)

ส่วนสาเหตุทางด้านจิตสังคม (Psychosocial) ได้แก่ การปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคลในครอบครัว (family transaction) เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับบุตร ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคจิตเภท ได้แก่ การที่บิดามารดาตั้งความหวังในตัวบุตรสูงเกินไป ความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารกที่บกพร่องโดยเฉพาะด้านความรัก ความไม่เสมอต้นเสมอปลายของมารดา ครอบครัวมีปัญหาทางจิต เช่น บิดาและมารดามีปัญหาทางด้านบุคลิกภาพ บิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภท บิดามารดามีความขัดแย้งกันและพยายามดึงลูกให้เป็นพวกเดียวกับตน หรือบิดามารดามีนิสัยชอบข่มขู่ โหดร้าย ก้าวร้าว หรือติดยา บิดาหรือมารดาเป็นรักร่วมเพศ นอกจากนี้ อาจเกิดได้จาก การที่บิดามารดาพูดอย่างทำอย่าง (double bind transaction) และการที่เด็กต้องเป็นผู้รองรับความโกรธที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว และได้พบเห็นนิสัยชอบโทษคนอื่น (projection) ปฏิเสธ (denial) หรือโกหกกันในครอบครัวเป็นประจำ (สุวิทนา อารีพรรค, 2524) ส่วนรูปแบบของครอบครัวที่สัมพันธ์กับโรคจิตเภทนั้นยังไม่มีทฤษฎีใดสนับสนุน (ไพรต์น พฤษชาติคุณากร, 2534) แต่ทว่าลักษณะของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต หากว่าเมื่อใดผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าที่ไม่ดี และ/หรือไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมอาจทำให้อาการแสดงทางบวกกำเริบขึ้นมาได้

อาการของโรคจิตเภท ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าหญิง โดยชายและหญิงพบได้พอกๆกัน อาการของโรคแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542; Taylor, 1994)

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms/Type I Syndrome) ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม อาการแสดงที่เด่นชัดเช่นความคิดหลงผิด (Delusion) อาการประสาทหลอน (Hallucination) พูดจาสับสนเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว (Disorganize speech) และมีพฤติกรรมแสดงออกที่ผิดไปจากเดิม (Bizarre behavior)

2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms/Type II Syndrome) คือ ภาวะที่ผู้ป่วยขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึกความต้องการสิ่งต่างๆ ได้แก่ 1) A Logia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ 2) Affective flattening การแสดงออกทางอารมณ์

ลดลงมาก หน้าตาเฉย ไม่สบสายตา 3) volition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจการแต่งกายและ 4) A sociality เก็บตัวเฉยๆไม่ค่อยแสดงออกหรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

การดำเนินโรค การดำเนินโรคแบ่งเป็น 3 ระยะ (มานิช หล่อตระกูล, 2542) คือ

1.ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานแย่ง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม เก็บตัวอยู่ในห้อง ละเลยสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจศาสนาหรือจิตวิทยา มีการใช้สำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมแปลกๆแต่ไม่ถึงกับมีความผิดปกติ ชัดเจน คนใกล้ชิดมักมองเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไป ระยะเวลาในช่วงนี้โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแย่งเรื่อยๆ

2.ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบมากขึ้นเรื่อยๆ โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3.ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) เป็นระยะที่ไม่มีอาการหรือบางรายอาจมีอาการแต่ไม่รุนแรง ในระยะนี้ส่วนมากพบอาการทางลบ เช่นมีพฤติกรรมการทำงานที่น้อยลง ไม่สนใจสิ่งอื่น ไม่สามารถรักษาทักษะการติดต่อทางสังคมได้ ในระยะนี้จะนานประมาณ 6 เดือนหลังจากที่มีอาการกำเริบ บางรายอาจนานกว่านี้ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจไม่ดีและอาการส่วนใหญ่จะกำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ

การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท เป็นที่ยอมรับกันว่ายารักษาโรคจิตสามารถรักษาโรคจิตเภทได้ดี ดังนั้นการรักษาทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้านจึงเน้นการรักษาด้วยยาเป็นหลักและให้การดูแลด้านจิตสังคมร่วมด้วย ซึ่งทำให้ ผู้ป่วยอาการดีขึ้นกว่ารักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว การรักษาโรคจิตเภทมีหลายวิธี เช่น

1. ยารักษาโรคจิต การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากใช้เพื่อควบคุมอาการแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ การรักษาด้วยยาแบ่งได้เป็น 2 ระยะ

1.1. ระยะควบคุมอาการ เป็นการรักษาในช่วงอาการกำเริบ เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว สามารถนอนหลับได้ในเวลากลางคืน อารมณ์หงุดหงิดหรือพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง ในช่วงที่รักษาด้วยยารักษาโรคจิต ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการข้างเคียงจากยา เช่น มือสั่น ทำอะไรช้าลง หรือปวดเกร็งกล้ามเนื้อ แพทย์ก็อาจลดขนาดยารักษาโรคจิตลง หรือหากเห็นว่าลดขนาดยาไม่ได้เพราะอาการยังมากอยู่ ก็จะให้ยาช่วยแก้ อาการข้างเคียงเหล่านี้ร่วมไปกับยารักษาโรคจิต

1.2. ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบลง ผู้ป่วยยังคงจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อป้องกันมิให้อาการกำเริบขึ้นมาอีก ขนาดของยาที่ใช้ในระยะนี้จะต่ำกว่าในระยะแรก อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาทางจิตอย่างสม่ำเสมอ อาการทางจิตก็อาจ

กำเริบใหม่ได้อีกเป็นช่วงๆ โดยส่วนใหญ่จะเริ่มด้วยอาการนอนไม่ค่อยหลับ หงุดหงิดง่าย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่สังเกตเห็นความผิดปกติของตน การสนใจเอาใจใส่ของญาติจึงเป็นสิ่งสำคัญ สิ่งที่น่าสังเกตอย่างหนึ่งของอาการเริ่มแรกที่จะกลับมาเป็นในแต่ละคนมักจะเป็นแบบเดิมๆ ทุกครั้ง ระยะเวลาในการรักษาส่วนใหญ่เห็นว่าในผู้ที่เป็นอย่างแรกนั้น หลังจากอาการโรคดีขึ้นแล้ว ควรกินยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรกินยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ อาจต้องกินยาต่อเนื่องตลอดไป

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า ในผู้ป่วยจิตเภทมักไม่ได้ผลดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต นอกจากนี้ยังใช้ใน ผู้ป่วย Catatonic หรือผู้ป่วย Severe Depress

3. การดูแลรักษาด้านจิตใจและสังคม เพื่อฟื้นฟูด้านจิตใจและสังคม โดยพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีพบำบัดและนักสันตนาการบำบัด มีการทำกลุ่มกิจกรรมต่างๆ เช่น

3.1. การทำจิตบำบัด (psychotherapy) เป็นกระบวนการรักษาโดยใช้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับการบำบัด เน้นเฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญและเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ยังมีกลุ่มจิตบำบัดรายบุคคล

3.2. ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) เป็นการให้ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแลเกี่ยวกับเรื่องของโรคและปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น ครอบครัวมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเองเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้ การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะช่วยลดการกำเริบใหม่ของโรคได้

3.3. กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มแก่ผู้ป่วยขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ผู้นำกลุ่มจะต้องมีความรู้พื้นฐานในเรื่องการรักษาแบบกลุ่ม นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มต้องมีทักษะการริเริ่ม เอื้ออำนวยให้สมาชิกแสดงความรู้สึก การรักษากฎกติกา การฟัง การตั้งคำถาม การสะท้อนเนื้อหาและความรู้สึก การทำกลุ่มบำบัดจะช่วยลดปัญหาการแยกตัวและอยู่ในโลกของความเป็นจริงมากขึ้น

3.4. นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ผู้ป่วยปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ร่วมกันในสังคม ส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

2. การดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ปัจจุบันนโยบายการรับและจำหน่ายผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากไม่จำเป็นต้องรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล การรับผู้ป่วยเน้นเฉพาะรายฉุกเฉินและรีบด่วนเท่านั้น และจะใช้เวลารักษาอยู่ในโรงพยาบาลในช่วงระยะสั้นๆ จากนั้นจะจำหน่ายผู้ป่วยให้รับยากลับไปรักษาต่อในชุมชนเดิมของตน การที่ผู้ป่วยต้องกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนและครอบครัวเร็วขึ้น ประกอบกับพยาธิสภาพของโรคที่หลงเหลืออยู่ทำให้การดำรงชีวิตของผู้ป่วยในชุมชนประสบกับปัญหาต่างๆ มากมาย จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่ามีการดำเนินชีวิตดังนี้

จากการศึกษาประสบการณ์จริงของผู้ป่วยของ พันธุ์ณา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2540) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนประสบกับปัญหาคือ เมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตคนทั่วไปพยายามหลีกเลี่ยง ไม่อยากคุยด้วย ไม่ยอมรับพยายามหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วย มีความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วย บางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้ผู้ป่วยเห็น ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าง่ายเป็นคนที่ไม่น่าเชื่อถือ ไร้ใจไม่ได้ นอกจากนี้สังคมยังมองว่าไร้ความสามารถ ขาดอิสรภาพในการตัดสินใจ บางรายถูกทอดทิ้ง ต้องใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยว และประสบกับปัญหาในเรื่องของการหาที่พักอาศัย การหางานทำ ไม่มีคนจ้างงาน หรือบางครั้งให้ค่าจ้างต่ำกว่ามาตรฐาน ซึ่งการศึกษาของ ทิวาพร พูเพื่อง (2544) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกร้อยละ 57.7 ไม่มีงานทำและร้อยละ 50 ไม่มีรายได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ เกิดสว่าง (2538) ที่ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพและรายได้บิดามารดาต้องอุปการะด้านการเงิน

การศึกษาของ สุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลคือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จะพบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมักแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบางรายมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่น จะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนหรือสองคนเท่านั้น และมักเกิดปัญหาความคับข้องใจในครอบครัวเนื่องจากครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยตาม คำแนะนำที่ได้รับก่อนที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้าน

การศึกษาของ เพลินพิศ จันท์ศักดิ์ และคณะ (2539) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทขาดความสามารถในเรื่องการดูแลตนเองในด้านการรับประทานยา ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และไม่สามารถทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวได้ ทำให้ญาติต้องช่วยเหลือทั้งด้านการตัดสินใจ ความคิด

การทำงาน และการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Davis (1974 อ้างถึงใน ดารา ศัตรูลี และคณะ,2539) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการกระทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า การกระทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนยังมีลักษณะของการ เป็น ผู้ป่วยโรคจิต มีความยุ่งยากในการทำกิจกรรมทางสังคม มีลักษณะต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ไม่มีเพื่อน และมีนิสัยทางสังคมไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยร้อยละ 33-37 ไม่สามารถพบปะผู้อื่นได้โดยไม่แสดง พฤติกรรมที่แปลกๆ ผู้ป่วยร้อยละ 20 มีนิสัยการกินไม่เรียบร้อย และปฏิเสธการรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกอื่นในครอบครัว มักใช้เวลาว่างในการนั่งนิ่งเฉยๆ การทำกิจกรรมเพื่อความ เพลิดเพลินจะจำกัดอยู่ที่การดูรายการโทรทัศน์และฟังวิทยุ ซึ่งไม่ต้องพบปะกับสมาชิกอื่น ถ้าจะ ไปเยี่ยมสมาชิกอื่นจะต้องไปกับสมาชิกครอบครัว

สรุปได้ว่าผู้ป่วยมีการปรับปรุงด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมน้อยมาก ทำให้เกิดปัญหา ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งจะพบว่าเป็นปัญหาในด้านการแสดงออกทางอารมณ์ เช่นการที่ สมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติในเชิงลบกับผู้ป่วย มีการแสดงความรักความสงสารน้อย ไม่สนใจ ความรู้สึกของผู้ป่วย และรู้สึกว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระกับสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่เข้าใจคำแนะนำของบุคลากร ไม่กล้าถามบุคลากรทางสุขภาพ เกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง มีปัญหาการติดต่อสื่อสาร(นิตยา ตากวิริยะนันท์ และชื่นสุมน สุยะชีวิน ,2536) ไม่ได้บอกให้ญาติทราบเมื่อมีอาการเตือนต่างๆเช่นนอนไม่หลับ หดหู่ ท้อแท้ เศร้าใจ (พวง เพ็ญ เจียมปัญญาธิ และคณะ,2542)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจะมีปัญหาการปรับตัวเข้ากับญาติในเรื่องพฤติกรรมการกินยา ผู้ป่วยมักหยุดยาเอง ญาติไม่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ ปัญหาสังคมขาดความ นับถือศรัทธา ถูกล้อเลียนและรังเกียจ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย,2542) แม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชนบางส่วนต้องประสบกับปัญหาดังกล่าวข้างต้น แต่ก็มีผู้ป่วยจิตเภทอีกส่วนหนึ่งที่สามารถ ดูแลตนเองและดำรงชีวิตในชุมชนได้เช่น การศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย จิตเภทในโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ของสุเมธนา บุญชัย (2545) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ในด้านการทำความสะอาด ร่างกาย อาหาร น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อน และนันทนาการ ด้านการรับประทานยา การ จัดการกับอาการต่างๆ และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

สรุปได้ว่าปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนคือปัญหาในเรื่องการสร้าง สัมพันธภาพ การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน ปัญหาการยอมรับจากสังคม รวมทั้งการมี อาการของโรคหลงเหลืออยู่ทำให้เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

มีผู้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้หลายท่านเช่น Horowitz (1985) ให้ความหมายของญาติผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ จำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการใช้เวลาในการดูแลซึ่งประกอบด้วยญาติผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยตรง (give direct care) โดยให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ ญาติผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง (indirect care) หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า นอกจากนี้ยังมี ผู้ให้ความหมายของผู้ดูแลอีกกว่าเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยมีส่วนช่วยส่งเสริมความอยู่รอดและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา เนื่องจากบุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ (Orem,1991) ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดอื่น ๆ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินหรือของรางวัลใดๆ (ดรุณี คชพรหม, 2543)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลซึ่งทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง สม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าบุคคลอื่นๆ อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย มีความเกี่ยวข้องเป็น สามี ภรรยา บิดา มารดา พี่น้อง บุตรหลาน หรือญาติของผู้ป่วย และไม่ได้รับค่าจ้างหรือเงินตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย

3.1 ผู้ดูแลกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้และพฤติกรรม ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ การเผชิญกับความบกพร่องและการขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (Mc Bride and Austin, 1996) ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องทำหน้าที่ให้การดูแลที่บ้านเป็นระยะเวลานาน หรืออาจต้องดูแลตลอดชีวิต (jone,1996) ซึ่งความรับผิดชอบของผู้ดูแลที่ต้องปฏิบัติต่อ ผู้ป่วยที่บ้านมีดังนี้ (Horowitz,1982 cite in Davis,1992 อ้างถึงใน ดรุณี คชพรหม, 2543); Oberst (1990 อ้างถึงใน จริยา วิทยะศุกร, 2539) ; ทูลภา บุปผาสังข์ (2545)

3.1.1 การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ ในการดูแลมีหลักที่สำคัญคือ ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด ผู้ดูแลช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้หรือทำไม่ได้ไม่สมบูรณ์ โดยสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง กิจวัตรประจำวันนี้ ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

3.1.1.1. การรักษาความสะอาดร่างกาย ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความบกพร่องในการดูแลความสะอาดร่างกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม การรักษาความสะอาดเล็บ

3.1.1.2. การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำงานเล็กๆน้อยๆภายในบ้าน เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน แม้ไม่ใช่งานอาชีพที่มีค่าตอบแทนที่เลี้ยงตนเองได้ แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตอนที่มืออยู่ อีกทั้งช่วยเบี่ยงเบนความคิดฟุ้งซ่านให้มาอยู่กับงานที่ทำ

3.1.1.3. การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ การรับประทานยาต่อเนื่องเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย คือ ขาดสมาธิ ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ดูแลต้องดูแลใกล้ชิด โดยคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลต้องจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน และติดต่อกับโรงพยาบาลเพื่อรับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

3.1.1.4. การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ตรงเวลาและได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ การรับประทานอาหารตรงเวลาจะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาหลังอาหารได้ครบตามแผนการรักษา ควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ ย่อยง่าย รับประทานผักและผลไม้เพื่อช่วยให้ระบบขับถ่ายสะดวก

3.1.1.5. การดูแลผู้ป่วยด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยหญิงบางคนอาจแต่งหน้า เข้ม ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด ไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า พฤติกรรมเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำให้ผู้ป่วย ปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับกาลเทศะ

3.1.1.6. การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง ในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันหลายวัน ผู้ดูแลต้องสังเกต หาสาเหตุ หรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

3.1.1.7. การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยอาจจะเป็นการช่วยงานบ้าน ซุดดิน ดายหญ้า จะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายดีขึ้น ทำให้ร่างกายแข็งแรง

3.1.1.8. การฝึกทักษะทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน จะมีความบกพร่องในการออกสู่สังคมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นทักษะการรับประทานอาหาร การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับกาลเทศะ ผู้ดูแลจะต้องสอนและฝึกให้ผู้ป่วยปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

3.1.1.9. การปรับตัวในการเผชิญกับปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอน

ให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วย

3.1.1.10. การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตร รวมทั้งการไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา การสวดมนต์ ไหว้พระ

3.1.1.11. การสร้างความมั่นใจให้ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ควรให้คำชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

3.1.2 การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆเกิดขึ้นในชีวิตเช่น ว่างาน ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก เสียภาพลักษณ์ของตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวเคยประกอบอาชีพมีรายได้เลี้ยงครอบครัว เมื่อป่วยทำให้สูญเสียรายได้และสถานภาพทางสังคมไป การดูแลด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงให้มากที่สุด การสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจผู้ป่วยประกอบด้วย

3.1.2.1. การป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความเปราะบางทางจิตใจ ผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิ หรือแสดงท่าที่ไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมสำเร็จ แม้จะเป็นกิจกรรมเล็กๆน้อยๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3.1.2.2. การป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย โดยการลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจให้แก่ผู้ป่วย

3.1.3 การประสานงานกับองกรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น

3.1.4 การให้ความช่วยเหลือด้านการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษา และอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยในคำปรึกษาพยาบาล ตลอดจนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

สรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆคือ การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (direct care) ได้แก่ การบำบัดรักษา การดูแลกิจวัตรประจำวัน และการทำกิจกรรมต่าง ๆ การดูแลระหว่างบุคคล (interpersonal care) ได้แก่ การเป็นแรงสนับสนุนทางอารมณ์ การเฝ้าระวังอันตราย การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย การติดต่อกับสื่อสารกับบุคคลอื่น และการดูแลด้านทั่วไป (instrument care) ได้แก่การจัดการด้านการเงิน การทำงานบ้าน การเดินทาง และการวางแผนทำกิจกรรมอื่นๆ

3.2 บทบาทผู้ดูแลในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระหนักของครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยเฉพาะในช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง มีอาการรบกวน ก้าวร้าว แต่หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวมีการปฏิบัติและการแสดงออกที่เหมาะสม ผู้ป่วยก็จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข ผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้ดังนี้ (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545; ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี, 2531; รจนา กุลรัตน์, 2532; อร่ามศรี เกสจินดา, 2537)

3.2.1. สนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยการเตือนและตรวจสอบให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด

3.2.2. จัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยให้ถูกต้อง ตามชนิดของยาที่ผู้ป่วยรับประทาน ระยะเวลาและขนาดที่รับประทานแต่ละครั้ง และเตือนหรือพาผู้ป่วยไปฉีดยาตามวันนัดทุกครั้ง

3.2.3. สังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น (Townsend, 2000)

3.2.3.1 อาการที่พบบ่อยแต่ไม่มีอันตรายต่อชีวิตเช่น ง่วงซึม ตาแห้ง คอแข็งเดินที่เหมือนหุ่นยนต์ แขนขาและมือสั่น อยู่นิ่งไม่ได้ กระสับกระส่าย

3.2.3.2 อาการข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เช่น กล้ามเนื้อเกร็งอย่างรุนแรง จนผู้ป่วยรู้สึกปวดมาก ลำคอปิด ตาเหลือกขึ้นข้างบน ลิ้นแลบออกมานอกปาก ไข้สูง เหงื่อออกมาก และหัวใจเต้นเร็วโดยไม่รู้สาเหตุ

3.2.3.3 อาการอื่น ๆ ที่อาจพบได้ เช่น หิวบ่อย รับประทานอาหารได้มากขึ้น มีผื่นแดง ผิวดำง่ายเมื่อถูกแสงแดด ตาพร่า ปากคอแห้ง เพศชายอาจมีความต้องการทางเพศลดลง ส่วนเพศหญิงอาจมีประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ

3.2.4. ให้การดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยา (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) เช่น

3.2.4.1 อาการกระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้ ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ทำกิจกรรม รวมถึงการออกกำลังกาย

3.2.4.2 อาการปากแห้ง ท้องผูก บัสสาวะบ่อย ต้องให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อย ๆ ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว รับประทานอาหารที่มีกากมาก กระตุ้นให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และให้กำลังใจว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่มีอันตรายต่อชีวิต

3.2.4.3 กรณีที่พบอาการข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อชีวิตตั้งแต่หนึ่งอาการขึ้นไปผู้ดูแลต้องให้ผู้ป่วยหยุดยาทันที และพาผู้ป่วยมาพบแพทย์

3.2.5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยการพูดให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการรักษาด้วยยา ชมเชย หรือให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือ คอยสังเกตหรือสอบถาม

ผู้ป่วยเรื่องอาการข้างเคียงของยา และถ้าพบต้องรีบให้ความช่วยเหลือทันที แต่ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานยา ควรปฏิบัติดังนี้ (จินตนา ลีละไกรวรรณ, 2542)

3.2.5.1 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า การไม่รับประทานยารักษาโรคจิตจะทำให้อาการกำเริบ และต้องกลับเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลอีก

3.2.5.2 พยายามให้การรับประทานยาของผู้ป่วยเป็นเรื่องปกติ เช่น ถ้ามีสมาชิกในบ้านจำเป็นต้องรับประทานยา ซึ่งอาจเป็นยารักษาโรคจิตหรือยาชนิดอื่นเป็นประจำ ควรให้รับประทานยานั้นพร้อมผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักว่า เป็นเรื่องธรรมดาที่คนเราต้องรับประทานยาเพื่อรักษาโรคที่เป็นอยู่

3.2.5.3 ไม่ซ่อนยาไว้ในอาหารเพราะผู้ป่วยจะขาดความไว้วางใจผู้ดูแล

3.2.5.4 ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา หรือแอบทิ้งยา ควรอธิบายว่าจะต้องพาไปปรึกษาแพทย์เพื่อเปลี่ยนลักษณะยาใหม่โดยอาจเปลี่ยนเป็นยาชนิดแทน และต้องไปฉีดที่สถานพยาบาลเดือนละครั้ง หรือ 2-4 สัปดาห์ต่อครั้ง

3.2.5.5 มีวิธีติดต่อกับแพทย์ผู้รักษาหรือแหล่งบริการใกล้บ้านในกรณีมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วย

3.2.6. ผู้ดูแล ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติด โดยการพูดคุย และทำข้อตกลงกับผู้ป่วย เรื่องการงดเว้นสารเสพติดทุกชนิด รวมถึงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และควรปรึกษาทีมสุขภาพ ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการใช้สารเสพติด

3.2.7. สังเกตอาการเตือนเบื้องต้นก่อนจะเกิดอาการกำเริบ การที่ญาติช่วยสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นของผู้ป่วย และรีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ จะช่วยให้แพทย์ได้ให้การรักษาอาการกำเริบของโรคได้ตั้งแต่ต้น ก่อนที่จะมีอาการรุนแรงมากขึ้น

