

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) มีอัตราความชุกประมาณ ร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก และมีอุบัติการณ์การเกิดโรคประมาณ 2 ล้านคนต่อปี (Sadock & Sadock, 2005) อีกทั้งเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในบรรดาโรคทางจิตเวชทั้งหมด (Keltner, Schwecke & Bostrom, 1999) และจากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบบ่อยที่สุดถึงร้อยละ 23.34 (กรมสุขภาพจิต, 2550) ที่สำคัญโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง รุนแรง แม้ว่าจะไม่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตแต่จากสถิติของกรมสุขภาพจิตพบว่ามีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ในทางเศรษฐศาสตร์นับว่าก่อให้เกิดความเสียหายทั้งทางตรงและทางอ้อมมากถึงร้อยละ 11 ของการสูญเสียจากการสูญเสียทั้งหมด (สมชาย จักรพันธุ์, 2543) โดยพิจารณาตามเกณฑ์จำนวนปีที่สร้างความเสียหายให้กับชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคนั้น ๆ (Disability Adjustment Life Year: DALYs) และคาดว่าจะสูงกว่าร้อยละ 15 ในปี ค.ศ. 2020 (Murray & Lopez, 1996 อ้างถึงใน ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์, 2546)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตรุนแรง จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เนื่องจากความผิดปกติของพฤติกรรมจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน และเป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ ลดปัจจัยเสี่ยงจากอาการทางจิตรุนแรงและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ สำหรับนโยบายของประเทศสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดูแลตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ ให้การรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้ระยะเวลาสั้นทำให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนเร็วขึ้น (จันทร์หา ธิระสมบุรณ์, 2543) ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลเน้นให้การรักษาโรคในระยะเฉียบพลันและรุนแรง เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชนได้ สำหรับรูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลมีหลายรูปแบบ ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การรักษาทางจิตสังคม เช่น การทำจิตบำบัด การฝึกอาชีพ การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด เป็นต้น แต่การรักษาในปัจจุบัน การรักษาด้วยยาเป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุด และมีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย (Kaplan & Sadock, 2000; Kumar & Sedgwick, 2001) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วยังต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) (Kaplan & Sadock, 1995) เนื่องจากแนวคิดในปัจจุบันที่เชื่อ

ว่าสาเหตุสำคัญของการป่วยด้วยโรคจิตเภท เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitters) โดยเฉพาะ Dopamine และ Serotonin การรักษาด้วยยาสามารถลดหรือระงับอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ สามารถคงไว้ซึ่งความสามารถสมดุของการดำรงชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542)

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง จึงจำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1-2 ปี หรือบางรายอาจตลอดชีวิต (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542) แต่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากไม่ยอมรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทเพียงร้อยละ 50-60 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องในปีแรก และมีแนวโน้มลดลงเหลือร้อยละ 15-20 ในปีต่อไป (Perkins, 1999; Rucher et al., 1997) มีผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น โดยผู้ป่วยที่หยุดรับประทานยา ร้อยละ 75 จะมีอาการรุนแรงขึ้นภายใน 1 ปี ในขณะที่ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง จะมีอาการรุนแรงขึ้นเพียงร้อยละ 25 (Perkins, 1999) ผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา (มาโนช หล่อตระกูลและ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) ลักษณะพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่พบคือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น ใช้ยาผิดเวลา มีการหยุดการใช้ยาหรือใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณมีความผิดปกติ ใช้ยาน้อยหรือเพิ่มมากกว่าแผนการรักษา (Farragher, 1999) รวมทั้งการไม่มาตรวจตามนัด ผลจากการที่ผู้ป่วยมีการใช้ยาไม่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำสูงถึง 3.7 เท่าของผู้ป่วยที่รับประทานยาสม่ำเสมอ การกลับเป็นซ้ำจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น (Zygmunt et al., 2002) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทของเพรี คันธสายบัว (2544) ได้ศึกษาวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ พบว่าหนึ่งในตัวแปรที่อธิบายถึงลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำคือ พฤติกรรมการใช้ยาและการสังเกตอาการข้างเคียงจากยาของผู้ป่วยจิตเภทและการขาดยาเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำได้ถึงร้อยละ 63.33 โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำสามารถสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาและให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่ากลุ่มที่ป่วยซ้ำ จากการศึกษาของสุกฤดียา กุลศรี (2551) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาขาดการมารักษา และร้อยละ 56 รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตติกร รัตนมงคล (2551) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทปฏิเสธการรับประทานยาตามแผนการรักษาเนื่องจากการขาดความรู้ในการสังเกตและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดความมั่นใจในการรักษาด้วยยา นำไปสู่ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

