

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงทำให้เกิดความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ การรู้จักตนเอง พฤติกรรม การตัดสินใจ ร่วมกับความบกพร่องทางหน้าที่การทำงานและสังคม (WHO, 2006) ที่สำคัญโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังไม่เป็นสาเหตุของการตาย เป็นโรคที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการดำเนินชีวิตและสังคม ดังเห็นได้จากการศึกษาการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดภาระของโรคที่มีต่อโลก (Global Burden of Disease) พบว่า โรคจิตเภทก่อให้เกิดภาระ ร้อยละ 11 โดยพิจารณาตามเกณฑ์จำนวนปีที่สร้าง ความเสียหายให้กับชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคนั้นๆ (Disability adjusted Life Years: DALYs) และคาดว่าจะสูงกว่า ร้อยละ 15 ใน ค.ศ. 2020 (Murray and Lopez, 1996 อ้างใน ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์, 2546) การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทปัจจุบันพบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทั้งภาวะการเจ็บป่วยและการเข้าถึงการบำบัดรักษาของผู้ที่ป่วย ดังจะเห็นได้จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่ส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น มีผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของกรมสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นทุกปี โดย ปี 2548 - 2549 มีผู้ป่วยจำนวน 37,871 และ 37,903 รายตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2550)

ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลเน้นการรักษาโรคในระยะเฉียบพลันและรุนแรง เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชน ซึ่งการรักษาหลายวิธีแต่การรักษาด้วยยาเป็นวิธีที่ใช้มากที่สุด (Kumar & Sedgwick, 2001) ซึ่งยาด้านโรคจิตจะช่วยลดความรุนแรงของโรค ควบคุมอาการและส่งผลกระทบต่อ การรักษา ป้องกันการเกิดเป็นซ้ำหรือเกิดอาการใหม่ (Kaplan & Sadock, 1996) การควบคุมอาการของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ยารักษาอาการทางจิตพบว่ามีประสิทธิภาพสูง แต่เมื่ออาการทุเลา ผู้ป่วยมักไม่ยอมรับประทานยาต่อ (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) ซึ่งการไม่รับประทานยาต่อเนื่อง หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและต้องกลับมา รักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล (Pyne et al., 2001) ผู้ป่วยที่มีลักษณะของพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ในผู้ป่วยจิตเภทที่พบ คือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น ใช้ยาผิดเวลา มีการหยุดการใช้ยาหรือใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณสมบัติการใช้ยาน้อยหรือเพิ่มมากกว่าแผนการรักษา (Farraher, 1999) จากพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เป็นไปตามแผนการรักษานั้นมีการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท โดย Oehl et al. (2000) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

สรุปว่า มีปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านที่มีสุขภาพ จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาโดยเฉพาะ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น ความรู้ ทัศนคติ และความรู้สึกรู้สึกต่ออาการข้างเคียงเกี่ยวกับยารักษาโรคจิต เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง และนำไปสู่การเจ็บป่วยซ้ำและเรื้อรังต่อไป ผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติตามหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวได้ ไม่มีงานทำ ปฏิเสธการเจ็บป่วย รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้มีอาการจิตรุนแรงมากขึ้น (Rose, 1996: 17) ซึ่ง Dixon (1998:330) กล่าวว่าผลของการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสิ่งแวดล้อม ครอบครัว เพื่อน การทำงาน เศรษฐกิจ และก่อให้เกิดความรู้สึกรู้สึกอับอาย สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ผ่านมา พบว่ามีสาเหตุปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ นั้น เกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจ (Razali & Yahya, 1995) โดยเฉพาะการขาดแหล่งพลังอำนาจด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษาและความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงจากยา (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540; จารุวรรณ จินดามงคล, 2541) จึงเชื่อว่าการสนับสนุนให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษา ความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจและเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ (สรินทร เขียวโสธร, 2545)

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) มีพื้นฐานความเชื่อที่มุ่งเน้นการนำศักยภาพทางสติปัญญาและพลังอำนาจในบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2539) จากการศึกษาของ คารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) กล่าวว่า พลังอำนาจคือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และความรู้สึกรู้ถึงความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วย การสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากการที่แหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งตามแนวคิดของ Miller (1992) ถูกครอบงำหรือมีลดลง 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 เช่นผู้ป่วย