3.2.8 ไม่ควรให้ยาทั้งหมดไว้กับผู้ป่วย ผู้ดูแลควรรับผิดชอบในการให้ยาแก่ผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์

จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลมีบทบาทที่สำคัญมาก ในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางสุขภาพ ได้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังนั้นการให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ถูกต้อง รู้จักใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจและมั่นใจในความสามารถของตนมากขึ้น ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

4. พฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท

4.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทไว้หลายท่านแตกต่างกันไปเช่น

Dracup and Meleis, (1982) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็น พฤติกรรมของบุคคลที่เลือกปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมและรับพฤติกรรมใหม่ ในทางกลับกันความไม่ร่วมมือในการรักษาจึงหมายถึง พฤติกรรมเดิม หรือการกระทำที่ขัดแย้งกับแผนการรักษาหรือคำแนะนำ ซึ่งอาจเป็นไปได้ในลักษณะ ไม่ปฏิบัติตามหรือปฏิบัตินอกเหนือแผนการรักษา

Sackett, Haynes, and Tugwell, (1985) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็น พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงเพื่อการรักษา ไม่ได้หมายความว่าเพียงการรับประทานยา แต่หมายถึงวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อการรักษา ทั้งความยินยอมในการรักษาตามแผนการรักษา การไปตรวจตามนัด

Razali and Yahya (1995) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็น การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้องจะแสดงออกโดยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยขาดยาเกิน 2 มื้อภายในเวลา 2 สัปดาห์หรือไม่ขาดการมาตรวจตามนัดเกิน 1 ครั้ง

Farragher (1999) ให้ความหมายของพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทว่าจะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยาการใช้ยาผิดเวลา การใช้น้อยกว่าแผนการรักษา และการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา

Kumar and Sedgwick (2001) ให้ความหมายของการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาว่า สามารถอธิบายได้ด้วยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา หรือการใช้ยาที่อาจจะผิดพลาดได้บ้างเป็นบางครั้ง ซึ่งการใช้ยาที่ผิดพลาด 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ Kumar and Sedgwick ยังถือว่าเป็นการใช้ยาที่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา แต่ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาเฉพาะเมื่อมีอาการแสดงของโรครุนแรงขึ้นหรือหยุดใช้ยา จะแสดงถึงการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา

สาธุพร พุฒขาว (2541) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาว่า เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับแผนการรักษา

และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ในเรื่องของการรับประทานยา ร่วมกับมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

เพชรี คันธสายบัว (2544) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็น การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ นอกจากนี้พฤติกรรม การใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ที่มีพื้นฐานความเชื่อว่าการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และการสังเกตอาการตนเองจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็น การปฏิบัติของผู้ป่วย เกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยจะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มื้อ ติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาดโดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็น การปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท มีการใช้คำอื่น ๆ อีก ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยา ความร่วมมือในการรักษา ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งแต่ละคำให้ความหมายใกล้เคียงกัน เช่น

Mc Cord, (อ้างถึงในสุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536) ให้ความหมายความร่วมมือในการรักษา หมายถึงการที่ผู้รับบริการยินยอมที่จะปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ ข้อบังคับ หรือข้อเสนอนะที่ผู้ให้บริการแนะนำให้ปฏิบัติ เพื่อผลดีของการรักษา รวมทั้งคำแนะนำในเรื่องพฤติกรรมต่างๆ เช่นการใช้ยา การควบคุมอาหาร การปฏิบัติตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ

ภิรมย์ กมลรัตนกุล (2530) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง ความร่วมมือของผู้ป่วยคือรับประทานยาด้วยจำนวนและขนาดที่ถูกต้อง มารับบริการอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

Malahy,(1966 อ้างถึงใน Blackwell, 1976) กล่าวว่า ลักษณะการไม่ให้ความร่วมมือของผู้ป่วยมี 4 ลักษณะ ได้แก่

- 1) ละเลยการรับประทานยาตามแผนการรักษา
- 2) รับประทานยาผิดวัตถุประสงค์ของการรักษา
- 3) การรับประทาน ยาผิดตามขนาดแผนการรักษาของแพทย์
- 4) จำนวนมือรับประทานยาไม่ตรงกับแผนการรักษา

เนื่องจากความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทที่กล่าวมาข้างต้น มีความหมายที่แตกต่างกัน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความครอบคลุมในด้านของการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และความสามารถในการสังเกตและการจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิตได้เหมาะสม จึงเลือกใช้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทของ Farragher (1999) และของเพชรี คันธสายบัว (2544) ที่กล่าวถึงความสามารถในการสังเกต และจัดการอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา ดังนั้น พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทจึงสรุปได้ว่า เป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา ใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มือติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มือต่อสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาด ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

4.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทเกิดจาก

- 1.สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพที่เกิดจากความรู้สึกไว้วางใจ การได้รับความรู้ จะเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ และจะเกิดผลดีต่อการรักษา (Risser,1975) โดยการศึกษาพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพที่คะแนนสูงสุดรายข้อคือ ผู้ป่วยรู้สึกว่ทีมสุขภาพมีท่าทางเป็นมิตร การพูดคุยกับทีมสุขภาพจะทำให้ ผู้ป่วยสบายใจมากขึ้น ผู้ป่วยเชื่อว่าทีมสุขภาพมีความรู้ที่จะให้คำแนะนำ การรับรู้ถึงสัมพันธภาพที่ดีของผู้ป่วยต่อทีมสุขภาพจึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ว่ที่ศึกษาจะมีระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขึ้น (สาธุพร พุฒขาว, 2542) และ Frank and Gunderson (1990) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เรื้อรังซึ่งมี สัมพันธภาพที่ดีกับผู้รักษา

ภายใน 6 เดือนแรกที่เริ่มมีอาการทางจิต จะมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา และผลลัพธ์ที่ดีของการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงเช่น การดุว่า แสดงท่าทางรังเกียจ รวมทั้งการควบคุมผู้ป่วยมากเกินไปมีผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดสูง ทำให้ขาดแรงกระตุ้นให้ได้รับการรักษาที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพซรี คันธสายบัว (2544) ที่พบว่าการแสดงอารมณ์ของครอบครัวเป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ และการศึกษาของ Hogarty et al.(1986) ; Tamminga and Schulz (1997 cited in Oehl et al.,2000) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์สูงจะเกี่ยวข้องกับการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา

3. อาการทางลบ อาการทางลบทำให้ผู้ป่วยขาดความพึงพอใจในชีวิต ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆและการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Schulz (1997 cited in Oehl et al.,2000) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางลบมีการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ไม่ดี

4. การใช้แอลกอฮอล์ การใช้แอลกอฮอล์มีผลต่อการควบคุมตัวเอง ส่งผลให้ผู้ใช้อัลกอฮอล์มีพฤติกรรมเปลี่ยนไป นอกจากนี้การใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทยังมีผลต่อการเสริมฤทธิ์ของยาจิตเวช (ทวิพร วิสุทธีมรรค,2544) โดยทำให้ยาออกฤทธิ์มากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความรู้สึกไม่สุขสบาย ทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่ายจึงหยุดใช้ยาในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kofoed et al.(1986) ; Barbee et al.(1989) ; Drake , Osher, and Wallach (1986) ที่พบว่าการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา และเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลซ้ำๆมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้ แอลกอฮอล์และสารเสพติด

5. การรับรู้ความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภท เช่นผู้ป่วยที่เชื่อว่าการป่วยทางจิตจะทำให้เกิดผลเสียต่ออาชีพ ชีวิตสมรส สังคม จะมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Adams and Scott (2000) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาระดับดี หรือมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องส่วนใหญ่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ

6. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่อธิบายความคิดความเชื่อของคนต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการรับรู้ที่ขึ้นอยู่กับความเข้าใจ หรือความตระหนักต่อภาวะคุกคามต่อการเกิดโรค ในผู้ป่วยจิตเภทการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ จะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลค้นหาหนทางที่จะหลีกเลี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้น (Baker,1995) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kelly et al.(1987)

;Hogan et al.(1983) และการศึกษาของ เพชรี คันธสายบัว ที่พบว่า การรับรู้ความยากลำบากในการกลับมารักษาซ้ำเกี่ยวข้องกับ การเพิ่มขึ้นของความร่วมมือในการรักษา

7.ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา การรักษาด้วยยาที่ต้องใช้เวลานานในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และการที่ยารักษาอาการทางจิตเป็นกลุ่มยาที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยามาก (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536) ทำให้ผู้ป่วยบางรายทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยาไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Reilly et al.(1967) ; Hoffman et al.(1994) ; ที่พบว่าเหตุผลที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาเหตุผลแรกคือผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ส่วนการศึกษาของ Kelly et al. (1987) ;Pan and Tantam (1989) และ Buchanan (1992) ที่พบว่าฤทธิ์ข้างเคียงของยาสามารถทำนายการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ แต่ Hogan (1983) พบว่าฤทธิ์ข้างเคียงของยาไม่มีความแตกต่างหรือเกี่ยวข้องกันเล็กน้อยกับการร่วมมือในการรักษาเพื่อควบคุมอาการของผู้ป่วย

Oehl, Hummer, and Fleischhacker (2000) กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาว่าเกิดจากปัจจัย 4 ด้านคือ

1.ปัจจัยด้านผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่บอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีรายงานการศึกษาที่เกี่ยวกับปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทว่าประกอบด้วย

1.1ลักษณะประชากร คือ

1.1.1 อายุ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman(1994) และ Agarwal et al.(1998) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษามากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า

1.1.2 เพศ สังคมกำหนดให้เพศหญิงมีบทบาทในการดูแลลูกและบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) และ Agarwal et al.(1998) ที่ผลการศึกษาพบว่าเพศหญิงปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าเพศชาย

1.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดที่เน้นทัศนคติและความเชื่อ ในการอธิบายการปฏิบัติของบุคคลต่อภาวะสุขภาพ เช่น

1.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงโอกาสที่จะมีอาการทางจิต จนต้องกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล เช่น การรับรู้ว่าจะอะไรเป็นปัจจัยทำให้ตนมี

อาการทางจิตมากขึ้น รวมทั้งภาวะต่างๆที่นำไปสู่การมีอาการทางจิตมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยตระหนักในความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง

1.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived severity) การที่บุคคลรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคม จะเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ในผู้ป่วยจิตเภทการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้น ร่วมกับประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ว่ามีผลกระทบตนเองอย่างไรจะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นสิ่งคุกคามเหล่านี้ (Adams and Scott,2000)

1.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefit) เป็นการตัดสินใจลงมือกระทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่เชื่อว่าสามารถทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีสุขอนามัยที่ดี การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนอย่างเหมาะสม

1.2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกรดูแลสุขภาพ (Perceived barrier) การที่ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าจะอะไรเป็นปัจจัยที่ขัดขวางการปฏิบัติกรดูแลสุขภาพ เช่นการถูกรังเกียจ การขัดขวางการเข้าสังคม การที่ญาติดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่มากเกินไป สิ่งเหล่านี้ขัดขวางการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีสมรรถภาพในการดูแลสุขภาพลดลง

1.3. ลักษณะของการเจ็บป่วย Kaplan and Sadock (1995) กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้ ผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาว่า เกิดจากพยาธิสภาพของโรค 2 ลักษณะ คือ

1.3.1 ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต เป็นการรับรู้ ความเชื่อของผู้ป่วยที่คิดและเชื่อไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจะเชื่อในความคิดนั้น โดยไม่สามารถเปลี่ยนความเชื่อด้วยการอธิบายโดยใช้เหตุผลตามธรรมชาติได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการขาดการตระหนักรู้ในตนเอง (lack of insight) คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องรับการรักษา และการศึกษาของ Kumar and Sedgwick (2001) พบว่าผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิดจะปฏิเสธการรักษา

1.3.2 อาการทางลบเป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดคุณสมบัติบางประการที่บุคคลปกติควรมีเช่น การตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ แยกตัวจากสังคม ขาดความสามารถในการคิด การแสดงอารมณ์ และการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ขาดแรงจูงใจในการรักษา ไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการพยากรณ์โรคไม่ดี (Oehl et al., 2000)

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภททั้งในครอบครัว และชุมชน ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วย

2.1. **ฐานะทางเศรษฐกิจ** เป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพ เพื่อดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ภัทธา ธิรลภ (2532) และ Kumar and Sedgwick,(2001)พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากยามีราคาแพงทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

2.2. **การอยู่ร่วมกับครอบครัว** หมายถึงกลุ่มคนที่มีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือดและหรือทางกฎหมาย ได้แก่ พ่อ (สามี) แม่ (ภรรยา) ลูก และญาติพี่น้องมีบทบาทหน้าที่ที่พึงปฏิบัติต่อกัน ให้ความรักและเอาใจใส่ต่อกัน เอื้ออาทร มีความปรารถนาดีต่อกันทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม (เพชรี คันธสายบัว, 2544) นอกจากนี้จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนการดูแลทางด้านจิตใจแล้ว การสนับสนุนของครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาของ Razali and Yahya, (1995) พบว่าในผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับญาติจะมีการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับญาติหรืออาศัยอยู่ตามลำพัง

2.3. **การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา** หมายถึงการที่ผู้ป่วยมีบุคคลคอยช่วยเหลือให้ได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง บุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ที่ช่วยสนับสนุนให้ ผู้ป่วยได้รับประทานยา การนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด หรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ที่สำคัญคือการดูแลของญาติให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า รวมทั้งการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดีกว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแลในเรื่องเหล่านี้

2.4. **การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว** หมายถึงการแสดงลักษณะอารมณ์ของบุคคลในครอบครัวที่มีมากเกินไป (Backer, 1993) ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีผลต่อการสนับสนุนผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ดี (Oehl et. al. , 2000)

2.5. **ทัศนคติ** ทัศนคติของสังคมและครอบครัว เป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลเหล่านั้นต่อการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลถึงการยอมรับความเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษาอาการทางจิต ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากการรู้สึกรังเกียจหรือการถูกตีตราจากสังคม เช่น การรับประทานยารักษาอาการทางจิต การมาตรวจที่โรงพยาบาล หรือผู้ป่วยอยู่ในสังคมที่ไม่เห็นความสำคัญของการรักษา ทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนให้รับประทานยา และมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Oehl et. al., 2000)

3. **ปัจจัยด้านการรักษา** ปัจจัยด้านการรักษาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

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

3.2 ความซับซ้อนของการรักษาหมายถึงความรู้สึกลังเลยากลำบากในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย ที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิดและมีจำนวนมาก อาจเกิดความสับสนในการใช้ยา ลืมวิธีการใช้ยา การรับประทานยาที่ไม่เหมือนกันจะทำให้ผู้ป่วยสับสน หหมดความอดทนที่จะรับประทานยาต่อไป การศึกษาของ Razali and Yahya (1995) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะร่วมมือในการรักษาที่ดีเมื่อรับประทานยา 1-2 ครั้ง/วัน แต่ถ้าได้รับยามากกว่า 2 ครั้ง/วัน ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ดี การศึกษาของ Gravaley and Oseasohn (1991) พบว่าการรับประทานยารวันละหลาย ๆ ครั้ง จะส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและพฤติกรรมปกติของผู้ป่วยทำให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยลดลง โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะพึงพอใจต่อการรับประทานยารวันละเม็ดเดียวมากกว่ายาหลายเม็ด และรับประทานยารวันละครั้งเดียวหรือไม่เกินวันละ 2 ครั้งมากกว่าวันละหลาย ๆ ครั้ง

3.3 ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ยารักษาโรคจิตเป็นกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มาก (เกษม ต้นติผลลาชีวะ, 2537) ผู้ป่วยจิตเภทบางรายขณะรับการรักษา อาจมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น ตัวแข็ง คอเอียงบิดเบี้ยว ง่วงนอน ปากและคอแห้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้น และความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ (Agarwal et al., 1998) อาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และหยุดการใช้ยาในที่สุด การศึกษาของ Kumar and Sedgwick (2001) พบว่า เหตุผลของการไม่ใช้ยาในกลุ่มที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในกลุ่มที่ไม่ร่วมมือคือไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา ส่วน Agarwal et al. (1998) พบว่าปัจจัยที่สามารถแยกผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาออกจากผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาปัจจัยหนึ่งคือการใช้ยาที่ได้รับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา

4. ปัจจัยด้านที่มสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับที่มสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ให้บริการและผู้ป่วยมีมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น (สาธุพร พุฒขาว, 2542) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Frank and Gunderson (1990) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เรื้อรังซึ่งมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รักษาภายใน 6 เดือนแรกที่เริ่มมีอาการทางจิต จะมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาและผลลัพธ์ที่ดีของการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท มีหลายปัจจัยทั้งปัจจัยทางด้านผู้ป่วยเช่น ลักษณะทางประชากร แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ลักษณะของการเจ็บป่วย เช่น อาการทางลบ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมเช่น การอยู่ร่วมกับครอบครัว การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ปัจจัยด้านการรักษาเช่น ความซับซ้อนของการรักษา วิธีได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา และปัจจัยด้านทีมสุขภาพ เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งที่การจัดการกับปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านผู้ป่วยและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม และปัจจัยระหว่างทีมสุขภาพโดยสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยผู้ดูแลกับทีมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน

4.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

Marston (1970) กล่าวถึง การวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีดังนี้

1.การประเมินจากภาวะสุขภาพ โดยพิจารณาจากผลการรักษาได้ผลดีหรือไม่เพียงใด เป็นความสำเร็จของการให้ความร่วมมือในการรักษา อันเป็นเป้าหมายในการรักษา ซึ่งเป็นการประเมินทั้งกระบวนการตัดสินใจ และผลของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา วิธีการนี้อาจจะไม่เที่ยงตรงนัก เนื่องจากผลการรักษามีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อการรักษา นอกเหนือไปจากความร่วมมือในการรักษา

2.การประเมินระดับยาในร่างกาย ในบางครั้งเป็นการประเมินที่ได้ประโยชน์ แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยแต่ละคนได้ปริมาณยาเท่าใด แต่ก็เป็นประเมินที่ได้ประโยชน์แน่นอน เป็นเทคนิคที่วัดได้ง่าย รวดเร็ว แม่นยำ และได้ข้อมูลมีความตรงตามความเป็นจริง ซึ่งอาจจะปกปิดได้จากการสัมภาษณ์

3.การประเมินโดยการนับเม็ดยา เป็นการประเมินจากเม็ดยาที่ใช้ไปเปรียบเทียบกับเวลาที่ให้ เป็นการประเมินความร่วมมือในการรักษาวิธีการหนึ่ง ถ้าจำนวนเม็ดยาที่เหลือมากกว่าจำนวนที่ควรจะเป็น ก็แสดงว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา แต่วิธีนี้มีข้อจำกัดคือ อาจได้ผลไม่ตรงกับความเป็นจริง ถ้าหากผู้ป่วยทำเม็ดยาหายไปโดยไม่ได้รับประทานหรือให้ผู้อื่นใช้ยาร่วมด้วย

4.การประเมินการขบยาออกจากร่างกาย แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่เห็นความสำคัญในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ แต่เพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยที่จะแพร่ไปติดต่อผู้อื่นได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องประเมินว่าให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่ เช่น วัดโรค ตรวจยาจากปัสสาวะว่ามีปริมาณเพียงพอที่จะควบคุมโรคได้หรือไม่ การทดสอบทางปัสสาวะต้องทำการทดสอบซ้ำหลายครั้ง ถ้าผลพบมากกว่าร้อยละ 50 พบปริมาณยาก็ประเมินว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา

5. การประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยตรง ใช้การติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ป่วย และสังเกตผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำให้ความร่วมมืออย่างไร สามารถที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนดของการรักษาได้หรือไม่ เพียงใด

6. การประเมินจากการบันทึกการใช้ยา ใช้ได้ประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการรักษา หรือผู้ป่วยที่สมัครใจ ว่าได้มีการรับประทานยาไปเท่าไร เวลาใด วันใด เป็นการประเมินความร่วมมือในการรักษาโดยผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง

7. การประเมินจากการสัมภาษณ์ อาจจะสัมภาษณ์จากผู้ป่วยหรือญาติ การสัมภาษณ์อาจจะใช้ควบคู่ไปกับการประเมินความร่วมมือในการรักษาวิธีอื่น หรืออาจจะใช้วิธีการสัมภาษณ์เพียงวิธีเดียวก็ได้ ข้อดีของวิธีการนี้คือ สามารถศึกษาได้ข้อมูลละเอียด ลึกซึ้งกว่า แม้จะมีจุดอ่อนที่ผู้ป่วยมักจะเลี่ยงที่จะตอบความจริง จากอาย ลีမ် และกลัวถูกตำหนิ แต่ก็สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงความแม่นยำตรงของการสัมภาษณ์ โดยใช้คำถามที่ชัดเจน และในระหว่างการสัมภาษณ์ก็ต้องพยายามไม่แสดงว่าผู้ป่วยมีความผิดเมื่อตอบคำถามนั้น

8. การประเมินจากการมาตรวจตามนัด พิจารณาความสม่ำเสมอของการมาตรวจตามนัด โดยที่ถือว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เป็นผู้ที่ให้ความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยที่ไม่มาตรวจตามนัด เป็นผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

9. การประเมินตามข้อบ่งชี้ขององค์ประกอบความร่วมมือในการรักษา เป็นวิธีการประเมินความร่วมมือที่มากกว่า 1 วิธีรวมกัน โดยการประเมินว่ามีข้อแนะนำจากแพทย์มีอะไรบ้าง และกระทำตามมากน้อยเพียงใด เป็นไปตามความคิดของผู้ป่วย และให้ตอบเป็น Rating scale เช่น ข้อแนะนำนี้ไม่ทำเลย ส่วนใหญ่ไม่ทำ ทำน้อยกว่าครึ่ง ส่วนใหญ่ทำ ทำตลอดเวลา ส่วนใหญ่เป็นข้อกำหนดตามข้อแนะนำต่างๆ เช่น อาหาร การเปลี่ยนแปลงนิสัยที่สูบบุหรี่/สุรา การเปลี่ยนงาน การมาตรวจตามนัด

สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ประเมินผลความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้วิธีการนับเม็ดยาที่เหลือและการมาตรวจตามนัด ความถูกต้องของการทำเครื่องหมายบนปฏิทินบันทึกการรับประทานยา สิรินทร เขียวโสธร (2545) ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาโดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่สร้างขึ้นเอง เพชรี คันธสายบัว (2544) วัดพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง Kumar and Sedgwick (2001) ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้ Compliance Rating Scale ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง โดยแสดงความเห็นว่าการใช้เครื่องมือที่มีองค์ประกอบของการตรวจทางห้องทดลอง สามารถทำให้ผลการประเมินเชื่อถือได้แต่เหตุผลการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายผู้วิจัยสามารถได้จากการสัมภาษณ์มากกว่า ดังนั้นการประเมินโดยการสัมภาษณ์อย่างเดียวดีกว่าการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อควบคุมอาการทางจิต และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ดังนั้นการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ ต้องประเมินพฤติกรรมให้สอดคล้องกับเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทคือ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงของยาทางจิต การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีอยู่หลายวิธี แต่วิธีการที่เป็นที่นิยมและช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยคือการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเชื่อว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ดูแล จะสามารถช่วยให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงที่เป็นประโยชน์ต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยได้มากที่สุด

5. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

คำว่า "การเสริมสร้างพลังอำนาจ" มาจากศัพท์ในภาษาละติน "Passe" หมายถึงอำนาจ (power) กับอิสรเสรีภาพ (Freedom) คำว่า "อำนาจ" มาจากรากศัพท์ภาษาละติน "Potere" ซึ่งหมายถึง ความสามารถที่จะเลือก (The ability to choose) (Rodwell, 1996 อ้างถึงใน ดารณี จามจวี, 2545) ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจากคำรากศัพท์จึงน่าจะหมายถึงความสามารถที่จะเลือกอย่างมีอิสระ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่เกิดจากนักปรัชญาชาวบราซิลชื่อ Paulo Freire ที่ได้พัฒนาการสอนให้คนยากจนในบราซิลเกิดจิตสำนึก ด้วยการทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันและเรียนรู้ร่วมกัน ความสัมพันธ์แบบเท่าเทียมกันและการให้ความเคารพซึ่งกันและกันในหมู่สมาชิกและผู้จัดการเรียนรู้ที่ช่วยให้พวกเขากำจัดรากเหง้าของปัญหาที่พวกเขาค้นพบ วิธีการของ Freire ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการสาธารณสุขและสาขาอื่น การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ความสำคัญกับความสามารถของบุคคล ดังนั้น จึงมีเป้าหมายเพื่อปรับกลยุทธ์ที่ดีที่สุดเพื่อให้เกิดการเพิ่มและส่งเสริมความสามารถของบุคคล

5.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Conger and Kanungo (1988) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการเพิ่มความรู้สึกถึงประสิทธิภาพของตนในฐานะสมาชิกขององค์กร ด้วยการพิจารณาสถานการณ์ที่ทำให้สูญเสียพลังอำนาจ และกำจัดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจด้วยการสนับสนุนข้อมูลที่มีประสิทธิภาพขององค์กรทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

Hawks (1992) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2

คนขึ้นไป โดยฝ่ายหนึ่งเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจและอีกฝ่ายหนึ่งเป็นผู้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการเตรียมความรู้ ทรัพยากร วิธีการและสภาพแวดล้อม รวมถึงการศึกษานิวทิงของแต่ ละฝ่ายเพื่อนำมาพัฒนาเพิ่มความสามารถของฝ่ายรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Miller (1993) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจสำหรับบุคคล

Gibson (1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของบุคคลที่จะใช้ พัฒนาและใช้ความรู้ที่จำเป็น ความสามารถและความเชื่อมั่นที่จะทำให้ความคิดของตนเองมีความหมาย เป็นกระบวนการทางสังคม ที่ให้การยอมรับ ส่งเสริม และพัฒนาความสามารถของบุคคลเพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตน เป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง และการสร้างประสิทธิภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล

Zimmerman (1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการมีส่วนร่วมในการกระทำ เพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากร หรือความสามารถที่จะเพิ่มการควบคุมต่อชีวิตของบุคคลและบรรลุเป้าหมายที่สำคัญของชีวิต เป็นการส่งเสริมโอกาสในการเรียนรู้ทักษะและพัฒนาความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมผลของปัญหาที่มีต่อการดำรงชีวิต

จินตนา ยูนิพันธ์ (2539) กล่าวถึงความเชื่อพื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า มุ่งเน้นที่การนำเอาศักยภาพทางปัญญา และพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่นเป็นแนวคิดที่มีความเกี่ยวเนื่องอย่างชัดเจนกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ครบวงจร และเป็นการสร้างสถานการณ์และการเริ่มต้นใหม่ที่มากกว่าการมีส่วนร่วมของบุคคล

Suk Bling (1998) ได้รวบรวมคำจำกัดความเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามทัศนะของนักวิชาการไว้หลายท่าน ซึ่งสรุปว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการร่วมมือในการรักษา ในส่วนของชุมชน ด้วยการบูรณาการเข้าไปในวิถีชีวิต ทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนความรู้สึกจากบุคคลที่ไม่มีคุณค่าไปสู่การยอมรับว่าตนเองมีความสามารถอย่างแท้จริง เป็นกระบวนการซึ่งบุคคลองค์กร และชุมชนสามารถควบคุมสิ่งที่ตนเองสนใจหรือเกี่ยวข้องได้

Buchanan and Gerrity (1989 cited in Hulme, 1999) กล่าวว่า ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจครบครัน คือ การตระหนักรู้ในแหล่งประโยชน์มีหลากหลาย เข้าใจและให้การดูแลที่แตกต่างกันเหมาะสม ใช้บริการเฉพาะเวลาฉุกเฉินเท่านั้น

Heifer (1984 cite in Robert E.H,2001) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการพัฒนาการทำงานเป็นผลของการตื่นตัวที่ต้องดิ้นรนผ่านความคับข้องใจภายใน สิ่งที่น่าสนับสนุน

ประชาชนจะกลับมามีพลังจะต้องพัฒนาผ่าน 4 ระยะ คือ การพัฒนาทักษะ (develop Skill) ความมั่นใจ (Confidence) ความเคารพในตนเอง (Self-esteem) และความสมบูรณ์ของบุคคล (Maturity) โดยผ่านเวลาที่ยาวนานต่อเนื่องเชื่อมโยงกับการช่วยเหลือขององค์กร

Hess et al. (1984 cited in Robert, 2001) กล่าวว่า พลังอำนาจสามารถเข้าใจภายในบริบทของระบบ และสิ่งที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจคือ

- 1) เพิ่มความรู้และทักษะ
- 2) เพิ่มผลที่ตามมาทั้งทางลบและทางบวก
- 3) เพิ่มสภาพแวดล้อมที่เปิดโอกาสรวมทั้งผู้เชี่ยวชาญสามารถเสริมสร้างพลัง

อำนาจชุมชน ผ่านการพัฒนาเทคโนโลยีทางสังคม เช่น การฝึกอบรม การให้ความรู้ และการจัดเตรียมข้อมูลข่าวสาร

ดาร์ณี จามจรี (2545) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ หมายถึง การเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเองในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการช่วยให้บุคคลตระหนักในจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน การได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันในการค้นหาปัญหา พัฒนาการดูแลสุขภาพของตน รวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ การสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือบุคคล รวมถึงการให้ข้อมูลและ/หรือส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนให้กับผู้ป่วยซึ่งจะเอื้ออำนวยและสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อให้บุคคลสามารถสร้างทางเลือกสำหรับดูแลสุขภาพของตนเอง และมีความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางที่ตนกำหนดขึ้น

จะเห็นได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีหลายแนวคิดแต่ในการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ ดาร์ณี จามจรีและ จินตนา ญนิพันธ์ (2545) ซึ่งนำแนวคิดการพยาบาลและแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) มาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ โดยแนวคิดของ Miller (1992) จะมุ่งที่การเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจในตัวบุคคลซึ่งมีอยู่ 7 แหล่ง คือ 1.ความเข้มแข็งทางกายภาพ 2.ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม 3.อัฒมโนทัศน์เชิงบวก 4.พลังงาน 5.ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา 6. แรงจูงใจ และ 7.ระบบความเชื่อ

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล หมายถึง กระบวนการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจ เสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ในการ

ควบคุมการดำเนินชีวิตของตน โดยที่พยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางและควบคุมสุขภาพ เสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมให้แก่ตนเอง ผู้ป่วยและผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจ มีความเป็นอิสระ และรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่าสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป้าหมายของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจคือการเตรียมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถสร้างทางเลือกที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เนื่องจากพลังอำนาจคือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน

5.2 องค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากการประมวลแนวคิดและวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยและผู้ดูแลจากงานวิจัยหลายฉบับ ทำให้ได้องค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยสรุปดังนี้

Funnell et al. (1991) กล่าวว่ากระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย

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

2. ความรู้ (Knowledge) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ การตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับคุณค่า ความต้องการ เป้าหมายและแรงบันดาลใจในตนเอง ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ส่งเสริมการกำหนดตนเอง (Self-regulation) อันจะเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคลทางด้านสุขภาพและความผาสุก มีความรู้ ทักษะ ทศนคติ และการตระหนักรู้ในตนเองที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

Gibson (1995) กล่าวว่า สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความมุ่งมั่นทุ่มเท ความรัก และความผูกพันโดยใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิด การดำเนินการด้วยตนเองและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนผลลัพธ์ คือ ความสามารถในการมีส่วนร่วมคือ พัฒนาทางด้านความรู้ ความสามารถในการดูแลพัฒนาความเชื่อมั่นในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพผลต่อเนื่อง คือ เป้าหมายและความหมายในชีวิต การพัฒนาตนเอง ความพึงพอใจ และการรับรู้ความสำเร็จ

Mackintosh (1995 อ้างถึงในดารณี จามจุรี, 2545) กล่าวว่า กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยการสร้างแรงจูงใจ ความมั่นใจในตนเองและทักษะจะช่วยให้บุคคลสามารถที่จะค้นหาความต้องการทางด้านสุขภาพของตน และดำเนินกิจกรรมเพื่อให้บรรลุ

ความต้องการของตนส่วนผลลัพธ์คือเอื้ออำนวยต่อการตัดสินใจ ด้วยการเปลี่ยนแปลงแนวคิดและเพิ่มการนับถือตนเอง ประเมินทักษะชีวิต ผู้ป่วยได้มา และทักษะในการตัดสินใจ

Rodwell (1996) กล่าวว่า คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย กระบวนการช่วยเหลือ การเป็นหุ้นส่วนที่ยอมรับในคุณค่าของตนเองและผู้อื่น การตัดสินใจร่วมกัน โดยใช้แหล่งทรัพยากร การให้โอกาสและอำนาจตามที่ได้รับมอบหมาย รวมทั้งอิสระในการสร้างทางเลือก และยอมรับต่อหน้าที่ความรับผิดชอบ สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อน คือ ความไว้วางใจและเคารพซึ่งกันและกัน การให้ความรู้และการสนับสนุน การมีส่วนร่วม และความมุ่งมั่นทุ่มเท โดยมีกระบวนการในการปฏิบัติการ มีการเปลี่ยนแปลงให้บริการพยาบาล ที่ใกล้ชิด และสร้างความร่วมมือที่เหมาะสม รวมถึงเป้าหมายที่เป็นไปได้ ส่วนผลลัพธ์ คือ ความนับถือตนเองในทางบวก ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดความรู้สึกถึงการควบคุมชีวิตของตนและกระบวนการของการเปลี่ยนแปลง และความรู้สึกถึงความหวังต่ออนาคต

Suk Bling (1998) กล่าวว่า คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย กระบวนการสร้างแรงจูงใจ กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ การแสวงหาความรู้และทักษะ และกระบวนการของการปรับเปลี่ยนความคิด สิ่งที่ต้องเกิดก่อน คือ การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นทุ่มเท รับรู้ถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ ความสนใจ และความหวังโดยมีกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ

1. การค้นหาสิ่งกระตุ้นความเครียด ความสนใจ และจุดแข็ง ได้แก่ ค้นหาเป้าหมายและความสนใจของผู้ป่วยจากทัศนคติของผู้ป่วย ลดปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็งของผู้ป่วย และปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคล

2. เอื้ออำนวยต่อการปรับเปลี่ยนความคิดได้แก่กระตุ้นให้เกิดความมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาช่วยผู้ป่วยในการต่อรองต่อเป้าหมายใหม่เอื้ออำนวยให้เกิดทัศนคติทางบวกและสร้างความหวัง

3. เพิ่มแหล่งทรัพยากร ได้แก่ สร้างเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล การใช้กระบวนการกลุ่มสนับสนุนกันเองเอื้ออำนวยต่อการสื่อสารระหว่างสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วย เพิ่มแหล่งทรัพยากรทางกายภาพ เอื้ออำนวยให้เกิดความรู้และทักษะ สนับสนุนการตัดสินใจ และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบ่งเป็นผลลัพธ์ที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความหมายแก่ชีวิตและการมีความหวัง ความเชื่อมั่น ความรู้ และทักษะ และการมองโลกในแง่ดี และผลต่อเนื้อเรื่อง ที่มีต่อพฤติกรรม ได้แก่ ความมุ่งมั่นผูกพันต่อการรักษาพยาบาล การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และความผาสุกทางจิต

Berger et al. (2000) กล่าวว่า คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย

1. บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพของตน จึงมีหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพของตน
2. การยอมรับความสามารถของบุคคลที่จะเติบโตและประเมินตนเอง
3. เจ้าหน้าที่สุขภาพไม่สามารถให้อำนาจแก่บุคคล แต่บุคคลต้องสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง
4. เจ้าหน้าที่สุขภาพต้องยอมรับต่อความต้องการของชุมชนในการที่จะควบคุมและปรับปรุงตนเอง โดยมีกระบวนการ 6 ขั้นตอนคือ การศึกษาถึงวงจรของชีวิตของผู้ป่วย การศึกษาถึงกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยคิดว่าดีสำหรับตน การสนับสนุนด้านข้อมูลการค้นหาปัจจุบันและอนาคต และช่วยเหลือในการตัดสินใจ ผลลัพธ์คือ เกิดความมุ่งมั่นผูกพันต่อการรักษาพยาบาล ด้วยแผนการรักษาที่เหมาะสม ได้แก่ ทักษะในการสื่อสาร ทักษะในการค้นหาข้อมูล ทักษะในการกระทำด้วยความมั่นใจ ทักษะในการตัดสินใจ ทักษะในการเผชิญปัญหา และทักษะในการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม

องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดารณี จามจรี (2545) กล่าวว่าองค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจสรุปได้ 4 ประเด็นคือ

1. คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่
 - 1.1. เจ้าหน้าที่สุขภาพ ใช้ทักษะวิชาชีพที่สำคัญ ได้แก่ ทักษะในการสื่อสาร ทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และทักษะการใช้อำนาจในการรักษาพยาบาลในทางบวก
 - 1.2. ผู้ป่วย มีความตั้งใจที่จะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ หน้าที่ความรับผิดชอบ และการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจ
 - 1.3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. สิ่งที่เกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาล ได้แก่ การให้ความเคารพต่อความเชื่อ ค่านิยม และประสบการณ์ของบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความเชื่อในความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจ การยอมรับในหน้าที่และการกระทำของผู้ป่วยความมุ่งมั่นทุ่มเทที่มีร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วย ในการกระทำที่เกิดขึ้นในอนาคต
3. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากการทบทวนองค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้
 - 3.1 การสร้างความร่วมมือ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกันในอันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพ

ตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นการประเมินครองชีวิตของผู้ป่วยตามทัศนะของผู้ป่วยเอง ว่าผู้ป่วยมีมุมมองอย่างไร ต่อภาวะสุขภาพดีและไม่ดี อะไรที่ชอบหรือไม่ชอบเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ขั้นตอนนี้จะช่วยให้พยาบาลทราบภาพโดยทั่วไปของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และความปรารถนาของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและสร้างพฤติกรรมใหม่ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับความเชื่อทางด้านสุขภาพของตน (Berger and anderson – Harper and Kavookjan, 2000) รวมถึงช่วยให้บุคคลยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนตามความเป็นจริง และทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง (Gibson, 1995)

3.3 การสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจสถานการณ์เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์รอบด้าน เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ บุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง และเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแลที่ได้รับ จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้กลับมามองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงที่ดียิ่งขึ้น ในขั้นนี้ จะช่วยให้เกิดการพัฒนารู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง จากเดิมที่คิดว่าตนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไปสู่ความคิดที่ว่าตนไม่ได้ไร้ความสามารถทุกอย่าง บุคคลจะมีทางเลือกในการปฏิบัติ ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตน ความสามารถความถูกต้องของตน เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะของตนในการดูแลตนเองมากขึ้น กล่าวได้ว่า ขั้นตอนนี้นำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้ บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็งมีความสามารถ และมีพลังงานมากขึ้น (Gibson, 1995)

3.4 การสนับสนุน เอื้ออำนวย ข้อมูล ความรู้ ทักษะ แหล่งทรัพยากร และสร้างแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผล และเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติ ตามที่ได้ตัดสินใจและสามารถประเมินประสิทธิภาพของการตัดสินใจ โดยความต้องการการสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรนั้น เกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเอง ที่มองเห็นว่า สิ่งเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ และดำเนินกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง บทบาทของพยาบาลไม่ใช่ผู้จัดการให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะ ตามที่พยาบาลเห็นว่าเหมาะสมต่อโรคหรือสภาพความเจ็บป่วย แต่บทบาทของพยาบาล คือการร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ถึงสิ่งที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.5 การดำเนินการด้วยตนเอง ในขั้นตอนนี้บุคคลจะดำเนินการแก้ปัญหาหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งมีทางเลือกหลายวิธีการ ขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาของบุคคลที่มีความแตกต่างกัน ภายใต้งैอนไซ (พนารัตน์ เจนจบ, 2542) คือ

- 1) เป็นวิธีการที่แก้ปัญหาให้ตนเองได้
- 2) สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ
- 3) ผู้ป่วยได้รับความเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง
- 4) ผ่านการร่วมปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ
- 5) เป็นวิธีที่สร้างความยอมรับและเปิดกว้างให้ผู้ป่วยอื่นๆนำไปใช้เพื่อนำไปสู่

เป้าหมายที่วางไว้โดยมีแนวทางการดำเนินการด้วยตนเอง (Gibson, 1995) ประกอบด้วย

ก. ถือว่าการดูแลเป็นการปกป้องตนเองที่เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน

ข. เรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพกับทีมสุขภาพ

ค. เรียนรู้การคงพฤติกรรมที่จะกระทำอย่างไม่ย่อท้อเพื่อผลดีที่ดีที่สุดให้กับตนเอง

ง. ดำเนินการต่อรองกับทีมสุขภาพเพื่อให้ความเห็นหรือความต้องการของตน

ได้รับการตอบสนอง

จ. สร้างความรู้สึกมีส่วนร่วม การต้องการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการเลือกและตัดสินใจในการรักษา จะทำให้บุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัยเป็นประโยชน์ จากทีมสุขภาพจากการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง การสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นกับทีมสุขภาพ ช่วยให้การแก้ไขปัญหานั้นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

3.6 การปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลได้กระทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจะช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ของตนด้วยตนเองมากขึ้น ตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพ เพื่อสุขภาพของตนและบุคคลในความดูแลของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อเนื่องอีกด้วย (Gibson, 1995)

4. ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ (Outcome and Consequences)

4.1 การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้กันมากในการอธิบายลักษณะและความเชื่อมั่นที่สะท้อนความรู้สึกของการควบคุม หรืออิทธิพลของบุคคลที่จะเคารพต่อพฤติกรรมการแสดงออกที่หลากหลาย รวมถึงการควบคุมตนเอง และประสิทธิภาพในตน (Zimmerman, 1995) โดยอธิบายภาพรวมของผลลัพธ์ ได้แก่ การนับถือตนเอง (Self-esteem)

ความสามารถในการควบคุมตน (Personal control) และความสามารถในตน (Self efficacy)

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

4.3 การมีสุขภาวะที่ดี (Well – being) เป็นสภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม บุคคลจะมีสุขภาวะที่ดีได้แม้ว่าจะอยู่ในภาวะเปราะบางทางสุขภาพหรือการเจ็บป่วย (Orem, 1995) การมีสุขภาวะที่ดี หมายถึงการที่ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาพการเจ็บป่วยตรงตามความเป็นจริง เชื่อว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตของตนเองได้ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ และเชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย (จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ ,2539) ซึ่งผลลัพธ์ต่อเนื่องของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่งผลต่อสุขภาวะที่ดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Suk Bling, 1998)

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

5.3 การพยาบาลผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเจ็บป่วยทางจิตก่อให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยและผู้ดูแลมีผลในการขัดขวางการจัดการกับความเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล จึงเป็นหน้าที่โดยตรงของพยาบาลจิตเวชที่สามารถทำได้เองโดยไม่ต้องมีแผนการรักษาของแพทย์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังอำนาจคือ 1)ปัจจัยอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย เช่น ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ความรู้สึกหมกหมองต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ สภาพร่างกายที่แย่ง การรักษาพยาบาลที่ได้รับและผลข้างเคียงของการรักษา 2)ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย เช่น ค่านิยม ความเชื่อ เป้าหมายในชีวิต ประสบการณ์ส่วนบุคคล ความเชื่อในอำนาจการควบคุม

3) ปัจจัยระหว่างบุคคลเช่น ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคลอื่น สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และ
 4) ปัจจัยอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ การพยาบาลโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 จะต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจ และพัฒนาแหล่งพลังอำนาจให้สูงขึ้น เพื่อ
 เพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้มีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของ
 ตนเอง โดยการช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน และ
 ช่วยให้ได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเอง ภายใต้การสนับสนุน
 ข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากทีมสุขภาพ (ดารณี จามจรี, 2545) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือ การ
 เปลี่ยนแปลงการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม และการมีสุขภาพที่ดี

แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดของ ดารณี
 จามจรีและ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลใน
 ชุมชน โดยมีกิจกรรม 4 ขั้นตอน คือ

1. การสร้างสัมพันธภาพและการค้นหาสถานการณ์จริงเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา
 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลกับพยาบาลจะทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ซึ่งจะแสดง
 ออกมาในรูปของการให้ความร่วมมือ หรือลดความขัดแย้ง โดยอาจเริ่มต้นแบบค่อยเป็นค่อยไป
 เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่ขาดความไว้วางใจผู้อื่น การที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับ
 พยาบาล จะส่งผลต่อการให้ความร่วมมือกับพยาบาลในการรวบรวมแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวกับ
 พฤติกรรมการใช้ยา เพื่อสรุปปัญหา วินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจและวางแผนให้ตรงกับความต้องการ
 ของผู้ป่วยและผู้ดูแลมากที่สุด

2. การสร้างพลังเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยารักษาอาการทางจิตโดยการสะท้อนคิดอย่าง
 มีวิจารณญาณ พยาบาลจะต้องใช้ทักษะการสะท้อนคิดเพื่อเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนักถึง
 ความสำคัญของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วย และการเจ็บป่วยของผู้ป่วยว่ามีผลกระทบต่อ
 ผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจปัญหาและ
 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตน เสริมสร้างให้เกิดการยอมรับตนเอง เกิดอึดมั่นในทัศนเชิงบวก
 และเชื่อในความสามารถของตนเอง แสวงหาข้อมูลด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง ในการดูแลสุขภาพ
 ตนเองและผู้ป่วย

3. การเสริมสร้างแหล่งของอำนาจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา เป็นการสร้างเสริมความรู้
 ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล หลังจากพยาบาลประเมินความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้ตรงกับปัญหา
 และความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ระหว่างให้ความรู้พยาบาลจะประเมินความรู้ความเข้าใจ
 ผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อตรวจสอบว่าการรับรู้ข้อมูลว่าตรงกับที่ให้ไปหรือไม่ รวมทั้งมีการเชื่อมโยง
 สถานการณ์ตัวอย่างให้เข้าใจชัดเจนขึ้น เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็น ความรู้
 ความสามารถของพยาบาลเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเชื่อมั่นในความสามารถของพยาบาล

ส่งผลให้เกิดความร่วมมือและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

4. ผู้ป่วยและผู้ดูแลเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งพลังที่จะปฏิบัติ หลังจากผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างความรู้และแหล่งทรัพยากรต่างๆจากพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาโดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมา โดยพยาบาลคอยแนะนำ เพื่อเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลว่าสามารถเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาได้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถามจนมั่นใจ ความมั่นใจจะเป็นแรงจูงใจให้กระทำ มีความหวัง มีเป้าหมาย มีการกระทำเพื่อตนเองและบุคคลอันเป็นที่รัก การเสริมสร้างให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งให้เห็นประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง รวมทั้งขั้นตอนการกระตุ้น การเสริมสร้างพลังอำนาจ จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทบทวนและประเมินพฤติกรรมของตนเองเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษานั้นคงอยู่ตลอดไป

แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลในการวิจัยครั้งนี้ สามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจ พยาบาลต้องระลึกอยู่เสมอว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับตนเองและด้วยตนเอง พยาบาลในฐานะบุคคลที่มีพลังอำนาจ (Powerful person) จะต้องแสดงบทบาทเป็นผู้สนับสนุนด้านความรู้ ผู้ให้คำปรึกษาและผู้กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจใน 3 ระยะเวลาคือ การประเมินความพร้อม การเปลี่ยนแปลงและการผสมผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิต สุขภาพเป็นเรื่องที่แต่ละบุคคลต้องรับผิดชอบตนเอง แพทย์และพยาบาลมีหน้าที่ส่งเสริมและรักษาสุขภาพการที่จะพัฒนาความต้องการตอบสนองของความต้องการของชีวิตนั้นต้องให้ความสำคัญกับศักยภาพของบุคคล เพราะไม่มีใครสามารถสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้อื่นได้ บุคคลต้องเสริมสร้างพลังอำนาจให้ตนเอง บุคลากรทางสุขภาพจะช่วยเหลือโดยกระตุ้นให้บุคคลใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดและรับรู้สมรรถนะของตนเอง ตลอดจนความสามารถในการควบคุมของตน (Gibson, 1991; เอื้อมพร ทองกระจาย, 2537)

5.4 บทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

เนื่องจากผู้ป่วยถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในช่วงสั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลหรือครอบครัว โดยมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล พัฒนาความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ และป้องกันการเกิด

เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ คือการป่วยทางจิตซ้ำ ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบของพลังอำนาจและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจ จึงเป็นกรอบของการปฏิบัติการพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (คารณีย์ จามจุรี, 2545) สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการกำหนดบทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจคือ

1. การปฏิบัติการพยาบาลที่คำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย ปัจจัยระหว่างบุคคลและปัจจัยอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ พยาบาลจะต้องแสวงหาวิธีการที่จะช่วยลดผลกระทบด้านลบอันเนื่องมาจากปัจจัยต่างๆเหล่านี้ ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดผลกระทบด้านลบของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจเหล่านี้คือ

1.1. การสนับสนุนความรู้ ข้อมูล ทักษะและทรัพยากร ถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเป็นแหล่งของพลังอำนาจในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่มีผลต่อการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล ความรู้ ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอส่งผลต่อความรู้สึกที่ไม่สามารถจะคาดเดาได้ว่าอะไรจะเกิดกับตน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว หือห่า และเครียด นอกจากนั้นการได้รับข้อมูลที่ให้ในลักษณะแบบชุดของข้อมูลทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจในการปฏิบัติตาม แม้จะทราบดีว่าเป็นผลดีต่อการเจ็บป่วย แต่ก็ไม่มีทางเลือกอื่นในการจัดการที่จะสอดคล้องกับความต้องการของตนอย่างเพียงพอ การเข้าใจถึงสภาพของโรค และอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตที่เป็นอยู่ สามารถที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2. การช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในการเจ็บป่วยทั้งจากอาการที่เกิดจากการป่วยที่เป็นอยู่ และการที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ การเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยจะส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยด้วย ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อน และการทำงาน การที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น เป็นการเปลี่ยนแปลงอีกประการหนึ่งที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ของตนได้อย่างอิสระ และเมื่อมีภาวะวิกฤตขึ้นก็รู้จักที่จะขอการสนับสนุนและช่วยเหลือจากผู้อื่น การช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่างการแสวงหาแหล่งทรัพยากรในการเื้ออำนวยการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนกับความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือความรู้สึกเป็นภาระของผู้อื่นจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า รวมถึงการทำความเข้าใจกับครอบครัวหรือผู้ดูแล ที่คาดหวังว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้เพิ่มความไวต่อการรับรู้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดภาวะการสูญเสียพลังอำนาจใน ผู้ป่วยได้

บทบาทของพยาบาล คือ การช่วยให้ครอบครัวตระหนักถึงอิทธิพลของคนในครอบครัวใน อันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วย ยิ่งความผูกพันในครอบครัวมีสูงและแสดง ความรู้สึกต่อกันอย่างเปิดเผย จะยิ่งทำให้สภาวะทางจิตใจทางผู้ป่วยดีขึ้น พยาบาลสามารถช่วย ให้ครอบครัวผู้ป่วยมีการพัฒนาทางด้านการสื่อสาร เพิ่มการแสดงออกและการสนับสนุน รวมถึง การดูแลการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งทรัพยากรสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและช่วยทางด้านสภาวะ ทางด้านจิตใจของผู้ป่วย การทบทวนบทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยอาจช่วยให้ ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีสภาวะที่ดีและความรู้สึกถึงการควบคุม

1.3 การช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลในการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่มีต่อ การเจ็บป่วยและตนเอง ถือว่าได้เป็นคุณลักษณะที่สำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ การช่วย ให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติจากเดิมที่เห็นว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ไม่มีอำนาจในการต่อรองหรือตัดสินใจในการรักษาพยาบาล ไปสู่ความ เข้มแข็งและให้คุณค่าต่อตนเอง มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการที่จะนำพาชีวิตตนไปสู่ เป้าหมายที่ตนต้องการ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่เชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพภาวะที่ดีในผู้ป่วยและผู้ดูแล

1.4 การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการกำลังใจจากเจ้าหน้าที่ สุขภาพ ไม่ว่าจะด้วยคำพูด ท่าทางการแสดงออก นอกจากนั้นผู้ป่วยเองก็คาดหวังการสนับสนุน ทางด้านจิตใจจากพยาบาลด้วยเช่นเดียวกัน สิ่งที่พยาบาลจะต้องให้ความระมัดระวังในสัมพันธภาพ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย คือ การแสดงออกทั้งคำพูดและท่าทีที่ต้องอยู่บนพื้นฐานของการ เสริมสร้างพลังอำนาจ

1.5 การปกป้องการใช้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วย และผู้ดูแล ปัจจัยอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพมีอิทธิพลต่อพลังอำนาจของผู้ป่วยและผู้ดูแล การที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลคับข้องใจ แม้บางครั้งไม่เห็นด้วยกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับ เนื่องจากขัดกับวิถีชีวิต ของตนก็ไม่กล้าที่จะซักถามหรือโต้แย้ง บทบาทของพยาบาลนอกจากสนับสนุนแหล่งพลังอำนาจ ต่างๆ ในผู้ป่วยดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังรวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการยอมรับในฐานะ หนึ่งส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ ช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลซึ่งอยู่ในสภาวะสูญเสียอำนาจให้ได้รับ และใช้อำนาจที่เกิดขึ้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่สุขภาพและสังคมโดยรวมหันมาให้ความสนใจเอาใจใส่กับ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทอย่างแท้จริง

2. การปฏิบัติการพยาบาลต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจ ที่ค้ำยันถึงคุณลักษณะ ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

2.1 การให้คุณค่าต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลในฐานะเป็นเจ้าของสุขภาพ มีหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพของตนและผู้ป่วย พยาบาลจะต้องยอมรับว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีอำนาจและอิสระที่จะสร้างทางเลือกและยอมรับต่อหน้าที่ความรับผิดชอบต่อกิจกรรมที่พวกเขาปรารถนาจะทำ

3.2.2 การยอมรับการเป็นหุ้นส่วน คุณค่าและความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถสร้างทางเลือกทางด้านสุขภาพให้กับตนเองได้ โดยพยาบาลเป็นผู้กระตุ้นตั้งคำถามและสร้างความตระหนักขึ้นภายในการตัดสินใจที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย การตัดสินใจต้องอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อ ค่านิยม และการมองโลกของผู้ป่วยและผู้ดูแล

2.3 การให้การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง พยาบาลจะต้องเข้าใจว่าตนเองไม่สามารถให้อำนาจแก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้ แต่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องสร้างพลังอำนาจให้กับตัวเอง การสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและใช้ทรัพยากรที่จะช่วยส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกถึงการควบคุมและความสามารถในตนเอง

2.4 การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและมีอิสระในการตัดสินใจ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล ผู้ดูแลและผู้ป่วยต้องเป็นไปในลักษณะมีประโยชน์ร่วมกัน ต้องมีส่วนร่วมในการกระทำ ความร่วมมือเป็นสิ่งจำเป็นหรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการร่วมมือ(Collaborative process) ประกอบด้วย

2.4.1 การรับฟังผู้ป่วยและผู้ดูแล (Listening to the client) สิ่งสำคัญประการแรกคือ พยาบาลควรที่จะได้รับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างตั้งใจ (Active listen) ซึ่งจะช่วยให้พยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อสุขภาพของผู้ป่วยและประสบการณ์การรักษาของผู้ป่วย ในกระบวนการนี้พยาบาลจะได้รับรู้และเข้าใจถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแล และที่สำคัญจะทำให้ผู้ป่วยเริ่มที่จะเข้าใจความหมายลึก ๆ ที่ซ่อนอยู่ในประสบการณ์ของตนเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษา โดยวิธีนี้ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะเริ่มที่จะรับรู้ถึงความต้องการของตนเอง

2.4.2 การสนทนาอย่างมีส่วนร่วม (Participatory dialogue) พยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลสนทนาอย่างมีส่วนร่วม โดยเริ่มจากประสบการณ์การรักษาและสุขภาพของผู้ป่วย การตั้งคำถามของพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงปัจจัยที่เอื้ออำนวยและผูกมัดตนเองทั้งภายในและภายนอก ซึ่งอาจจะมีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

2.4.3 แบบการรับรู้ (Pattern recognition) ผลจากการสนทนาอย่างมีส่วนร่วม ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะเริ่มรับรู้ถึงความจริงที่เกิดขึ้น อันเป็นผลเกิดจากการสำรวจ ตรวจสอบ และร่วมกันสร้างสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจได้ค้นพบวิถีทางใหม่

ในการที่จะจัดการกับสภาพของตนเองและพยาบาลก็อาจจะพบรูปแบบของพฤติกรรมซึ่งอาจจะเอื้ออำนวยหรือซ่อนอยู่ในศักยภาพของผู้ป่วยในการที่จะรักษาตนเอง ด้วยการสะท้อนกลับอย่างมีวิจรรณญาณ พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความรู้สึกภายในตนเองของผู้ป่วยและเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของตน

2.4.4 ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมองเห็นในสิ่งที่ต้องกระทำและการเปลี่ยนแปลงทางบวก (Envisioning action and Positive change) เมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลเริ่มตระหนักถึงแบบแผนชีวิตและประเมินเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเห็นภาพของสิ่งที่ตนเองต้องการกระทำและการเปลี่ยนแปลงทางบวก ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสร้างทางเลือกเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลได้มากขึ้น ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ลงมือกระทำ สะท้อนผลของการกระทำและกระทำต่อไปบนสิ่งใหม่ที่ได้เรียนรู้

2.5. การแสวงหาความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรเพื่อการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพความรู้และทักษะเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการตัดสินใจที่จะดำเนินการเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในตนเองที่จะแสดงออกถึงความต้องการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พยาบาลมีบทบาทในการเอื้ออำนวยและสนับสนุนข้อมูลและแหล่งทรัพยากรที่มีความจำเป็นต่อการเอื้ออำนวยการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้เป้าหมายในการเสริมสร้างพลังอำนาจประสบผลสำเร็จ

2.6 การปรับเปลี่ยนความคิด ทศนคติ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติ จากเดิมที่เห็นว่าตัวเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีอำนาจในการต่อรองหรือตัดสินใจในการรักษาพยาบาล ไปสู่ความเข้มแข็งและให้คุณค่าแก่ตนเอง เชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการนำพาชีวิตตนไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการ มีความหวังต่อการมีชีวิตและเชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย ซึ่งเป็นการส่งเสริมสภาวะที่ดีในผู้ป่วย

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ยุพาพิน ประสารอิทธิคม (2535) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังตามทฤษฎีของโอเรม ซึ่งเป็นการศึกษาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัวและความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลกิจวัตรประจำวัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเรื้อรังได้แก่ ผู้ป่วยสโตรค (stroke) Parkinson's Disease Dementia และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่สมอง ที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลรามาริบัติจำนวน 30 คน โดยทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย เรื้อรังที่บ้าน ซึ่งมีกิจกรรมการพยาบาลคือ การพยาบาลโดยตรง การสอน การสาธิตและการให้คำปรึกษาแก่

ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งพบว่าภายหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 6 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัวในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 6 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ศึกษาผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการให้เงื่อนไขผูกต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองดำเนินการทดลองโดยการพบผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง เมื่อผู้ป่วยนัดมาตรวจที่โรงพยาบาล เป็นเวลา 4 เดือน โดยทำการทดลองเป็นรายบุคคลและทำการวัดความร่วมมือในการรักษา 4 ด้าน คือ ความรู้ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัดและความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ โดยวัดหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 260 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเองผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอยู่ในระดับสูงและตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา

สุภาภรณ์ ทองดารา(2545) ศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลชลบุรีจำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลที่บ้านแก่ญาติและผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง และให้สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จารุวรรณ จินดามงคล (2541) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่

รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลศรีธัญญาจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยทำการทดลองเป็นรายบุคคล มีระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง 3 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Corrigan (1997) ร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตสังคม และใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ผลของการวิจัยพบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพลินดา พรหมบัวศรี (2538) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาโดยการศึกษเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ความร่วมมือในการรักษาบุตรของมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืด พบว่ามารดาในกลุ่มที่ควบคุมโรคหอบหืดในบุตรดีมีสถานภาพสมรสหม้าย หย่าร้าง ร้อยละ 2.7 แต่มารดาในกลุ่มที่ควบคุมโรคหอบหืดไม่ได้ มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่าร้าง ร้อยละ 9.3 สถานภาพสมรสอาจมีผลให้มารดาในกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ดีและให้ความร่วมมือในการรักษา น้อยกว่ากลุ่มควบคุมโรคดี

Favrod (1993อ้างถึงใน ดารณี จามจุรี, 2545) ทำการศึกษาผลของการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต เพื่อเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการทดลองแบบกลุ่มเดียว เป็นรายบุคคล พบผู้ป่วย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 90 นาทีรวมระยะเวลา 4 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำนวน 19 คน ทำการวัดผล การทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่าการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วย ยารักษาอาการทางจิต สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับยารักษาอาการทางจิตและเพิ่มสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลได้และพบว่าสามารถเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยารักษา อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

Xiang et al.,(1994) ศึกษาการประเมินผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวในชุมชน ประเทศจีน เป็นการวิจัยเชิงทดลองกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 36 คนเป็นโรคจิตเภท 33 คนเป็นโรคจิตทางอารมณ์ 3 คน กลุ่มทดลองจำนวน 41 คนเป็นโรคจิตเภท36 คนเป็นโรคจิตทางอารมณ์ 5 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการรักษาด้วยยาและการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ส่วนกลุ่มควบคุมให้การรักษาด้วยยาอย่างเดียวเป็นเวลา 1 เดือน หลังจากนั้น 4 เดือนกลุ่ม ตัวอย่างจะได้รับการประเมินจาก จิตแพทย์ด้วยวิธี Double blind โดยประเมินจากบันทึกการใช้ยา

ตรวจร่างกายและตรวจความ ไร้สมรรถภาพทางสังคม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

Azrin and Teichner (1998) ศึกษาการประเมินผลโปรแกรมการสอนเพื่อปรับปรุงความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 39 คนที่ได้รับการดูแลจากศูนย์สุขภาพชุมชนและมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เรื่องยาและการสอนเรื่องการจัดเตรียมยาใส่ภาชนะเพื่อเตือนตัวเองให้รับประทานยาและมาพบแพทย์ตามนัด กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้เรื่องยาและการสอนเรื่องการจัดเตรียมยาใส่ภาชนะเพื่อเตือนตัวเองให้รับประทานยาและมาพบแพทย์ตามนัดเฉพาะผู้ป่วย และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะผู้ป่วย ประเมินผลโดยการนับเม็ดยาและการรายงานตัวเอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับความรู้เรื่องยาและการสอนเรื่องการจัดเตรียมยาใส่ภาชนะเพื่อเตือนตัวเองให้รับประทานยาและมาพบแพทย์ตามนัด มีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

Birthday and John (1997) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวเด็กที่อารมณ์ไม่สงบไม่หยุดนิ่งและขาดการดูแลเอาใจใส่ ผลการศึกษาพบว่า จำนวนสมาชิกในกลุ่มสนับสนุนมีอิทธิพลต่อการทำนายนการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว การมีส่วนร่วมในระบบช่วยเหลือและความรู้เป็นสิ่งสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Bickman, Leonard et al. (1989) ศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวผู้ดูแล (Long term outcomes to family caregiver Empowerment) เป็นการศึกษาเพื่อประเมินโครงการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล ซึ่งโครงการเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมในการรักษาเด็กที่ป่วยทางจิตเวช โครงการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการ ทักษะที่ต้องการเพื่อการมีปฏิสัมพันธ์กับระบบบริการสุขภาพจิต พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลให้เชื่อในความสามารถของตนเอง เพื่อการมีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการ โครงการนี้ใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มารับบริการด้านสุขภาพจิต ประเมินผลระยะยาว 1 ปีระยะปานกลาง 3 เดือน และการประเมินผลระยะปานกลางพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อความรู้และ ผู้ดูแลและมีความเชื่อในศักยภาพของตนเองที่มีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการ

Kayama t al.(2001) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยพยาบาลจิตเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วย การสร้างสัมพันธที่ีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยให้กำลังใจและให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือ เคารพในการตัดสินใจเป็นคนที่ใช้เนของผู้ป่วย รวมทั้งการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชกับครอบครัว การศึกษาพบว่า หลักสำคัญของการเยี่ยมบ้านคือ การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล การให้กำลังใจผู้ป่วยในการค้นหา แหล่งบริการช่วยเหลือ การพัฒนาการดำเนินชีวิตในชุมชน การให้สิทธิผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาเป็นคนที่ใช้ในการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องกับครอบครัว

Gibson (1995) ใช้แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาของเด็กป่วยเรื้อรังด้วยโรคระบบประสาท ซึ่งกำลังรู้สึกท้อทรมานกับภาวะรับผิดชอบ ห่วงใยกังวลต่อการดูแลบุตรของตน Gibson ได้ใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจในการเพิ่มศักยภาพของบุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะมารดา เด็กให้เกิดความรู้สึกที่ดีได้รับความรู้ที่ถูกต้อง ส่งเสริมความสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี พบว่าสามารถพัฒนาสมรรถนะเชิงความรู้ ความคิด ความเข้าใจและการรู้จักตนเอง ยอมรับความจริง ควบคุมตนเอง มีความมั่นใจ และพยายามแก้ปัญหาด้วย ตนเองได้เหมาะสม

Musker (1997) ได้ประยุกต์การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชพบว่าการให้ข้อมูลแก่บุคคลอย่างเพียงพอเพื่อให้ผู้ป่วยสร้างทางเลือก โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับบริการครั้งแรกแต่ละคนจะได้มีส่วนร่วมในการจัดการดูแลของตน พยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูลและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้บุคคลได้เดินไปตามวิถีทางการดูแลที่ตนเป็นผู้เลือกผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่จะต้องเข้าร่วมในทุกขั้นตอนของโปรแกรม และการเสริมทักษะทางจิตสังคม ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางจิต สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยอาศัยพื้นฐานจากการพูดคุยเพื่อสร้างแรงจูงใจ

Kumar and Sedgwick (2001) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชอายุ 17-65 ปี ที่กลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เป็นระยะเวลา 3 เดือนจำนวน 90 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่ง

โครงสร้างเป็นเวลา 30-45 นาที ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงให้ความร่วมมือในการใช้ยามากกว่า
เพศชาย ศาสนาฮินดูให้ความร่วมมือในการใช้น้อยกว่าศาสนาอื่น ๆ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 4 ขั้นตอน

1. การสร้างสัมพันธภาพและการค้นหาสถานการณ์จริง
 - สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์
 - การช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจสภาพการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง
 - สร้างแรงจูงใจในการค้นหาความต้องการด้านสุขภาพและเพื่อให้บรรลุเป้าหมายกิจกรรม
 - ประเมินและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ
- 2 การสร้างพลังเพื่อแก้ปัญหาการใช้อารมณ์ทางจิตโดย การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ
 - การช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทำความเข้าใจกับปัญหา
 - ร่วมหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา
- 3 เสริมสร้างแหล่งของอำนาจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมกรใช้ยา
 - เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลพูดถึงความต้องการการสนับสนุน
 - ประเมินความรู้
 - ให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร แหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ
- 4 ผู้ป่วยและผู้ดูแลเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองและ คงไว้ซึ่งพลังที่จะส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรใช้ยา
 - ผู้ป่วยและผู้ดูแลฝึกการแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมกรใช้ยา
 - ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

พฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

- ใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- สามารถสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงจากยาทางจิต

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ใช้รูปแบบการศึกษากลุ่มเดียว วัดก่อนการทดลอง 2 ครั้งและหลังการทดลอง 2 ครั้ง (The One-Group Time -Series) ในระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ เพื่อศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท โดยมีรูปแบบการวิจัยคือ

$O_1 \dots O_2 \dots X \dots O_3 \dots O_4$

(Polit and Hungler, 1999)

O_1 หมายถึง ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลครั้งที่ 1

O_2 หมายถึง ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลครั้งที่ 2 (ห่างจากครั้งแรก 2 สัปดาห์)

O_3 หมายถึง ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล ครั้งที่ 1 (หลังการทดลอง 2 สัปดาห์)

O_4 หมายถึง ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล หลังการทดลองครั้งที่ 2 (หลังการทดลอง 4 สัปดาห์)

X หมายถึง ให้การทดลองโดยใช้แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 20 คน โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภท

1.เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท

2.มีภูมิลำเนาเฉพาะในเขต อ.เมือง อ.พุนพิน อ.กาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อความเป็นไปได้ในการติดตามดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน

3.เพศชายหรือหญิง อายุ 25-59 ปี เนื่องจากอยู่ในวัยผู้ใหญ่มีวุฒิภาวะเพียงพอที่จะดูแลตนเองได้

4.เคยรับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการป่วยซ้ำส่วนใหญ่มีพฤติกรรมใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ได้แก่ การหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา ไม่ใช้ยาตามเวลา ไม่ถูกขนาด ลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง

5.เป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน โดยผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วยจิตเภทตามแบบประเมินอาการทางจิตจำนวน 18 ข้อ ผู้ป่วยที่มีคะแนนมากกว่า 30 คะแนนถือว่าเป็นผู้ที่มีอาการทางจิตรุนแรงมาก (Overall and Gorham,1962) พฤติกรรมการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาอาจเกิดเนื่องจากอาการทางจิตของผู้ป่วย (Razali and Yahya,1995)

6.ไม่ใช้สารเสพติด เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช้าๆ (Kofoed et al.(1986) ; Barbee et al.(1989) ; Drake , Osher, and Wallach (1986)) : อุมพร กาญจนรักษ์ (2545)

7.ไม่มีอาการหลงผิดหรือระแวงเกี่ยวกับยารักษาอาการทางจิต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความคิดหลงผิดซึ่งเป็นหนึ่งในอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความตระหนักรู้ในตนเองทำให้คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องรักษา ซึ่งเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในชุมชนได้ (Kumar and Sedgwick,2000b) ประเมินโดยการสัมภาษณ์เนื้อหาความคิด (สมภพ เรืองตระกูล,2542)

8.เคยมีอาการข้างเคียงที่เกิดจากยารักษาโรคจิต เนื่องจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิตเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท (Hoffman et al,1994; Weiden et al,1994 ; Agarwal et al,1999;Kumar and Sedgwick,2000b) ประเมินโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยว่าได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงที่เกิดจากยารักษาโรคจิตต่อการดำเนินชีวิตในชุมชนในระดับใด โดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบ 3 ระดับคือระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ประเมิน อาการข้างเคียงที่เกิดจากยารักษาโรคจิตระดับปานกลางขึ้นไป

คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ บิดา มารดา บุตร สามี หรือภรรยาคนใดคนหนึ่ง ที่อยู่ร่วมและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง

- 2.ดูแลผู้ป่วยมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- 3.อายุ 20-59 ปี เนื่องจากอยู่ในวัยผู้ใหญ่มีวุฒิภาวะเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยได้
- 4.ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชและไม่เป็นโรคร้ายแรงทางกายที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
- 5.สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้เนื่องจากในโปรแกรมต้องใช้คู่มือเป็นสื่อในการทำกิจกรรม ผู้ดูแลที่อ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ช่วยให้เห็นเหตุผลเพื่อใช้ในการสื่อสารได้

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยและผู้ดูแลตามคุณสมบัติที่กำหนดข้างต้น โดยตรวจสอบคุณสมบัติผู้ป่วยและผู้ดูแลจากใบทะเบียนประวัติผู้ป่วยนอกและปรึกษาร่วมกับพยาบาลประจำตึกผู้ป่วยนอก ประเมินผู้ป่วยตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และกิจกรรมในโปรแกรมแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างสังเขป เพื่อตรวจสอบความสนใจและการยินดีเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรม เมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรม จึงให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม เขียนแผนที่การเดินทางไปบ้านผู้ป่วย ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลโดยทำการประเมินตั้งแต่วันที่ 15 ถึง 22 มิถุนายน 2547 และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเข้าร่วมการทดลอง ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้จำนวน 24 คน เมื่อทำการทดลองจริงปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการทดลองครบทุกขั้นตอนมี 20 คน ตามที่กำหนดไว้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม วัน เวลา สถานที่ สอบถามความสมัครใจ อธิบายให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธ สามารถออกจากกรทดลองได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และการออกจากกรทดลองจะไม่มีผลใดๆต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการทดลองจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 4 ชุด คือ

- 1.เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่
 - แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล
- 2.เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่
 - แบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วย

แบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแล

3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale :BPRS)

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา

แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล

แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของ ดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งมีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยกำหนดเนื้อหาที่สำคัญให้ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

2. ศึกษาปัญหา สาเหตุและลักษณะการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นสาเหตุของการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม

3. สร้างแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยแสดงขั้นตอนในการปฏิบัติ และคู่มือการใช้โปรแกรม โดยนำแนวคิดที่ได้จากการค้นคว้าเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วย แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา กำหนดรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกำหนดโครงสร้างแผนการพยาบาล เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ใช้รูปแบบการดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นรายครอบครัว เน้นการเชื่อมโยงสถานการณ์ การสะท้อนแนวคิด การสร้างความเข้าใจ การปรับเปลี่ยนแนวคิด และการคงไว้ซึ่งความร่วมมือในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย

4. กระบวนการใช้โปรแกรมใช้รูปแบบการดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้านจำนวน 4 ครั้ง (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) ครั้งละประมาณ 60 - 90 นาที รวมเวลา 4 สัปดาห์ โดยมี กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลดังนี้

โครงสร้างโปรแกรม

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการค้นหาสภาพการณ์จริง

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างพลังเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยารักษาอาการทางจิตโดยการสะท้อนคิด
อย่างมีวิจารณญาณ

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างแหล่งของอำนาจที่เกี่ยวกับการใช้ยาโดยการให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะ
และแหล่งทรัพยากร

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินการด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางการทำกิจกรรมในแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล

วัน / เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
สัปดาห์ที่ 1	ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการค้นหาสภาพการณ์จริง	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและพยาบาล 2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับรู้สภาพการเจ็บป่วยและปัญหาในการใช้ยาตามสภาพการณ์จริง 3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลยอมรับการมีส่วนร่วมในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาร่วมกับพยาบาลได้
สัปดาห์ที่ 2	ขั้นตอนที่ 2 การสร้างพลังเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยารักษาอาการทางจิตโดยการสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถวางแผนเพื่อจัดการกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยได้ 2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์
สัปดาห์ที่ 3	ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างแหล่งของอำนาจที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมการใช้ยาโดยการให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถบอกความต้องการความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากรที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของแผนการจัดการกับปัญหาการใช้ยาได้ 2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาทางจิตมากขึ้น
สัปดาห์ที่ 4	ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินการด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา 2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ 3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลแสดงความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยารักษาอาการทางจิต และการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล

1. ประเมินพฤติกรรมกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยที่เข้าร่วมแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยประเมินหลังสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 และ 4
2. ประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลหลังการทดลองทันที
3. ประเมินความสนใจขณะทำกิจกรรม เช่น การสบสายตา การกระดือหรือร่นในการตอบคำถามหรือแสดงความคิดเห็น

สื่อ / อุปกรณ์

ใบงาน 1 แบบรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล

ใบงาน 2 แบบบันทึกการวินิจฉัยพลังอำนาจ

ใบงาน 3 แบบบันทึกแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล

ใบงาน 4 แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล ก่อนให้ความรู้

ใบงาน 5 ความรู้เรื่องโรคจิตเภทเกี่ยวกับอาการ สาเหตุ และการรักษา

ใบงาน 6 อาการข้างเคียงที่เกิดจากยารักษาอาการทางจิต

ใบงาน 7 สถานการณ์สมมุติ การสื่อสารทางลบ

ใบงาน 8 การสื่อสาร

ใบงาน 9 แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลังให้ความรู้

ใบความรู้ 1 ความรู้เรื่องโรคจิตเภทเกี่ยวกับอาการ สาเหตุ และการรักษา

ใบความรู้ 2. อาการข้างเคียงที่เกิดจากยารักษาอาการทางจิต และการจัดการกับอาการข้างเคียง

ใบความรู้ 3 การสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม

ดินสอหรือปากกา

เอกสาร แผ่นพับ

การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน นักวิชาการพยาบาล 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้าง ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุม ความหมายเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบ ความเหมาะสมของกิจกรรม ลำดับของ

เนื้อหา ความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละขั้นตอนของกิจกรรม จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งมีประเด็นที่ต้องแก้ไขคือ

ขั้นตอนที่ 1

ตัดใบงานที่ 1 และ 2 เพราะการประเมินพลังอำนาจจะช่วยประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลแล้ว

ตัดใบความรู้ที่ 1 เนื่องจากทำให้ความรู้โดยที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลยังไม่มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา จะไม่ถือว่าเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ แต่เป็นการดำเนินการกับผู้ป่วยในรูปแบบเดิมๆ

ขั้นตอนที่ 2

-ให้ตัดใบงานที่ 1 เนื่องจากไม่มีความจำเป็นต้องประเมินซ้ำอีกเพราะประเมินไปแล้วในขั้นตอนที่ 1 และได้ข้อสรุปแล้วว่าอะไรคือสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา

ขั้นตอนที่ 3

ปรับลำดับเนื้อหาโดยให้ความรู้ตามใบความรู้ที่ 2 3 4 จากนั้นสอบถามอาการหรือสภาพการที่เป็นจริงของผู้ป่วยจากผู้ป่วยและผู้ดูแล แล้วตรวจสอบประเด็นปัญหาที่อาจไม่ได้ให้หรือไม่มีในใบความรู้ที่ 2 3 4 แล้วให้ความรู้เพิ่มเติม

ขั้นตอนที่ 4

ใบงานที่ 1 และใบความรู้ที่ 1 ย้ายไปอยู่ในขั้นตอนที่ 3 เพราะเรื่องอาการจากยาเป็นสิ่งที่ต้องรู้ไปพร้อมกับโรคและการรักษา

ให้ความรู้ตามใบความรู้ที่ 1 จากนั้นสอบถามอาการหรือสภาพการที่เป็นจริงของผู้ป่วยจากผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยใช้แนวทางข้อคำถามจากใบงานที่ 2 จากนั้นตรวจสอบประเด็นปัญหาที่ไม่ได้ให้หรือไม่มีในใบความรู้ที่ 2

ใช้ใบงานที่ 3 และ 4 จากนั้นให้ความรู้ตามใบความรู้ที่ 4 หลังให้ความรู้สอบถามสภาพการที่เป็นจริง เกี่ยวกับการสื่อสารและการสนับสนุนของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย ให้ความรู้เพิ่มเติมกรณีที่ไม่มีในใบความรู้ที่ 4

พยาบาลประเมินผลความรู้จาก Post test ว่ายังมีสิ่งใดที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลยังไม่เข้าใจ และเน้นย้ำความรู้ที่นั้นอีกครั้ง

ขั้นตอนที่ 4

- เปลี่ยนใบงานที่ 1 และใบความรู้ที่ 1 ไปอยู่ในขั้นตอนที่ 3 เพราะเป็นเรื่องที่ต้องรู้พร้อมกับโรคและการรักษา

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) หลังการปรับแก้แล้วผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ในวันที่ 28 พฤษภาคม ถึง 1 มิถุนายน 2547 เวลา 9.00 – 10.00น ที่บ้านผู้ป่วย โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมวันละ 1 ชั้นตอน จนครบ 4ชั้นตอน เพื่อดูข้อคำถาม ความเป็นไปได้ในการนำไปโปรแกรมไปใช้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งตามปัญหาที่เกิดขึ้น

ปัญหาที่พบคือ ในชั้นตอนที่ 2 การสร้างพลังเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยารักษาอาการทางจิต โดยการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องวางแผนเพื่อจัดการกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย แต่พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลใช้เวลาในการคิดนาน บอกว่าคิดไม่ค่อยออก ผู้วิจัยต้องให้คำแนะนำ

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยแบบประเมิน 2 ชุด คือ

2.1แบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยใช้แบบประเมินชุดที่ สรินทร เขียวโสธร (2545) ที่ใช้ประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดการประเมินข้อมูลแหล่งพลังอำนาจใน ผู้ป่วยเรื้อรังของดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา.83 และความเที่ยงของเครื่องมือ .90

การหาความเที่ยงของแบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภท ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ในวันที่ 19 -26 พฤษภาคม 2547 จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .84 การคิดคะแนนทำโดยคิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วหารด้วยคะแนนเต็ม แล้วแบ่งเป็น 5 ช่วง มีช่วงคะแนนและความหมายดังนี้

คะแนน	ความหมาย
4.50 – 5.00	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับดีมาก
3.50 - 4.49	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับดี
2.50 - 3.49	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับปานกลาง
1.50 –2.49.	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับน้อย
1.00-1.45	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่า Corrected Item total Correlation รายข้อดังนี้

ข้อ1. .4796	ข้อ11. .5609
ข้อ 2. .3237	ข้อ12. .5450
ข้อ3. .5368	ข้อ13 .5408
ข้อ4. .3475	ข้อ14. .5364
ข้อ5. .2108	ข้อ15. .2406
ข้อ6. .4827	ข้อ16. .6906
ข้อ7. .4006	ข้อ17. .5270
ข้อ8. -.0394	ข้อ18. .6644
ข้อ9. .4044	ข้อ19. .2492
ข้อ10. .4014	ข้อ20. .3574

จากการวิเคราะห์รายข้อพบว่าข้อคำถามเพียง 1 ข้อที่มีความสัมพันธ์ทางลบ ได้นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยปรับด้านภาษาก่อนนำไปใช้จริงแล้ว

2.2 แบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแล เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการประเมินข้อมูลแหล่งพลังอำนาจในผู้ปวยเรื้อรังของ ดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) มีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจ และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล โดยเฉพาะแนวคิดการประเมินแหล่งพลังอำนาจ ของ ดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Miller (1992) ในการประเมินแหล่งพลังอำนาจ โดยแหล่งพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) ประกอบด้วย 7 แหล่งคือ

- 1.ระบบความเชื่อ
- 2.อัตมโนทัศน์เชิงบวก
- 3.พลังงาน
- 4.ความอดทนทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม
- 5.แรงจูงใจ
- 6.ความรู้
- 7.ความเข้มแข็งทางกาย

ซึ่งสามารถประเมินแหล่งพลังอำนาจเป็นรายด้านได้ 6 ด้านคือ

- 1.การทำหน้าที่ของร่างกาย
- 2.การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
- 3.ความสามารถในการจัดการกับปัญหา
- 4.การรับรู้ต่อตนเอง
- 5.ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ
- 6.บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม

2.กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการประเมินแหล่งพลังอำนาจ แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ มีลักษณะเป็นแบบสัมภาระณข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ผู้ดูแลเลือกตอบได้ 1 คำตอบ ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งเป็นมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ให้ค่าคะแนน 5 4 3 2 1 ตามลำดับ การให้คะแนนและความหมายกระทำวิธีเดียวกับประเมินแหล่งพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภท ข้อคำถามรวมทั้งหมด 24 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่

- 1.ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย 3 ข้อ
- 2.การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 6 ข้อ
- 3.ความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย 4 ข้อ
- 4.การรับรู้ต่อตนเอง อัจฉมโนทัศน์และแรงจูงใจ 3 ข้อ
- 5.ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ 2 ข้อ
- 6.บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม 6 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแล

1.การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกับที่ตรวจสอบแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้าง ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ลำดับของข้อคำถาม แล้วนำมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ความตรงของเนื้อหา.80 หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คือปรับแก้ภาษาที่ใช้ให้เข้าใจง่ายขึ้น

2.การหาความเที่ยงของแบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแล ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ในวันที่ 19 -26 พฤษภาคม 2547 ณ. ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .51 จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คนและหาความ

เที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค อีกครั้งได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .58 และจากการวิเคราะห์รายข้อร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พบว่า มีข้อคำถามบางข้อมีความสัมพันธ์ทางลบ บางข้อคำถามมีความสัมพันธ์น้อยกว่า.20 อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ให้ปรับข้อความในข้อคำถามใหม่ และให้ตัดข้อคำถามข้อที่ 22 ออก (ท่านสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ) ออกเนื่องจากผู้ดูแลไม่ค่อยกล้าแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมสุขภาพ) ได้ค่าความเที่ยงรวมเป็น.69 และได้ค่า Corrected Item total Correlation รายข้อดังนี้

ข้อ1	.2433	ข้อ9	.1297	ข้อ17	.0439
ข้อ2	.2511	ข้อ10	.4692	ข้อ18	.2725
ข้อ3	.3164	ข้อ11	.5171	ข้อ19	.3279
ข้อ4	.4055	ข้อ12	.3122	ข้อ20	.1028
ข้อ5	.3417	ข้อ13	.6033	ข้อ21	.1997
ข้อ6	.0165	ข้อ14	.5712	ข้อ22	.5278
ข้อ7	-.1191	ข้อ15	.1934	ข้อ23	.3114
ข้อ8	.1733	ข้อ16	.4536		

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วนคือ

ส่วนที่1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยกำหนดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 9 ข้อได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับอาการข้างเคียงจากยา

ส่วนที่2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Farragher (1999) และแนวคิดของเพชร คันธสายบัว (2544) ที่ใช้ในการวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .63 และได้ปรับแก้ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว และค่าความเที่ยง .83 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา 2 ด้านคือ การปฏิบัติตามแผนการรักษา ได้แก่ข้อ1-9

ความสามารถในการจัดการจากอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ได้แก่ข้อ10-18 ข้อคำถามทางบวก 9 ข้อ คือข้อ 5, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16 ข้อคำถามทางลบ 9 ข้อคือ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 14, 17 การคิดคะแนน นำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็มแล้วแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับคะแนนเฉลี่ยจากน้อยที่สุดไปหามากที่สุดเป็นคะแนนและความหมาย (ประคอง กรรณสูต,2542) คือ

- 4.50 – 5.00 มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับระดับดีมาก
- 3.50 - 4.49 มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับระดับดี
- 2.50 - 3.49 มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง
- 1.50 - 2.49 มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ
- 1.00 - 1.49 มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำสุด

การหาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คน ในวันที่ 19 -26 พฤษภาคม 2547 และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยรวมเท่ากับ .73 โดยมีค่า Corrected Item total Correlation รายข้อดังนี้

ข้อ1. .5479	ข้อ10. .1576
ข้อ2. .4566	ข้อ11. .0259
ข้อ3. .4110	ข้อ12. -.1947
ข้อ4. .5917	ข้อ13. .4474
ข้อ5. -.1373	ข้อ14. .3549
ข้อ6. .4303	ข้อ15. .6196
ข้อ7. .2609	ข้อ16. .3684
ข้อ8. .5014	ข้อ17. .1567
ข้อ9. .2874	ข้อ18. .5843

จากการวิเคราะห์รายข้อพบว่าข้อคำถามบางข้อมีความสัมพันธ์ทางลบ บางข้อคำถามมีความสัมพันธ์น้อยกว่า .20 ได้นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยปรับด้านภาษาก่อนนำไปใช้จริง

4. เครื่องมือคัดผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale :BPRS) ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-6 คะแนนทั้งหมดอยู่ในช่วง 18-108 คะแนน ค่าคะแนนระหว่าง 15-30 คะแนนถือว่ามีอาการทางจิตรุนแรงน้อย หากมีคะแนน 31 คะแนนขึ้นไปแสดงว่าอาการทางจิตรุนแรงมาก BPRS นี้ได้รับการพัฒนาโดย Overall and Gorham (1962) และภัทราธิรลภ (2530) ได้หาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นโดย SPSS-X Program ได้ค่า Alpha Coefficients เท่ากับ .89 ในการศึกษาสภาพผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการรักษา

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลอง แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง

ขั้นที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังได้กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1.2 จัดทำแผนดำเนินการทดลอง โดยประสานงานกับโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ และเครื่องมือวิจัย เพื่อขออนุญาตทำการทดลอง และเก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงติดต่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยกับฝ่ายการพยาบาล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล และแจ้งวันเวลาในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจากผู้ป่วยที่มาเยี่ยมบัตรผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก หลังจากที่เจ้าหน้าที่ห้องบัตรค้นทะเบียนประวัติ ผู้วิจัยเลือกทะเบียนประวัติตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แล้วใช้สัญลักษณ์เป็นบัตรติดไว้ที่ทะเบียนประวัติ เพื่อเป็นสัญลักษณ์ให้บุคลากรในทีมมารับทราบและส่งต่อผู้ป่วยมายังผู้วิจัย ภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการตรวจและรับยาเรียบร้อยแล้ว เมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลมาพบผู้วิจัย ผู้วิจัยก็ทำการคัดเลือกผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และกิจกรรมในโปรแกรมแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล หากผู้ป่วยและผู้ดูแลตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ก็ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนทำการทดลองครั้งที่ 1 ศึกษาแผน และการเดินทางไปพบผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน นัดหมายวัน และ เวลาทำกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้วิจัยเริ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่วันที่ 8 มิถุนายน – 22 มิถุนายน 2547 เพื่อป้องกันปัญหา

กลุ่มตัวอย่างไม่ครบตามที่กำหนด ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้ 24 ราย

ขั้นที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามแผนที่เตรียมไว้ ไปพบผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้านตามวันและเวลาดังนัดหมาย ก่อนไปผู้วิจัยโทรศัพท์ไปบอกให้ทราบก่อนทุกราย โดยครั้งแรกที่ไปพบผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน เป็นระยะเวลาที่ห่างจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาครั้งที่ 1 และประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยครั้งที่ 1 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ในการไปพบผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้านครั้งแรกผู้วิจัยได้พูดคุยสร้างความคุ้นเคย และประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยครั้งที่ 2 และเริ่มทำการทดลองตามแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลรายครอบครัวขั้นตอนที่ 1 ทันที โดยผู้วิจัยได้ทำกิจกรรมตามขั้นตอนของแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจกับผู้ป่วยและผู้ดูแลสัปดาห์ละ 1 ครั้งจนครบ 4 สัปดาห์ เริ่มทำการทดลองวันที่ 23 มิถุนายน 2547 และเสร็จสิ้น วันที่ 22 กรกฎาคม 2547 ในระหว่างทดลองมีกลุ่มตัวอย่างขอออกจากการทดลอง 2 ราย เนื่องจากผู้ป่วยต้องไปทำงานต่างจังหวัด และยายของผู้ป่วยป่วยหนัก มารดาผู้ป่วยต้องไปดูแลและผู้ป่วยต้องขับรถให้มารดา

ในแต่ละขั้นตอนมีวัตถุประสงค์และการประเมินผลดังนี้ (รายละเอียดเนื้อหากิจกรรมแต่ละขั้นตอนแสดงในเครื่องมือฉบับสมบูรณ์)

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและค้นหาสถานการณ์จริงเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล ไว้วางใจกล้าเปิดเผยตนเอง
2. เพื่อทราบพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา
3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกับ

พยาบาล

การประเมินผล

ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความไว้วางใจผู้วิจัย สามารถบอกสภาพการใช้ยาของผู้ป่วยได้ตรงกับสภาพที่เป็นจริงเมื่อกระตุ้นด้วยคำถามในแบบรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจ มีผู้ป่วยบางคนบอกว่า “ไม่ใช่ปัญหาของผม ผมว่ามันไม่ใช่ปัญหา มันเป็นอย่างนี้มานานแล้ว” เมื่อผู้วิจัยอธิบายว่า “แม้คุณจะไม่คิดว่าไม่ใช่ปัญหาแต่คุณยอมรับว่ามันเป็นสาเหตุที่ทำให้คุณไม่สามารถใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ได้” และผู้ดูแลช่วยอธิบายให้ข้อมูลเพิ่มเติมทำให้ผู้ป่วยยอมรับ ผู้ป่วยและผู้ดูแลยอมรับข้อมูลการประเมินภาวะสูญเสียพลังอำนาจ และร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ยอมรับการมีส่วนร่วมในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างพลังเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยารักษาอาการทางจิตในผู้ป่วยโดยการสะท้อนคิด
อย่างมีวิจารณญาณ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถบอกถึงปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้
2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการใช้ยาได้เอง
3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

การประเมินผล

ผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกคนสามารถบอกปัญหาการใช้ยา ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของ
ปัญหาการใช้ยา วางแผน กำหนดเป้าหมาย และเกณฑ์การประเมินผลในการจัดการกับปัญหา
การใช้ยาได้

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างแหล่งของอำนาจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา โดยการให้ข้อมูล ความรู้
ทักษะและแหล่งทรัพยากร

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถบอกถึงความต้องการได้รับความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร
ที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของแผนการจัดการกับปัญหาการใช้ยา
2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาทางจิต มีทักษะในการ
สื่อสารในครอบครัว มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมมากขึ้น

การประเมินผล

ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถบอกความต้องการด้านข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร
ที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของแผนการใช้ยาที่ถูกต้อง ผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกคนได้คะแนนจากการ
ประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาหลังให้ความรู้สูงกว่าก่อนให้ความรู้

ขั้นตอนที่ 4 ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งพลังที่จะส่งเสริม
การปฏิบัติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจในการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา

ปฏิบัติ

3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการใช้ยาที่วางไว้ได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ

4. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีกำลังใจในการรักษาด้วยยา

การประเมินผล

ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการใช้ยา การสังเกตและการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง และบอกผลที่ได้จากการประเมินการปฏิบัติตามแผนการใช้ยาที่ตนเองวางแผนไว้ได้ มีการพูดรวมทั้งมีสีหน้าและท่าทางที่แสดงถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาได้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้กำลังใจซึ่งกันและกันได้ มีบางครอบครัวที่มีท่าทางชัดเจนบอกว่าไม่ค่อยได้พูดกันดี ๆ ต่อหน้ากัน พูดไม่ออก ต้องให้เวลาและกระตุ้นจึงพูดได้

หลังการทดลองผู้วิจัยใช้เครื่องมือกำกับการทดลองประเมินระดับพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลทันที ได้คะแนนแบบประเมินพลังอำนาจของผู้ป่วย อยู่ในช่วง 2.8 – 3.9 และคะแนนแบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลอยู่ในช่วง 3.2 – 4.2 ขึ้นไป ซึ่งจัดว่ามีพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปทุกราย โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแหล่งพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองเป็นรายข้อ ดังแสดงในตารางที่ 1 และค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแหล่งพลังอำนาจผู้ดูแลหลังการทดลองเป็นรายข้อ ดังแสดงตารางที่ 2