Oehl, Hummer & Fleischhacker (2000) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทสรุปว่ามีปัจจัย 4 ด้านประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านทีมสุขภาพ จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา โดยเฉพาะปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น ความรู้ ทัศนคติ และความรู้สึกรู้สึกต่ออาการข้างเคียงเกี่ยวกับยารักษาอาการทางจิต เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำ จากการที่โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและมีโอกาสป่วยซ้ำสูง ผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำส่วนใหญ่มิสามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ในครอบครัวได้ ไม่มีงานทำ ปฏิเสธการเจ็บป่วย รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้มีอาการทางจิตรุนแรงมากขึ้น (Rose, 1996)

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) มีพื้นฐานความเชื่อที่มุ่งเน้นการนำศักยภาพทางสติปัญญาและพลังอำนาจในบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2539) จากการศึกษาของ ดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) กล่าวว่า พลังอำนาจคือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และความรู้สึกรู้ถึงความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วย การสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากการที่แหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งตามแนวคิดของ Miller (1992) ถูกครอบงำหรือมีผลลดลง ซึ่งประกอบด้วย 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical Strength) 2) ความเข้มแข็งทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) 3) อึดมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-concept) 4) พลังงาน (Energy) 5) ความรู้และการตระหนักรู้ (Knowledge and Insight) 6) แรงจูงใจ (Motivation) 7) ระบบความเชื่อ (Belief system) การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ก่อให้เกิดการป่วยซ้ำด้วยโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจเนื่องจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องพึ่งพามุคคลอื่นทำให้รู้สึกไร้ค่าเกิดปัญหาการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น (Rose, 1997 อ้างถึงในผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ในทางกลับกัน เมื่อผู้ป่วยเรื้อรัง เช่นผู้ป่วยจิตเภทมีการสูญเสียพลังอำนาจก็จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยเพิกเฉยต่อบทบาท และไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา พบว่ามีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่สูญเสียพลังอำนาจ (Razali & Yahya, 1995) ซึ่งปัจจัยที่ทำให้สูญเสียพลังอำนาจ คือผลกระทบด้านการเจ็บป่วย ขาดความรู้และพฤติกรรมจากทีมสุขภาพ (Suk Bling, 1998) ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการสูญเสียพลังอำนาจในลักษณะต่างๆตามแนวคิดของ Miller (1992) จนเป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาดังนี้

สูญเสียความเข้มแข็งทางกายภาพ โรคจิตเภทเป็น โรคเรื้อรังที่พบความผิดปกติของชีวเคมี ในสมองทำให้ผู้ป่วยมีความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมที่ผิดปกติ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลให้เกิดความเสื่อมลงของร่างกายมีโอกาสเจ็บป่วยง่าย เมื่อระบบของร่างกายเกิดความเจ็บป่วย พลังอำนาจในการกระทำใด ๆ ของร่างกายก็จะลดลง สภาวะความเข้มแข็งทางกายภาพขณะนั้นจะมีอิทธิพลต่อพลังอำนาจของผู้ป่วยทั้งในขณะที่ผู้ป่วย เผชิญกับปัญหาของการเจ็บป่วย เช่น สภาพการเจ็บป่วยที่แย่ง ต้องกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มความสามารถและเต็มตามพลังงานสะสมทางด้านร่างกาย (Physical reserve) ก่อให้เกิดพลังอำนาจในการกระทำการใด ๆ ลดลง (คารณิ จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาจิตเวชมีผลทำให้วังง น้ำลายไหล ลิ้นแข็ง เป็นต้น ดัง จะเห็นได้จากการศึกษาของอุมพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่าความเข้มแข็งของร่างกายและผลที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา ส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