จิตเภทมีการสูญเสียพลังอำนาจก็จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยเพิกเฉยต่อบทบาท และไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา พบว่ามีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่สูญเสียพลังอำนาจ (Razali & Yahya, 1995) ซึ่งปัจจัยที่ทำให้สูญเสียพลังอำนาจ คือผลกระทบด้านการเจ็บป่วย ขาดความรู้และพฤติกรรมจากทีมสุขภาพ (Suk Bling, 1998)

ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการสูญเสียพลังอำนาจในลักษณะต่างๆ จนเป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) 7 แหล่ง ดังนี้

1. สูญเสียความเข้มแข็งทางกายภาพ โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดความเสื่อมลงของร่างกายมีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่าย เมื่อระบบของร่างกายเกิดการเจ็บป่วย พลังอำนาจในการกระทำใดๆของร่างกายก็จะลดลง สภาวะความเข้มแข็งทางกายภาพนั้นจะมีอิทธิพลต่อพลังอำนาจของผู้ป่วยทั้งในขณะที่ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาของการเจ็บป่วย เช่น สภาพการเจ็บป่วยที่แย่ง ต้องกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มความสามารถและเต็มตามพลังงานสะสมทางด้านร่างกาย (Physical reserve) ก่อให้เกิดพลังอำนาจในการกระทำใดๆ ลดลง (ดารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

2. สูญเสียอัตมโนทัศน์เชิงบวก จากผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย ต้องเป็นภาระของผู้อื่น ความรู้สึกอับอายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช การถูกตีตราบาป (Stigma) การถูกรังเกียจจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดปฏิกิริยาและความรู้สึกด้านลบต่อตนเองได้ง่าย ความนับถือตนเองลดลง ผลจากความรู้สึกสูญเสียอัตมโนทัศน์เชิงบวกเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง (Punttil, 1991: 27) สอดคล้องกับการศึกษาของสรินทร์ เชื้อว โสธร (2545) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาอาการทางจิตทุกวันเป็นเวลานาน และคิดว่าตนเองหายป่วยแล้ว บางคนรู้สึกอับอายที่ต้องรับประทานยาอาการทางจิต ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

3. สูญเสียความเข้มแข็งทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ เช่น กลัวญาติพี่น้องและสังคมไม่ยอมรับ มีชีวิตอยู่อย่างไรคุณค่าและศักดิ์ศรี ถูกรังเกียจและกลัวความน่าเกลียดจากการสูญเสียภาพลักษณ์ (Punttil, 1991: 27) กลัวความลับถูกเปิดเผย รู้สึกไม่แน่นอน พยายามปกปิดสังคมเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (สาธพร พุฒขาว, 2541) โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจึงรู้สึกสูญเสียความหวัง สูญเสียความรัก สูญเสียอาชีพและรายได้ สูญเสียความผูกพันรวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้

ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียพลังอำนาจในตนเองก่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

4. สูญเสียพลังงาน ผู้ป่วยจิตเภทจะสูญเสียความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพของพลังงานที่ใช้ในการสะสมของแหล่งพลังงาน เนื่องจากภาวะบกพร่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังตามพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งผลกระทบจากอาการข้างเคียงจากยาการรักษาอาการทางจิต ทำให้เกิดอาการง่วงนอน ลึนแข็ง มือสั่น ขาสั่น เป็นต้น ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยจากการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพร่างกาย รวมทั้งความเสื่อมถอยตามวัยและผลกระทบด้านจิตใจในลักษณะต่างๆ ก่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของผลทิพย์ ปานแดง (2547) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และได้รับผลอาการข้างเคียงจากยาการรักษาอาการทางจิต อาทิ อาการง่วงนอน ลึนแข็ง มือสั่น ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง นำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

5. ขาดความรู้และการตระหนักรู้ โรคจิตเภทก่อให้เกิดความผิดปกติในด้านของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ส่งผลให้การรับรู้เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยไม่คาดคิดว่าตนเองจะต้องเกิดการเจ็บป่วย ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางในการรักษา ทำให้ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง ขาดความสามารถในการแสวงหาแหล่งความรู้ ซึ่งจากการขาดความรู้ อาจเกิดจากการไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการและความร่วมเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่กล้าที่จะซักถามข้อสงสัย ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตัดสินใจในการสร้างทางเลือกหรือนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการ (สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของอุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่าการขาดความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดการตระหนักรู้ต่อภาวะคุกคามต่อการเกิดโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

6. ขาดแรงจูงใจ ผู้ป่วยจิตเภทขาดแรงจูงใจในการพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง (สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545) เนื่องจากมีความบกพร่องในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ขาดการเชื่อมโยงเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ในการดูแลตนเองและมีส่วนร่วมในการรักษา ผู้ป่วยมักถูกมองว่าไร้ความสามารถ ไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้าง รู้สึกไร้ค่าเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่น ก่อให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ และเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน ปฏิเสธสิ่งใหม่ๆ ที่เข้ามาในชีวิต นำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจ นอกจากนี้สัมพันธภาพที่ไม่ดี ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและพยาบาล เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากทำให้ขาดการจูงใจให้ผู้ป่วยรู้สึกรับผิดชอบและไม่สร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของ

ตนเอง (Miller, 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่าแรงจูงใจ และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและทีมสุขภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา และนำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น

7. ระบบความเชื่อ ผู้ป่วยจิตเภทมีความเชื่อว่าโรคที่ตนเป็น เป็นโรคที่สังกรรม์เกี่ยวข้อง เป็นโรคที่ไม่มีทางรักษา ก่อให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง อับอาย ผู้ป่วยและญาติจะปกปิดการเจ็บป่วย ขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของผลทิพย์ ปานแดง (2547) พบว่าผู้ป่วยใหญ่หุ้ยได้รับประทานยารักษาอาการทางจิต เนื่องจากเชื่อว่าตนเองหาย เป็นปกติแล้ว บางรายแสวงหาวิธีการรักษาอื่น อาทิ การไปรดน้ำมนต์ ทำให้เกิดความเชื่อในการแสวงหาการรักษาที่ผิดในการดูแลสุขภาพ นำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

จากข้อมูลเหตุผลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีความจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากการช่วยเหลือสนับสนุนให้แหล่งพลังอำนาจด้านต่างๆของผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งขึ้น เมื่อแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยมีความเข้มแข็งหรือมีความสมดุลของแหล่งพลังอำนาจเพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงแหล่งพลังอำนาจของตนเองมากขึ้น คือรู้สึกมีความสามารถในการแก้ไขสถานการณ์ สามารถตัดสินใจในการจัดการกับปัญหาและสามารถหาแหล่งความรู้ รวมทั้งเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง สามารถควบคุมการดำเนินชีวิต มีความสามารถในตนเอง มีความนับถือตนเอง มีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ ความหวัง มีสุขภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจที่ดี มีความเข้มแข็งของพลังอำนาจที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย นำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) ซึ่งจะส่งผลให้อาการทางจิตทุเลา ป้องกันการกลับเป็นซ้ำและสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรีและมีศักยภาพ

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ สังกัดกรมสุขภาพจิต เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่รับการรักษาผู้ป่วยทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยรับผิดชอบในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด ในเขตจังหวัดสระแก้ว ปราจีนบุรี และเขตพื้นที่จังหวัดใกล้เคียง ปัจจุบันผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากสถิติรายงานประจำปีของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ พบว่าสถิติผู้ป่วยที่รักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ตั้งแต่ปี 2549 ถึงปี 2551 เพิ่มขึ้นตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 49.14, 50.24, 54.49 ตามลำดับ (รายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์, 2552) โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเริ่มมีภาวะ

ยุ่งยากซับซ้อนขึ้น ป่วยเรื้อรังมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภท ที่เกิดจากปัญหาเรื่องการรับประทานยาที่พบว่าผู้ป่วยมักขาดยา ไม่ใช่ขาดตามเกณฑ์การรักษาจนเกิดอาการกำเริบและต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ดังจะเห็นได้จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วย กลับมานอนในโรงพยาบาล ภายใน 90 วัน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2551 ถึงเดือนกรกฎาคม 2552 นั้นพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำมากที่สุดคือ ร้อยละ 36.6 ไม่ยอมรับประทานยาเนื่องจากไม่เข้าใจและไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยา ร้อยละ 15.5 ผู้ดูแลหลังจำหน่ายมีศักยภาพเรื่องการดูแลการจัดยาไม่เพียงพอ ร้อยละ 4.2 มีผลข้างเคียงจึงไม่ยอมรับประทานยา (พืมนำทางคลินิก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์, 2552) และสอดคล้องกับการวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ของจันจิลา ดวงสลัดและสมศักดิ์ ภูมิจีน (2546) พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช พบว่าปัญหาที่พบบ่อยมากที่สุดคือ ร้อยละ 61.11 ผู้ป่วยมารับยาไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 36.11 ต้องบังคับให้รับประทานยา ร้อยละ 33.33 ขณะอยู่ที่บ้านผู้ป่วยจะไม่ทราบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และผู้ป่วยมีการขาดการรักษา ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 44.43 แล้วมีอาการกำเริบรุนแรงจนญาติไม่สามารถควบคุมบังคับได้

จะเห็นได้ว่าปัญหาการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษานั้นเป็นปัญหาที่สำคัญ ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำได้ ผู้ศึกษาได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในและมีปัญหาการป่วยซ้ำ จำนวน 20 คน ระหว่างเดือน มิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2552 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่องและขาดยา และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มเติมพบว่าปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษานั้น ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการขาดความรู้และมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา เกิดอาการข้างเคียงไม่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเวชได้ ขาดแรงจูงใจในการรักษา เบื่อหน่ายท้อแท้ต่อการรักษาที่ต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน จึงทำให้หยุดรับประทานยา จากนั้นผู้ศึกษาได้นำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่สร้างขึ้นโดยสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) มาสัมภาษณ์เพิ่มเติม โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้องในระดับต่ำ เนื่องจากคิดว่าหายดีแล้ว ไม่จำเป็นต้องรับประทานยาต่อจึงหยุดยา มีความไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยาจิตเวช เช่น ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง น้ำลายไหล ง่วงมากเป็นอุปสรรคในการทำงาน และไม่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ จึงหยุดใช้ยาเองและเกิดอาการกำเริบซ้ำ

จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา พบว่าในหอผู้ป่วยได้มีการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยมีกิจกรรมบำบัดหลายรูปแบบทั้งรายกลุ่มและ

รายบุคคล เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษา การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย แต่พบว่า การให้การดูแลดังกล่าวเป็นการมุ่งเน้นแต่การให้ความรู้เป็นลักษณะของการพยายามทำให้ผู้ป่วยเชื่อและปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่แต่ยังไม่มี การให้ผู้ป่วยได้บอกปัญหาระบายนความรู้สึกหรือความคับข้องใจต่อการรักษาและการรับประทานยา โดยเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง มีความไม่สุขสบายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ขาดความตระหนักไม่ยอมรับการเจ็บป่วย เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจและไม่เห็นประโยชน์ของการรับประทานยา ทำให้เมื่อกลับบ้านจึงไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา ส่งผลให้มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงจนต้องกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล อีกทั้งยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนที่เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาจากพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา จึงทำให้การปฏิบัติยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ดังนั้นการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงต้องมีการพัฒนารูปแบบการทำงานที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน จากเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท ของสรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่พัฒนาจากการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของคารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992) มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินและจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับการแก้ไขปัญหาดังกล่าว และเป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยจิตเภทก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความหวัง ความเชื่อและแรงจูงใจ เพื่อเพิ่มพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยรับรู้พลังอำนาจที่มีในตนเอง ส่งผลให้เกิดความมั่นใจ รับรู้พลังแห่งตน นำไปสู่ความสามารถในการจัดการและควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้ด้วยตนเอง จนนำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการ  
ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากการช่วยเหลือสนับสนุนให้แหล่งพลังอำนาจด้านต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งขึ้น เมื่อแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งหรือมีความสมดุลของแหล่งพลังอำนาจเพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงแหล่งพลังอำนาจของตนเองมากขึ้น คือรู้สึกมีความสามารถในการแก้ไขสถานการณ์ สามารถตัดสินใจในการจัดการกับปัญหาที่

เหมาะสมกับตนเอง สามารถควบคุมการดำเนินชีวิต มีความสามารถในตนเอง มีความนับถือตนเอง มีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ ความหวัง มีสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจที่ดี มีความเข้มแข็งของพลังอำนาจที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย นำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545)

การศึกษาครั้งนี้จึงใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งผู้ศึกษาปรับปรุงจาก โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท ตามการศึกษาของสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของคาร์ณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ตามแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) มาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยปรับกิจกรรมการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจจาก 6 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยการรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจและการวินิจฉัยพลังอำนาจ 2) การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ 3) สร้างพลังในการแก้ไขปัญหาค่าการใช้ยาโดยการสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ 4) สร้างเสริมแหล่งของอำนาจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 5) ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และ 6) สร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังที่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็น 5 ขั้นตอน โดยรวมกิจกรรมการค้นหาสถานการณ์จริงที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือไว้ในขั้นตอนเดียวกัน เนื่องจากในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้นจำเป็นต้องมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยก่อนเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับและไว้วางใจ ส่วนขั้นตอนอื่นยังคงไว้เหมือนเดิม ซึ่งเป็นการพัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ โดยศึกษาจากรูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยที่ดำเนินการในปัจจุบัน และพิจารณาความเป็นไปได้ในการดำเนินการ โดยไม่กระทบกับการปฏิบัติงานและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ลักษณะกิจกรรมมุ่งเน้นการจัดการกับภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ ลักษณะกิจกรรมเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยพิจารณาสิ่งที่เกิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหา มีความเข้าใจและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น อันจะนำไปสู่ความต้องการในการแก้ไขปัญหา จากนั้นผู้ศึกษาจึงให้การสนับสนุนความรู้ และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย เพื่อเป็นการฝึกผู้ป่วยในการค้นหาปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้ศึกษาจะปรับปรุงนี้จึงมีความเหมาะสมที่จะใช้ในผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ โดยมี 5 ขั้นตอน เพื่อเป็นการเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่เหมาะสมดังนี้



1. การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือ และค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นการสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล (ศิริวรรณ พอบุญ, 2548) เพื่อจะนำไปสู่เป้าหมายร่วมกันในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (คารณี จามจรีและจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) ส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจในด้านความเข้มแข็งทางจิต และการสนับสนุนทางสังคม (สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเอง และทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

2. การสร้างพลังการแก้ปัญหาโดยการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบด้าน เพื่อการตัดสินใจในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมเป็นการฝึกทักษะการทำความเข้าใจกับปัญหา (Gibson, 1995 อ้างในคารณี จามจรีและจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้บทบาทของตนเองในการจัดการกับปัญหา วางแผนและกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแผนการใช้ยาที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและรู้สึกมั่นใจที่จะตัดสินใจในการแก้ปัญหา โดยไม่มีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) เมื่อผู้ป่วยมีพลังในการแก้ไขปัญหา และช่วยเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก เกิดการยอมรับตนเอง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบความเชื่อและแสวงหาข้อมูลในการความรู้ในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

3. การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร เป็นการเสริมสร้างความรู้ให้ผู้ป่วย โดยประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนและหลังการให้ความรู้ เป็นการประเมินความเข้าใจที่ผู้ป่วยได้รับและให้ผู้ป่วยบอกถึงความต้องการด้านการสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545) เมื่อผู้ป่วยมีความรู้และแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งทางจิตใจ มองตนเองในด้านบวก รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของระบบความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (ผลทิพย์ ปานแดง, 2545) กล่าวได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจ ด้านความรู้ ระบบความเชื่อ แรงจูงใจ ความเข้มแข็งทางจิตใจและการมีอัตมโนทัศน์เชิงบวก จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

4. ผู้ป่วยเสริมพลังอำนาจด้วยตนเองเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการใช้ยา สังเกต และจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้ สามารถประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการใช้ยาที่ตนเองวางไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สรินทร์ เชี่ยวโสธร,

2545)นำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางบวกมากขึ้น สามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ (คารณิ จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์, 2545) จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าคุณมีความสามารถและสามารถเลือกวิธีการในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มีความรู้และทักษะเพียงพอ ก่อให้เกิดพลังอำนาจในด้านความเข้มแข็งทางจิตใจและพลังในตนเอง เกิดแรงจูงใจ มั่นใจในการเผชิญปัญหาและจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิตได้เหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

**5. การเสริมสร้างความมั่นใจ และคงไว้ซึ่งพลังที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา** เป็นขั้นตอนที่พยาบาลทำการเสริมสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆได้ มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และพยาบาลให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการรักษาด้วยยา ก่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสามารถในการนำพาชีวิตตนเองไปสู่เป้าหมายที่ตนเองต้องการ มีความหวังและปรับเปลี่ยนความคิดต่อตนเองในทางบวกจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเองส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (ผลทิพย์ ปานแดง, 2545) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจในด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม และด้านระบบความเชื่อที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงความคิดต่อตนเองไปในทางบวกจะช่วยให้การรับรู้ถึงพลังอำนาจที่ตนเองมีอยู่ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งผู้ศึกษาคาดหวังว่าผลที่เกิดขึ้นจากการเสริมสร้างพลังอำนาจจะสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้

### **สมมติฐานการศึกษา**

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

### **ขอบเขตการศึกษา**

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังเพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้

1. ประชากร คือ เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD 10) ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว
2. โดยมีตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย
  - 2.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
  - 2.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

### คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยการให้ข้อมูล ความรู้ สนับสนุนให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจและใช้กลวิธีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท โดยการค้นหาแหล่งอำนาจพลังอำนาจ ประเมินพฤติกรรมภาวะสูญเสียอำนาจ เสริมสร้างแรงจูงใจ สร้างเสริมความมั่นใจ และคงไว้ซึ่งพลังความสามารถในการจัดการกับปัญหา โดยใช้โปรแกรมที่พัฒนามาจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทของสรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ซึ่งพัฒนามาจากการศึกษาของคาร์ณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ Miller (1992) มาเป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภท โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม สัปดาห์ละ 3 ชั้นตอน ประกอบด้วยกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 5 ชั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือ และค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยเริ่มจากสร้างสัมพันธภาพ โดยการพูดคุยสนทนา แนะนำตัวเอง ให้ข้อมูลเบื้องต้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือและให้ผู้ป่วยได้เล่าปัญหา สำรวจปัญหาเพื่อประเมินพฤติกรรม สภาวะการสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วย รับรู้ถึงบทบาทของตนเอง ประเมินวิเคราะห์สถานการณ์จริงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา
2. การสะท้อนการคิด และสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลให้ผู้ป่วยทบทวนปัญหา การสร้างพลังในการแก้ปัญหา เสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ไขปัญหาตนเอง โดยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทาง วางแผนและประเมินผลในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง สนับสนุนให้ความช่วยเหลือและยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย
3. การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลให้การสนับสนุน โดยการให้ข้อมูล ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

การรักษา การดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้สามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างแรงจูงใจให้กำลังใจผู้ป่วย

4. **ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลให้การส่งเสริม และเอื้ออำนวยทรัพยากรต่างๆ ยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เป็นปัญหา และทดลองให้ผู้ป่วยแก้สถานการณ์ปัญหาด้วยตนเองสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และประเมินผลการปฏิบัติที่ได้ดำเนินการตามแผน

5. **การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลให้ผู้ป่วย ทบทวนความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง สิ่งที่ได้ปฏิบัติไปแล้วร่วมกับพยาบาล สร้างกำลังใจและแรงจูงใจ ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาวะการเจ็บป่วย เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองเหมาะสม มองเห็นคุณค่าของตนเองปรับเปลี่ยนความคิดทัศนคติ เป็นแรงสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยนำความรู้ความสามารถที่มีอยู่ไปใช้ในการจัดการกับสภาพปัญหาด้วยมั่นใจ

**พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา** หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวชตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต ซึ่งวัดจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร์ เชี่ยว โสธร(2545) ที่พัฒนามาจากเครื่องมือซึ่งใช้ในการศึกษาของเพชร คันธสายบัว (2544) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1. การใช้ยาตามแผนการรักษา คือการรับประทานยาถูกต้อง ซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะคือ รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา และการไม่ลดหรือเพิ่มยาเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์

2. ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา คือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาอาการทางจิต ประเมินอาการข้างเคียงจากยาและคำบอกเล่าอาการระหว่างการรักษาด้วยยาได้ถูกต้อง

**ผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ความจริง อารมณ์และสังคม ปรากฏให้เห็นได้ด้วยพฤติกรรมที่แปลกจากคนทั่วไป คือ มีความคิดหลงผิด อารมณ์ราบเรียบ ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ บางคนมีอาการประสาทหลอน เช่น มีหูแว่ว ได้ยินเสียงที่ผู้อื่นไม่ได้ยิน ได้เห็นภาพที่ผู้อื่นไม่เห็น เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD 10)

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริการพยาบาล เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการให้การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
2. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยด้านการพัฒนาเทคโนโลยีและรูปแบบการให้การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทและปรับปรุงใช้กับผู้ป่วยจิตเวชอื่น