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแหล่งพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง

ข้อความ	\bar{X}	SD	ระดับ
เชื่อว่าการหายจากโรคเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของท่าน	3.95	.82	ดี
เชื่อว่าการรับประทานยาจะช่วยให้อาการทางจิตของท่านดีขึ้น	3.90	.68	ดี
สามารถควบคุมตนเองได้	3.90	.88	ดี
ได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากครอบครัว	3.90	.99	ดี
เต็มใจให้ความร่วมมือในการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา	3.90	.78	ดี
เชื่อในความสามารถของทีมสุขภาพ	3.80	.81	ดี
เชื่อในการยึดถือศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์และบุคคลอันเป็นที่รัก	3.80	1.00	ดี
ยอมรับได้หากต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน	3.70	1.06	ดี
มีความหวังว่าจะสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ	3.70	.85	ดี
อาการทางจิตของท่านดีขึ้น	3.60	.88	ดี
เชื่อว่ายังมีโอกาสหายจากการเจ็บป่วยทางจิตที่เป็นอยู่ได้	3.60	1.03	ดี
สามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่ทำอยู่เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ	3.50	.75	ดี
รู้สึกว่าท่านยังมีคุณค่าและมีความสำคัญต่อบุคคลอื่น	3.45	.88	ปานกลาง
สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ	3.30	.57	ปานกลาง
มีวิธีจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา	3.30	1.03	ปานกลาง
รับรู้ถึงข้อจำกัดของตนในการทำกิจกรรมประจำวัน	3.30	.81	ปานกลาง
สามารถปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวได้	3.20	.96	ปานกลาง
ได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ	3.10	1.02	ปานกลาง
สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้	2.80	.74	ปานกลาง
ได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากเพื่อน	2.80	1.03	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแหล่งพลังอำนาจผู้ดูแลหลังการทดลอง

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นอยู่นี้จำเป็นต้องรักษาด้วยยา	4.20	.61	ดี
เต็มใจร่วมมือเพื่อส่งเสริมให้ ผู้ป่วยมีการใช้ยา	4.20	.55	ดี
เชื่อว่าถ้าผู้ป่วยรับประทานยาอาการทางจิตดีขึ้น	4.10	.48	ดี
รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความสำคัญ	4.10	.54	ดี
เชื่อมั่นในความสามารถของทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย	4.10	.48	ดี
ตั้งใจที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด	4.00	.56	ดี
สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ	3.90	.71	ดี
สามารถประเมินอาการเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้	3.80	.87	ดี
เชื่อในศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์และบุคคลอันเป็นที่รัก	3.80	.95	ดี
ทราบว่าถ้าควบคุมโรคได้จะเป็นอย่างไร	3.70	.78	ดี
เชื่อว่าท่านสามารถทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่ดี	3.60	.93	ดี
สามารถดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา	3.60	1.03	ดี
มีส่วนร่วมในความรับผิดชอบในการช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น	3.60	.67	ดี
สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น	3.50	.94	ดี
สามารถปรับพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ยา	3.50	.51	ดี
มั่นใจว่าสามารถดูแลผู้ป่วยให้อาการดีขึ้น	3.50	.75	ดี
ได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจากครอบครัว	3.50	1.10	ดี
ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ	3.40	.99	ปานกลาง
คิดว่าสุขภาพของท่านแข็งแรงเพียงใด	3.30	.58	ปานกลาง
ทราบว่ากรเจ็บป่วยมีผลต่อร่างกายผู้ป่วย	3.20	1.10	ปานกลาง
สามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	3.20	.78	ปานกลาง
เคยทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นจากบุคคลอื่น	3.50	.99	ปานกลาง
การที่ต้องดูแลผู้ป่วยทำให้ท่านต้องเปลี่ยนแปลงหน้าที่	2.10	1.08	น้อย

ข้อมูลเพิ่มเติมจากการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล

จากการพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เข้าร่วมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่บ้าน ในขั้นตอนการประเมินแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งของ Miller (1992) ซึ่งแบ่งการประเมินแหล่งพลังอำนาจเป็น 6 ด้าน (ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) พบว่า

1. พลังงานและความเข้มแข็งทางกายภาพ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา ผู้ป่วยบางคนบอกว่า "มีอาการสั่นและเกร็ง บางครั้งไม่กล้าออกนอกบ้านคนเดียว กลัวว่าจะมีอาการนั้นนอกบ้านแล้วช่วยตัวเองไม่ได้ อายุคนอื่น ๆ " "ง่วง นอนทั้งวัน ถ้ากินยาแล้วทำงานไม่ได้เลย แม้แต่ซักผ้าก็ซักไม่ได้ จึงต้องหยุดยาเพื่อให้ได้ทำงาน มีรายได้เลี้ยงครอบครัวแต่ปัญหาที่ตามมาคือเวลาไม่สบายต้องอยู่โรงพยาบาลครั้งละนาน ๆ " "กินยาแล้วเกร็งทั้งตัวช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แม่ต้องไปเหมารถพาไปส่งโรงพยาบาล หมอฉีดยาให้อาการดีขึ้นก็กลับบ้านได้" ในด้านผู้ดูแลพบว่าเมื่อ ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยาก็รู้สึกหวาดกลัวเช่นกัน "ไม่รู้ว่าจะช่วยอย่างไร พาไปหาหมอได้อย่างเดียว "ฉันไม่ได้ออกนอกบ้านเลยต้องอยู่กับคนใช้ตลอดกลัวเขาจะเกร็งอีก ต้องดูแลให้เขากินยาตามเวลา ถ้าไม่เตือนเขาจะลืมบ่อย" ผู้ดูแลบางท่านบอกว่าการดูแลผู้ป่วยโรคนี้เครียดมาก มีอยู่ครั้งหนึ่งที่เครียดแล้วตามองอะไรไม่เห็นทั้งๆที่เปิดไฟอยู่ ฉันได้แต่ภาวนาว่าให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยให้ฉันมองเห็นด้วยเถิด ถ้าฉันมองอะไรไม่เห็นก็ขอให้ฉันตายเสียเถิด ฉันยกมือไหว้ สักพักตาก็เริ่มมองเห็นแสงขึ้นมา ไม่มีใครรู้หรือว่าการดูแลผู้ป่วยมันเครียดอย่างไร บอกใคร เล่าใครเขาก็ไม่เข้าใจ มันอยู่ในหัวอกฉันทั้งนั้น" ผู้ดูแลบางคนก็เอามือเช็ดน้ำตา

2. ด้านทัศนคติเชิงบวก ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่า "กินยามานาน เบื่อมาก บางครั้งไม่กินเสียเลย บางครั้งก็หยุดยาเมื่ออาการดีขึ้น" ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกอายที่ต้องกินยาโรงพยาบาลนี้ แต่ตอนนี้ไม่อายแล้วเพราะใครๆก็เป็นกันมาก ผู้ดูแล บอกว่าเวลาพาผู้ป่วยไปรับยาอายุมาก ไม่อยาก让别人รู้ ไม่อยากพบคนที่รู้จัก เวลาไปรับยาจะดึงฉลากที่ปิดหน้าซองทิ้ง บางครั้งก็เปลี่ยนใส่ถุงอื่นที่ไม่ใช่ถุงโรงพยาบาล แต่ตอนนี้ไม่อายและไม่ทำอย่างนั้นแล้ว" ผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ถึงปัญหาของการใช้ยา บอกว่าเกิดจากการใช้ยาไม่ต่อเนื่อง หยุดยาเองเมื่ออาการทางจิตดีขึ้นหรือแพ้ยา

3. ความรู้ พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลยังขาดความรู้เรื่องการใช้ยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา คิดว่ายารับประทานหลังอาหารต้องกินหลังอาหารเท่านั้นถ้ากินยาแล้วจะรับประทานอาหารอย่างอื่นอีกไม่ได้ จึงเลื่อนยามื้อเย็น ออกไปให้นานที่สุดเพื่อจะได้รับประทานอาหารอื่นได้ บางคนรับประทานยามื้อเย็นรวมกับมื้อก่อนนอน สำหรับผู้ป่วยที่รับประทานยาวันละ

ครั้งเดียวก็จะรับประทานไม่เป็นเวลา แล้วแต่จะสะดวกหรือเมื่อเสร็จจากภาระงานประจำ ในด้านการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ถ้ามีอาการเกร็งจะบีบนิ้วก็หาย กินน้ำมดหรือกินของหวานจัดๆ ถ้าน้ำลายออกมากก็อย่าเพิ่งกินน้ำ ส่วนผู้ดูแลบอกว่าเวลาเขาแพ้ยาก็ช่วยบีบนิ้วให้คอยสังเกตว่ากินยาแล้วแพ้หรือไม่ บางคนบอกว่าถ้ากินยาแล้วผิดปกติอะไรก็จะพาไปโรงพยาบาลเท่านั้นเพราะหมอเท่านั้นที่จะช่วยได้ ผู้ป่วยเคยมีอาการเกร็งทั้งตัวพาไปโรงพยาบาลหมอฉีดยาให้ก็หาย ผู้ป่วยและผู้ดูแลบางคนบอกว่าจะหายจากโรคนี้หรือไม่ขึ้นอยู่กับหมอ หมอบางคนรักษาดีคนไข้ก็หาย ผู้ป่วยบางคนบอกว่า "คนไข้คนไหนจะหายหรือไม่หายอยู่ที่หมอเป็นผู้กำหนด " คิดว่าการรักษาโรคเป็นหน้าที่ของแพทย์ ไม่ใช่หน้าที่ของตน มีปัญหาที่ไปพบแพทย์ ผู้ป่วยและผู้ดูแลบางคนบอกว่าเวลายามดก็จะบอกกับพยาบาลว่าขอรับยาเดิมเพราะเร็วดีไม่ต้องเข้าคิวพบแพทย์ แม้ว่าบางครั้งจะมีอาการทางจิตเปลี่ยนไปจากเดิมที่ควรบอกให้แพทย์ทราบ การที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความตระหนักรู้ในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ส่งผลให้ไม่กระตือรือร้นที่จะแสวงหาข้อมูลหรือความรู้เพิ่มเติม ทำให้ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา

4.ด้านแรงจูงใจ เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ร่วมกันในครอบครัวมีความรักใคร่ผูกพันช่วยเหลือและเอาใจใส่ซึ่งกันและกันดี ทำให้มีแรงจูงใจในการรักษา "อยากให้มีอาการปกติเหมือนคนอื่นๆ จะได้ทำงานและอยู่ในครอบครัวได้นานๆ ไม่อยากไปอยู่โรงพยาบาลอีก "

5.ระบบความเชื่อ ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันส่วนใหญ่มีความเห็นสอดคล้องกัน เช่นบางครอบครัวเชื่อว่าสาเหตุของการป่วยทางจิตเกิดจากการถูกระงับทางไสยศาสตร์ ถูกกรรมโนราห์ พระภูมิเจ้าที่ให้โทษ การไม่ได้รับราหูในวัยเบญจเพส เคยไปรักษาทางไสยศาสตร์และกระทำตามความเชื่อ บางครั้งก็อาการดีขึ้น บางครั้งก็เป็นมากขึ้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลบางคนบอกเป็นหน้าที่ที่จะต้องกระทำร่วมกันในการดูแลให้ผู้ป่วยได้กินยา ผู้ดูแลบางคนบอกว่าขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยผู้ดูแลคอยเตือนให้ผู้ป่วยกินยาแต่จะกินหรือไม่กินเป็นเรื่องของเขา ผู้ป่วยบางคนบอกว่าต้องกินยาเท่านั้นเพราะถ้าเราไม่กินยาใครก็ช่วยเราไม่ได้

6.ด้านความอดทนทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยที่มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวจะมีปัญหาด้านการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว บอกว่า "ตั้งแต่เป็นโรคนี้ทำงานได้น้อยลงไม่มีแรง เวลาที่ไม่ทำงานภรรยา ก็จะหงุดหงิด ต่ำว่า ไล่ให้ไปอยู่ที่อื่น ซึ่งผิดกับตอนที่ตนไม่ป่วยจะทำงานเก่ง ขยัน ถ้ากลับบ้านผิดเวลภรรยาจะออกตามหา" บางคนบ่นว่าถูกเอาเปรียบเรื่องค่าจ้าง ไม่อยากจ้างงาน บางครั้งใช้งานมากแต่ให้ค่าจ้างน้อย ในด้านของผู้ดูแลที่เป็นภรรยายอมรับว่ารู้สึกเครียดมากที่สามีป่วยเป็นโรคจิต "ทำอะไรไม่ได้ กินแล้วนอนไม่คิด ไม่ตัดสินใจอะไร ตนต้องรับผิดชอบเองทั้งหมด" ส่วนผู้ป่วยที่มีบิดา มารดาดูแล ผู้ดูแลจะยอมรับได้ถ้าผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและอาการปกติ ในด้านการสนับสนุนทางสังคมผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลในเรื่องการเตือนให้ไปพบแพทย์ พาไปพบแพทย์ รวมทั้งการจ่ายค่ายาให้ แต่หาก

ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ดี เช่นเที่ยวนอกบ้านกลางคืน ดื่มสุรา ผู้ดูแลก็จะไม่ไปรับยาให้ “ครั้งก่อนที่ ต้องไปอยู่โรงพยาบาลเพราะแม่โกรธที่ผมไปดื่มสุรา แม่ห้ามผมไม่เชื่อฟัง แม่จึงไม่ไปรับยาที่ โรงพยาบาล 2 เดือนทำให้ขาดยาต้องกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอีก” บางคนเล่าว่า “แม่เห็นว่าอาการขึ้นและกินยามานานแล้วให้หยุดยาได้เดี๋ยวติดยา ผู้ป่วยบางคนไม่ไปร่วมงานใน ละแวกบ้านเลยเพราะไปแล้วไม่รู้จะคุยอะไรกับใคร ไม่มีคนคุยด้วย

ผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกคนมีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมสุขภาพ กล่าวชมว่าหมอและพยาบาลใจดี ทุกคน แสดงท่าทางกระตือรือร้นในการตอบคำถามและให้คำแนะนำ บางคนบอกว่า “ถ้าเราไปตรงกับวันที่หมอนัด พยาบาลเขาจะเลือกบัตรไว้ให้แล้ว เราไม่ต้องรอนาน” ผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่ เชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์และพยาบาล “หมอที่นี่รักษาดี มารับยาต่อที่โรงพยาบาลนี้ ประจำ แม้ว่าต้องเดินทางไกลและค่าใช้จ่ายมาก “

จากข้อมูลแหล่งพลังอำนาจเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกคนมี แหล่งพลังอำนาจในด้านต่างๆ คล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา ผลข้างเคียงที่เกิดจากยาทางจิต การรับรู้บทบาทความรับผิดชอบสุขภาพตนเองและผู้ป่วย ความเชื่อ แรงจูงใจ รวมทั้งสัมพันธภาพกับทีมสุขภาพ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการสนับสนุนให้ ผู้ป่วย จิตเภทและผู้ดูแลสามารถสร้างเสริมแหล่งพลังอำนาจในด้านต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งประเมินผลได้จาก เครื่องมือกำกับการทำงานทดลอง คือแบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยและแบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแล ซึ่งพบว่าคะแนนเฉลี่ยแหล่งพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกคนอยู่ระหว่าง 2.55-4.50 ซึ่งเป็นระดับ ปานกลางขึ้นไปทุกคน จึงจัดได้ว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีแหล่งพลังอำนาจที่สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยจิต เภทมีพฤติกรรมการใช้ยาดีขึ้นได้

ขั้นตอนที่3 ระยะเวลาประเมินผลการทดลอง

การรวบรวมข้อมูล

หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยครั้งที่1 โดยใช้ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท และทำการวัดซ้ำครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่4 โดยวันสุดท้ายที่วัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาคือ วันที่ 26 สิงหาคม 2547 ในระหว่างรอการประเมินผลครั้งที่ 2 พบว่ามีผู้ป่วย 2 รายมีอาการทางจิตต้องเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ โดยรายแรกมีสาเหตุจากที่บ้านมีงานแต่งงานน้องสาว ผู้ป่วยดื่มสุราแล้ว อาละวาดจึงถูกนำตัวส่งโรงพยาบาล รายที่ 2 ผู้ป่วยไปเฝ้าหลานที่ป่วยทำให้ขาดยาและพักผ่อน ไม่เพียงพอจึงมีอาการกำเริบ ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ดำเนินการครบทุกขั้นตอน 20 คน

เนื่องจากการทดลองครั้งนี้ไม่มีผู้ช่วยวิจัยในการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเองทั้งหมด เพื่อป้องกันการลำเอียงในการประเมินผลก่อนและหลังการ

ทดลอง ผู้วิจัยจึงใช้วิธีตรวจและให้คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย หลังจากที่ได้ประเมินผลครบทั้ง 4 ครั้งแล้ว

ข้อมูลที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถามเพิ่มเติมบ่อยๆ

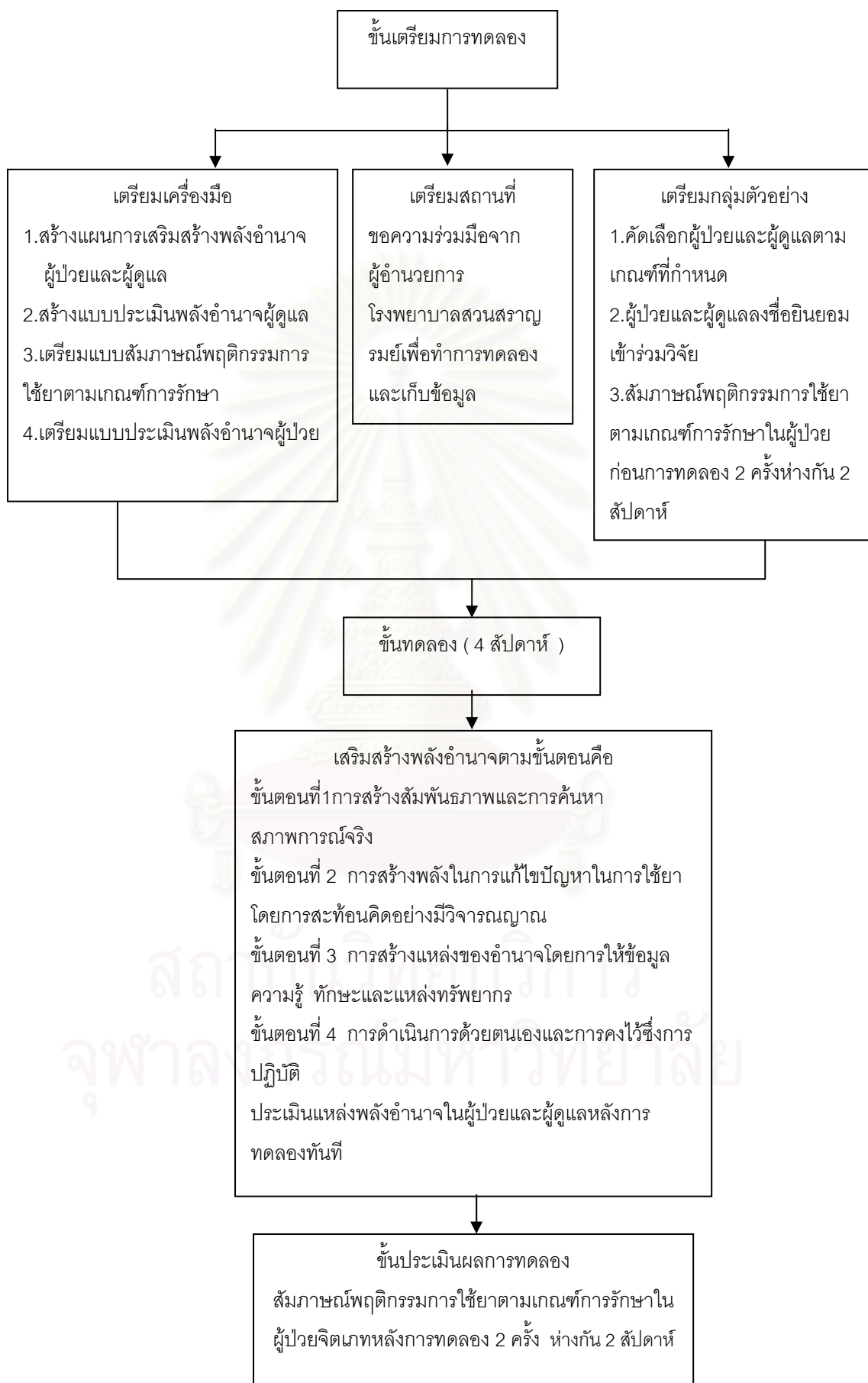
1. การใช้บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ทำไมบางครั้งใช้ได้บางครั้งใช้ไม่ได้
2. เวลาไปโรงพยาบาลรู้ว่ายาแพงแต่ไม่ต้องจ่ายค่ายาเพราะใช้บัตรทอง รู้สึกเกรงใจมาก ที่ต้องไปรับยาทุกเดือน มีบางครั้งที่ยอมจ่ายเงินเองทั้งๆที่ไม่ค่อยมีเงิน
3. การใช้บัตรประกันสังคมในคนไข้จิตเวช
4. การวางตัวเวลาไปงานสังคม รู้สึกเงินวางตัวไม่ถูกยิ่งคนรู้ว่าเป็นโรคนี้
5. การรับประทานยาทางจิตมีผลให้เสื่อมสมรรถภาพทางเพศหรือไม่
6. เป็นโรคจิตเภททำให้มีความต้องการทางเพศเพิ่มขึ้นหรือไม่
7. การรับประทานยาทางจิตนานๆจะทำให้กระดูกผุได้หรือไม่
8. เป็นโรคนี้แต่ตอนนี้อากการปกติดี จะไปสมัครเป็นสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลได้หรือไม่
9. ถ้าหายแล้วจะไปสมัครทำงานที่โรงพยาบาลเขาจะรับหรือไม่
10. ตอนนี้มีบัตรประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพที่ยังไม่หมดอายุ ควรใช้บัตรอะไรดี
11. ตอนนี้อากการปกติแล้ว ถ้าไปแต่งงานผู้หญิงเขาจะรู้หรือไม่ว่าเราเป็นโรคจิต และควรจะบอกเขาหรือไม่ว่าเคยรับการรักษาและกินยาของโรงพยาบาลนี้อยู่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS For Windows โดยดำเนินการเป็นลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงและคำนวณร้อยละ
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองด้วย สถิติทดสอบ ที (Dependent t-test)
3. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ใช้แบบแผนการวิจัยชนิดกลุ่มเดียว วัดซ้ำ 4 ครั้ง (The One - Group Time - Series) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการ เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างก่อนและหลังการทดลองใช้แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายและนำเสนอ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนและหลังการทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ผู้ดูแลขณะป่วย จำนวนครั้งที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ป่วย และผลกระทบจากอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต่อการดำเนินชีวิต (N= 20)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	18	90
	หญิง	2	10
อายุ	25-34 ปี	14	70
	35-44 ปี	3	15
	45-54 ปี	2	10
	55-60 ปี	1	5
การศึกษา	ประถม	9	45
	มัธยม	8	40
	อุดมศึกษา	3	15
อาชีพ	ไม่มีอาชีพ	10	50
	รับราชการ	1	5
	รับจ้าง	5	25
	ทำสวน	4	20
สถานภาพ	โสด	15	75
	สมรส	3	15
	หม้าย/หย่า	2	10
ผู้ดูแลขณะป่วย	บิดา/มารดา	13	65
	พี่/น้อง/บุตร	3	15
	สามี/ภรรยา	3	15
จำนวนครั้งที่เข้ารับรักษา	ญาติ	1	5
	1-5 ครั้ง	12	60
	6-10 ครั้ง	6	30
ระยะเวลาที่ป่วย	16 ครั้งขึ้นไป	2	10
	1-5 ปี	6	30
	6-10 ปี	7	35
	11-15	2	10
ผลกระทบจากยา	16 ปีขึ้นไป	6	25
	มาก	7	35
	ปานกลาง	13	65