สูญเสียความเข้มแข็งทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับ ผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ เช่น กลัวญาติพี่น้องและสังคม ไม่ยอมรับ มีชีวิตอยู่อย่างไรคุณค่าและศักดิ์ศรี ถูกรังเกียจและกลัวความน่าเกลียดจากการสูญเสียภาพลักษณ์ (Puntit, 1991 อ้างถึงใน ชีรศักดิ์ ผลานิผล, 2549) กลัวความลับถูกเปิดเผย รู้สึกไม่แน่นอน พยายามปกปิดสังคมเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (สาธิตพร พุฒขาว, 2541) โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจึงรู้สึกสูญเสียความหวัง สูญเสียความรัก สูญเสียอาชีพและรายได้ สูญเสียความผูกพัน รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง ก่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่ เช่น ทำงานไม่ได้ มีปัญหาในการเข้าสังคม ถูกรังเกียจ ขาดการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

สูญเสียอัตมโนทัศน์เชิงบวก จากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยต้องเป็นภาระของผู้อื่น ความรู้สึกความอับอายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช การถูกตีตราบาป (Stigma) การถูกรังเกียจจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดปฏิกิริยาและความรู้สึกด้านลบต่อตนเองได้ง่าย ความนับถือตนเองลดลง ผลจากการสูญเสียอัตมโนทัศน์เชิงบวกเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียพลังอำนาจในตนเองก่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (Puntit, 1991 อ้างถึงในชีรศักดิ์ ผลานิผล, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของสรินทร เชี่ยวโสธร (2545) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยารักษาอาการทางจิตทุกวันเป็นเวลานาน

และคิดว่าตนเองหายป่วยแล้ว บางคนรู้สึกอับอายที่ต้องรับประทานยารักษาอาการทางจิต ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

การสูญเสียพลังงาน ผู้ป่วยจิตเภทจะสูญเสียความสามารถของระบบร่างกายสำหรับทำงานตามศักยภาพของพลังงานที่ใช้ในการสะสมของแหล่งพลังงาน เนื่องจากภาวะบกพร่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังตามพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ทำให้เกิดอาการง่วงนอน ลึนแข็ง มือสั่น ขาสั่น เป็นต้น ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยจากการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพร่างกาย รวมทั้งความเสื่อมถอยตามวัยและผลกระทบด้านจิตใจในลักษณะต่าง ๆ ก่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา เช่น การหยุดรับประทานยาเอง เป็นต้น (สรินทร์ เชื้อวโสธร, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ซึ่งพบว่าผู้ที่ป่วยจิตเภทมีการเจ็บป่วยเรื้อรังและได้รับผลอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต อาทิ อาการง่วงนอน ลึนแข็ง มือสั่น ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง นำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

ขาดความรู้และการตระหนักรู้ โรคจิตเภทก่อให้เกิดความผิดปกติในด้านของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ส่งผลให้การรับรู้เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยไม่คาดคิดว่าตนเองจะต้องเกิดการเจ็บป่วย ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางในการรักษา ทำให้ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง ขาดความสามารถในการแสวงหาแหล่งความรู้ ซึ่งการขาดความรู้ อาจเกิดจากการไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่กล้าที่จะซักถามข้อสงสัย ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตัดสินใจเลือกการสร้างทางเลือกหรือนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการ (สรินทร์ เชื้อวโสธร, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่าการขาดการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดการตระหนักรู้ต่อภาวะคุกคามต่อการเกิดโรค ส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

การขาดแรงจูงใจ ผู้ป่วยจิตเภทขาดแรงจูงใจในการพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง (สรินทร์ เชื้อวโสธร, 2545) เนื่องจากมีความบกพร่องในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ขาดการเชื่อมโยงเพื่อเกิดการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ ในการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมในการรักษา ผู้ป่วยมักถูกมองว่าไร้ความสามารถ ไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้าง รู้สึกไร้ค่าเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่น ก่อให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้และเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน ปฏิเสธสิ่งใหม่ ๆ ที่จะเข้ามาในชีวิตนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจ นอกจากนี้สัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและพยาบาลเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรู้สึกรับผิดชอบและไม่สร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Miller,