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 90 มีอายุอยู่ในช่วง 25 – 34 ปี ร้อยละ 70 ศึกษาในระดับประถมและมัธยมศึกษาใกล้เคียงกันคือร้อยละ 45และ40 ตามลำดับ ไม่มีอาชีพ ร้อยละ50 สถานภาพโสด ร้อยละ 75 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีบิดาหรือมารดาเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 65 เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1-6 ครั้งร้อยละ 60 ระยะเวลาที่ป่วยมากที่สุด 6-10ปี และ 1-5ปีใกล้เคียงกันคือร้อยละ35 และ30 ตามลำดับ และร้อยละ 65 ได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต่อการดำเนินชีวิตในระดับปานกลาง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลจำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

	ลักษณะผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	2	10
	หญิง	18	90
อายุ	25 - 34	3	15
	35 - 44	1	5
	45 - 54	7	35
	55 - 60	9	45
การศึกษา	ประถม	15	75
	มัธยม	4	20
	อุดมศึกษา	1	5
อาชีพ	ไม่มีอาชีพ	1	5
	รับจ้าง	6	30
	ทำสวน	8	40
รายได้	ต่ำกว่า 5,000	3	15
	5,000 -10,000	6	30
	10001ขึ้นไป	11	55
สถานภาพ	โสด	2	10
	สมรส	16	80
	หม้าย	2	10
ระยะเวลาที่ดูแล	1-5 ปี	6	30
	6-10 ปี	7	35
	11-15 ปี	2	10
	16ปีขึ้นไป	5	25

จากตารางที่4 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 มีอายุในช่วย 55-60 ปี ร้อยละ 45 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 75 ส่วนใหญ่อาชีพทำสวนร้อยละ 40 มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 55 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ80 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมา 6-10ปีและ1-5ปี ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 35 และ30 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ตารางที่ 5 คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนน

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (N=20)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	Min	Max	\bar{X}	S.D	ระดับ
ก่อนการทดลองครั้งที่ 1					
การใช้ยาตามแผนการรักษา	28.00	43.00	33.70	4.72	ดี
ความสามารถในการสังเกตและจัด	24.00	42.00	32.00	4.78	ดี
การกับอาการข้างเคียงจากยา					
รวม	55.00	82.00	66.30	8.05	ดี
ก่อนการทดลองครั้งที่ 2					
การใช้ยาตามแผนการรักษา	30.00	43.00	34.95	3.61	ดี
ความสามารถในการสังเกตและจัด	26.00	42.00	33.36	4.63	ดี
การกับอาการข้างเคียงจากยา					
รวม	60.00	61.00	68.30	6.94	ดี
หลังการทดลองครั้งที่ 1					
การใช้ยาตามแผนการรักษา	34.00	45.00	41.75	4.19	ดีมาก
ความสามารถในการสังเกตและจัด	30.00	45.00	39.00	4.92	ดีมาก
การกับอาการข้างเคียงจากยา					
รวม	68.00	90.00	80.75	7.96	ดีมาก
หลังการทดลองครั้งที่ 2					
การใช้ยาตามแผนการรักษา	31.00	45.00	40.95	4.37	ดีมาก
ความสามารถในการสังเกตและจัด	27.00	45.00	37.50	5.58	ดีมาก
การกับอาการข้างเคียงจากยา					
รวม	61.00	90.00	78.45	9.14	ดีมาก

จากตารางที่ 5 พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หลังการทดลองครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับดีมาก ส่วนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนการทดลองครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับดี และเมื่อแยกวิเคราะห์รายด้านพบว่า หลังการทดลองครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการ

กับอาการข้างเคียงจากยาในระดับดีมาก ส่วนก่อนการทดลองครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาในระดับดี

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง N = 20

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	\bar{X}	S.D.	t
ก่อนทดลองครั้งที่ 1 - ก่อนทดลองครั้งที่ 2	2.00	3.04	2.93*
ก่อนทดลองครั้งที่ 1 - หลังทดลองครั้งที่ 1	14.45	6.67	9.67*
ก่อนทดลองครั้งที่ 1 - หลังทดลองครั้งที่ 2	12.15	11.05	4.91*
ก่อนทดลองครั้งที่ 2 - หลังทดลองครั้งที่ 2	10.15	10.12	4.48*
ก่อนทดลองครั้งที่ 2 - หลังทดลองครั้งที่ 1	12.45	6.21	8.95*
หลังทดลองครั้งที่ 1 - หลังทดลองครั้งที่ 2	2.30	8.77	1.17

*p < .01

จากตารางที่ 6 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 คือพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ .01 คือพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังการทดลองครั้งที่ 1 สูงกว่าก่อนการทดลองครั้งที่ 2 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลอง มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ .01 คือพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลองครั้งที่ 2 สูงกว่าก่อนการทดลองครั้งที่ 1

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง รายคู่และรายด้าน N = 20

การทดลอง	การใช้ยาตามแผนการรักษา			ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา		
	\bar{X}	S.D.	t	\bar{X}	S.D.	t
ก่อนทดลองครั้งที่1-ก่อนทดลองครั้งที่ 2	1.25	2.65	2.10*	.75	1.94	1.72
ก่อนทดลองครั้งที่1-หลังทดลองครั้งที่ 1	8.05	4.40	8.17*	6.40	5.15	5.55*
ก่อนทดลองครั้งที่1- หลังทดลองครั้งที่ 2	7.25	5.95	5.44*	4.90	6.05	3.62*
ก่อนทดลองครั้งที่2 -หลังทดลองครั้งที่ 2	6.00	4.76	5.62*	4.15	6.17	3.00*
ก่อนทดลองครั้งที่2 หลังทดลองครั้งที่ 1	6.80	4.23	7.17*	5.65	4.45	5.67*
หลังทดลองครั้งที่1 -หลังทดลองครั้งที่ 2	.80	4.28	.83	1.50	5.84	1.14

*p < .01

จากตารางที่ พบว่า

-คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลองครั้งที่1และก่อนการทดลองครั้งที่ 2 ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.01 คือก่อนการทดลองครั้งที่ 2 สูงกว่า ก่อนการทดลองครั้งที่1 ส่วนด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่.01

-คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลองครั้งที่1และหลังการทดลองครั้งที่ 1 ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาและด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.01 คือหลังการทดลองครั้งที่ 1 สูงกว่าก่อนการทดลองครั้งที่1

-คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลองครั้งที่1และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาและด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.01 คือหลังการทดลองครั้งที่ 2 สูงกว่าก่อนการทดลองครั้งที่1

-คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลองครั้งที่2 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาและด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.01 คือหลังการทดลองครั้งที่ 2 สูงกว่าก่อนการทดลองครั้งที่ 2

-คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลองครั้งที่ 1 ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาและด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.01 คือหลังการทดลองครั้งที่ 2 สูงกว่าก่อนการทดลองครั้งที่ 1

-คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาและด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.01 คือหลังการทดลองครั้งที่ 1 สูงกว่าหลังการทดลองครั้งที่ 2



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้แบบแผนการวิจัยชนิดกลุ่มเดียว วัดซ้ำ 4 ครั้ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและ ผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองใช้แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจและหลังการทดลองใช้แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งผู้วิจัยตั้งสมมุติฐานในการวิจัยไว้ดังนี้คือ ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นภายหลังจากผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 20 คน โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของ ดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ประกอบด้วย กิจกรรม 4 ขั้นตอน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Farragher (1999) และเพชรี คันธสายบัว (2544) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว และค่าความเที่ยง .73

3. เครื่องมือกำกับการทดลองมี 2 ชุดคือ แบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภท และแบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแล แบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ สรินทร เขียวโสธร (2545) มีความเที่ยงของเครื่องมือ .84 แบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการประเมินข้อมูลแหล่งพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังของ ดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .69

การดำเนินการทดลอง

ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังได้กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1.2 จัดทำแผนดำเนินการทดลอง โดยประสานงานกับโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแล้วประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยครั้งที่ 1

ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามแผนที่เตรียมไว้ โดยไปพบผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยครั้งที่ 2 ซึ่งห่างจากครั้งแรก 2 สัปดาห์และเริ่มทำการทดลองตามแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลครอบครัว เริ่มทำการทดลองวันที่ 23 มิถุนายน 2547 และเสร็จสิ้นวันที่ 29 กรกฎาคม 2547

ระยะหลังการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินผลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาชุดเดิมประเมินหลังการทดลองครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 2 และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 4 หลังการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างคนสุดท้ายได้รับการประเมินผลวันที่ 26 สิงหาคม 2547

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS For Windows ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงและคำนวณร้อยละ
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ ทดสอบที (Dependent t-test)
3. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.01

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ได้ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.01 และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังการทดลอง

ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ .01

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น หลังผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การอภิปรายผล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 90 มีอายุอยู่ในช่วง 25-34 ปี ร้อยละ 70 ศีรษะระดับประถมร้อยละ 45 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 50 สถานภาพโสดร้อยละ 75 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีบิดาหรือมารดาเป็นผู้ดูแลร้อยละ 65 เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1-6 ครั้ง ร้อยละ 60 ระยะเวลาที่ป่วยมากที่สุด 6-10 ปี ร้อยละ 35 และได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต่อการดำเนินชีวิตในระดับปานกลาง

จากผลการวิจัยดังกล่าวอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย พบมากที่สุดช่วงอายุ 25-34 ปี สถานภาพโสด สอดคล้องกับไพรัตน์ คุณากร (2534) ที่กล่าวว่าประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาจะอยู่ในช่วงอายุ 15-54 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่มีอาชีพซึ่งสอดคล้องกับ สมภพ เรืองตระกูล (2536) ที่พบว่าผู้ป่วย จิตเภทส่วนใหญ่ฐานะยากจนและการศึกษาน้อย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบิดาหรือมารดาเป็นผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา รัตนากร (2536) ที่พบว่าแม่ลักษณะโครงสร้างของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย มีความรักใคร่กันดีภายในครอบครัวแต่พบว่าผู้ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยคือมารดาผู้ป่วย ระยะเวลาที่ป่วยมากที่สุด 6-10 ปีเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (ภุมมาภิชาติ แสงเขียว, 2542) และกลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต่อการดำเนินชีวิตในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับเกษม ตันติผลาชีวะ (2536) ที่กล่าวว่า ยารักษาโรคจิตเป็นกลุ่มยาที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก และเกิดขึ้นกับระบบที่สำคัญของร่างกายหลายระบบ

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 มีอายุในช่วง 55-60 ปี ร้อยละ 45 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75 ส่วนใหญ่อาชีพทำสวน ร้อยละ 40 มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 55 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 80 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 6-10 ปี และ 1-5 ปี ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 35 และ 30 ตามลำดับ

จากผลการวิจัยดังกล่าวอภิปรายได้ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศิริรักษา นันทพงศ์ (2542) และสถิตย์ วงษ์สุรประภิต (2542) ซึ่งส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นมารดาผู้ป่วย ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากมารดาเป็นผู้มีความสัมพันธ์และ

รักใคร่ดูแลทุกข์สุขของบุตรอยู่เสมอทั้งยามปกติและเจ็บป่วย (รุจา ภูโพนุลย์, 2535) รวมทั้งสังคมไทยมารดามีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลทุกข์สุขของสมาชิกในครอบครัว และเพศหญิงมีการประเมินสัมพันธภาพภายในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชได้ดี (วัชรภรณ์ อุทัยภาส) ผู้ดูแลส่วนใหญ่อายุ 55-60 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมีอาชีพทำสวน รายได้ของครอบครัวประมาณ 10,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากการทำสวนยางพารา ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 6-10 ปี เป็นระยะการดูแลที่ยาวนานเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (ภุมมาภิชาติ แสงเขียว, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดร.ณิ คชพรหม (2543) ที่พบว่าระยะของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในช่วง 6-10 ปีมากที่สุด

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

เปรียบเทียบคะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หลังการทดลองครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับดีมาก ส่วนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนการทดลองครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับดี และเมื่อแยกวิเคราะห์รายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา ก่อนการทดลองอยู่ในระดับดี ส่วนหลังการทดลองอยู่ในระดับดีมาก

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ครั้งที่ 2 สูงกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ครั้งที่ 1 เล็กน้อย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเกิดจากผลของปฏิกิริยาของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการทดลอง คือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างรู้ตัวว่าถูกคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จึงมีความตื่นตัวแสดงพฤติกรรมหรือปฏิกิริยาที่ไม่เหมือนกับลักษณะในสภาวะปกติธรรมชาติ (บุญใจ ศรีสถิตยนาท, 2544) และเมื่อเปรียบเทียบกับค่าแตกต่างเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยา ระหว่างก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ กับหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่ามีค่าเพิ่มขึ้นแตกต่างกันมาก ดังนั้นความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 จึงไม่ได้เกิดจากผู้ป่วยได้รับความรู้หรือมีปัจจัยอื่นที่มากทำให้คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาเพิ่มขึ้นได้ จึงสรุปได้ว่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยา

ตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่เพิ่มขึ้นก่อนการทดลอง ไม่มีผลต่อคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่าหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2 ครั้ง แสดงว่าพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่เพิ่มขึ้น เกิดจากการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล จะมีขั้นตอนการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เน้นความรู้และทักษะที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถและปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคล ความสามารถของบุคคล เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและสร้างพฤติกรรมใหม่ รวมถึงมีการยอมรับสภาพการเจ็บป่วยตรงตามความเป็นจริง เชื่อว่าตนสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆในชีวิตของตนเองได้ มีความหวังต่อการมีชีวิตและทำความเข้าใจ ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง การเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ความรู้ซึ่งเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Xiang et al., (1994) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้นหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การศึกษาของ Azrin and Teichner (1998) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น หลังจากผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับความรู้ตามโปรแกรมการสอนเพื่อปรับปรุงความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง การศึกษาของสุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ที่พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษา รายบุคคลที่บ้านแก่ญาติและผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน มากกว่าการให้ สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pender (2000) ที่กล่าวว่า บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อคาดว่าจะได้รับประโยชน์จากการมีพฤติกรรมนั้น บุคคลจะหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อรับรู้ว่ามีอุปสรรค แต่เมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะชนะอุปสรรคต่างๆได้ บุคคลก็จะมีแนวโน้มที่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น นอกจากนี้ความรู้สึทงทางบวกที่บุคคลมีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป และหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ที่กล่าวว่า ผู้ใหญ่ต้องการการเรียนรู้ที่มีลักษณะให้ลงมือปฏิบัติ มากกว่าการนั่งฟังบรรยายนานๆหรือท่องจำ (วิจิตร อาระยา, 2537 อ้างถึงใน ชูลี ภูทอง, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ร่วมกันค้นหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ตลอดจนการหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

ดังนั้นหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ป่วยจึงมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้น ในด้านคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลครั้งที่ 1 สูงกว่าครั้งที่ 2 ทั้ง 2 ด้านแต่ไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังใช้ระยะเวลาในการรักษานาน และหลังการป่วยทางจิตผู้ป่วยมักมีอาการหลงเหลืออยู่ (มาโนช หล่อตระกูล, 2542) ทำให้มีผลต่อการดูแลตนเองลดลงโดยเฉพาะการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ประกอบกับยังมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท เช่น ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น เพศ ซึ่งการศึกษาของสุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) และ Agarwal et al.(1998) ที่พบว่าเพศหญิงปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าเพศชาย ในการวิจัยครั้งนี้มีเพศชายร้อยละ 90 ปัจจัยด้านการรักษาเช่น จำนวนครั้งที่รับประทานในแต่ละวัน การศึกษาของ Razali and Yahya (1995) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะร่วมมือในการรักษาดีเมื่อรับประทานยา 1-2 ครั้ง/วัน แต่ถ้าได้รับยามากกว่า 2 ครั้ง/วัน ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ดี การศึกษาของ Gravaley and Oseasohn (1991) พบว่าการรับประทานยารวันละหลาย ๆ ครั้ง จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมปกติของผู้ป่วย ทำให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยลดลง โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะพึงพอใจต่อการรับประทานยารวันละเม็ดเดียวมากกว่ายาหลายเม็ด และรับประทานยารวันละครั้งเดียวหรือไม่เกินวันละ 2 ครั้งมากกว่าวันละหลาย ๆ ครั้ง หรืออาจเกิดจากการสื่อสารการแสดงอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ทำให้คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทลดลง ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับสูงถึงสูงมากและคงอยู่ตลอดไป ผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงควรได้รับการกระตุ้นด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทุก 6 เดือน

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลในการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ เนื่องจากปัญหาดังกล่าวเป็นสาเหตุของการป่วยซ้ำในผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่พบว่าปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทเกิดจาก สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว (อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) การอยู่ร่วมกันในครอบครัว (Oehl, Hummer, and Fleischhacker,2000) ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับแหล่งพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภททั้ง 7 แหล่ง ได้แก่ พลังงาน ความเข้มแข็งทางกายภาพ อัตมโนทัศน์ทางบวก ความรู้ ความเชื่อ แรงจูงใจและความอดทนทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม แหล่งพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทสามารถเสริมสร้างได้ด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Stapleton,1992)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ ดารณี จามจรี และ จินตนา ญนิพันธ์ (2545) เป็นแนวทางในการสร้างแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาใน ผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ในแต่ละขั้นตอนสามารถเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทคือ

1. การสร้างสัมพันธภาพและการค้นหาสถานการณ์จริงเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลกับพยาบาลจะทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ เชื่อว่าทีมสุขภาพมีความรู้ที่จะให้คำแนะนำ ให้ความร่วมมือกับพยาบาลในการรวบรวมแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา เพื่อสรุปปัญหา วินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจและวางแผนให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยพยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลพูดถึงความต้องการด้านสุขภาพ เลือกรวิธีการ ดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับรู้ปัญหาซึ่งกันและกัน และเรียนรู้บทบาทความเท่าเทียมกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลและพยาบาล ส่งเสริมให้เกิดอัตมโนทัศน์เชิงบวก

2. การสร้างพลังเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยารักษาอาการทางจิตโดยการสะท้อนคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณ เป็นการใช้ทักษะการสะท้อนคิดเพื่อเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนักถึงปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยว่ามีผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างไร มีแนวทางในการแก้ปัญหาอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจปัญหาและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนต่อการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการเสริมสร้างการยอมรับตนเอง เกิดอัตมโนทัศน์เชิงบวกและเชื่อในความสามารถของตนเองแสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเองและผู้ป่วยด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง

3. การเสริมสร้างแหล่งของอำนาจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา เป็นการสร้างเสริมความรู้ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล หลังจากการค้นหาสภาพปัญหา เพื่อให้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ระหว่างให้ความรู้พยาบาลจะประเมินความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อตรวจสอบว่าการรับรู้ข้อมูลว่าตรงกับที่ให้ไปหรือไม่ รวมทั้งมีการเชื่อมโยงสถานการณ์ตัวอย่างให้เข้าใจชัดเจนขึ้น เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็น ความรู้ความสามารถของพยาบาลเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเชื่อมั่นในความสามารถของพยาบาล ส่งผลให้เกิดความร่วมมือและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

4. ผู้ป่วยและผู้ดูแลเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งพลังที่จะปฏิบัติ เป็นการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาโดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมา ให้ช่วยกันวางแผนแก้ไขปัญหาและวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเกี่ยวกับการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความมั่นใจว่าสามารถเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาได้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถามจนมั่นใจว่าสามารถเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้ ความมั่นใจจะเป็นแรงจูงใจให้กระทำ มีความหวัง มีเป้าหมาย มีการกระทำเพื่อตนเองและบุคคลอื่นเป็นที่รัก การเสริมสร้างให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งให้เห็นประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องรวมทั้งขั้นตอนการกระตุ้น การเสริมสร้างพลังอำนาจ จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทบทวนและ

ประเมินพฤติกรรมของตนเองเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา นั้นคงอยู่ตลอดไป

แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลในการวิจัยครั้งนี้ สามารถเพิ่มพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจ พยาบาลต้อง ระลึกอยู่เสมอว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรม การใช้ยา ที่เหมาะสมสำหรับตนเองและด้วยตนเอง ดังนั้นแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและ ผู้ดูแล ในการวิจัยครั้งนี้ จึงเป็นแผนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในชุมชน ที่สอดคล้องกับการ ปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ให้การบริการเชิงรุกที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อลดปัญหาการป่วยซ้ำใน ผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะ

จากการให้การพยาบาลตามแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลยังมีความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรค และความสามารถในการจัดการกับอาการ ช่างเคียงที่เกิดจากยา บางครอบครัวมีปัญหาการใช้ชีวิตร่วมกัน ต่างคนต่างอยู่ ใช้การสื่อสารทาง ลับ ไม่ค่อยพูดคุยกัน ดังนั้นจึงขอเสนอแนะการนำแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ดังนี้

1. การนำแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลไปใช้ พยาบาลจะต้องมีความรู้ พื้นฐานทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การทำจิตบำบัดรายครอบครัว มีความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภท มีทักษะในการประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล เพื่อให้สามารถ ดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนด

2. การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อเพิ่มพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษาในผู้ป่วยจิตเภท ควรมีการประเมินผลพฤติกรรม การใช้ยา และประเมินแหล่งพลังอำนาจใน ผู้ป่วยและผู้ดูแลซ้ำทุก 6 เดือน หากพบว่าคะแนนแหล่งพลังอำนาจในผู้ป่วยหรือในผู้ดูแลลดลง กวาระดับปานกลาง (คะแนนต่ำกว่า 2.50) ควรมีการเสริมสร้างพลังอำนาจซ้ำ และติดตาม พฤติกรรม การใช้ยาอย่างใกล้ชิด เพื่อความคงอยู่ของพฤติกรรม การใช้ยา

3. ควรมีการติดตามอัตราการป่วยซ้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4. ควรนำแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและลดการป่วยซ้ำ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบอัตราการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเสริมสร้างพลัง อำนาจเฉพาะผู้ป่วย และการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล และศึกษาเปรียบเทียบการ

เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลระหว่างในโรงพยาบาลและในชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพ
การพยาบาล

2.ควรมีการศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นในชุมชน เพื่อให้
ผู้ป่วยจิตเวชสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ

3.ควรมีการศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเพิ่มทักษะทางสังคม
และทักษะอื่นๆที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- เกษม ตันติผลาชีวะ. 2536. ตำราจิตเวชศาสตร์เล่ม2. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จริยา วิทยะสุภร. 2539. แบบจำลองเชิงสาเหตุของภาวะการดูแลในบิดามารดาฐานะผู้รับผิดชอบดูแลบุตรที่ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จอม สุวรรณโน. 2541. ญาติผู้ดูแลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 7(3): 147-154.
- จารุวรรณ จินตามงคล. 2541. ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินดารัตน์ พิมพ์ดีด 2542. การพัฒนารูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำที่หอผู้ป่วยหญิงของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมชนันต์.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2542. การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. เอกสารประกอบการฝึกอบรมเรื่องการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน: 58-98. (29-30 กรกฎาคม). ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สุราษฎร์ธานี.
- จินตนา ลีละไกรวรรณ. 2542. โรคจิตเภท: คู่มือสำหรับครอบครัว. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- ชูลี ภูทอง. 2545. ผลของโปรแกรมการลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมกำบังกัการหกล้มของผู้สูงอายุที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดรุณี คชพรหม. 2543. ผลของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดารณี จามจรี. 2545. การพัฒนาแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิจัยและการพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์. 2545. รายงานการวิจัยการศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย. สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย กระทรวงสาธารณสุข.