1992) สอดคล้องกับการศึกษาของอุมพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่า แรงจูงใจและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและทีมสุขภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษายินยอมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความเชื่อที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น

ระบบความเชื่อ ผู้ป่วยจิตเภทมีความเชื่อว่าโรคที่ตนเป็นอยู่เป็นโรคซึ่งสังครังเกียจ เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มีทางรักษา ก่อให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง อับอาย ผู้ป่วยและญาติจะปกปิดการเจ็บป่วยขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ และมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของผลทิพย์ ปานแดง (2547) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่หวั่นไหวรับประทาษาการรักษาอาการทางจิตเนื่องจากเชื่อว่าตนเองหายเป็นปกติแล้ว บางรายแสวงหาวิธีการรักษาอื่นเช่น รดน้ำมันต์ ทำให้เกิดความเชื่อในการแสวงหาการรักษาที่ผิด นำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากการช่วยเหลือสนับสนุนให้แหล่งพลังอำนาจด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งขึ้น เมื่อแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งหรือมีความสมดุลของแหล่งพลังอำนาจเพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงแหล่งพลังอำนาจของตนเองมากขึ้น คือรู้สึกมีความสามารถในการแก้ไขสถานการณ์ สามารถตัดสินใจในการจัดการกับปัญหาและสามารถหาแหล่งความรู้รวมทั้งเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง สามารถควบคุมการดำเนินชีวิต มีความสามารถในตนเอง มีความนับถือตนเอง มีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ ความหวัง มีสุขภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจที่ดี ความเข้มแข็งของพลังอำนาจที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย นำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545)

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาด 500 เตียง ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งมีผู้ใช้บริการจำนวนมาก จากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ปีงบประมาณ 2549-2551 มีจำนวน 4,057 ราย 3,650 ราย และ 4,040 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 2,062 ราย 1,915 ราย และ 2,125 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.83, 52.47, 52.60 ตามลำดับ (แหล่งข้อมูล : สารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา, 2551) ซึ่งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสถาบัน แบ่งออกเป็น 4 ประเภทได้แก่ ประเภทฉุกเฉินและวิกฤต (Critical phase) ประเภทแรกเริ่ม (Acute phase) ประเภทเรื้อรังบำบัด (Sub-Acute phase) และบำบัดระยะยาว (Maintenance phase) (กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา, 2545)

โดยในการศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษาคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในระยะเรื้อรังบำบัดเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้จะมีลักษณะสำคัญคือมีความสามารถควบคุมตนเองได้ รับรู้ บุคคล สถานที่ เวลาได้ถูกต้อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้แต่ต้องคอยกระตุ้น การเข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติได้ แต่ไม่ริเริ่มด้วยตนเอง และสามารถแสดงความคิดเห็นและบอกความรู้สึกได้เป็นครั้งคราว ผู้ศึกษาได้ศึกษาเพิ่มประวัติของผู้ป่วยเพิ่มเติมจากหอผู้ป่วยลดาวัลย์ จำนวน 20 ราย ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2552 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาซ้ำ จากการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และขาดยา โดยเมื่อทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการมารับการรักษา พบว่า มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวช และการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยมีความคิดว่าตนเองหายดีแล้วไม่จำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่อง ปฏิเสธอาการเจ็บป่วย ไม่เข้าใจเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา มีความรู้สึกไม่สบาย มีอาการตัวแข็ง ลื่นแข็ง ง่วงนอนทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน และมีพฤติกรรมจัดการที่ไม่เหมาะสม ขาดแรงจูงใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเบื่อหน่าย รู้สึกอับอายและรู้สึกท้อแท้ต่อการรับประทานยาทางจิตเวชเป็นเวลานาน ผู้ศึกษาจึงได้นำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่สร้างขึ้นโดย สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) นำมาประเมินเพิ่มเติมในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตีกลดาวัลย์จำนวน 10 รายพบว่า มีพฤติกรรมการใช้ยาในระดับที่ไม่เหมาะสม โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ คิดว่าอาการป่วยของตนเองหายดีแล้วจึงหยุดรับประทานยา มีความไม่สบายใจจากอาการข้างเคียงของยา เช่น ลื่นแข็ง ตัวแข็ง ง่วงนอน ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน และปัญหาขาดแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธีรา ฮุนตระกูล และ มาลี แจ่มพงษ์ (2532) พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่องเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเภท และผลของการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการป่วยซ้ำถึงร้อยละ 50-70 (Townsend, 2006)

ในการปฏิบัติกรพยาบาล พยาบาลจะต้องมีวิธีการเพื่อเตรียมผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหา พฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ ทักษะและมี พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง โดยต้องเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยตั้งแต่ออยู่ในโรงพยาบาลก่อนกลับสู่ชุมชน (Keltner et. al., 1999) ซึ่งจากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลในหอผู้ป่วยมีวิธีการให้ การพยาบาลที่หลากหลาย แล้วแต่หน่วยงานจะพิจารณานำมาใช้ เช่นการให้ความรู้เป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม การฝึกทักษะการจัดการรับประทานเองเป็นต้น การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยานั้นยังไม่มีโปรแกรม

ที่เฉพาะเจาะจงมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทระยะเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญและมีเป็นจำนวนมากที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญเล็งเห็นว่าการนำโปรแกรมนี้มาใช้กับผู้ป่วยจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างดี

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้ศึกษาจึงนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทของสทรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่พัฒนามาจากการศึกษาของคาร์ณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) โดยใช้แนวคิดของ Miller (1992) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ถูกต้อง มาเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรม และการจัดกิจกรรมในโรงพยาบาลเพื่อต้องการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยก่อนกลับไปอยู่บ้าน เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงแหล่งพลังอำนาจที่ตนเองมีอยู่ เกิดการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ที่มีความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ มีความสามารถในตนเองเพิ่มสูงขึ้น จนนำไปสู่การเพิ่มการรับรู้พลังอำนาจซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาต่อไป

### วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

### แนวเหตุผล สมมติฐานการศึกษา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) ปัจจุบันการรักษาโรคจิตเภทด้วยยาต้านโรคจิตนับว่าเป็นวิธีการที่ใช้ในลำดับแรกและมีประสิทธิภาพสูงในการช่วยลดความรุนแรงของโรค ควบคุมอาการและส่งผลระยะยาวในการรักษาป้องกันการเกิดป่วยซ้ำ (Kaplan & Sadock, 1995) ดังนั้นจำเป็นต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง พฤติกรรมการใช้ยามีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องมีโอกาสป่วยซ้ำถึงร้อยละ 50-70 (Townsend, 2006) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเภทกลายเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Baker, 1989) ผู้ป่วยจิตเภทจะมีการสูญเสียพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) ทั้ง 7 ด้าน ประกอบด้วย 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical Strength) 2) ความเข้มแข็งทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) 3) อคติตนเองเชิงบวก (Positive self-concept) 4) พลังงาน (Energy) 5) ความรู้และการตระหนักรู้ (Knowledge and



Insight) 6) แรงจูงใจ (Motivation) 7) ระบบความเชื่อ (Belief system) ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่พัฒนามาจากการศึกษาของคารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งนำแนวคิดการพยาบาลและแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) มาประยุกต์จากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งเดิมมี 6 ขั้นตอน เป็น 5 ขั้นตอน เพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันที่ดำเนินการอยู่ และปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกับพิจารณาความเป็นไปได้จริงในการดำเนินการ ไม่กระทบต่อการปฏิบัติงานประจำและประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ โดยขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 5 ขั้นตอนจะนำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือและการค้นหาสถานการณ์จริง เป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี (คารณี จามจรี, 2544) เป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึง การรับผิดชอบ ตัดสินใจและสร้างแรงจูงใจในการเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งแรงจูงใจเป็นหนึ่งในแหล่งพลังอำนาจที่สามารถสร้างเสริมให้เกิดขึ้นได้ (Miller, 1992) ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ปัญหาการเจ็บป่วยและยอมรับว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมชาติ ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ก็สามารถควบคุมและมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยได้ (คารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) รวมทั้งได้เรียนรู้บทบาทความเท่าเทียมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์เชิงบวก (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเองที่มีอยู่ส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

กิจกรรมที่ 2 การสร้างพลังการแก้ปัญหาในการใช้ยารักษาอาการทางจิต โดยการสะท้อนความคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นการใช้ทักษะการสะท้อนความคิดในการพยาบาลผู้ป่วย โดยเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงความสำคัญของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยและโอกาสในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ถึงบทบาทของตนเองในการจัดการปัญหา วางแผนและกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแผนการใช้ยาที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและรู้สึกมั่นใจที่จะตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาโดยไม่มีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) หากผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปัญหาการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของตนในการแก้ไขปัญหาแล้ว จะช่วยเสริมสร้างแหล่งอำนาจด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก เสริมสร้างการยอมรับตนเอง ก่อให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงระบบความเชื่อและแสวงหาข้อมูล ความรู้ในการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

กิจกรรมที่ 3 การสร้างเสริมแหล่งของพลังอำนาจ ส่งเสริมสนับสนุน สร้างแรงจูงใจให้ ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา เป็นการสร้างเสริมความรู้ให้กับผู้ป่วย โดยประเมิน ระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนและหลังให้ความรู้ เป็นการ ประเมินความรู้ความเข้าใจที่ผู้ป่วยได้รับ และให้ผู้ป่วยบอกถึงความต้องการด้านการสนับสนุน ข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตาม เกณฑ์การรักษา(สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) การที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และทักษะเพียงพอที่ได้พบเห็น ตัวอย่างผู้อื่นในทางบวก เป็นคุณลักษณะอย่างหนึ่งของการมีพลังอำนาจ (คารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีความรู้และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท มีความเข้มแข็งทางจิตใจ มองตนเองในด้านบวก รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของระบบความเชื่อที่ ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตาม เกณฑ์การรักษา (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) จึงกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเข้มแข็งของแหล่ง พลังอำนาจด้านความรู้ ระบบความเชื่อ แรงจูงใจ ความเข้มแข็งทางจิตใจและการมีอัตมโนทัศน์เชิง บวกและช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การ ใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

กิจกรรมที่ 4 การให้ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังด้วยตนเองเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาเป็นกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการใช้ยา สังเกต และจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ได้สามารถประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการใช้ยาที่ตนเองวางไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) เมื่อผู้ป่วยได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากพยาบาลตามขั้นตอนข้างคั้น จะช่วย ให้ผู้ป่วยได้ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถควบคุมสิ่งที่ไม่สามารถควบคุมได้ รวมทั้งช่วย ให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อจากเดิมที่คิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ต้อง พึ่งพาผู้อื่น ที่เป็นความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง (Beck, 1967) นำไปสู่การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตาม เกณฑ์การรักษา ไปสู่การคิดว่าตนเองมีคุณค่า รวมทั้งการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการใช้ยา สังเกต และจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าคุณมีความสามารถและ สามารถเลือกวิธีการในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ สามารถที่จะคาดเดาเหตุการณ์ของการ เจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง เกิดแรงจูงใจ ทำให้สามารถที่จะเผชิญปัญหาและจัดการกับอาการข้างเคียง จากยาได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การใช้ยา

กิจกรรมที่ 5 การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังที่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรม การใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา เป็นขั้นตอนที่พยาบาลทำการเสริมสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถจัดการกับ

ปัญหาต่างๆ ได้ มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาด้วยยา ก่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในศักยภาพของตน รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสามารถในการนำพาชีวิตตนเองไปสู่เป้าหมายที่ตนเองต้องการ มีความหวัง และปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อในด้านบวกเกี่ยวกับตนเอง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีระบบความเชื่อที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนความคิดต่อตนเองในทางบวกจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจในด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมและด้านระบบความเชื่อที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงความคิดต่อตนเองไปในทางบวก จะช่วยให้รับรู้ถึงพลังอำนาจที่ตนเองมีอยู่ ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 5 ขั้นตอน ที่ผู้ศึกษาได้ทบทวนขั้นตอนและกระบวนการตามการศึกษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่พัฒนามาจากการศึกษาของคาร์ณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งนำแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) มาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจ จนรับรู้ว่ามีพลังอำนาจในตนเองเนื่องจากการนับถือตนเองและมีความคิดไปในทางบวก เกิดมีกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอยู่สังคมและมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและสังคม ได้รับความรู้และข้อมูลที่ต้องการเหมาะสมตามความเป็นจริง มีความสามารถในการดูแลตนเอง มีความคิดว่าตนเองมีคุณค่า มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ แม้ว่าจะอยู่ในภาวะของการเจ็บป่วยเรื้อรัง และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้

จากแนวคิดและเหตุผลข้างต้น ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไว้ดังนี้

### สมมุติฐานในการศึกษา

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

### ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการศึกษา โดยทำการศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้

1. ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช(ICD-10) ที่รับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

2.1 ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

### คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยการให้ข้อมูล ความรู้ สนับสนุนให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และใช้กลวิธีของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท โดยการค้นหาแหล่งพลังอำนาจ ประเมินพฤติกรรมสภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ เสริมสร้างแรงจูงใจ สร้างเสริมความมั่นใจ และคงไว้ซึ่งพลังความสามารถในการจัดการกับปัญหา โดยในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้โปรแกรมที่ปรับปรุงมาจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่พัฒนามาจากคาร์ณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งนำแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) มาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย โดยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ประกอบด้วยขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 5 ขั้นตอน คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือ และค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นการปฏิบัติกรพยาบาลโดยการสนทนา แนะนำตัวเอง ให้ข้อมูลเบื้องต้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือ และเป็นการให้ผู้ป่วยได้เล่าสำรวจปัญหาเพื่อประเมินพฤติกรรมการสูญเสียพลังอำนาจของตัวเอง รับรู้ถึงบทบาทของตนเอง ประเมินวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 2 สร้างพลังในการแก้ปัญหาโดยการสะท้อนคิด และสร้างความเข้าใจในสถานการณ์เสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ไขปัญหาตนเอง ให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหา และแนวทางในการแก้ปัญหาคด้วยตนเอง สนับสนุนให้ความช่วยเหลือ และยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 3 สร้างเสริมแหล่งอำนาจ ส่งเสริม สนับสนุน และสร้างแรงจูงใจ ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา ให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งของอำนาจเกี่ยวกับการใช้ยา ร่วมมือกับผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการที่แท้จริง และเอื้ออำนวยให้สามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 4 ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังด้วยตนเอง สนับสนุน และเอื้ออำนวยทรัพยากรต่าง ๆ สร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมประเมินผลสำเร็จของเป้าหมายที่ได้ดำเนินการตามแผน เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยา

กิจกรรมที่ 5 สร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสมช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับต่อสถานะการเจ็บป่วยมองเห็นคุณค่าของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น สิ่งได้ทำงานร่วมกับพยาบาล เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดทัศนคติ เป็นแรงสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยนำความรู้ความสามารถที่มีอยู่ไปใช้ในการจัดการกับสภาพปัญหาด้วยความมั่นใจ

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวชตามแผนการรักษา แบ่งเป็น 2 ด้านคือ

1. การใช้ยาตามแผนการรักษาคือการรับประทานยาถูกต้องซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การรับประทานยาต่อเนื่องไม่หยุดใช้ยาเองการใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลาและการไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

2. ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาแก่ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง ซึ่งวัดจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชื้อวโสธร (2545) และเพชร คันธสาขบัว (2544) ที่สร้างตามแนวคิดของ Farragher (1999)

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามแนวทางการวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Diseases and Related Health Problem, 10<sup>th</sup> revision: ICD 10) ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสิทธิภาพ เสริมสร้างความเข้มแข็ง และส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

2. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยด้านการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