- ดารา ศัตรูลี,ดวงตา กุลรัตนญาณ, สมสกุล สุภัทรภาพน์. 2539. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน. 2544. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทานตะวัน แยมบุญเรือง. 2540. กรณีศึกษา: ผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิวพร พู่เพ็ญ. 2544. การศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. ศูนย์สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ทูลภา บุปผาสังข์. 2545. ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธวัชชัย วรพงศธร. 2543. หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพรัตน์ ไชยธานี. 2544. ผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทนา รัตนากร. 2535. ลักษณะโครงสร้างและเศรษฐกิจของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เขตจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์และชীনสมน สุยะชีวิน. 2536. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟู. สงขลา นครินทร์เวชสาร. 11(1): 29-40.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. 2544. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง กรรณสุด. 2542. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธาการพิมพ์.
- ประไพศรี บุรณางกูร. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- ปราโมท สุขนิษย์. 2534. ใจป่วยใครช่วยได้. กรุงเทพฯ: ธนบรรณจัดจำหน่าย.
- พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิและคณะ. 2542. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13(กรกฎาคม-ธันวาคม): 45-54.
- พนารัตน์ เจนจบ. 2542. การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พันธ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. 2540. ตราบาปและโรคทางจิตเวช. วารสารสวนปรุง 13(1): 29-36.
- พันธ์ศักดิ์ วราอัศวปติ. 2540. การพัฒนาการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี.
- พินลดา มุลาดีและเนเรศร์ มุลาดี. 2537. การศึกษาปัจจัยทางพันธุกรรมในคนไข้โรคจิตเภท: ประชากรอีสาน. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เพชร คันธสายบัว. 2544. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพลินพิศ จันทศักดิ์และคณะ. 2539. การศึกษาวินิจฉัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. 4(2): 136-138.
- ไพรัตน์ พุกษาชาติคุณากร. 2534. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภัทรา ถิรลาภ. 2530. การศึกษาสภาพผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการรักษา ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาล คณะสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ภุมมาภิชาติ แสงเขียว. 2542. การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิช หล่อตระกูล. 2541. ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา. วารสารคลินิก. 67(14): 761-765.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษย์. 2542. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.
- ยาใจ สิทธิมงคล. 2542. ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช: แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13(2): 1-9.
- ยาใจ สิทธิมงคล. 2538. ภาระของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต: การวิเคราะห์รายงานการวิจัย. วารสารพยาบาลศาสตร์. 13(2): 1-9.

- ยุพาพิน ประสารอธิคม. 2535. ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านตามแนวทฤษฎีของ
โอธรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราตรี อินทรีย์. 2541. การไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของ
พยาบาลและผู้ป่วยจิตเภท. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข. (มีนาคม 2541).
- รุจา ภูไพบูลย์. 2541. การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3
ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2537. แนวคิดหลักทางการพยาบาลครอบครัว: การประชุมวิชาการครั้งที่ 9 เรื่อง
ครอบครัวในยุคโลกาภิวัตน์ ต่อบทบาทพยาบาลที่ก้าวไกล. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการ
สาธารณสุขอาเซียน.
- ลัดดาวลัย เกิดสว่าง. 2538. การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. นนทบุรี :
โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- เลอสรวิศ พุ่มชูศรี. 2531. โรคจิตเภท. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศรีเรือนแก้ว.
- วรกช นิธิกุล. 2535. การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วราภา จันทโรชาติ. 2540. ประสิทธิผลของการฝึกอบรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนา
เจตคติการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถของตนเองในนักศึกษา
พยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชณี หัตถพนมและคณะ. 2529. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่น. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
- วาสนา ปานดอก. 2545. กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล. ปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริรณานันท์ พงษ์. 2542. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริยุพา นันสุนานนท์. 2543. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยต้านโรคจิตกลุ่ม
ดั้งเดิมและกลุ่มใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวช
ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถิต วงศ์สุรประกิจ. 2542. ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สมคิด ตีรารักษ์. 2545. ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรื่องตระกูล. 2536. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เวียนแก้ว.
- สรินทร์ เขียวไธรร. 2545. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาธุพร พุ่มขาว. 2541. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สายฝน เอกวางกุล และคณะ. 2540. การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสวนปรุง. ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุจรรยา แสงเขียวงาม. 2545. ผลของจิตบำบัดประคับ ประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุธีรา สุนทรตระกูลและมาลี แจ่มพงษ์. 2532. อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท: ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช. รายงานการวิจัย
- สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์. 2536. ผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพและการให้เงื่อนไขผูกพัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพล รุจิรพัฒน์ และคณะ. 2528. รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาผู้ป่วยโรคจิตที่กลับเข้ามารักษาซ้ำ. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา.
- สุพิศศรี รัตนสิน และวีระ ดุลย์ประภา. 2537. การศึกษาปัญหาการใช้ยาทางจิตเวชของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มารับบริการจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี.
- สุภาภรณ์ ทองดารา. 2545. ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขา สุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .

- สุมนทนา บุญชัย. 2545. พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สุวิทนา อารีพรอค. 25424. ความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิมล สมัตตะ. 2541. ผลการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หงส์ บรรเทิงสุข. 2545. ปัจจัยการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญเวชชัย. 2541. การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 12: 14-24.
- อัญชลี ลีตะบุระ. 2537. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2541. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตแนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดวี. เจ. ปริ้นติ้ง.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. 2545. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์. 2537. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญา. โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ภาษาอังกฤษ

- Adams, J. and Scott, J. 2000. Predicting medication adherence in severe mental disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica. 101: 19 –124.
- Agarwal, M. R. et al. 1998. Non-compliance with treatment in patients suffering From schizophrenia: A study to evaluate possible contributing factors. Internal Journal of Social Psychiatry. 44(2): 92-106.

- Azrin, N. H. Teichner, G. 1998. Evaluation of an instructional program for improving medication compliance for chronically mentally ill outpatients. Behav Res Ther. 36: 849-861.
- Baker, C. 1995. The development of self-care ability to detect early signs of relapse among individuals who have schizophrenia. Archives of psychiatric nursing 9(5):261-268.
- Barbee, J. G. et al. 1989. Alcohol and substance abuse among schizophrenic patients presenting to an emergency Psychiatric service. The Journal of Nervous and Mental Disease. 177(7): 400-407.
- Becker, M. H. and Janz, N. K. 1984. The health belief model and personal health behaviour. Health Education Quarterly. 11(1): 1-47.
- Blackwell, B. 1976. Review article treatment adherence. Brit. J. Psychiatry. 129 (December): 513-531.
- Buchanan, A. 1992. A two- year prospective study of treatment compliance in compliance with schizophrenia. Psychological Medicine. 22: 787-797.
- Buckwalter, K. C. 1999. A nursing intervention to decrease in family caregivers of persons with dementia. Archives of Psychiatric Nursing. 13(2): 80-88.
- Buls, P. 1995. The effect of home visits on anxiety levels of the client with a coronary artery bypass graft and of the family. Home Healthcare Nurse. 13(1): 22-29.
- Burns, N. and Grove, S. K. 2001. The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization. 4th ed. Pennsylvania: W. B. Saunders Company.
- Chen, A. 1991. Noncompliance in community: a review of clinical interventions. Hospital and Community Psychiatry, 42(3): 282-287.
- Clutterbuck, D. and Kernaghan. 1994. The Power of Empowerment. London: Clays.
- Conger, J. A. and Kanungo, R. N. 1988. The Empowerment process: Integrating Theory and Practice. Academy Management Review 13: 417-482.
- Corrigan, W. P. 1997. Behavior Therapy Empowerment Persons With Severe Mental illness: Behavior Modification. 21(1): 45-61
- Davidhizar, R. E. 1982. Compliance by persons with schizophrenia: a research issue for the nurse. Issue in Mental Health Nursing. 4: 233-255.

- Dracup, K. A. and Meleis, A. I. 1982. compliance: An International approach. Nursing Research. 31(1): 31-36.
- Drake, R. E. Osher, F. C. and Wallach, M. A. 1989. Alcohol use and abuse in schizophrenia. A prospective community study. The Journal of Nervous and Mental Disease. 177(7): 408 – 414.
- Ellis – Stoll, C. and Popkess- vawters. 1998. A concept analysis on the process of empowerment. Advance Nursing Science. 21(2): 62-68.
- Farragher, B. 1999. Treatment compliance in the mental health service. Irish Medication Journal. 92(6): 1-3.
- Frank, A. F. and Gunderson, J. G. 1990. The role of therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Achieve General Psychiatry. 47: 228 – 236.
- Funnell, M. M. et al. 1991. Empowerment: An Idea Whose Time Has Come In Diabetes Education. The Diabetes Education. 17(1): 37-41.
- Gibson, C. H. 1995. The process of empowerment in Ill children. Journal of Advanced Nursing. 32, Augus: 1201-1210.
- Glass, G. V. and Hopkins, K. D. 1996. Statistical Methods in Education and Psychology. 3rd ed. United States of America: Asimon and Schuster.
- Gravaley, E. A. and Oseasohn, C. S. 1991. Multiple drug regimen: Medication compliance among veteraus 65 years and older. Research in Nursing and Health. 14: 51– 58.
- Green, C. A. , et al. 2001. Quality of life in treated and never- treated schizophrenia patients. Acta Psychiatry Scandinavia. 103: 131-142.
- Greenberg, J. S. , et al. 1993. Mother caring for on adult child with schizophrenia. Family relation. 42: 205-211.
- Gualtiere, B. Understanding and help for schizophrenia[Online]. 1999. Available from : www.Christiansoulcare.com/helpforschizophrenia.htm Cheistian Soul Care. Com[2000, December 2].
- Hawkes, J. H. 1992. Empowerment in Nursing_Education: Aconcept analysis and application to philosophy, learning and instruction. Journal of Advanced Nursing. 21(1): 72-82.

- Heflinger, et al. 1997. A theory-driven intervention and evaluation to explore family Caregiver Empowerment. Journal of Emotion and Behavioral Disorder. 5(3): 33-50.
- Hoffman, T. 1994. Age and other factors relevant to rehospitalization of schizophrenic out-patients. Acta Psychiatrica Scandinavica. 89: 205-210.
- Hogarty, G. E. et al. 1986. Family psychoeducation, social skill train, and maintenance chemotherapy in the after treatment of schizophrenia. Archive General Psychiatry 43(July): 633-642.
- Hogen, T. P. et al. 1983. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenia: Reliability and discriminative validity. Psychological Medicine. 13: 177-183.
- Horowitz, A. 1985. Family caregiving to the frail elderly. In Lawton and Maddox (Eds.). Annual review of geriatric and gerontology. New York: Springer.
- Jones, S. L. 1996. The Association Between Objective and Subjective Caregiver Burden. Achieve Psychiatric Nursing 10: 77-84.
- Kane, C. 1984. The outpatient comes home: The Family's response to deinstitutionalization. Journal of Psychosocial. 22, 11(November): 19-25.
- Kaplan, H. I. and Saddock, B. J. 1996. Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. 2nd ed. Baltimore: William and Wilkins.
- Kay, L. T. 1998. Best practice outcome for schizophrenia: Dose measurement of Medication compliance provides a key ?. Australasian Psychiatry. 6(6): 306-308.
- Kayama, M. et al. 2001. Japanese expert public health mere empower clients with schizophrenia living in the community. Journal of psychosocial. 39(2): 40-45.
- Kelly, G. R. et al. 1987. Utility of the health belief model in examining medication compliance among psychiatric outpatients. Social Science Medicine. 23(11): 1181-1191.
- Kofoed, L. et al. 1986. Outpatients treatment of patients with substance abuse and coexisting psychiatric disorders. Am J psychiatry. 143(7): 867-872.
- Kumar, S. and Sedgwick, P. 2001. Non-compliance to psychotropic medication in Eastern India: Clients' perspective. Part II. Journal of Mental Health. 10(3): 279 - 284.

- Marland, G .R. and Cash, K. 2001. Long-term illness and patterns of medicine taking: Are people with schizophrenia a unique group. Journal of Psychiatric and Mental Health. 8: 197-204.
- Mcbride, A. B. and Austin, J. K. 1996. Psychiatric Mental Health Nursing. Pennsylvania: W. B. Saunders.
- Miriam, G. et al. 2000. A longitudinal Analysis of Family Empowerment and client Outcome. Journal of child and family studies. 9(4): 499-460.
- Miller, J. F. editor. 1992. Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness. 2nd ed. Philadelphia F. A. Davis.
- Mohr, W. k. 2000. Partnering with Family. Journal of Psychosocial Nursing .38(1): 15-21.
- Montgomery, R. J. V. Stull, D. E. and Borgatta, E. 1985. Measurement and analysis of burden. Research on Aging. 7: 137-152.
- Nicklin, W. M. 1986. Postdischarge concerns of cardiac patients as presented via a telephone callback system. Heart and Lung, 15: 268-272.
- Nirbhay, N. S. and John. W.E. 1997. Empowerment status of family whose children have Serious Emotional Distance and attrition deficit/hyperactivity Disorder. Journal of Emotion and Behavioral Disorder. 5(4): 223-229.
- Oehl, M. , Hummer, M. and Fleischhacker, W. W. 2000. Compliance with Anti-psychotic treatment. Acta Psychiatrica Scandinavica. 102(suppl. 407): 83-86.
- Orem. 2001. Nursing Concepts of Practice. 4th edition. St. Louis, Mosby.
- Overall, J. E. , Gorham, D R. 1962. The brief psychiatric rating scale. Psychological Reports. 25(10): 799-821.
- Pan, P. C. and Tantam, D. 1989. Clinical characteristics, health beliefs and compliance with maintenance treatment: A comparison between regular and irregular attenders. at a depot clinic. Acta Psychiatrica Scandinavica. 79: 564-570.
- Paker, P. A. 1993. Living with mental illness: The Family as caregiver. Journal of psychosocial. 31(3): 19-21.
- Pender, N. J. 1996. Health promotion in nursing practice. 4th ed. Stamford: Appletion and lange, A Simon and Schuster company.

- Polit, D. F. and Hungler, B. P. 1999. Nursing Research Principles and Methods. 6th ed. New York: Lippincott.
- Ran, M. and Xiang, M. 1995. A study of schizophrenia patients' treatment compliance in a rural community. Journal of Mental Health. 1(7): 85-89.
- Razali, M. S. and Yahya, H. 1995. Compliance with treatment in schizophrenia: A drug intervention program in a developing program. Acta Psychiatrica Scandinavica 91: 331-335.
- Risser, N. L. 1975. Development of instrument to measure patient satisfaction with Nurse and nursing care in primary care setting. Nursing Research. 24(Jan- Feb): 45-52.
- Robert, E. H. et al. 2001. Empowerment effect of teaching leadership skill to adults with a severe mental illness and their families. Psychiatric Rehabilitation Journal. 4(3): 257-265.
- Rodwell, C. M. 1996. A concept analysis of empowerment. Journal of Advance Nursing. 22(2): 305-313.
- Rose, L. E. 1996. Family of psychiatric patients: A critical review and future research direction. Archives of Psychiatric Nursing. 20: 67-76.
- Sackett, D. L. Haynes, R. B. , and Tugwell, P. 1985. Clinical Epidemiology a Basic Science for Clinical medicine. Boston: Brown and Company.
- Schultz, J. M. and Videbeck, S. D. 1994. Manual of Psychiatric Nursing Care Plan. 4th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Segul, P. S. et al. 1995. Measuring empowerment. In client-Run self-help Agencies. Community Mental Health Journal. 31(3): 215-227.
- Suk bling, M. S. 1998. A Model of empowerment for Hong Kong Chinese Cancer patients and The role of self-help group in the empowering process. Dissertation: Ph. D. (nursing). Hong Kong: The Hong Kong Polytechnic University. Photocopied.
- Sullivan, G. ;Well, K. B. ,Morgenstern, H. , and Leake, B. 1995. Identifying modifiable risk factor for rehospitalization: a case – control study of seriously mentally ill persons in Missisisspy. American Journal of Psychiatry, 152(12): 1749-1756.

- Taylor, M. C. 1994. Essentials of Psychiatric Nursing. 4th edition. St. Louis: Mosby.
- Tungpunkom, P. 2000. Staying in balance: skin and role development in psychiatric caregiving. Dissertation, The University of California, San Francisco, SF. CA.
- Weiden, T. 1994. Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 20(2): 297 – 310.
- Xiang, M. , Ran, M. and Li, S. 1994. A controlled evaluation of psychoeducational family intervention in a rural Chinese community. British Journal of Psychiatry. 65: 544-548.
- Yamashita, M. 1996. Study of how families care for mental ill relatives in Japan. International Nursing Review. 4: 121-125.
- Zimmerman, M. A. 1995. Psychological Empowerment: Issues and illustrations. American Journal of Community Psychology. 23(5): 581-599.

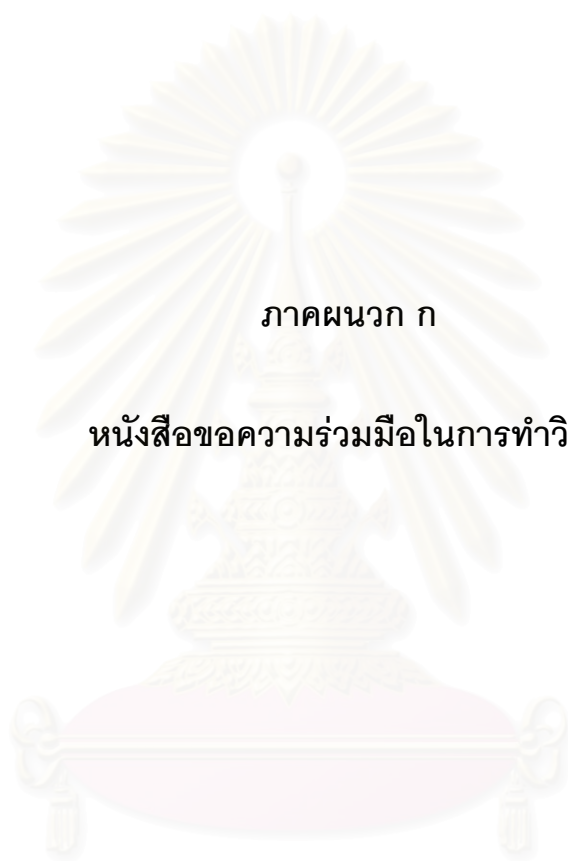


สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

หนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 1. ดร.ดารณี จามจรี | นักวิชาการพยาบาล 7 สำนักการพยาบาล |
| 2. ร้อยเอกหญิงสรินทร์ เขียวโสธร | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก |
| 3. นางสาวจันทนา ศรีวิศาล | หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล
สวนสราญรมย์ |
| 4. นางนพรัตน์ ไชยขำนิ | พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| 5. นางเพชรี คันธสายบัว | พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์
สมเด็จพระเจ้าพระยา |



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

แบบประเมินแห่งพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท

แบบประเมินแห่งพลังอำนาจในผู้ดูแล

แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

- 1.เพศ () ชาย () หญิง
- 2.อายุ (ระบุ).....ปี
- 3.ระดับการศึกษาสูงสุด(ระบุ).....
- 4.อาชีพ () ไม่มีอาชีพ () รับราชการ () รับจ้าง () ทำสวน () อื่นๆ(ระบุ).....
- 5.สถานภาพสมรส () โสด () สมรส () หม้าย
- 6.ผู้ที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย(ระบุ).....
- 7 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา(ระบุ).....
- 8.ระยะเวลาการเจ็บป่วย(ระบุ).....ปี
- 9.ความรู้สึกถึงผลกระทบที่ได้รับจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต
() มาก () ปานกลาง () น้อย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีจำนวน 18 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้ถูกสัมภาษณ์ โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อที่ผู้สัมภาษณ์อ่านให้ฟังว่าตรงกับความเป็นจริงของท่านมากน้อยเพียงใด ข้อความแต่ละข้อไม่มีความเชิงถูกหรือผิด โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุด

เกิดขึ้นประจำ หมายถึง ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านทุกวัน ให้ 5 คะแนน

บ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านสัปดาห์ละ 6-7 วัน ให้ 4 คะแนน

บางครั้ง หมายถึง ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านสัปดาห์ละ 4-5 วัน ให้ 3 คะแนน

นานๆครั้ง หมายถึง ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านสัปดาห์ละ 2-3 วัน ให้ 2 คะแนน

ไม่เคยเกิด หมายถึง ข้อความนี้ไม่เคยเกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่าน ให้ 1 คะแนน

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านเคยหยุดยาเองเมื่อคิดว่า อาการทางจิตดีขึ้น					
2. ท่านเคยลืมรับประทานยา					
3. ท่านรับประทานยาเมื่อมีความ จำเป็นเท่านั้น					
4. ท่านหยุดรับประทานยาโดยที่ แพทย์ไม่ได้แนะนำ					
.....					
.....					
.....					
.....					
18. ท่านปรึกษาทีมสุขภาพ เมื่อมี ปัญหาหรืออาการผิดปกติจากการ ใช้ยา					

ตัวอย่างแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

คำชี้แจง แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้โดยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่ม ตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก 23 ข้อ ให้ตอบเป็นระดับมาตรา ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับการปฏิบัติของท่านมากน้อยเพียงใด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

“เมื่อท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ท่าน.....”

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.ท่านสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ					
2.ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านแข็งแรงเพียงใด					
3.ท่านเชื่อว่าท่านสามารถทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่ดี					
4.ท่านเชื่อว่าหากผู้ป่วยรับประทานยาตามตามแผนการรักษาของแพทย์จะทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น					
5.....					
6.....					
7.....					
24.ท่านเต็มใจให้ความร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ					

แบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

คำชี้แจง แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้โดยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วยข้อความทางบวก 20 ข้อ ให้ตอบเป็นระดับมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับการปฏิบัติของท่านมากน้อยเพียงใด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.ท่านสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ					
2.อาการทางจิตของท่านดีขึ้น					
3.ท่านสามารถควบคุมตนเองได้					
4.					
5.....					
6.....					
7.....					
8.....					
9.....					
10.....					
20.ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ					

ตัวอย่างแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล

กิจกรรมขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการค้นหาสภาพการณ์จริง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เกิดความไว้วางใจร่วมกันระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแล
2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับรู้สภาพการเจ็บป่วยและปัญหาในการใช้ยาตามสภาพความเป็นจริง
3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลยอมรับการมีส่วนร่วมในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
4. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาร่วมกับพยาบาลได้

สาระสำคัญ

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและพยาบาลจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม เกิดความไว้วางใจกล้าเปิดเผยปัญหาและพฤติกรรมสุขภาพ มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาสภาพการณ์จริง เข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน

กิจกรรม

1. แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์
2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันวิเคราะห์ความรู้สึก ที่มีต่อการเจ็บป่วยทางจิตและการรักษาที่ได้รับ
3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันประเมินแหล่งพลังอำนาจที่มีผลต่อการใช้อารักษาอาการทางจิตตามเกณฑ์การรักษา (ใบงาน 1)
4. ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาการใช้อาร่วมกับพยาบาล (ใบงาน 2)
5. มอบหมายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทบทวนสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมในครั้งนี้ (ใบงาน 3)
6. นัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

สื่อ

- ปากกาหรือดินสอ
- ใบงานที่ 1 แบบรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล
- ใบงานที่ 2 แบบบันทึกการวินิจฉัยพลังอำนาจ
- ใบงานที่ 3 บันทึกช่วยจำ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลแสดงออกถึงความเข้าใจของตนเองเกี่ยวกับการป่วยทางจิตตามความเป็นจริง
2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการใช้ยาร่วมกับพยาบาลได้
3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลยอมรับข้อมูลการประเมินภาวะสูญเสียพลังอำนาจ และยอมรับการมีส่วนร่วมในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นต่อไป

ระยะเวลา 60 -90 นาที



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางผลทิพย์ ปานแดง เกิดเมื่อวันที่ 27 สิงหาคม พ.ศ. 2506 ที่อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยสงขลา เมื่อปี พ.ศ. 2534 เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2545

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย