ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

นางสาวกรกานต์ พึ่งน้ำ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2558
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF FAMILY- CENTERED EMPOWERMENT PROGRAM ON DRUG ADHERENCE OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY

Miss Kornkan Phuengnam

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
โดย	นางสาวกรกานต์ พึ่งน้ำ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ้งนภา ผาณิตรัตน์)

กรกานต์ พึ่งน้ำ : ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (THE EFFECT OF FAMILY- CENTERED EMPOWERMENT PROGRAM ON DRUG ADHERENCE OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 206 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และ 2) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 40 ครอบครัว แต่ละครอบครัวประกอบด้วยสมาชิก 3 คน คือ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรองในครอบครัวกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการจับคู่ให้มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ในเรื่องคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ และอายุของผู้ป่วยจิตเภท จากนั้นจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 2) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และ 3) แบบประเมินพลังอำนาจของครอบครัว เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 2) และ 3) มีค่าความเที่ยง Cronbach's Alpha coefficient เท่ากับ .85 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติ dependent and in dependent t-test

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=26.61$, $p <.05$)

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 30.41$, $p <.05$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2558 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

5677152436 : MAJOR NURSING SCIENCE
KEYWORDS: FAMILY- CENTERED EMPOWERMENT / DRUG ADHERENCE / SCHIZOPHRENIA

KORNKAN PHUENGNAM: THE EFFECT OF FAMILY- CENTERED EMPOWERMENT PROGRAM ON DRUG ADHERENCE OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY. ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIT, Ph.D., 206 pp.

The purposes of this quasi-experimental pretest – posttest with control group research design were to compare: 1) medication adherence of persons with schizophrenia in community before and after received the family-centered empowerment program, and 2) medication adherence of persons with schizophrenia in community who received the family-centered empowerment program and those who received regular nursing care. The sample consisted of 40 families of persons with schizophrenia in community who received services at the psychiatric clinic in outpatient department of one community hospital. Each family comprised of 3 members including person with schizophrenia, and his/her primary and secondary caregiver. They were matched-pair by drug adherence score and age of patient then randomly assigned to either the experimental or control group, 20 families in each group. The experimental group received the family- centered empowerment program whereas the control group received regular nursing care. Research instruments consisted of: 1) the family- centered empowerment program, 2) Drug adherence questionnaire, and 3) the Family Empowerment Scale. All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 2nd and 3rd instruments were reported by Cronbach's Alpha coefficient as of .85 and .93, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, dependent and in dependent t – test . Finding were summarized as follows:

1. The drug adherence of persons with schizophrenia in community after receiving the the family- centered empowerment program was significant higher than that before ($t=26.61$, $p <.05$);

2. The drug adherence of persons with schizophrenia in community whoreceived the family- centered empowerment program was significant higher than that of those who received regular nursing care ($t = 30.41$, $p < .05$).

Field of Study: Nursing Science Student's Signature .....

Academic Year: 2015 Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนฉบับนี้ สามารถสำเร็จผลได้นั้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และกระบวนการทำงานอันมีค่าที่หาไม่ได้จากตำราเรียน พร้อมทั้งให้การอบรมสั่งสอนศิษย์ด้วยความทุ่มเทและมีเมตตาเสมอมา ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งและขอสัญญาว่าจะนำความรู้ที่ได้รับนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวมต่อไป

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ้งนภา ผาณิตรัตน์ กรรมการภายนอกวิทยาลัยที่ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนางานและวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณีแบบและเป็นประโยชน์ต่อสังคมมากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมาที่สนับสนุนทุนการศึกษาและอนุมัติให้ผู้วิจัยลาศึกษาได้เต็มเวลา ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ พยาบาลประจำคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลชุมพวง และเจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมพวงทุกท่านที่ให้การสนับสนุนเอื้อเฟื้อปัจจัยต่างๆ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทั้งในและนอกสถาบันทุกท่าน ที่คอยเสริมสร้างกำลังใจ เติมพลังให้ผู้วิจัย ต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ ให้สามารถผ่านมาด้วยดี และขอขอบคุณจิรากร กันทับทิม คุณนิพนธ์ วาตาดา และคุณณปภัช รัตนวิชัยที่เป็นผู้เอื้ออำนวยปัจจัยต่างๆ ให้ผู้วิจัย โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนใดๆ นอกจากนี้ต้องขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและช่วยสร้างประสบการณ์การเรียนรู้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้เป็นอย่างดี ทุกๆสิ่งที่เกิดขึ้นล้วนมีค่าและเป็นประสบการณ์ที่ดีของผู้วิจัย

สุดท้ายผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาและครอบครัวพึ่งน้ำ ที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการดำเนินชีวิตในทุกๆด้าน เป็นต้นไม้ใหญ่ที่คอยให้ร่มเงาความอบอุ่นและคอยค้ำจุนให้ผู้วิจัยผ่านอุปสรรคต่างๆ มาได้ด้วยดี สำหรับคุณค่าและประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บิดามารดา ครอบครัวพึ่งน้ำ ครูบาอาจารย์ทุกท่าน รวมถึงผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวทุกๆท่าน ขอให้ทุกท่านมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและประสพแต่ความสุขความเจริญตลอดไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญแผนภูมิ ..... ฎ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์การวิจัย 10

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย 10

ขอบเขตการวิจัย 17

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 18

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 21

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 22

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท 23

2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัว 34

3. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท 39

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 46

5. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทชุมชน 57

6, งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 68

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 72

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 72

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หน้า

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 74
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 75
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง 81
การวิเคราะห์ข้อมูล 136
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 137
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ 152
สรุปผลการวิจัย 159
อภิปรายผลการวิจัย 160
ข้อเสนอแนะ 167
รายการอ้างอิง 170
ภาคผนวก 186
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย 187
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา 189
ภาคผนวก ค การคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย 191
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 195
ภาคผนวก จ หนังสืออนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน 202
ภาคผนวก ฉ หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องกำกับการทดลอง 204
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 206

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ตารางแสดงการบูรณาการแนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และการแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัว ของ (Minuchin, 1974) 61

ตารางที่ 2 ตารางแสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามอายุและคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 79

ตารางที่ 3 ตารางแสดงกำหนดการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 98

ตารางที่ 4 ตารางแสดงคะแนนและการแปลผลพลังอำนาจของครอบครัวของผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 134

ตารางที่ 5 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามเพศ อายุ และสถานภาพ 138

ตารางที่ 6 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ 139

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่กลับมาป่วยซ้ำ และจำนวนสมาชิกในครอบครัว 140

ตารางที่ 8 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามชนิดและปริมาณของเม็ดยาที่ได้รับ และจำนวนครั้งที่ได้รับยาในแต่ละวัน 141

ตารางที่ 9 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่และ สารเสพติด 142

ตารางที่ 10 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลหลัก จำแนกตามเพศ อายุ และสถานภาพ .. 143

ตารางที่ 11 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลหลัก จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ 144

หน้า

ตารางที่ 12 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลหลัก จำแนกตามสถานะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว และความสัมพันธ์ของสมาชิกกับผู้ป่วย 145

ตารางที่ 13 ตารางแสดงคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายข้อ จากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 147

ตารางที่ 14 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40) 150

ตารางที่ 15 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40) 151

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1 แผนภูมิสรุปรูปแบบการพัฒนาโปรแกรม 60

แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย 71

แผนภูมิที่ 3 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับคู่ตามคุณสมบัติและจับฉลากสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 77

แผนภูมิที่ 4 แสดงร้อยละร้อยละของความรู้สึกของผู้ดูแลหลักที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง..... 146

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่พบสูงเป็นอันดับต้นของการเจ็บป่วยทางจิตทั้งหมด โดยในปัจจุบันมีผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้เป็นจำนวนมาก ดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจขององค์การอนามัยโลกในปี 2014 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทสะสมทั่วโลกสูงถึง 24 ล้านคนและพบว่าในทุกๆ ปีจะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น ถึงปีละ 2 ล้านคน (WHO, 2014) ในประเทศไทยก็เช่นกัน พบว่าในปี 2556 มีผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งสิ้น 409,003 ราย จากจำนวนประชากรทั้งประเทศ 64,785,909 คน คิดเป็นอัตราความชุก ร้อยละ 0.63 หรือ 6.3 ต่อประชากร 1,000 คน (รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2556) สอดคล้องกับรายงานการศึกษาความชุกและภาระโรคจิตเภทในประชากรไทยในปี 2553 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี มีความชุก เท่ากับ 8.8 ต่อประชากร 1,000 คน และพบอัตราส่วนของผู้ป่วยเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1.4:1 ซึ่งช่วงอายุที่พบมากที่สุดนั้นอยู่ระหว่าง 30- 44 ปี ในผู้ป่วยชายและ 40-50 ปี ในผู้ป่วยหญิง นอกจากนี้จากรายงานยังพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เท่ากับ 0.3 ต่อประชากร 1,000 คน (Phanthunane et al., 2010)

นอกจากข้อมูลข้างต้นแล้วยังมีข้อมูลที่สนับสนุนว่าโรคจิตเภทเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการจากโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปี 2556 ซึ่งพบว่ามีมากเป็นอันดับหนึ่ง คือ มีจำนวนทั้งสิ้นถึง 409,003 ราย จากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการทั้งสิ้น 1,155,805 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.38 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด โดยในจำนวนนี้แบ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน 20,634 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.04 และแผนกผู้ป่วยนอก 388,369 รายคิดเป็นร้อยละ 94.96 (รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2556) ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจากการที่กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเฉพาะในรายที่มีอาการกำเริบรุนแรงในช่วงสั้นๆ คือเฉลี่ยประมาณ 28 วัน และเมื่ออาการทางจิตสงบลงแล้วจะได้รับการจำหน่ายกลับสู่ชุมชนโดยเร็ว (กรมสุขภาพจิต, 2553) โดยในระยะอาการคงที่ (Stable phase) ผู้ป่วยจะยังคงได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งถือเป็นการรักษาหลักที่ใช้ในการควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วย รวมถึงสามารถป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์และสรยุทธ, 2552; Markowitz et al., 2013)

โรคจิตเภทถือเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาว โดยจากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยมักจะมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยยาวนานเฉลี่ยถึง 30-40 ปี เป็นเหตุให้โรคนี้ถูกจัดลำดับให้เป็น 1 ใน 10 โรคซึ่งมีจำนวนปีที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year of Life Lost due to Disability_YLD) สูงสุด คือมีค่า YLD =.004 (Phanthunane et al., 2010) สอดคล้องกับผลการสำรวจขององค์การอนามัยโลกได้ทำการสำรวจและพบว่าประเทศไทยได้ถูกจัดลำดับให้เป็นประเทศที่มีการให้สูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Year_DALY) จากโรคจิตเภทสูงที่สุดเป็นอันดับ 3 รองจากประเทศอินโดนีเซียและประเทศฟิลิปปินส์ (WHO, 2011) ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามเกณฑ์การรักษาเพื่อลดภาระโรคและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมา

จากการที่โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยหมดพลังอำนาจและเกิดความท้อแท้ที่จะรับประทานยา (Kiliana et al., 2003) เป็นเหตุให้เกิดปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตามมา คือ การมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ เช่น การขาดยา การรับประทานยาไม่ครบถ้วน รวมถึงการหยุดการรักษาเอง เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2544) ซึ่งปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนี้อาจพบในอัตราที่มากน้อยต่างกัน โดยในต่างประเทศนั้น Linden et al. (2001) และ Kamali et al. (2006) ศึกษาพบว่าใน 6 เดือน ภายหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาประมาณร้อยละ 30.0-33.4 และพฤติกรรมที่เป็นปัญหานี้จะพบสูงขึ้นตามระยะเวลาภายหลังที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น สูงขึ้น เป็นร้อยละ 53.6 ในปีแรก (Diax et al., 2001) และสูงถึงร้อยละ 74 ในหนึ่งปีครึ่ง (Lieberman et al., 2005) สำหรับในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 80 รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์และสรยุทธ, 2552) โดยร้อยละ 56.8 ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ , 2549) ซึ่งมีความใกล้เคียงกับผลการศึกษาของธงรบ เทียนสันต์ (2556) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนการบำบัดและให้คำปรึกษานั้นมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น และล่าสุดจากการสำรวจพฤติกรรมการใช้ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก พบข้อมูลที่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านๆ มาโดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยนั้นยังมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์สูงถึงร้อยละ 51 % (Olivares et al., 2013)

ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาดังกล่าว ส่งผลกระทบตามมาหลายประการ ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ การเพิ่มโอกาสการเกิดพยาธิสภาพที่ถาวรของโรค (Byerly, Nakonezny and Lescouflair, 2007) เพิ่มอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น (Llorca, 2008) มี

พฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรง (เวนิช บุราชรินทร์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2554) และที่สำคัญคือส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและเกิดการกลับมาป่วยซ้ำได้ในอัตราที่สูง ดังผลการศึกษาของ Kozma and Weiden (2009) และ Thomas (2013) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา จะมีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 นอกจากนี้ Jingbo et al. (2015) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 876 ราย ที่กลับมาป่วยซ้ำภายใน 1 ปี พบว่าปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการป่วยซ้ำเกิดจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา คิดเป็นร้อยละ 50.7 รองลงมาคือไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัว คิดเป็น ร้อยละ 18.0 สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมาป่วยซ้ำมีสาเหตุหลักมาจากพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาคิดเป็นร้อยละ 63.33 (เพชรี คันธสายบัว, 2544) และในบางรายงานพบสูงถึงร้อยละ 90 (ทัศนีย์ เชื่อมทอง, 2554) นอกจากนี้ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวตามมา เช่น ทำให้ครอบครัวเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (Awad and Lakshmi, 2008) เกิดความตึงเครียด ซึ่งส่งผลต่อการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตามมา (จลี เจริญสรรพ์, 2542) อีกทั้งยังผลกระทบต่อระดับประเทศ โดยพบว่าทำให้ประเทศชาติขาดแรงงานจากการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วย และเกิดภาระการดูแลต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมากที่สุด เป็นลำดับที่ 17 จาก 20 โรค (กรมสุขภาพจิต, 2550) ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น

Chakrabarti (2014) กล่าวว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเดิมใช้คำว่า “Compliance” ซึ่งหมายถึงพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้รักษาเท่านั้น ต่อมาได้มีการนำคำว่า “Adherence” มาใช้แทน ซึ่งจะหมายถึงพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือในการรักษากับทีมรักษา โดย Adherence แตกต่างกับ Compliance ในประเด็นที่ Adherence นั้นจะมีการเพิ่มบทบาทและอำนาจในการตัดสินใจ (Autonomy) ของผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาร่วมกับทีมรักษามากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการตัดสินแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม ด้วยเหตุนี้การศึกษาในระยะหลัง จึงนิยมใช้คำว่า “Adherence” มากขึ้น ดังจะเห็นได้จาก Bissonnette (2008) ซึ่งได้ทำการวิเคราะห์แนวคิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (a concept analysis of adherence) จากรายงานวิจัยทั้งสิ้น 114 เรื่อง ได้ผลสรุปว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (drug adherence) หมายถึง การที่บุคคลมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องและคงทน รวมทั้งมีอิสระในการตัดสินใจและวางแผนร่วมกับทีมรักษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่ให้ความหมายว่า เป็นพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านเกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต

รวมถึงความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Farragher (1999) พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทนั้น สามารถแสดงออกได้ใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาผิดเวลา การใช้ยาน้อยหรือมากกว่าแผนการรักษา และการไม่ใช้ยาต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าตนเองมีความผิดปกติ ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้เลือกใช้คำจัดความ คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (drug adherence) เนื่องจากสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการตัดสินแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม จากการปรับบทบาทและเพิ่มอำนาจในการตัดสินใจ (Autonomy) ของผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาร่วมกับทีมรักษามากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา จำแนกเป็น **1) ปัจจัยภายในบุคคล** ได้แก่ การขาดความรู้ ทรัพยากรและประสบการณ์ที่เป็นแหล่งพลังอำนาจของบุคคลในการแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะการขาดความรู้เรื่องความรุนแรงของโรค การรักษาด้วยยา และการบริหารยาด้วยตนเอง (สายรุ้ง จันทร์เส็ง, 2548; Zou et al., 2013) การมีทัศนะคติที่ไม่ดีต่อการรักษาด้วยยาทางจิตเวช (Yamada et al., 2006; Zou et al., 2013) มีความเชื่อที่ผิดคิดว่าตนเองหายจากการเจ็บป่วยจึงไม่จำเป็นต้องกินยาต่อเนื่อง (Olivares et al., 2013) ไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยา (Velligan et al., 2009) และมีความตระหนักในการเจ็บป่วยลดลงเนื่องจากเบื่อหน่ายต่อการรักษาที่ยาวนาน (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545; Sarath et al., 2014) และ **2) ปัจจัยภายนอกบุคคล** พบว่าปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาส่วนใหญ่ล้วนเกี่ยวข้องกับครอบครัว ซึ่งถือเป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญของการเกิดพลังอำนาจ ซึ่งครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตหรืออาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทอยู่ตลอดเวลา ครอบครัวจึงถือสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยจิตเภท เพราะส่วนใหญ่แล้วโรคจิตเภทนี้จะมีการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ครอบครัวจึงต้องทำหน้าที่หลักในการดูแล หากครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยและจัดการกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ครอบครัวก็จะอยู่ในภาวะที่สมดุลสามารถดำรงอยู่ในสังคมต่อไป ในทางกลับกันหากครอบครัวใดไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆ ในครอบครัวตามมา ดังเช่นการศึกษาของ Olivares et al. (2013) ที่พบว่าร้อยละ 55-58 ของผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลในครอบครัวช่วยเหลือดูแลในเรื่องการรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาของ Shuler (2014) และ Glick et al. (2011) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีครอบครัวให้การดูแล จะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีครอบครัวให้การดูแล แต่อย่างไรก็ตามผู้ดูแลในครอบครัว ยังคงประสบปัญหาต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น ขาดความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้อง(Zou et al., 2013) และขาดการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (นพภวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549) อีกทั้งยังเกิดภาวะเครียดและรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย

(ชนมาภรณ์ พงศ์จันทรเสถียร, 2549) ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคที่ส่งผลให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมการใช้ยาได้อย่างถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (สกาวเดือน กลิ่นน้อย, 2554) ดังนั้นการที่มีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จึงจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมที่ยั่งยืน โดยมีผลการศึกษาของ

ปัจจัยซึ่งเป็นสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาดังข้างต้นสะท้อนถึงการขาดหรือสูญเสียพลังอำนาจ (disempower) ทั้งของผู้ป่วยจิตเภทเองและผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากพลังอำนาจ หมายถึง ความสามารถภายในของบุคคลในการรับผิดชอบการดำเนินชีวิตของตนเอง โดยใช้ความรู้ ทรัพยากร และ ประสบการณ์ที่เพียงพอจนสามารถตัดสินใจดูแลตนเองได้เหมาะสม (Anderson & Funnell, 2010) สอดคล้อง Gibson (1995) ที่กล่าวว่าปัจจัยซึ่งทำให้บุคคลเกิดพลังอำนาจ ประกอบด้วยปัจจัยภายใน ได้แก่ ค่านิยมต่อความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง ความเชื่อในการจัดการปัญหา การมีเป้าหมายในชีวิต ความรู้ในการแก้ไขปัญหา และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การได้รับความรู้ กำลังใจ ความเชื่อมั่นและการประคับประคองชีวิตจากสมาชิกในครอบครัวและเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ดังนั้นหากบุคคลขาดปัจจัยเหล่านี้แล้วจะไม่สามารถมีพลังอำนาจในการเผชิญปัญหาต่างๆ ต่อไปได้

มีงานวิจัยหลายเรื่องที่ได้ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีการสูญเสียพลังอำนาจ (disempower) เช่น Estroff (1989) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการสูญเสียพลังอำนาจ เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ยาวนาน เป็นเหตุให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพราะต้องพึ่งการรักษาด้วยยาที่ยาวนาน และ Williams and Collins (1999) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกขาดพลังอำนาจในตนเองเนื่องจากไม่สามารถควบคุมตนเองเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาขณะที่เกิดการเจ็บป่วยได้ นอกจากนี้ Harrison (2008) ได้ชี้แนะว่าสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทก็รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจเช่นเดียวกัน โดยสาเหตุหลักมาจากการขาดความรู้ ขาดทักษะในการเผชิญปัญหาและขาดแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสมที่จะนำมาใช้เป็นทรัพยากรในการดูแลสมาชิกซึ่งป่วยด้วยโรคจิตเภทให้สามารถควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเองให้เป็นปกติสุขได้ จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่านอกจากปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเองแล้ว ครอบครัวยังถือปัจจัยภายนอกหรือแหล่งพลังอำนาจที่สำคัญที่สุดซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับประทานยาของผู้ป่วย (Alhani, 2003 cited in Azimi et al., 2010) โดยมีผลการศึกษาของ Velligan et al. (2009) ที่สนับสนุนว่าแหล่งพลังอำนาจจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ ด้วยเหตุนี้ การเสริมสร้างให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัวเกิดพลังอำนาจไปพร้อมๆกัน ย่อมเป็นการจัดการกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างครอบคลุม อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดีและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

แนวคิดปัจจุบันมีการกล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ทั้งของบุคคลและครอบครัว โดย Gibson (1995) กล่าวถึง การเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ว่าหมายถึง กระบวนการพัฒนาศักยภาพที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญปัญหาและสามารถความคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ การค้นหาปัญหาที่แท้จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ Singh (1995) กล่าวถึง การเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัว (Family empowerment) ซึ่งได้ให้ความหมายว่า หมายถึง กระบวนการที่ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้าถึงความรู้และทักษะในการดูแลตนเองรวมถึงแหล่งประโยชน์ที่จะนำมาใช้เป็นทรัพยากรในการควบคุมการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมซึ่งจะช่วยเพิ่มการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา สอดคล้องกับ Azimi et al. (2010) ที่กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัว (Family-oriented Empowerment) เป็นการเพิ่มขีดความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการเผชิญปัญหา ผ่านกระบวนการส่งเสริมความรู้ที่เพียงพอพร้อมทั้งสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้สมาชิกสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ โดยมีรูปแบบการแก้ไขปัญหาในเชิงระบบครอบครัว ซึ่งถือว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวไม่ใช่ปัญหาของสมาชิกคนใดคนหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นปัญหาของทุกคนในครอบครัว ดังนั้นสมาชิกทุกคนต้องมีการปรับบทบาทหน้าที่ของตนเองให้เหมาะสมเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเช่นเดียวกันกับปัญหาเรื่องการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยเหตุนี้การแก้ไขปัญหาตามแนวคิดนี้จึงช่วยให้สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวมีบทบาทและหน้าที่ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยได้ (Glick et al., 2011) ซึ่งพบว่าการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจะเกิดผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยมากกว่าการดูแลเฉพาะ ตัวผู้ป่วยอย่างเดียวเท่านั้น (Novick et al., 2010) นอกจากนี้การดูแลรายครอบครัวยังสามารถลดอัตราการกลับมาป่วยซ้ำได้เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 (Pitschel et al., 2001) อีกทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายลงได้ร้อยละ 17 เมื่อเทียบกับการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (Cardin, McGill and Falloon, 1985) และร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับการพยาบาลตามปกติตามลำดับ (Tarrier, Lowson and Barrowclough, 1991) ด้วยเหตุนี้สมาชิกทุกคนในครอบครัวซึ่งรวมถึงตัวผู้ป่วยเองด้วยนั้น ล้วนมีความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัว (Azimi et al., 2010)

ข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการแก้ไขให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาจำเป็นต้องใช้วิธีการสร้างพลังอำนาจอย่างผสมผสานเพื่อจัดการกับปัจจัยเหตุอันเกิดจากตัวผู้ป่วยและจากครอบครัวไปพร้อมๆ กัน (Barkhof, 2012) สอดคล้องกับแนวคิดการแก้ไขปัญหาในเชิงระบบครอบครัว (Family System) ของ Minuchin (1974) อ้างถึงใน อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ที่มองว่าระบบครอบครัวเกิดจากการรวมตัวของระบบย่อย ได้แก่ ระบบย่อยของ

บุคคล ของสามี ภรรยา ของพ่อแม่และพี่น้อง ซึ่งในแต่ละระบบย่อยจะมีความสัมพันธ์กันตามโครงสร้าง มีกฎระเบียบ และการปฏิบัติหน้าที่อย่างเหมาะสม ทั้งนี้หากระบบย่อยเกิดการเปลี่ยนแปลง จะส่งผลให้ระบบครอบครัวทั้งระบบมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย ในทำนองเดียวกันการเปลี่ยนแปลงของระบบครอบครัวในภาพรวมก็จะส่งผลกระทบต่อหน่วยย่อยแต่ละหน่วยเช่นกัน ดังนั้นการแก้ไขปัญหาในเชิงระบบย่อมช่วยให้ครอบครัวเกิดแบบแผนที่ชัดเจน ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทและหน้าที่ที่เหมาะสม อันจะส่งผลให้ครอบครัวมีการปรับตัวตามสถานการณ์ต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป (อุมาพร ตังคสมบัติ, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาในประเทศอิหร่านได้มีความพยายามในการจัดกระทำกับปัจจัยทั้งภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกด้านครอบครัวไปพร้อมๆ กันเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เริ่มจาก Rahim et al. (2009) ได้พัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuous care model) เพื่อให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายที่ได้รับการฟอกเลือด ประกอบด้วยการดำเนินการ 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม (perceiving the threat) 2) ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy) 3) ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem) และ 4) ทบทวนและประเมินผลการดำเนินการที่ผ่านมา (Evaluation) จากนั้น Azimi et al. (2010) ได้นำมาพัฒนาต่อเป็นรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัว (Family-oriented empowerment model) มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและสมาชิกในครอบครัวสามารถทำบทบาทได้อย่างเหมาะสมและพบว่าส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถจัดการกับภาวะเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Massodi et al., 2010; Najafi et al., 2011; Ghasemi et al., 2014) และต่อมา Zarea et al. (2014) ได้นำรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมาประยุกต์เพื่อใช้ในการเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว โดยเน้นการสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดในเชิงระบบครอบครัว ประกอบด้วยการดำเนินการทั้ง 4 ขั้นตอน ดังข้างต้น โดยจากการทดลองใช้กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 35 ครอบครัว พบว่าสามารถช่วยเพิ่มทัศนะคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยาและเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาวได้ การทดลองดังกล่าวเป็นการบำบัดที่มองครอบครัวอย่างเป็นระบบ ด้วยการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ตามโครงสร้างของครอบครัวและมีการปฏิบัติตามกฎของครอบครัวอย่างเหมาะสม ทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดำเนินกิจกรรมจนบรรลุตามเป้าหมายของครอบครัวได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ Okun and Rapport (1980) ที่กล่าวว่าสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ไม่ใช่ปัญหาของบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นปัญหาของ

ครอบครัวทั้งระบบ จึงต้องแก้ไขปัญหาโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ดังนั้นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาจึงเป็นสิ่งจำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาของนภาภรณ์ พึ่งเกศสุนทร (2553) และ อรวรรณ ฆ้องต้อ (2550) ที่พบว่าครอบครัวหรือญาติเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากครอบครัวเป็นส่วนสนับสนุนหลักในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาที่เหมาะสม (แววดาว วงศ์สุรประกิต, 2549)

จากการทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทย พบว่าระบบการดูแลตามปกติของโรงพยาบาลของภาครัฐ จะประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 2 ลักษณะ คือกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมารับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ได้แก่ การดูแลเมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การประเมินอาการทางจิต การประเมินอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพและการให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมอีกลักษณะหนึ่งเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง ในชุมชน คือ การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แต่อย่างไรก็ตาม จากสถานการณ์การให้บริการจริงที่เกิดขึ้น พบว่าพยาบาลสามารถให้การพยาบาลกับผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลตามแพทย์เป็นส่วนใหญ่ ส่วนการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวในชุมชนยังไม่สามารถทำได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่องเท่าใดนัก เนื่องจากในแต่ละพื้นที่นั้นมีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชไม่เพียงพอ ด้วยเหตุนี้ จึงควรมีการเสริมสร้างพลังอำนาจในด้านต่างๆ ให้กับทั้งผู้ป่วยและครอบครัวให้เกิดขึ้นอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดศักยภาพและความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยาอย่างถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ทั้งนี้เพื่อลดผลกระทบต่างๆ ที่อาจตามมาจากการที่ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา

นอกจากช่องว่างของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทยดังข้างต้นแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบมีการศึกษาที่นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) มาใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท เช่น การศึกษาของสรินทร เชี่ยวโสธร (2545) พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาตัวแบบผู้ป่วยในมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ดีขึ้น โดยการศึกษาเรื่องนี้ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการศึกษาติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับไปในชุมชน นอกจากนี้ ผลทิพย์ ปานแดง (2545) ได้ศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล และพบว่าสามารถทำ

ให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น และต่อมา ธงรบ เทียนสันต์ (2556) ได้ศึกษาพบว่าการบำบัดครอบครัวมีประสิทธิผลในการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ ซึ่งแม้ว่าการศึกษาในสองเรื่องหลังจะมีการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แต่ยังไม่ได้มุ่งเน้นที่การแก้ปัญหาตามแนวคิดในเชิงระบบครอบครัว (family system) อย่างชัดเจน

การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาในเชิงระบบครอบครัว นับว่ามีจุดเด่นกว่าการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมา เนื่องจากมุ่งเน้นให้สมาชิกในครอบครัวทำตามบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม ด้วยการเสริมสร้างความรู้ ทักษะการเผชิญปัญหา เสริมสร้างความมั่นใจและความภาคภูมิใจในตนเอง จึงเป็นกระบวนการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเกิดพลังอำนาจและสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีการศึกษาวิจัยเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวตามแนวคิดนี้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อใช้แก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ด้วยการประยุกต์จากโปรแกรม Family-centered empowerment model ของ Zarea et al. (2014) นอกจากนี้ในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) มาใช้ร่วมด้วยเนื่องจากแนวคิดดังกล่าวนั้น ได้มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัว ที่สามารถจัดการกับทั้งปัจจัยภายในและภายนอกของบุคคลที่ทำเกิดพลังอำนาจได้อย่างครอบคลุม รวมถึงนำแนวคิดระบบครอบครัวของ Minuchin (1974) ซึ่งมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัวอย่างชัดเจน โดยการปรับเปลี่ยนโครงสร้างครอบครัว ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวให้เหมาะสม เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ โปรแกรมนี้ได้จัดให้โดยให้สมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 3 คน คือ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรองในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินการ และใช้การบำบัดแบบรายกลุ่มครอบครัว ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมตามบริบทของประเทศไทย และนำไปสู่การลดปัญหาการกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยที่ต้องได้รับการแก้ไข เนื่องจากพบในอัตราสูงถึงร้อยละ 51 (Olivares et al., 2013) โดยมีสาเหตุสำคัญมาจาก ***ปัจจัยภายในบุคคล*** ได้แก่ การขาดความรู้ ทรัพยากร และประสบการณ์ที่เป็นแหล่งพลังอำนาจของบุคคลในการแก้ไขปัญหา คือ การมีความเชื่อที่ผิดโดยคิดว่าตนเองหายจากอาการเจ็บป่วยจึงไม่จำเป็นต้องกินยาต่อเนื่อง (Olivares et al., 2013) มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษาด้วยยาทางจิตเวช (Yamada et al., 2006; Zou et al., 2013) ไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยาและมีความตระหนักในการเจ็บป่วยลดลงเพราะมีอาการทางลบและเบื่อหน่ายต่อการรักษาที่ยาวนาน (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545; Sarath et al., 2014) รวมถึงขาดความรู้เรื่องความรุนแรงของโรค การรักษาด้วยยาและการบริหารยาด้วยตนเอง (ทัดทรวง ตานะเศรษฐ, 2548; สายรุ้ง จันทร์เส็ง, 2548; Zou et al., 2013) และ***ปัจจัยภายนอกบุคคล*** ที่พบว่าส่วนใหญ่ล้วนเกี่ยวข้องกับครอบครัว ซึ่งถือเป็นแหล่งพลังอำนาจที่สำคัญของบุคคล อาทิเช่น ผู้ดูแลขาดความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้อง (Zou et al., 2013) และขาดการสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (นพภวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549) อีกทั้งเกิดภาวะเครียดและรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร-เสถียร, 2549) ส่งผลให้ไม่สามารถดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ (สกาวเดือน กลิ่นน้อย, 2554)

ปัจจัยทั้งสองด้านข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงการสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ตามแนวคิดเรื่องพลังอำนาจของ Gibson (1995) ที่กล่าวว่า ปัจจัยซึ่งทำให้บุคคลเกิดพลังอำนาจนั้นประกอบด้วย ปัจจัยภายใน ได้แก่ ค่านิยมต่อความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง ความเชื่อในการจัดการปัญหา การมีเป้าหมายในชีวิต ความรู้ในการแก้ไขปัญหา และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การได้รับความรู้ กำลังใจ ความเชื่อมั่นและการประคับประคองชีวิต จากสมาชิกในครอบครัวและเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ และหากบุคคลขาดปัจจัยเหล่านี้แล้วจะทำให้ขาดพลังอำนาจและส่งผลให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ต่อไปได้ ดังนั้น การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นตามเกณฑ์การรักษาจึงจำเป็นต้องมีการเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อมๆ กัน (Azimi et al., 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered empowerment) ตามการศึกษาของ Zarea et al. (2014) มีประสิทธิภาพต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยได้ เพราะเป็นการบำบัดที่มุ่งเสริมพลังอำนาจทั้งของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวไปพร้อมๆ กัน จึงมีจุดเด่นกว่าการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมา คือเป็นการแก้ไขปัญหาในเชิงระบบครอบครัว (family system) ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากระบบครอบครัวที่เหมาะสมจะส่งผลให้สมาชิกทุกคนสามารถเผชิญปัญหาและอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติสุข โดยระบบนี้ประกอบด้วย 1) คุณสมบัติของระบบครอบครัว ได้แก่ การจัดระบบภายในเพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงอยู่ได้อย่างสมดุลและมีความต่อเนื่อง (continuity) มีการสื่อสารทั้งภายในระบบและภายนอกระบบและการมีกฎที่สมาชิกต้องถือปฏิบัติ 2) องค์ประกอบของระบบครอบครัว ได้แก่ การมีภาวะสมดุลของครอบครัว (family homeostasis) อันเกิดจากความยืดหยุ่นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามสถานการณ์ต่างๆ (family adjustment) เพื่อให้ครอบครัวอยู่ในภาวะสมดุล 3) โครงสร้างและหน้าที่ครอบครัว (Family structure) ได้แก่ โครงสร้างอำนาจ (power system) ในครอบครัวซึ่งจะทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถควบคุมหรือแสดงอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม และ 4) หน้าที่ของครอบครัว (Family function) ได้แก่ หน้าที่ในการเผชิญปัญหาครอบครัว (family coping function) หมายถึง หน้าที่ในการจัดการและคลี่คลายวิกฤติต่างๆ ในครอบครัวในทางสร้างสรรค์เพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลภายในครอบครัว และดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่องตามพัฒนาการของครอบครัว (Minuchin, 1974 อ้างถึงใน อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) และเมื่อมีการแก้ไขปัญหาในเชิงระบบย่อมส่งผลให้ครอบครัวมีแบบแผนที่ชัดเจน และทำให้สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมจนสามารถปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี (อุมาพร ตังคสมบัติ, 2554) เช่นเดียวกันกับการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่จะต้องแก้ไขปัญหาทั้งระบบ

ครอบครัว โดยจัดการกับปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้ป่วยและปัจจัยที่เกิดจากครอบครัว จึงจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ดีขึ้น (Zarea et al., 2014)

ที่ผ่านมาพบการศึกษาบางเรื่องในประเทศไทยซึ่งใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภท เช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล โดย สรินธร เชี่ยวโสธร (2545) และ แม้ว่าผลทิพย์ ปานแดง (2545) จะทำการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล แต่เป็นการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเท่านั้น ยังไม่พบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตามแนวคิดการแก้ไขเชิงระบบครอบครัว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งให้ความสำคัญต่อการมองครอบครัวอย่างเป็นระบบโดยคำนึงถึงองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านของระบบครอบครัวดังกล่าวข้างต้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้น โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการผสมผสานแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (the Family-centered empowerment model) ซึ่ง Zarea et al. (2014) พัฒนามาจากการศึกษาของ Azimi et al. (2010) ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และแนวคิดระบบครอบครัวของ Minuchin (1974) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางอย่างชัดเจน โดยในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะประกอบด้วยขั้นตอนหลักๆ 4 ขั้นตอน คือ 1) สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบเมื่อเกิดการเจ็บป่วย 2) ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา 3) ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา และ 4) ทบทวนและประเมินผลการดำเนินการที่ผ่านมาจาก โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการดำเนินการแบบรายกลุ่มครอบครัว จำนวน 5 กลุ่มๆ ละ 4 ครอบครัว แต่ละครอบครัวประกอบด้วยสมาชิก 3 คน ซึ่งเข้าร่วมในทุกกิจกรรมได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลัก และ ผู้ดูแลรองในครอบครัวอีก 1 คน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน จำแนกเป็น 6 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินการสัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม ๆ ละ 90 นาที ดำเนินการติดต่อกันนาน 4 สัปดาห์ ซึ่งคาดว่าแต่ละกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ จะสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1_สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (perceiving the threat) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 **สร้างสัมพันธภาพและความตระหนักรู้ของครอบครัวต่อปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ฯของผู้ป่วย**

กิจรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาและมีทัศนคติที่ดีต่อการร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งตระหนักรู้ถึงความสำคัญของระบบครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และความสำคัญของปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาที่เกิดขึ้น โดยกิจกรรมนี้มีสาระสำคัญ คือ การสร้างสัมพันธภาพ การวิเคราะห์โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของครอบครัว การสร้างความตระหนักรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาและการกำหนดเป้าหมายและกฎของครอบครัว

การดำเนินกิจกรรมเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวโดยการรับฟังปัญหาและความต้องการของครอบครัวอย่างตั้งใจโดยมีการตั้งข้อตกลงในการทำกลุ่มบำบัดร่วมกัน ต่อมากระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกันวิเคราะห์โครงสร้างของครอบครัว เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวในเบื้องต้น และประเมินทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทจากการวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในครอบครัว โดยใช้แผนผังครอบครัว เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของครอบครัวให้เหมาะสมอันจะเป็นการเพิ่มพลังอำนาจตามโครงสร้างของครอบครัว (power system) ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวสามารถควบคุมพฤติกรรมของสมาชิกคนอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับการที่ผู้ดูแลมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้น จากนั้นร่วมกันกำหนดเป้าหมายของครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น (Minuchin, 1974) กิจกรรมดังกล่าวจะนำไปสู่ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม (Dixon, 2000) โดยจะแสวงหาความช่วยเหลือจากรอบข้าง เช่น หนังสือ แผ่นพับ หรือจากตัวบุคคล เช่น บุคลากรสาธารณสุขหรือบุคคลที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน เพื่อจะนำข้อมูลทั้งหมดมาใช้ในการประกอบการตัดสินใจแก้ไขปัญหา (Gibson, 1995)

***กิจกรรมที่ 2* ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์ และ พัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์**

กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมี ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์และมีทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับทีมสุขภาพและชุมชนเพื่อส่งเสริมการส่งเสริมการรับประทานยาของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะนำไปใช้เผชิญปัญหาต่อไป

กิจกรรมที่ 2 นี้จะเป็นการให้ความรู้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ร่วมกับพัฒนาทักษะต่างๆในการส่งเสริมพฤติกรรม

การใช้ยาที่ถูกต้อง พร้อมทั้งสนับสนุนข้อมูลที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการเพิ่มเติม เช่น วิธีการเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพและการมีส่วนร่วมกับชุมชนในการดูแลผู้ป่วย โดยกิจกรรมที่จัดขึ้น ประกอบด้วยการให้ความรู้ การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ เพราะเมื่อบุคคลและครอบครัวมีความรู้และทักษะที่ถูกต้องพร้อมทั้งมีประสบการณ์ที่เพียงพอแล้ว จะส่งผลให้บุคคลและครอบครัวเกิดพลังอำนาจ คือ สามารถตัดสินใจดูแลตนเองได้เหมาะสม (Anderson & Funnell, 2010) โดยมีงานวิจัยของ Zygmant et al. (2002) ที่พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยได้ และเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และทักษะที่ถูกต้องแล้วจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญญาที่เหมาะสมต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 **ทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ครอบครัวเคยใช้และผลที่เกิดขึ้น**

กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถการวิเคราะห์วิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ครอบครัวเคยใช้และผลที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 3 นี้เริ่มต้นจากการให้สมาชิกทุกคนในแต่ละครอบครัวร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา จากการวิเคราะห์แผนผังครอบครัวเพื่อให้เกิดทบทวนวิธีการดูแลและผลที่เกิดขึ้นว่ามีวิธีการดูแลและการแก้ไขปัญหาแบบใดบ้างที่ประสบผลสำเร็จและวิธีการใดบ้างที่ไม่ประสบผลสำเร็จ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับบทบาทหน้าที่ของตนเองให้มีความเหมาะสมต่อไป (Family function) จากนั้นแต่ละครอบครัวจะร่วมกัน ตั้งกฎของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากการมีกฎนั้นจะทำให้ครอบครัวตระหนักในบทบาทและปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสม (Minuchin, 1974) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ครั้งนี้ ถือเป็นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา ผ่านประสบการณ์เดิม โดย Gibson (1995) กล่าวว่า การที่บุคคลได้ทบทวนทบทวนเหตุการณ์ที่ผ่านมา เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลได้มองเห็นปัญหาและการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาว่าเหมาะสมหรือไม่ และควรพัฒนาตนเองในเรื่องใด ซึ่งจะทำให้บุคคลรู้ถึงขีดความสามารถของตนเองที่ผ่านมา ซึ่งจะเป็นแนวการในการเลือกตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่อไป ซึ่งการศึกษาของ Zarea et al. (2014) พบว่าการให้สมาชิกในครอบครัวได้ร่วมกันทบทวนปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่เกิดขึ้น จะทำให้สมาชิกทุกคนรับรู้

ถึงสภาพปัญหา วิธีการแก้ไขที่ผ่านมา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในครอบครัว และสามารถกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 4 **ฝึกแก้ไขปัญหาใช้สถานการณ์จำลองและใช้จริงที่บ้านตามบทบาทของครอบครัว**

กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมการการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา จากการปรับบทบาทหน้าที่ของตนเองให้เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 นี้สร้างขึ้นจากแนวคิดการสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา จากการรับรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง และการสังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่น (Bandura, 1997) ซึ่งได้นำมาจัดกระทำให้เกิดกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยการให้ผู้ป่วยได้นำความรู้ ทักษะและประสบการณ์ที่ได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนในกิจกรรมที่ 1-3 มาใช้ในการร่วมกันวางแผนดูแลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องโดยใช้สถานการณ์จำลองซึ่งสร้างมาจากปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งในการดูแลผู้ป่วยระหว่างที่ต้องรับการรักษาด้วยยาจิตเวช (ชุดความรู้และแนวทางการปฏิบัติเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท กรมสุขภาพจิต, 2551) โดยให้แต่ละครอบครัวสุ่มเลือกปัญหา จากนั้นทดลองแก้ไขปัญหาโดยการสรุปวิธีการดูแลที่เหมาะสมจากการปรับโครงสร้างบทบาทหน้าที่ของแต่คนในครอบครัว และนำวิธีการนั้นมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับครอบครัวอื่นๆซึ่งจะได้ทดลองแก้ไขปัญหาที่แตกต่างกันออกไป การเผชิญปัญหา (family coping function) ถือเป็นหน้าที่ที่สำคัญของระบบครอบครัวซึ่งจะคลี่คลายวิกฤติต่างๆ ในครอบครัวในทางสร้างสรรค์เพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลภายในครอบครัว (family homeostasis) อันเกิดจากความยืดหยุ่นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามสถานการณ์ต่างๆ (family adjustment) (Minuchin, 1974) กิจกรรมนี้จัดขึ้นเพื่อให้แต่ละครอบครัวรับรู้ขีดความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา(self-efficacy) และสร้างทางเลือกในการเผชิญปัญหาที่หลากหลาย ผ่านกระบวนการทบทวนประสบการณ์เดิมและเรียนรู้จากประสบการณ์ใหม่ที่หลากหลายจากการร่วมแลกเปลี่ยน (Zarea et al., 2014) จากนั้นจะมีการมอบหมายการบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้นำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงตามบริบทของแต่ละครอบครัวโดยมุ่งเน้นให้สมาชิกแต่ละคนได้ทำตามบทบาทของตนเอง การได้ทบทวนและทดลองแก้ไขปัญหานั้นเป็นกระบวนการที่ช่วยสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ใหม่ให้เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างแท้จริง (Minuchin, 1974 อ้างถึงใน สาริณี โต๊ะทอง, 2548)

ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (Self-esteem) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่

***กิจกรรมที่ 5* แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันหลังจากที่ได้นำวิธีการไปปรับใช้กับบริบทจริงในครอบครัว**

กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเกิดความภาคภูมิใจจากการรับรู้ความสามารถของตนเองจากการเผชิญปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา

กิจกรรมที่ 5 นี้ เป็นกิจกรรมที่สร้างให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) ดังนั้นกิจกรรมจึงเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มีความเคารพและยอมรับตนเองว่ามีความสำคัญ มีความสามารถและใช้ความสามารถที่มีอยู่กระทำสิ่งต่างๆให้ประสบความสำเร็จได้ตามเป้าหมาย โดยการส่งเสริมความภาคภูมิใจนั้นเกิดจากการแลกเปลี่ยนถึงประสบการณ์การเผชิญปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้เกิดการแลกเปลี่ยนให้เรื่องของวิธีการดูแลผู้ป่วย จุดแข็งและความภาคภูมิใจที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย รวมถึงประสบการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ในกิจกรรมที่ 1-4 ซึ่งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันนี้จะทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ส่งผลเกิดให้พลังอำนาจในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยต่อไป (Gibson, 1995) นอกจากนี้ยังมีการนำบุคคลต้นแบบที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีมานำเสนอเพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากตัวแบบ และถึงแม้ว่าในบางครอบครัวอาจไม่ประสบผลสำเร็จในการเผชิญปัญหาแต่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ครั้งนี้ ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแลที่ประสบผลสำเร็จจากครอบครัวอื่นๆ ซึ่งจะทำให้ครอบครัวค้นพบจุดแข็ง และจุดบกพร่องที่ต้องพัฒนาต่อไป นอกจากนี้คำชื่นชมและคำแนะนำต่างๆระหว่างสมาชิกที่ช่วยให้บุคคลมีความภาคภูมิใจมากขึ้น สอดคล้องกับ Zulkosky (2009) ที่กล่าวว่าการฝึกให้บุคคลเผชิญปัญหาจะเป็นการสร้างการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองผ่านการปฏิบัติด้วยตนเองหรือการได้รับรู้ถึงผลสำเร็จของบุคคลอื่นๆ

ขั้นตอนที่ 4 ทบทวนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Evaluation)

กิจกรรมที่ 6 ทบทวนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและสิ้นสุดสัมพันธภาพ

กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้ ทบทวนพลังอำนาจที่เกิดขึ้นจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผ่านมา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ตระหนักถึงจุดแข็งและรับรู้ถึงความสามารถของครอบครัว

กิจกรรมที่ 6 นี้เป็นการให้แต่ละครอบครัว ทบทวนเป้าหมายและกฎของครอบครัวที่ร่วมกันกำหนดขึ้น พร้อมทั้งสรุปการเรียนรู้เรื่อง สิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่มกระบวนการเสริมสร้างพลัง

อำนาจ ได้แก่ การทบทวนพลังอำนาจด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ พลังอำนาจด้านทรัพยากรต่างๆ ในการแก้ไขปัญหา เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา ประสบการณ์วิธีการเผชิญปัญหาที่แต่ละครอบครัวเลือกใช้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ โดยใช้บทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม (family homeostasis) จากนั้นสนับสนุนการนำแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนของตนเองมาใช้ให้เกิดประโยชน์ พร้อมทั้งสนับสนุนการเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ และแจกคู่มือการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทบทวนขณะอยู่ที่บ้าน โดยขั้นตอนสุดท้ายได้แก่ การสรุปกลุ่มและสิ้นสุดสัมพันธภาพ กิจกรรมนี้เป็นการส่งเสริมพลังอำนาจผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อย่างเหมาะสม นั่นหมายถึงการมีพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ ทำให้บุคคลจะยังคงปฏิบัติและควบคุมกำกับตนเองอย่างต่อเนื่อง Gibson (1995) ซึ่งจะส่งผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยต่อไป (Zarea., 2014)

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ที่ประยุกต์มาจากการศึกษาของ Zarea et al. (2014) ทั้ง 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรมจะช่วยเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงตั้งสมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่ม ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่ากลุ่มที่ ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research)

ประชากร คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์วินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งเข้ารับการรักษาด้วยยาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ละครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง รวมทั้งสิ้นครอบครัวละ 3 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้การรับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์วินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่อาศัยอยู่ในชุมชน แต่ละครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา 1 คน ผู้ดูแลหลัก 1 คน และผู้ดูแลรอง 1 คน รวมทั้งสิ้น ครอบครัวละ 3 คน จำนวน 40 ครอบครัว

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต ซึ่งสามารถประเมินจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Farragher (1999) และการศึกษาของเพชรี คันธสายบัว (2544) แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. การใช้ยาตามแผนการรักษา หมายถึง การรับประทานยาถูกต้องซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

2. ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง บุคคลที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมผิดปกติ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้คัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์วินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ระดับชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง หมายถึง แผนการดำเนินกิจกรรมที่เป็นระบบ ที่มีรูปแบบการบำบัดเป็นรายกลุ่มครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นด้วยการบูรณาการจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (the Family-centered empowerment model) จากการศึกษาของ Zarea et al. (2014) ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และแนวคิดระบบครอบครัวของ Minuchin (1974) ประกอบด้วย

บำบัดรายกลุ่มครอบครัว จำนวน 5 กลุ่มๆ ละ 4 ครอบครัว รวมทั้งสิ้น 20 ครอบครัว แต่ละครอบครัวประกอบด้วยสมาชิก 3 คน ซึ่งเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกันทุกครั้ง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรองในครอบครัว แบ่งการดำเนินการออกเป็น 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) จำแนกเป็น 6 กิจกรรม ใช้เวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรมๆ ละ 90 นาที ดำเนินการติดต่อกันนาน 4 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (perceiving the threat) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความตระหนักรู้ของครอบครัวต่อปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ฯของผู้ป่วย หมายถึง การดำเนินกิจกรรมย่อย 4 กิจกรรม ดังนี้ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ 1.2 การวิเคราะห์โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของครอบครัวและ 1.3 การสร้างความตระหนักรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา และ1.4 การกำหนดเป้าหมายและกฎของครอบครัว

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์ และ พัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมย่อย 2 กิจกรรม ได้แก่ 2.1 การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์พร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนที่จำเป็น คือ ทีมสุขภาพและชุมชน และ 2.2 การพัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วย 2 กิจกรรมได้แก่

กิจกรรมที่ 3 ทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ครอบครัวเคยใช้และผลที่เกิดขึ้น หมายถึง การดำเนินกิจกรรมเพื่อทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ครอบครัวเคยใช้และผลที่เกิดขึ้น โดยให้แต่ละครอบครัวเล่าถึงปัญหาการรับประทานที่ไม่ต่อเนื่อง จากนั้นให้แต่ละครอบครัวร่วมกันอภิปรายเพื่อหาวิธีการแก้ปัญหาโดยใช้บทบาทของตนเองตามโครงสร้างของครอบครัว

กิจกรรมที่ 4 ฝึกแก้ไขปัญหาใช้สถานการณ์จำลองและใช้จริงที่บ้านตามบทบาทของครอบครัวพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วย หมายถึง การดำเนินกิจกรรมเพื่อการฝึกแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์จำลองที่ซึ่งสร้างมาจากปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยระหว่างการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และร่วมกันสรุปวิธีการดูแลที่ผู้ป่วยที่แต่ละครอบครัวเลือกใช้ในการแก้ไขปัญหา จากนั้นมอบหมายการบ้านให้นำวิธีที่เลือกใช้ไปทดลองปฏิบัติจริงตามบริบทของครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 ประกอบด้วย 1 กิจกรรมได้แก่

กิจกรรมที่ 5 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันหลังจากที่ได้นำวิธีการไปปรับใช้กับบริบทจริงในครอบครัว หมายถึง การดำเนินกิจกรรมเพื่อติดตามสมุดบันทึกการใช้ยาฯ ที่ได้มอบหมายการบ้านไปในครั้งที่แล้วต่อมาเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หลังได้ทดลองนำวิธีการดูแลผู้ป่วยปรับใช้ในการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ เพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา จากนั้นศึกษาต้นแบบการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี และให้แต่ละครอบครัวได้พูดทบทวนเป้าหมายของครอบครัวแต่ละครอบครัวที่ได้กำหนดขึ้น เพื่อเป็นการเน้นย้ำและสร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้นแก่ครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 ทบทวนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Evaluation)

กิจกรรมที่ 6 ทบทวนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและสิ้นสุดสัมพันธภาพ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ครอบครัวได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกระบวนการที่ผ่านมา การทบทวนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 1-3 ที่ผ่านมาประกอบไปด้วย พลังอำนาจด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ พลังอำนาจด้านทรัพยากรต่างๆ ในการแก้ไขปัญหา เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา ประสบการณ์และความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา จากนั้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนและทบทวนวิธีการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวร่วมกับทีมสุขภาพและชุมชนต่อมาแนะนำวิธีการใช้คู่มือและเอกสารต่างๆ เพิ่มเติม สุดท้ายคือการสรุปกลุ่มและยุติสัมพันธภาพ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้รับการพยาบาลของโรงพยาบาลชุมพวง โดยมีกิจกรรมการพยาบาล 2 ลักษณะ คือกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมารับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ได้แก่การดูแลเมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การประเมินอาการทางจิต การประเมินอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ และการให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย และกิจกรรมการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยกลับไปสู่ชุมชน ด้วยการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลของการวิจัยครั้งนี้นำมาซึ่งประโยชน์ 3 ด้าน คือ

1. ประโยชน์ด้านนโยบาย

1.1 เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

1.2 เป็นข้อมูลสำหรับผู้ให้บริการในหน่วยบริการในการพิจารณาวางแผนแนวทางการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2. ประโยชน์ด้านวิชาการ

2.1 เป็นข้อมูลให้อาจารย์พยาบาลจัดการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาเข้าใจและสามารถเสริมสร้างพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษากับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ได้กำหนดไว้

2.2 เป็นแนวทางให้อาจารย์ผู้สอนหรือนักวิชาการได้ศึกษาเพื่อนำไปเป็นหลักฐานในการสร้างตำรา หรือคู่มือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ประโยชน์ด้านการวิจัย

3.1 เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้กระบวนการดูแลโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
    1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
    1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคจิตเภท
    1.3 อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท
    1.4 การจำแนกชนิดของโรคจิตเภท
    1.5 การดำเนินโรคจิตเภท
    1.6 การรักษาโรคจิตเภท
    1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัว
    2.1 สภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัว
    2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัว
3.พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
    3.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
    3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
    3.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
    3.4 ผลกระทบจากพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
    3.5 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
4. การเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
    4.1 แนวคิดระบบครอบครัว
    4.2 แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ
    4.3 แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
5. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทชุมชน
6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

พิเชษฐ์ อุดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกนานนท์ (2552) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลาย ประกอบด้วยอาการผิดปกติ ด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัสและพฤติกรรม มีระยะเวลาเจ็บป่วยนานเกิน 6 เดือน ซึ่งไม่มีอาการทางด้านอารมณ์เด่นชัด

สมภพ เรืองตระกูล (2553) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีอาการที่เป็นโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ความจริง อารมณ์และสังคม ปรากฏให้เห็นได้ด้วยพฤติกรรมที่แปลกจากคนทั่วไป คือ มีความคิดหลงผิด อารมณ์ราบเรียบซึ่งไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ บางรายมีประสาทหลอน เช่น มีอาการหูแว่วได้ยินเสียงที่ผู้อื่นไม่ได้ยิน เห็นภาพที่ผู้อื่นไม่เห็น ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่นำไปสู่การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติ ของความคิดเป็นอาการเด่น ร่วมกับความผิดปกติด้านการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมอง

Sandock and Sandock (2007) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด จะพบลักษณะอาการทั้งอาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (Negative symptoms) และพบว่าโรคจิตเภทเป็นสาเหตุที่ทำให้การรับรู้เสื่อมลงไป (Cognitive impairment) ดังนั้นอาการของโรคจิตเภทจึงเป็นการแสดงออกที่ผิดปกติในด้านการรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรรม สังคมและการทำหน้าที่

สรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ ความรู้สึกอารมณ์และพฤติกรรม มีอาการอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่พบความผิดปกติโรคทางกายและโรคทางสมอง มีลักษณะอาการทางบวก และอาการทางลบ เมื่อเป็นแล้วมักพบว่าไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบซ้ำ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง

1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคจิตเภท

โรคจิตเภทมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลายปัจจัย สามารถแบ่งเป็น ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ดังนี้ (พิเชฐ อุดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกนานนท์, 2552)

1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological Factor)

1) พันธุกรรม (Genetic factor) จากการศึกษาทางพันธุกรรมที่บ่งบอกถึงสาเหตุของโรคจิตเภท ได้แก่ พ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จะส่งผลให้บุตรป่วยด้วยประมาณ 12 % และโอกาสที่ลูกจะป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 46%

2) กายวิภาคและสรีวิทยาของระบบประสาท (neuroanatomic And neurophysiological factor) ในปัจจุบันเชื่อว่าความผิดปกติของโรคจิตเภทเกิดจากการทำงานของสมองและสารสื่อประสาททำงานไม่สมดุล เช่น Striatal D2 receptor มีเพิ่มขึ้น 5-HT2A receptor ลดลง Glutamaticneurotransmission ลดลง Hypofrontality ventricle โตขึ้น Cortical volume ลดลง เซลล์สมองบริเวณ cortex และ hippocampus มีขนาดเล็กลง และ dorsal thalamus มีจำนวนลดลง

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological Factors)

1) ปัจจัยด้านกระบวนการภายในจิตใจ เกิดจากความขัดแย้งภายในจิตใจทำให้บุคคลเกิดความขับข้องใจ เกิดความรู้สึกผิด จนทำให้เกิดความขัดแย้งกับบุคคลรอบข้างส่งผลให้เกิดความคับข้องใจและไร้ความสุข

2) ปัจจัยด้านกระบวนการระหว่างบุคคล มีหลายทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเช่น ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่ให้ความสำคัญตั้งแต่การเลี้ยงดู การเอาใจใส่ ในวัยเด็ก การเลี้ยงดูที่ดีจะทำให้เด็กไว้วางใจผู้อื่นและกล้าแสดงออก

1.2.3 ปัจจัยด้านครอบครัว (Family Factors Model) จากการศึกษาพบว่าการเกิดโรค จิตเภทเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่อง โดยเฉพาะการขัดแย้งกับสัมพันธภาพในชีวิตคู่ หรือพ่อแม่ไม่สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ บุตรก็จะไม่มีแบบอย่างที่ดีในการดำเนินชีวิต จนทำให้เกิดภาวะเครียดและความและสับสนทางจิตใจ การสะสมความเครียด มีผลทำให้เป็นโรคจิตเภทได้

1.2.4 ปัจจัยด้านสังคม ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักพบว่า อยู่ในสังคมที่มีเศรษฐานะต่ำ กลุ่มผู้อพยพ สภาพยากจน อยู่กันอย่างแออัดยัดเหยียด ก่อให้เกิดความเครียดอันเนื่องมาจากความบีบคั้นทางสังคม

1.3 อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท อาการแสดงที่สำคัญของโรคจิตเภท แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2558)

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) เป็นอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม โดยอาการบวกจะแสดงออกในด้านความผิดปกติดังต่อไปนี้

1.3.1.1 มีความคิดหลงผิด (Delusion) เป็นอาการสำคัญที่พบในผู้ป่วยทุกราย มี 2 ชนิด คือ รูปแบบความคิดผิดปกติ (Disorder of form) และเนื้อหาความคิดผิดปกติ (Disorder of content) ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1) รูปแบบความคิดผิดปกติ (Disorder of form) ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีปัญหาในด้านการคิด ขาดการเชื่อมโยงเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ดังนั้น เวลารับฟังผู้ป่วยพูดหรือตอบคำถาม จึงไม่ค่อยเข้าใจ หรือฟังไม่รู้เรื่อง เพราะคำพูดจะไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราว จะเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่ง มักพูดไม่ตรงจุด อาจพูดช้าๆ โดยไม่มีความหมาย บางรายพูดสัมผัสอักษร แต่ไม่ได้ใจความหรือเพิ่มเติมรายละเอียดซึ่งไม่เกี่ยวกับเรื่องที่พูด ความผิดปกตินี้เรียกว่า loosening of association ซึ่งจะพบได้ในวัยหนุ่มสาว โดยที่ consciousness ของผู้ป่วยดี ไม่มีโรคทางกายหรือพิษจากยา และมีอาการไม่สบายมานานกว่า 2 สัปดาห์ รูปแบบความคิดเมื่อผิดปกติมากขึ้น คำพูดจะเป็นแบบ incoherence คือการพูดไม่ต่อเนื่องกัน ขาดเป็นช่วงๆ อาจพูดเป็นคา เป็นพยางค์ หรือเป็นประโยคที่ไม่มีความสัมพันธ์กันเลย ฟังแล้วไม่เข้าใจว่าผู้ป่วยกำลังพูดเรื่องอะไร นอกจากนี้ยังมีรูปแบบความคิดผิดปกติอย่างอื่น เช่น

Blocking คือ กระแสความคิดหยุดชะงักทันที เพราะความคิดขาดหายไปเฉยๆ หรือมีความคิดอย่างอื่นมาแทรก ทำให้นึกไม่ออกว่ากำลังพูดเรื่องอะไรอยู่ก่อน

Perseveration คือ คำพูด (หรือการกระทำ) ซ้ำๆ ช้าๆติดต่อกัน โดยไม่มีความหมาย แม้จะเปลี่ยนไปพูดเรื่องอื่นแล้ว ผู้ป่วยยังคงพูด (หรือกระทำ) ซ้ำๆ อยู่เช่นนั้น Circumstantiality ผู้ป่วยพูดอ้อมค้อมไม่ตรงจุด เพิ่มเติมรายละเอียดมากเกินไป แต่สุดท้ายก็จบลงได้ใจความตามต้องการ Tangentantiality ผู้ป่วยพูดออกนอกเรื่อง ไม่ตรงกับเรื่องราวที่ต้องการพูด ทำให้ไม่เข้าใจเรื่องที่ต้องการจะพูด

2) เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Disorder of content) ความผิดปกติของการคิด โดยขาดการเชื่อมโยงกับสิ่งที่เป็นจริง และเหตุผล ผู้ป่วยจะมีความคิด เข้าหาตนเอง (autism) ไม่มองสิ่งแวดล้อม จนในที่สุดมีอาการหลงผิด (delusion) ซึ่งมีลักษณะอาการ (1) แปลกประหลาด (2) มีหลายๆเรื่อง (3) เรื่องราวไม่ต่อเนื่องกัน ฟังดูแล้วเหลือเชื่อ และไม่มีเหตุผลที่จะเป็นไปได้ ชนิดที่พบบ่อย ดังนี้ หลงผิดคิดว่าผู้อื่นปองร้าย (Delusion of persecution), หลงผิดคิดว่าผู้อื่นพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน ว่าร้ายนินทา (Delusion of reference), หลงผิดคิดว่าการกระทำของตนถูกควบคุมโดยอำนาจภายนอก (Delusion of being controlled), หลงผิดคิดว่าตนเจ็บป่วยทางร่างกาย (Delusion of somatic), หลงผิดคิดว่าตนเป็นใหญ่ (Delusion of grandeur) และหลงผิดคิดว่าส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายขาดหายไป (Delusion of nihilistic)

Chulalongkorn University

1.3.1.2 ประสาทหลอน (Hallucination) เป็นการรับรู้ผิดจากสภาพเป็นจริง การพูดติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สามารถรวบรวมความคิดให้ไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด โดยอาจมีลักษณะ ดังนี้

1) Auditory hallucination อาการประสาทหลอนทางการได้ยินหรือหูแว่ว พบบ่อย พบในผู้ป่วยประมาณ 2 ใน 3 ผู้ป่วยจะมีอาการหูแว่วได้ยินเสียงจากภายนอก อาจเป็นคำพูดหรือเสียง ที่พบบ่อย คือ เสียงคนมาขู่ด่าว่าหรือเสียงคนพูดเรื่องของผู้ป่วย อาจเป็นเสียงของคนๆเดียวหรือหลายคน บางรายเป็นเสียงคนคุ้นเคยหรือเสียงคนอื่นที่ผู้ป่วยไม่รู้จัก ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉยๆ บางรายกลัว บางรายพูดโต้ตอบด้วย

2) Visual hallucination อาการประสาทหลอนทางการเห็นภาพหลอน เห็นภาพเป็นคนหรือสิ่งของ บางรายเห็นภาพคนจะมาทำร้าย

3) Gastatory hallucination อาการประสาทหลอนทางการรับรส รู้สึกแปลกๆ

4) Tactile hallucination อาการประสาทหลอนทางการสัมผัส

5) Alfactory hallucination อาการประสาทหลอนทางการได้กลิ่น รู้สึกกลิ่นแปลกๆ นอกจากนี้ ยังมีความผิดปกติอื่น ๆ ที่ปรากฏได้แก่ การรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง เรียก Illusion

1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วๆไปควรมี เช่น อารมณ์เฉยเมย (Apathy) ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เฉยเมย ไม่แสดงความรู้สึกใด ๆ ไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม เช่น ผู้ป่วยไม่แสดงอารมณ์ใดๆ ออกมาให้เห็นเลยทั้งๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความสับสนเกี่ยวกับตนเอง เอกลักษณ์ของตน ตลอดจนบกพร่องในบทบาทหน้าที่ของตน แยกตัวอยู่ตามลาพัง พูดน้อยลง ไม่สนใจตนเอง แต่งกายสกปรก ขาดความคิดริเริ่ม ไม่สนใจการเรียน และการทำงาน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง เป็นต้น
ซึ่งโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นมีหลายชนิด สามารถแยกได้ตามอาการแสดงของผู้ป่วยที่แสดงออกมา ดังนี้

1.4 การจำแนกชนิดของโรคจิตเภท

1) Simple Type ผู้ป่วยขาดความสัมพันธ์กับบุคคลภายนอกและสิ่งแวดล้อมภายนอกโดยสิ้นเชิง บุคลิกภาพเปลี่ยนไปในทางเสื่อม เก็บตัวอยู่ตามลาพังคนเดียว ละเลยกิจวัตรประจำวัน อารมณ์เฉยเมย ไม่คิดว่าตนผิดปกติ ไม่มีความคิดหลงผิด ประสาทหลอน มักเกิดกับวัยรุ่นค่อยเป็นค่อยไป ถ้าญาติไม่ดูแลหรือพามารักษาอาจประพฤติผิด เช่นลักขโมย เป็นโสเภณีหรือเป็นคนจรจัด

2) Disorganized Type (Hebephenic) ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอน และความคิดหลงผิดมีความคิด และคำพูดไม่สอดคล้องกัน (incoherence) อารมณ์เฉยเมย (apathy) หรือ ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ (inappropriate) ผู้ป่วยมักเริ่มมีอาการตั้งแต่อายุยังน้อยและเกิดขึ้นช้าๆ และมักมีความผิดปกติทางบุคลิกภาพอย่างมากมาก่อน โรคจิตเภทชนิดนี้มักเป็นเรื้อรัง ไม่ค่อยหาย และเป็นภาระของสังคม ต้องมีคนคอยดูแลตลอดชีวิต

3) Catatonic Type ผู้ป่วยมีอาการสำคัญ คือ มีความผิดปกติที่พฤติกรรมการเคลื่อนไหว อาจเป็นได้ทั้งแบบไม่เคลื่อนไหว (stupor) ปฏิเสธต่อต้าน (negativism) อยู่ในท่าเดิม (rigidity) หรือ ตื่นเต้นวุ่นวาย (excitement)

4) Paranoid Type ผู้ป่วยจะมีอาการหวาดระแวง หลงผิด มีอาการโกรธง่าย ก้าวร้าว ชอบทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น ผู้ป่วยประเภทนี้ มักมีการดำเนินชีวิตไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงมากนัก มีอาการค่อนข้างคงที่ การพยากรณ์โรคจึงมักจะดีกว่าโรคจิตเภทชนิดอื่น

5) Schizoaffective มีอาการเฉียบพลัน อาการเข้าได้กับโรคจิตเภท มีอารมณ์เศร้าร่วมกับอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ คิดช้า รู้สึกว่าตนมีความผิด เบื่อชีวิต คิดอยากตาย มีอัตราการฆ่าตัวตายบ่อยกว่าโรคจิตเภทชนิดอื่น

6) Undifferentiated Type ผู้ป่วยประเภทนี้ มีอาการของโรคจิตเภทไม่ชัดเจน ไม่สามารถจัดเข้าประเภทอื่น ๆ ได้ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดไม่ปะติดปะต่อกัน

7) Residual Type ผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดนี้จะเคยเป็นโรคจิตเภทชนิดใดชนิดหนึ่งมาก่อนแล้วอาการดีขึ้นแต่ยังมีอาการบางอย่างหลงเหลืออยู่ เช่น ชอบนั่งแยกตัวอยู่คนเดียว สีหน้าเฉยเมย ไม่ค่อยแสดงความรู้สึก ขาดความคิดริเริ่ม มักคิดและพูดอะไรแปลก ๆ พบว่ายังมี loosening of association อยู่บ้าง ไม่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มักกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง

1.5 การดำเนินโรค

การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (American Psychiatric Assocication, 1997)

1) ระยะเริ่มมีอาการ (prodomal phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ความผิดปกติมักไม่ชัดเจนยากแก่การสังเกตโดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี จึงจะแสดงอาการชัดเจน จากการศึกษาพบว่า ก่อนที่ผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดอาการกำเริบมักจะมีอาการนำมาก่อน เป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า และความจำไม่ดี เป็นต้น

2) ระยะแสดงอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) หรือมีอาการแสดงที่เกินสภาพจิตปกติ คือ

อาการผิดปกติของความคิด การรับรู้ ด้านอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร ด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว ส่วนใหญ่อาการจะรุนแรงเป็นพัก ๆ จะปรากฏเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน มีความเสื่อมในด้านต่าง ๆ ตามมาร่วมกับมีอาการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา หรือเมื่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวรอดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา

3) ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ อาการจะไม่รุนแรงเท่าระยะอาการกำเริบ สำหรับผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน จะพบว่ากลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) มีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงลดลง ในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) จะมีอาการมากขึ้น เช่น อารมณ์เฉยเมย แยกตัวเอง ไม่สนใจสุขวิทยาส่วนบุคคลและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในที่สุด

1.6 การรักษาโรคจิตเภท

การรักษาโรคจิตเภทนี้จะเน้นไปที่การรักษาตามระยะของอาการทั้งแต่ระยะอาการกำเริบจนถึงระยะอาการคงที่ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ (Herz and Marder, 2002)

1.6.1 การรักษาพยาบาลระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว จะเน้นการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อดูแลใกล้ชิด ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการดูแลรักษาในระยะนี้ คือ

1.6.1.1 การรักษาด้วยยา ยาที่เป็นหลักในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือ ยารักษาอาการทางจิต ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป ยารักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับโดปามีนหรือซีโรโทนินในสมองทำให้อาการแสดงของโรคแสดงลดลงลดลง โดยเฉพาะกลุ่มอาการด้านบวก จะเห็นผลชัดเจนประมาณ 2-3 สัปดาห์ ยาที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับนั้น จะเป็นยากลุ่มต้านโรคจิต (Antipsychotic drugs) และยาลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต (Anticholinergic or Antiparkinson drugs) ซึ่งสามารถอธิบายได้ ดังนี้

1.6.1.1.1 ยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drugs) แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ *Typical antipsychotic drugs* หรือ Dopamine antagonists (DA) แบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้บ่อย ได้แก่ กลุ่ม Phenothiazineเช่นchlorpromazin CPZ), thioridazine,perphenazine, trifluoperazine, fluphenazine, fluphenazine deconoate, กลุ่ม Thioxanthenese เช่น thiothixene (Navane), กลุ่ม Butyrophenones เช่น haloperidol (Haldol) และกลุ่ม Diphenylbutylpiperidine เช่น pimozide (Orap) ยาต้านโรคจิตชนิด Typical antipsychotic drugs ช่วยควบคุมอาการทางจิตโดยการปิดกั้นการส่งกลับของ dopamine receptor ที่ basal

ganglia hypothalamus, limbicsystem, brainstem และ medulla ทำให้อาการทางบวกของโรคจิตเภทดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ยากลุ่มนี้ยังออกฤทธิ์กับ dopamine receptor ในสมองส่วนอื่นๆ ด้วย ส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงหลายอย่าง โดยเฉพาะกลุ่มอาการ Extrapyramidal symptoms (EPS) อาการข้างเคียงเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิต พยาบาลจึงควรทำความเข้าใจเพื่อที่จะสามารถประเมินอาการและให้การรักษาพยาบาลที่ถูกต้องต่อไป (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิต

ผลข้างเคียง (Side Effect)

1. Extrapyramidal symptoms (EPS) ทำให้เกิดความผิดปกติทางการเคลื่อนไหวดังนี้

1.1 pseudo pakinsonism หรือ parkinsonism มีอาการเหมือนกับคน เป็นโรค Parkinson เช่นการเคลื่อนไหวช้า เดินลากขา สีหน้าเฉยเมย มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง กลืนน้ำลายไม่ลง ทำให้มีน้ำลายเต็มปาก

การพยาบาล ได้แก่ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการเหล่านี้ จะเกิดได้ในระยะแรกที่ได้รับยาจะเกิดขึ้นชั่วคราว เท่านั้น จะหายไปเมื่อได้ยา Antipakinson drug และร่างกายจะค่อยๆ ปรับตัวได้ อาการดังกล่าวจะไม่มีอันตรายอะไรกับผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

1.2 acute dystonia มักเกิดขึ้นระหว่าง 1 ถึง 5 วันแรกของการใช้ยา ผู้ป่วยจะมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ คอบิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวผิดไปด้านข้าง กล้ามเนื้อที่หน้ากระตุก ตาลอยขึ้นข้างบน (oculogyric crisis)

การพยาบาล ได้แก่ ให้สังเกตอาการ หากมีอาการเกร็ง ลิ้นจุกปาก ขากรรไกรแข็ง ให้รีบรายงานแพทย์

1.3 akathisiaมักเกิดภายใน 5 – 40 วัน เป็นความรู้สึกกระวนกระวาย นั่งไม่ติดต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนสั่น

การพยาบาล ได้แก่ ระวังการเกิดอุบัติเหตุ คอยดูแลช่วยเหลือเรื่องการเคลื่อนไหวและการรับประทานอาหาร

1.4 Akinesia มีอาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง เคลื่อนไหวช้า ท่าทาง แข็งทื่อ ไร้อารมณ์ ไม่พูด

การพยาบาล ได้แก่ ให้สังเกตอาการ หากพบควรประเมินอาการดังกล่าว และรายงานแพทย์เพื่อปรับการรักษาให้เหมาะสมต่อไป

1.5 tardive dyskinesia จะเกิดหลังจากผู้ป่วยได้ยาโรคจิตตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป มีอาการของปาก เคลื่อนไหวอยู่เสมอ เช่น ดูดปาก หรือเคี้ยวปาก กลืนลำบาก

การพยาบาล ได้แก่ ให้สังเกตอาการ ถ้าพบควรให้อาหารที่มี แคลลอรี่สูง อาหารอ่อน ให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอ แนะนำให้ผู้ป่วยพูดช้าๆ และรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ

2. Neuroleptic malignant syndrome (NMS) มีอาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง มีไข้ หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อแตก ความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอ ระดับการรู้สึกตัวลดลงและอาจเสียชีวิตได้

การพยาบาล ได้แก่ ให้สังเกตอาการ ถ้าพบรีบรายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจากเป็นอันตรายต่อชีวิต

3. Anticholinergic side effect จะทำให้มีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ โดยมีอาการดังนี้ ปากแห้ง ตาพร่า ปัสสาวะลำบาก และท้องผูก

การพยาบาล ได้แก่ แนะนำให้อมน้ำแข็งหรือจิบน้ำบ่อยๆ ให้ความมั่นใจว่าอาการจะหายไป ไม่ควรขับรถจนกว่าอาการจะดีขึ้น ระวังการพลัดตกหกล้มจากการมองเห็นไม่ชัด จดบันทึกน้ำดื่มและปัสสาวะเพื่อดูแลความสมดุลของน้ำที่ได้รับและการขับถ่ายออกไป กรณีปัสสาวะลำบาก ควรหาหลายๆ วิธีที่จะทำให้ผู้ป่วยได้ยินเสียงน้ำไหลในขณะเข้าห้องน้ำหรือนำกระเป๋าน้ำเย็นวางที่ท้องน้อย พร้อมกับส่งตรวจความผิดปกติของทางเดินปัสสาวะร่วมด้วยแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากใยมากๆ เช่นผักผลไม้ ดื่มน้ำเพิ่มขึ้น ประมาณ 2-3 ลิตรหากไม่มีข้อจำกัดและกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

4. Adrenergic side effect ผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ(Orthostatic hypotension) ทำให้ผู้ป่วยเวียนศีรษะและหน้ามืด

การพยาบาล ได้แก่ แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการหน้ามืดวิงเวียน และให้เปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้าๆ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

5. มีฤทธิ์ต่อต่อมไร้ท่อ (Endocrine effect) ทำให้มีการหลั่งน้ำนม (lactation)ประจำเดือนผิดปกติ ความต้องการทางเพศลดลง

การพยาบาล ได้แก่ อธิบายให้ผู้ป่วยฟังว่าอาการเหล่านี้จะเกิดชั่วคราวเท่านั้นและจะเป็นปกติได้

6.มีผลต่อผิวหนัง (Skin reaction) อาจจะมีลมพิษหรือผิวหนังอักเสบ หรือผิวหนังมีความไวต่อแสงแดด ผิวหนังอาจจะไหม้เมื่อถูกแสงแดดหรือสีผิวอาจเปลี่ยนไปโดยเฉพาะในส่วนที่ถูกแสงแดด

การพยาบาล ได้แก่ รายงานแพทย์อาจจะหยุดยาชั่วคราว หรือให้ยาแก้แพ้ ร่วมกับแนะนำผู้ป่วยให้ระวัง โดยใส่เสื้อแขนยาวหรือกางร่ม หรือใช้ครีมกันแสงแดดเมื่อจะออกไปข้างนอก

7. น้ำหนักเพิ่ม (Weight gain)

การพยาบาล ได้แก่ แนะนำเรื่องอาหารและให้ออกกำลังกาย

8.มีผลต่อการสร้างเม็ดเลือด ทำให้เม็ดเลือดขาวน้อยกว่าปกติ (agranulocytosis) ผู้ป่วยจะมีอาการติดเชื้อง่าย (เจ็บคอ มีไข้)

การพยาบาล ได้แก่ แนะนำให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อม พร้อมกับสังเกตอาการของผู้ป่วย เช่น เจ็บคอ มีไข้ รายงานให้แพทย์ทราบ

9. ความต้านทานต่อการชักลดลง (Effects on seizure threshold) ผู้ป่วยจะมีอาการชักง่ายขึ้น ในผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชัก

การพยาบาล ได้แก่ คอยสังเกตอาการชักและสอบถามเรื่องปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยชักได้ง่ายเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยที่จะทำให้เกิดอาการชักเหล่านั้น ดูแลให้ยากันยาตามแผนการรักษาของแผน

10. ผลต่อตา (Ocular effects) มีการเปลี่ยนสีที่เลนส์ลูกตาและที่ ratina ทำให้ตาพร่ามองเห็นภาพไม่ชัดพบในรายที่ได้รับการรักษาเป็นเวลานาน

การพยาบาล ได้แก่ คอยสังเกตอาการของผู้ป่วย ดูแลเรื่องอุบัติเหตุ และรายงานแพทย์ให้ทราบ

1.6.1.1.2 *Atypical antipsychotic drugs หรือ Serotonin-dopamine* antagonist ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Clozapine, olanzapine, ziprasidone, risperidone เป็นต้น มีกลไกในการออกฤทธิ์คือ ปิดกั้น Serotonin-2(5HT-2) และdopamine-2(D-2)receptor เพื่อหวังผลในการลดอาการข้างเคียงของ EPS และเพิ่มประสิทธิภาพการรักษากลุ่มอาการด้านลบของโรคจิตเภท แต่อย่างไรก็ตามยากลุ่มนี้ก็ยังพบอาการข้างเคียงได้ เช่น

- กดไขกระดูกโดยเฉพาะ agranulocytosis จาก Clozapine จำเป็นต้องมีการตรวจนับเม็ดเลือดขาวทุกสัปดาห์ ในระยะ 18 สัปดาห์แรกของการได้รับยา รวมทั้งต้องสังเกตอาการที่แสดงถึงการติดเชื้อ เช่น มีไข้ เจ็บคอ หากพบควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษาและปรับยาต่อไป
- ปากแห้ง คอแห้ง น้ำลายมากและเพิ่มความเสี่ยงต่อการชัก จาก Clozapine เมื่อให้ให้ขนาดสูงกว่า 600 มก./วัน
- จังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ โดยเฉพาะ QTc prolongation เมื่อใช้ ziprasidone

1.6.1.1.3 ยารักษาอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต (Antiparkinsonism agents) เป็นกลุ่มยาที่ใช้เพื่อลดอาการข้างเคียง (Extrapyramidal symptoms) ของการให้ยา antipsychotic ที่ใช้บ่อย ได้แก่ ยา trihexyphenidyl (Artane benztropine (Cogentin),diphenhydramine (Benadryl) ผลข้างเคียง ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่ามัว เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ตัวร้อน ผิวหนังบริเวณหน้าและคอร้อน แดง บางครั้งอาจพบอาการคลื่นไส้ได้ในบ้างครั้ง ซึ่งควรให้การพยาบาล ดังนี้

1) อธิบายให้ผู้ป่วยฟังถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นว่าไม่มี

อันตราย เป็นอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นแต่สามารถควบคุมและดูแลตนเองได้ หากแต่มีอาการมากจนผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่สบายตัว เดินเซมาก ตามัวจนมองไม่เห็น ท้องผูก หรือคลื่นไส้อาเจียนมากให้รีบบอกพยาบาลเพื่อรายงานแพทย์ต่อไป

2) ถ้าผู้ป่วยมีอาการปากแห้ง คอแห้ง แนะนำให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อยๆ

3) สังเกตและสอบถามอาการตาพร่ามัว หรือเวียนศีรษะ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุนอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว ยังมีการรักษาด้วยไฟฟ้า ดังนี้

1.6.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการรักษาโดยใช้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำจำนวนหนึ่งผ่านสมอง จะใช้ในกรณีผู้ป่วยตอบสนองต่อยาไม่ได้ผลดี ในระยะอาการกำเริบส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าถึงร้อยละ 74.3

1.6.1.3 การบำบัดทางจิตสังคม การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การใช้ยาอย่างเดียวจะไม่ได้ผลดีนัก จึงใช้ยาร่วมกับการรักษาด้วยยา แต่ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบนี้ผู้ป่วยจะยังไม่พร้อม จึงต้องให้ผู้ป่วยมีอาการที่ทุเลาก่อนจึงจะทำการรักษาบำบัดสังคมต่อไป

1.6.2 การรักษาพยาบาลในระยะอาการทุเลา ในระยะนี้ผู้ป่วยจิตเภทกำเริบควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการและบำบัดทางจิตใจโดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ ซึ่งจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554) ดังนี้

จิตบำบัด (psychotherapy) เป็นการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้ถ่ายเทความรู้สึกต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยเรียนรู้สิ่งใหม่ รู้จักการแก้ไขปัญหาและความขัดแย้ง มี 2 ลักษณะ คือ การบำบัดรายบุคคล และการบำบัดรายกลุ่ม โดยการบำบัดนั้นมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้ป่วย ส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน ลดความรุนแรงของอาการ โดยการใช้ศักยภาพของตนเองให้การแก้ไขปัญหานั้นๆ

พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) เป็นวิธีการแก้ไขปัญหาที่ถดถอยและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม วิธีที่นิยมใช้คือ การปรับพฤติกรรมโดยสร้างการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไข (operant conditioning) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในพฤติกรรมที่ต้องการ และอีกวิธีหนึ่งที่นิยมใช้คือ การให้รางวัลเป็นสัญลักษณ์ว่าผู้ป่วยทำดี ทำถูกต้อง เรียกวิธีนี้ว่า Token economy program

กลุ่มกิจกรรมบำบัด (group therapy) เป็นการบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมที่มีรูปแบบหลากหลาย เพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ในการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด ผู้นำกลุ่มควรมีทักษะการริเริ่ม เอื้ออำนวยให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก สะท้อนความรู้สึก และเรียนรู้สิ่งที่เหมาะสมกับไปพัฒนาตนเอง ตัวอย่างของกลุ่มกิจกรรมบำบัด ได้แก่ กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มดนตรีบำบัด กลุ่มศิลปะบำบัด เป็นต้น

นิเวศบำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วย การมีบุคลากรที่คอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และการมีกฎระเบียบที่ทุกๆคนต้องปฏิบัติตาม เช่นเดียวกันกับการใช้ชีวิตในสังคม

1.6.3 การรักษาในระยะอาการคงที่ หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง แต่ไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระยะอาการคงที่ สามารถดูแลตนเองได้ แพทย์จะพิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน การดูแลรักษาในระยะนี้เน้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง แต่จากข้อมูลพบว่า 55-58% ของผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลครอบครัวช่วยเหลือดูแลในเรื่องการรับประทานยา (Olivares et al., 2013) ดังนั้น ครอบครัวจึงถือเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เป็นไปตามเกณฑ์

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

1.7.1 การพยาบาลทั่วไป (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554) ประกอบด้วยการใช้กระบวนการพยาบาล ในการประเมินผู้ป่วย วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะสำคัญ ดังนี้

1) ด้านร่างกาย ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง โดยเฉพาะช่วงที่มีอาการทางจิต ซึ่งอาจเกิดจากความหลงผิด หูแว่วหรือประสาทหลอนทำให้ไม่สนใจกิจวัตรของตนเอง พยาบาลจึงควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทหันมาดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง โดยการให้คำแนะนำหรือปฏิบัติเป็นแบบอย่าง

2) การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่พยาบาลควรทำคือการค้นหาความหมายของความคิด สนทนาเพื่อการบำบัด เพื่อตรวจสอบเนื้อหาความคิด เช่น ความคิดหลงผิดที่ส่งผลให้มีพฤติกรรมผิดปกติ เพื่อนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยต่อไป

3) การพยาบาลด้านอารมณ์และจิตใจ ดังที่กล่าวมาผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์ซึ่งแสดงออกทางพฤติกรรมทั้งทางบวกคือ โกรธ ก้าวร้าว เอะอะอาระวาด พยาบาลต้องพยายามหาสาเหตุของพฤติกรรมนั้น เพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ด้วยการใช้คำพูดท่าทางที่สงบพร้อมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยแก่ผู้ป่วย อีกอารมณ์ที่แสดงออกอีกด้านหนึ่งคืออารมณ์ราบเรียบ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม พยาบาลควรเข้าใจผู้ป่วยและพยายามหากิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกเข้าสังคม หรือได้ทำกิกจรรมที่ชอบ เป็นต้น

1.7.2 การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1) การประเมินสภาพปัญหา เน้นการศึกษา ค้นสภาพปัญหาของผู้ป่วย

เพื่อวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม จากการรวบรวมข้อมูลในทุกมิติ ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมต่อไป

2) การวินิจฉัยพยาบาล ข้อวินิจฉัยได้มาจากการประเมินสภาพปัญหา โดยพิจารณาปัญหาทั้งในด้านสภาพร่างกาย จิตใจ ความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและสัมพันธภาพ เช่น เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นเนื่องจากมีการรับรู้และความคิดที่ผิดปกติ บกพร่องในการดูแลตนเองเนื่องจากความคิดผิดปกติ ไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยาเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเรื่องการรับประทานยาจิตเวช หรือ เสี่ยงต่อการกลับมาป่วยซ้ำเนื่องจากเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม เป็นต้น

3) การวางแผนการพยาบาล แบ่งเป็นวางแผนระยะสั้นและระยะยาว ในระยะสั้นมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาตามสภาพที่เกิดขึ้นและจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน ส่วนระยะยาวเป็นการวางแผนการพยาบาลที่มุ่งเน้นความต่อเนื่องของการรักษาให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมและครอบครัวได้อย่างปกติสุข

4) การปฏิบัติการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ โดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสมและใช้เทคนิคการพยาบาลที่เหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว

5) การประเมินผล ในการประเมินผลการพยาบาลนั้น พยาบาลต้องประเมินผลที่เกิดขึ้นเปรียบเทียบกับเป้าหมายและเกณฑ์การประเมินผลที่วางแผนไว้ จากนั้นนำผลการประเมินมาปรับปรุงเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลต่อไป

2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัว

2.1 สภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน ดังนี้

1) ปัญหาด้านพฤติกรรม เช่นพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงพบได้ประมาณ 24.6% และพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้นมากจากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ($p<.001$) (เวนิช บุราช-รินทร์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2554) นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมวิตกกังวล นอนไม่หลับ จากอาการหลงผิดและหูแว่ว (Beebe and Humphrey, 2002)

2) ปัญหาการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน มักจะแยกตัว ไม่กล้าพูดคุยไม่กล้าเข้าสังคม พบร้อยละ26.9 (จันทร์ฉาย เนตสุวรรณ, 2545) และครอบครัวของผู้ป่วยเองมักมองว่าผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลา ทำให้มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีนัก ผู้ป่วยจิตเภทมีแหล่งสนับสนุนเพียง 3-8 คน และส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว (ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2556)

3) ปัญหาด้านการประกอบอาชีพและรายได้ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้ประกอบอาชีพ อาชีพ 45.30 และไม่มีรายได้ประจำสูง ถึงร้อยละ 59.50 (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545)

4) ปัญหาเกี่ยวกับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวจะมีการรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยซึ่งส่งจะผลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ลดลงด้วย (สกาวเดือน กลิ่นน้อย, 2554) จากข้อมูลพบว่าร้อยละ55-58 ของทั้งนี้ผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลในครอบครัวช่วยเหลือดูแลในเรื่องการรับประทานยา (Olivares et al., 2013)

5) ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ Linden et al. (2001) และ Kamali et al. (2006) พบว่าใน 6 เดือนหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาประมาณร้อยละ 30-33.4 จากนั้นพบสูงขึ้นเป็น 53.6% (Diax et al., 2001) ในปีแรก และสูงถึงร้อยละ74 ในหนึ่งปีครึ่ง (Lieberman et al., 2005) และเมื่อพิจารณาสถานการณ์ในประเทศไทยจะพบปัญหาในอัตราสูงกว่าที่พบในต่างประเทศ ดังจะเห็นได้จากการสำรวจพฤติกรรมการใช้ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ สูงถึง 51% (Olivares et al., 2013) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วย 70% กลับมาป่วยซ้ำ (Thomas, 2013)

จากที่กล่าวมาพบว่า ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสำคัญกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นอย่างมา เนื่องจากต้นเหตุของปัญหาอื่นๆ เช่น พฤติกรรมรุนแรง และการกลับมาป่วยซ้ำ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่างๆตามมาอีกมากมาย ดังนั้นในฐานะพยาบาลจิตเวชจึงควรเข้าไปจัดการกับปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการจัดการกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยควบคู่ไปกับปัจจัยด้านครอบครัว ซึ่งจะทำการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องตามเกณฑ์มากขึ้นและยั่งยืนต่อไป

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัว

2.2.1 ความหมายและความสำคัญของครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของสังคม บุคคลไม่สามารถพัฒนาไปได้ดีและใช้ชีวิตอย่างมีความสุขหากปราศจากครอบครัวที่ดี ปัจจุบันมีการเห็นความสำคัญของครอบครัวมากขึ้น เนื่องจากบริบทสำคัญที่สุดของบุคคลคือครอบครัว ครอบครัวกลายเป็นหน่วยสำคัญของการช่วยเหลือฟื้นฟู ครอบครัวจะดำรงอยู่อย่างปกติสุขหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการทำหน้าที่ว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554)

ครอบครัว คือ กลุ่มของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด หรือบุคคลที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ เช่น บิดา มารดา พี่น้อง สามี ภรรยา บุตร เป็นต้น ครอบครัวเป็นหน่วยแรกที่สำคัญของบุคคล ครอบครัวจะสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ (sense of belonging) สร้างความรัก ความอบอุ่น (Love and Warm) อันเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการ

พัฒนาสัมพันธภาพที่ดีและความสามารถในการปรับตัวที่ดีในสังคมต่อไป (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

สรุปได้ว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไปมีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตหรืออาศัยร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งส่วนใหญ่แล้วมากมีการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ครอบครัวจึงต้องทำหน้าที่หลักในการดูแล หากครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยและจัดการกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ครอบครัวก็จะอยู่ในภาวะที่สมดุลสามารถดำรงอยู่ในสังคมต่อไป ในทางกลับกันหากครอบครัวใดไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆ ในครอบครัวตามมา ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพการดูแลที่ยั่งยืน

2.2.2 บทบาทและหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Davis (1992) ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน อาจเป็นบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญอื่นๆ ที่มุ่งเน้นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน และให้การดูแลที่บ้านหรือแหล่งที่อยู่อาศัย โดยสามารถแบ่งประเภทของผู้ดูแลตามปริมาณการช่วยเหลือได้ (ศิริพันธ์ ยอดเพชร 2547) ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น เป็นบุคคลที่ได้รับการระบุว่าเป็นผู้ให้การช่วยเหลือในระยะเวลาการเจ็บป่วย หรือผู้ที่อาจยอมรับว่าตนเองเป็นผู้ดูแล (self - identified) ทำหน้าที่ปฏิบัติกิจวัตประจำวัน ให้เวลาในการดูแลสม่ำเสมอกว่าผู้อื่น

2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายการดูแลเท่านั้น อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มีระยะเวลาคิดเป็นชั่วโมงน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ต้องทำหน้าที่และรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยขณะดำเนินชีวิตในชุมชน ดังนี้ (Horowitz,1982 cited in Davis,1992 อ้างถึงใน นพรัตน์ ไชยชำนิ, 2544)

1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมีหลักการที่สำคัญในการดูแล คือ ผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในตนเอง กิจวัตรประจำวันที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย การช่วยเหลือเรื่องการเงิน การเป็นตัวแทนติดต่อธุระต่างๆ การให้ผู้ป่วยมีส่วนช่วยในการทำงาน การฝึกทักษะทางสังคม การปรับตัวในการเผชิญปัญหา การส่งเสริมความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย และเรื่องที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ เรื่องการดูแลให้ผู้ป่วย

รับประทานยา ถือเป็นหน้าที่สำคัญที่ครอบครัวจะร่วมกันดูแลให้ผู้ป่วย (ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ และคณะ , 2548) ซึ่งมีรายละเอียดการดูแล ดังนี้

1) การจัดเตรียมยาให้เพียงพอ เช่น การนับเม็ดยาเพื่อให้เพียงพอจนถึงวันนัด การหาวิธีเพื่อรับยาก่อนวันนัด หากมียาไม่เพียงพอให้พามารับยาก่อนนัด เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง

2) การดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษา เช่น การเตรียมยาให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าทุกครั้ง การเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามกำหนดเวลา การหาวิธีให้ผู้ป่วยได้รับยา หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบ การปรับยาตามความจำเป็นภายใต้การปรึกษาจิตแพทย์

3) การดูแลขณะที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยา และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น

2. การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotion and Psychological support) การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ในชีวิต ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุด โดยการสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วยการป้องกันภาวะซึมเศร้า การป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย การป้องกันความเครียด การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทต้องทำหน้าที่ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อควบคุมอาการทางจิตให้สงบ สามารถดูแลตนเอง ประกอบอาชีพและอยู่ร่วมกับสังคมและชุมชน ได้อย่างมีความสุขตามสภาพ

2.2.3 การพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

พยาบาลมีบทบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในดูแลตนเองและสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข ถือเป็นการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน การดูแลเป็นการผสมผสานการดูแลระหว่างบุคคล ครอบครัวและชุมชน ให้พึ่งตนเอง สามารถดูแลตนเองให้สามารถเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) ซึ่งการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น ประกอบด้วย

1) สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) เป็นการบำบัดที่มีความจำเป็นสำหรับครอบครัว มีรูปแบบเฉพาะคือการให้ความรู้แก่ครอบครัวและผู้ป่วย เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การบำบัดรักษา การฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา (Glanville and Dixon, 2005 อ้างถึงในนุชนาถ ชัยเจริญ, 2552) พร้อมทั้งส่งเสริมบทบาทของครอบครัว ให้เข้าใจและสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยได้ดีขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2550)

2) ครอบครัวบำบัด (family therapy) เป็นเทคนิคที่ใช้ในการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่ง เพื่อช่วยเหลือให้บุคคลในครอบครัวเกิดความรู้ความเข้าใจในสภาพปัญหาของตน รวมถึงเข้าใจสภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงของครอบครัว ช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากที่เคยสูญเสียหน้าที่ให้กลับมาทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

3) การบำบัดครอบครัว (family intervention) เป็นการสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลรักษา การจัดการกับอาการ และเพิ่มทักษะต่างๆ ที่จำเป็นให้กับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและตนเอง เพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา (MacFarlane et al., 1995) สอดคล้องกับ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย(2558) ที่ให้ความหมายของการบำบัดครอบครัวว่า “เป็นการจัดกระทำกับสมาชิกคนใดคนหนึ่ง หรือหลายคนในครอบครัว โดยใช้แนวคิด ทฤษฎีและศาสตร์ทางการแพทย์ การพยาบาลและทางจิตสังคม ซึ่งมีการใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การสอน การให้คำปรึกษา รวมถึงฝึกทักษะการปรับตัว การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เพื่อให้ครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการป่วยซ้ำ ลดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว และช่วยให้สมาชิกในครอบครัวใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข”

4) การให้คำปรึกษาครอบครัว (family counseling) เป็นการที่ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน เข้าใจปัญหา ยอมรับสภาพปัญหาและร่วมมือกันวางแนวทางแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ โดยใช้ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาอย่างเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

ซึ่งการพยาบาลแต่ละรูปแบบพยาบาลต้องมีการประเมินและนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย และเมื่อให้การพยาบาลแล้วย่อมส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่างๆ ตามมามากมาย ดังนี้

1) ลดเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้สามารถรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงได้เพิ่มขึ้น

2) ลดภาระของครอบครัวและความวิตกกังวลของคนในครอบครัว ในการติดตามดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3) ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว

4) ส่งเสริมความรู้สึกที่ดีของผู้ป่วยเมื่อได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว และสภาพแวดล้อมที่เป็นบ้านของตนเอง

5) พัฒนาศักยภาพของครอบครัวในการเรียนรู้ ทำความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สุขนิสัย และการปรับตัวที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง

6) พัฒนาสัมพันธภาพและบทบาทของครอบครัว รวมถึงความเห็นอกเห็นใจในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

7) พัฒนาศักยภาพ บทบาท และความรับผิดชอบของชุมชนในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งพยาบาลสามารถให้การพยาบาลครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยพิจารณาตามความเหมาะสมของปัญหาและบริบทของแต่ละครอบครัว ดังนี้

ดังนั้น สรุปได้ว่า ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวมีส่วนสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องของโรคจิตเภท รวมถึงมั่นใจในความสามารถของตนเองในการ

เผชิญปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วย ดังข้อความที่ว่า “ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ไม่ใช่ปัญหาของใครคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเท่านั้น หากแต่เป็นปัญหาของสมาชิกทุกคนในครอบครัว ดังนั้นการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ จึงเป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของตนเองให้เหมาะสม เพื่อพร้อมที่จะรับมือกับปัญหานั้นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ” (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554)

3. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

3.1. ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

เพชรี คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทที่เกี่ยวกับการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา และกิจกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น รวมทั้งสามารถบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาด้วยยาให้กับทีมรักษาได้อย่างถูกต้อง

สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา รวมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยจะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อ ต่อสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาดโดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

Farragher (1999) กล่าวถึง ลักษณะของพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทว่าจะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง การหยุดยาหรือใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าตนเองมีความผิดปกติ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาผิดเวลา การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา และการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความครอบคลุมในด้านของการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิตได้เหมาะสม ซึ่งใกล้เคียงกับความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทของ Farrangher (1999) และของ เพชรี คันธสายบัว (2544) และพฤติกรรมดังกล่าวนี้สามารถประเมิน ได้จากแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมการประเมิน ดังนี้ 1) การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง 2) ไม่หยุดใช้ยาเอง 3) ใช้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ 4) ใช้ยาตามเวลาไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยา และ 5) ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มีดังต่อไปนี้

3.2.1 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

1) อายุ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (Hoffman, 1994) สอดคล้องกับ Orem (2001) ที่กล่าวว่าอายุของบุคคลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองจะถูกพัฒนาขึ้นตามอายุจากวัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีศักยภาพดูแลตนเองสูงสุด และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเนื่องจากมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตและการดูแลตนเองลดลง

2) เพศ พบว่า เพศหญิงให้ความร่วมมือหรือมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์สูงกว่าเพศชาย (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536)

3) การรับรู้การเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยขาดการตระหนักรู้ในตนเอง มีอาการหลงผิด การปฏิเสธการเจ็บป่วยและขาดแรงจูงใจ (Sarath et al., 2014) ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาส่งผลให้กลับมาป่วยซ้ำ

4) ทัศนะคติต่อการใช้ยาจิตเวช จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีทัศนะคติไม่ดีต่อการรักษาด้วยยา (Yamada et al., 2006; Zou et al., 2012) เนื่องจากเกิดไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยาและมีความตระหนักในการเจ็บป่วยลดลงและเบื่อหน่ายต่อการรักษาที่ยาวนาน (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545; Sarath et al., 2014)

5) ความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทยังขาดความรู้เรื่องความรุนแรงของโรค การรักษาด้วยยา และการบริหารยาด้วยตนเอง (สายรุ้ง จันทร์เสง, 2548; Zou et al., 2013)

6) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พบว่าสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ (พิมพ์ผกา กิติ-วงศ์อิ่น, 2556) เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น เป็นความเชื่อว่าตนเองจะสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ตามเป้าหมาย ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนี้มาจากการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน วางแผนและตรียมฝึกฝนตนเอง บุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถ จะอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยอย่างง่ายดาย อันจะนำมาซึ่งความสำเร็จในที่สุด (Bandura, 1986)

3.2.2 ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการรักษาที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (ชีวนันท์ ชาวนอก และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2551) ได้แก่

1) วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย หมายถึง ช่องทางการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ได้แก่ การรับประทาน การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดเข้าเส้นเลือดดำ การอมใต้ลิ้นและการเหน็บยาทางช่องคลอดหรือทางทวารหนัก ซึ่งได้รับยาเข้าสู่ร่างกายด้วยวิธีฉีด สามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าวิธีการรับประทาน (Kurmar and Sedgwick., 2001) แต่อย่างไรก็ตาม ตามบริบทผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับยารักษาอาการทางจิตด้วยวิธีการรับประทาน และในรายที่มีอาการทางจิตรุนแรงเท่านั้นจึงจะได้รับการรักษาด้วยยาโดยวิธีการฉีด

2) ความซับซ้อนของการรักษา หมายถึง ความรู้สึกยุ่งยากลำบากในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา เช่น ผู้ป่วยมียารับประทานที่หลากหลายชนิดและมีจำนวนมาก อาจเกิดความสับสนในการรับประทานยา รวมทั้งลืมวิธีการรับประทานยา สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยหมดความอดทนและหมดพลังที่จะรับประทานยาต่อไป

3) ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ยารักษาโรคจิตเป็นกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มาก ผู้ป่วยจิตเภทบางรายขณะที่รับประทานยา อาจมีอาการข้างเคียงของยากเกิดขึ้นได้ เช่น ตัวแข็ง คอบิดเอียง ง่วงนอน ปากแห้ง คอแห้ง มีน้ำหนักเพิ่ม และมีความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ อาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และหยุดการใช้ยาในที่สุด

4) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วย การที่ทีมสุขภาพมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีของผู้ป่วยตามมา (Kyoko et al., 2013)

3.2.3 ปัจจัยด้านครอบครัว

การอยู่ร่วมกับครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนที่มีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตรและญาติพี่น้อง มีหน้าที่ที่พึงปฏิบัติต่อกัน ให้ความรักและเอาใจใส่กัน เอื้ออาทรต่อกัน มีความปรารถนาที่ดีต่อกันทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม (เพชรี คันธสายบัว, 2544) และ Olivares et al (2013) กล่าวว่าร้อยละ 55-58% ของผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลครอบครัวช่วยเหลือดูแลในเรื่องการรับประทานยา สอดคล้องกับ Lacro et al (2002) ที่กล่าวว่าการกระตุ้นเตือนของสมาชิกในครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกันกับ Novick et al. (2010) และ Glick et al (2011) ที่ศึกษาพบว่า การแก้ไขปัญหาเรื่องการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภทนั้น สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวล้วนมีบทบาทและหน้าที่ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย ดังนั้นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจะเกิดผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยมากกว่าการดูแลเฉพาะตัวผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามผู้ดูแลในครอบครัวเองยังคงประสบปัญหาต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น ขาดความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้อง (Zou et al., 2013) และขาดการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่าง

ต่อเนื่อง (นพภวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549) อีกทั้งยังเกิดภาวะเครียดและรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทรเสถียร, 2549) ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคที่ส่งผลให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมการใช้ยาได้อย่างถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (สกาวเดือน กลิ่นน้อย, 2554) จากการศึกษาพบว่าพลังอำนาจของครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายของการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Velligan et al., 2009) เนื่องจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัวนั้นเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้าถึงความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง และสมาชิกในครอบครัว รวมถึงสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่จะนำมาใช้เป็นทรัพยากรในการควบคุมการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม (Singh, 1995) นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อมั่นในความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการเผชิญปัญหา (Zimmerman and Rapport, 1988) ซึ่งจะช่วยเพิ่มการทำหน้าที่ในการเผชิญปัญหาให้ดีขึ้นด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับ Shuler (2014) และ Glick et al. (2011) ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีครอบครัวให้การดูแลจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีครอบครัวให้การดูแล ข้อมูลดังกล่าวนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วยปัจจัยด้านภายในตัวผู้ป่วยและปัจจัยภายนอกด้านครอบครัว ปัจจัยทั้งสองได้สะท้อนถึงการขาด หรือสูญเสียพลังอำนาจ (disempowerment) ทั้งของผู้ป่วยจิตเภทเองและครอบครัว ดังนั้นการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาจึงต้องจัดการกับปัจจัยเหตุทั้งสองไปพร้อมๆจากหลายการศึกษาสนับสนุนว่า พลังอำนาจของครอบครัวนั้นสามารถเป็นปัจจัยทำนายของการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ (Velligan et al. ,2009) สอดคล้องกับการศึกษา Zarea et al. (2014 ที่สนับสนุนว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางสามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยให้ดีขึ้นเช่นเดียวกัน

3.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาพบว่าในปัจจุบันวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาแบ่งออกเป็น 2 วิธี (Bond & Hussar, 1991) ได้แก่

3.3.1 การประเมินโดยตรง (direct method) เป็นการวัดโดยอาศัยหลักทางชีววิทยาใน ช่วงเวลาที่กำหนด ได้แก่

1) การตรวจเลือดเพื่อวัดระดับความเข้มข้นของยา โดยให้หลักการเปลี่ยนแปลงของยาในเลือด หรือพลาสมา จะมีความสัมพันธ์กับขนาดของยาที่ได้รับ เมื่อถึงระดับคงที่ของยาในเลือด ดังนั้นเมื่อทำการวัดระดับของยาในเลือดจะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยใช้ยาหรือไม่

2) การตรวจปัสสาวะ การวัดระดับสารที่ถูกขับออกทาง ปัสสาวะหรือสารที่เกิดจากการเมตาโบไลท์ของยาวิธีการประเมินโดยตรงที่ใช้ในผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านโรคจิต ได้แก่ คลอโปรมาซีนและอิมิพรามีนแต่อย่างไรก็ตามการประเมินโดยตรงยังต้องอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งมีข้อจำกัดหลายอย่าง เช่น ความเข้มข้นที่ตรวจพบนั้นสามารถบอกว่าผู้ป่วยนั้นรับประทานยาหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานว่ามีทั้งหมดเท่าใด และครบตามแผนการรักษาหรือไม่ รวมทั้งการวิเคราะห์ผลเลือดมีความจำเป็นที่จะต้องทำการวัดภายหลังการรับประทานยา ซึ่งวิธีการนี้ไม่สามารถนำมาใช้กับทุกกรณี

3.3.2 การประเมินทางอ้อม (indirect method) เป็นวิธีการอาศัยเครื่องมือในการประเมินความร่วมมือของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยแต่ละคนสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมิน ดังนี้

1) การนับเม็ดยาที่เหลืออยู่ เป็นวิธีที่ง่ายและประหยัดแต่จะไม่ทราบข้อมูลแบบแผนการใช้ยาของผู้ป่วย (Sajatovic et al., 2010) แต่ยาที่ผู้ป่วยนำมาอาจไม่ใช่ปริมาณยาที่เหลืออยู่จริง (นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์, 2555)

2) การสังเกต พฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยตรง (observation) เป็นวิธีใช้การติดตามและเยี่ยมบ้านและ สังเกตพฤติกรรมความร่วมมือ

3) การลงความเห็นของผู้รักษาจากการตรวจอาการทางคลินิกของผู้ป่วย

4) การประเมินโดยแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและง่ายที่สุด อาจทำการสอบถามจากตัวผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย ข้อดีของแบบประเมินนี้ คือ ได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัดที่พบคือ บางครั้งผู้ป่วยมักให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงข้อคำถามให้มีความชัดเจน แม่นตรง และระหว่างสัมภาษณ์ไม่ควรตำหนิผู้ป่วยว่าไม่ยอมรับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจและกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลที่แท้จริงในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร เชี่ยวโสธร (2545) เป็นแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ โดยแบ่งการประเมินเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1) การใช้ยาตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้องซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

2) ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

โดยในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินของสรินทร เชี่ยวโสธร (2545) เนื่องจากเห็นว่ามีเนื้อหาครอบคลุมการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท สามารถอ่านเข้าใจง่าย มีจำนวนข้อที่เหมาะสม และสะดวกต่อการประเมิน ซึ่งมีความตรงตามเนื้อหา .90 และความเที่ยง .87 โดยมีการศึกษาของยุภาพร มีหนองหว้า (2552) ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยมีการพัฒนาแบบประเมินในการวิจัยครั้งนนี้ให้สอดคล้องกับแนวคิดของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Adherence) และสภาพปัญหาการใช้ยารักษาอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน การพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาครั้งนี้ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่ามีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .94 และนำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่ามีค่าความเที่ยง เท่ากับ .92 ซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐานในการใช้วัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.4 ผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา

ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ส่งผลกระทบตามมาหลายประการทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ เพิ่มโอกาสการเกิดพยาธิสภาพที่ถาวรของโรค (Byerly , Nakonezny and Lescouflair, 2007) มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น (Llorca, 2008) มีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรง (เวนิช บุราชรินทร์และเพ็ญพักตร์ อุทิศ 2011) และที่สำคัญคือทำให้มีอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำสูงถึง 70% (Kozma and Weiden, 2009) อีกทั้งก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว เช่น ทำให้ครอบครัวเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (Awad and Lakshmi, 2008) เกิดความตึงเครียด ซึ่งส่งผลต่อการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตามมา (จลี เจริญสรรพ์, 2542) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบระดับประเทศ คือทำให้ขาดแรงงานจากการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วย และเกิดภาระการดูแลต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมากที่สุด เป็นลำดับที่ 17 จาก 20 โรค (กรมสุขภาพจิต, 2550) ซึ่งทำให้รัฐบาลสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นเงินกว่า 200 ล้านบาทต่อไปและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2552) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้น

3.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

พยาบาลมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภท มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าโดยมีแนวทางการปฏิบัติที่หลากหลาย ดังนี้

3.5.1 การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นวิธีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิต

เภทและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Zygmant et al., 2002)

3.5.2 การดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง (Community interventions) โดยพยาบาลที่มีความรู้เฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำการฝึกฝนพยาบาลชุมชนหรือพยาบาลทั่วไปให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง สามารถจัดการบริหารยาให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอย่างถูกต้อง (Gray et al., 2004) โดยพยาบาลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้รับประทานยาอย่างถูกต้อง (Forman., 1993 อ้างถึงใน งามตา อักษรไพร, 2548) ดังนี้

1) พยาบาลต้องค้นหาสาเหตุพร้อมทั้งทำความเข้าใจกับสาเหตุของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา 3 ปัจจัย คือ ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา การขาดความรู้ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล

2) ปฏิบัติการพยาบาล เช่น การสอนผู้ป่วยรายบุคคลหรือรายกลุ่ม เกี่ยวกับการใช้ยา โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาการใช้ยาอย่างเหมาะสม

3) กระตุ้นให้ครอบครัว ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวในชุมชน หากครอบครัวและชุมชนให้ความร่วมมือแล้วจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์สูงขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า Barkhof et al. (2012) ได้ทำการทบทวนโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างเป็นระบบ โดยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างปี 2000 ถึง 2009 จำนวนทั้งสิ้น 50 งานวิจัย พบว่ารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สามารถแบ่งออกเป็น 5 ประเภท หลัก คือ 1) แบบรายบุคคล 2) แบบกลุ่ม 3) แบบครอบครัว 4) แบบชุมชนมีส่วนร่วม และ 5) แบบผสมผสาน โดยกิจกรรมที่จัดขึ้นและให้ผลดีได้แก่ ประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycheducation) การจัดการแบบรายกรณี (Case management) การเสริมสร้างแรงจูงใจ(Motivation Interviewing) การบำบัดความคิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Cognitive Adaptation Training) การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม (Assertive Community Treatment) รวมถึงมีโปรแกรมการติดตามทางโทรศัพท์(Telephone-Nursing intervention) ทั้งนี้ยังได้ระบุชัดว่าการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมนั้นมีประสิทธิภาพสูงกว่าการบำบัดแบบรายบุคคล (Ran et al., 2003; Chan et al., 2009) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัว ซึ่งมีจุดเด่น ได้แก่ การแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัว ซึ่งไม่เพียงแต่มุ่งเน้นการให้ความรู้ (Psycho education) เท่านั้น โปรแกรมนี้ยังมีการ ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy) ส่งเสริมความ

ภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem) รวมถึงการทบทวนและประเมินผลการดำเนินการที่ผ่านมา (Evaluation) เพื่อให้แต่ละครอบครัวมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

4.1 แนวคิดระบบครอบครัว

4.1.1 ความหมายของระบบครอบครัวจากการศึกษาระบบครอบครัวของ (Minuchin, 1974 อ้างถึงใน อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) กล่าวว่า ครอบครัวในลักษณะที่เป็นระบบ (System) นั้นเกิดจากการรวมตัวระบบย่อย ได้แก่ ระบบย่อยของบุคคล ของสามี ภรรยา ของพ่อแม่ และพี่น้อง ซึ่งในแต่ละระบบย่อยจะมีความสัมพันธ์กันตามโครงสร้าง มีกฎระเบียบ และการปฏิบัติหน้าที่อย่างเหมาะสม ทั้งนี้หากระบบย่อยเกิดการเปลี่ยนแปลง จะส่งผลให้ระบบทั้งระบบมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย ในทำนองเดียวกันการเปลี่ยนแปลงของระบบรวมก็จะส่งผลกระทบต่อหน่วยย่อยแต่ละหน่วยเช่นกัน โดยระบบครอบครัวมีคุณสมบัติ ดังนี้

1) ครอบครัวเป็นระบบเปิดทางสังคมและวัฒนธรรม (open socio-cultural system) จะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและติดต่อสื่อสารกับระบบภายนอกอยู่เสมอ

2) ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (transformation) เช่น การเจ็บป่วยของสมาชิกและการสูญเสียสมาชิกในครอบครัว

3) ครอบครัวมีการจัดระบบภายใน เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงอยู่ได้อย่างสมดุลและมีความต่อเนื่อง (continuity)

4) ครอบครัวมีการสื่อสาร ทั้งภายในระบบและภายนอกระบบ

5) ครอบครัวมีกฎที่สมาชิกต้องถือปฏิบัติ กฎจะควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกและการปฏิบัติหน้าที่ภายในครอบครัวให้มีประสิทธิภาพเพื่อความคงอยู่

6) ครอบครัวมีขอบเขตทั้งในระหว่างบุคคลในครอบครัวด้วยกันเองและระหว่างครอบครัวกับระบบภายนอกอื่นๆ

4.1.2 องค์ประกอบของระบบครอบครัว

1) ขอบเขตของครอบครัว (family boundaries) หมายถึง กรอบของระบบครอบครัวที่แยกครอบครัวออกจากระบบอื่นๆ ในสภาพแวดล้อม

2) ภาวะสมดุลของครอบครัว (family homeostasis) หมายถึงภาวะปกติของครอบครัว ซึ่งเกิดจากความยืดหยุ่นในการปรับตัวตามสถานการณ์ต่างๆ

3) การปรับตัวของครอบครัว (family adjustment) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในสถานการณ์ที่จำเป็น เพื่อให้ครอบครัวอยู่ในภาวะสมดุล

4.1.3 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับโครงสร้างและหน้าที่ครอบครัว

4.1.3.1 โครงสร้างของครอบครัว (Family structure) หมายถึง องค์ประกอบย่อยของบุคคลที่มาอยู่ร่วมกัน ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ในลักษณะครัวเรือนและมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันโดย

สายโลหิตหรือทางกฎหมาย โดยสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวจะมีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยในครอบครัวมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (Azimi et al., 2010) โดยแต่ละครอบครัวนั้นจะมีโครงการสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนต่างๆ ครอบครัวที่มีกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนที่ชัดเจน และการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสมจะสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข ในทางกลับกันครอบครัวที่มีกฎระเบียบไม่ชัดเจน ไม่มีระเบียบแบบแผน เมื่อครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้นจะส่งผลให้เกิดความยุ่งยาก และขาดประสิทธิภาพในการจัดการปัญหา (Minuchin, 1974 อ้างถึงใน อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจจะส่งผลต่อโครงสร้างอำนาจ (power system) ในครอบครัว จากการทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถควบคุมหรือแสดงอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว ได้เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกันกับปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หากสมาชิกในครอบครัวมีอำนาจและสามารถจัดการปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยได้แล้ว ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้น

4.1.3.2 หน้าที่ของครอบครัว (Family function) หมายถึง กิจกรรมหรืองานที่สมาชิกในครอบครัวควรกระทำตามบทบาทหรือสถานภาพในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตครอบครัวไปได้อย่างราบรื่น ทั้งนี้ ครอบครัวจะมีหน้าที่ต่อสมาชิกในครอบครัวในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว และยังมีหน้าที่ของครอบครัวต่อสังคมในฐานะที่เป็นสมาชิกของสังคมในการทำประโยชน์เพื่อสังคมด้วยซึ่งหน้าที่สำคัญประการหนึ่งคือ หน้าที่ในการเผชิญปัญหาครอบครัว (family coping function) หมายถึง หน้าที่ในการจัดการและคลี่คลายวิกฤติต่างๆ ในครอบครัวในทางสร้างสรรค์เพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลภายในครอบครัว และดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่องตามพัฒนาการของครอบครัว

จากแนวคิดระบบครอบครัวของ Minuchin (1974) ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมเพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัว ดังนี้ ระบบย่อยในครอบครัว ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรองในครอบครัว ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมส่งที่เสริมให้มีการจัดระบบภายใน เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงอยู่ได้อย่างสมดุล (family hemeostasis) และมีความต่อเนื่อง (continuity) จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามสถานการณ์ต่างๆ (family adjustment) และมีการสื่อสารทั้งภายในระบบและภายนอกระบบ มีการกำหนดกฎสมาชิกต้องถือปฏิบัติ นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์และปรับโครงสร้าง (Family structure) ให้เหมาะสม ตามโครงสร้างอำนาจ (power system) ในครอบครัวซึ่งจะทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถควบคุมหรือแสดงอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม และส่งเสริมการปรับหน้าที่ของครอบครัว (Family function) โดยการกำหนดบทบาทหน้าที่และเผชิญปัญหาครอบครัว (family coping function) ให้เหมาะสมตามสถานการณ์ เพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลภายในครอบครัว และดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่องตามพัฒนาการของครอบครัว

4.2 แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.2.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Power หรือ พลังอำนาจ เป็นคำนาม หมายถึง คุณลักษณะที่แสดงถึงความสามารถความมีอิทธิพล หรือมีการควบคุมและตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ

Empower หรือ การมอบ/ให้พลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการกระจายพลังอำนาจสู่ผู้ที่สูญเสียหรือไม่มีพลังอำนาจให้กลับมามีพลังอำนาจอีกครั้ง (Liewellyn, 1989) พลังอำนาจไม่ใช่ความสามารถที่เป็นมาแต่กำเนิด แต่เป็นความสามารถที่พัฒนาให้เกิดขึ้นในบุคคลได้โดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)

ส่วนในแง่ของการปฏิบัติการพยาบาล การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง Gibson (1991) อ้างถึงในสุระเชษฐ เกตุสวัสดิ์ (2552) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ดังต่อไปนี้คือ

1. เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ เพื่อให้ได้มาซึ่งความสามารถในการควบคุม กำกับการดำรงชีวิตของตนเอง

2. เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก และมีลักษณะที่ทั้ง สองฝ่ายต้องใช้ความพยายามร่วมกัน

3. การเพิ่มพูนความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน และการสร้างประสิทธิภาพของตนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคลตลอดจนการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมด้วย

4. การที่บุคคลเรียนรู้การใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทำงานร่วมกัน ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงทรัพยากรที่มีอยู่ภายในบุคคล ภายนอกบุคคลและที่มีอยู่ชุมชน

5. กระบวนการที่มีลักษณะสำคัญที่มีการปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างประโยชน์ร่วมกันที่มุ่งเพิ่มความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้น

6. กระบวนการที่เป็นการหาทางออก ทางแก้ปัญหามากกว่าที่ตัวปัญหา เน้นความแข็งแกร่งสิทธิความสามารถของบุคคลมากกว่าข้อจำกัด หรือจุดด้อยของบุคคล

7. กระบวนการที่มีกลไกที่เกี่ยวข้องกับอำนาจของบุคคล มีทั้งการให้และการรับอำนาจหรือการใช้อำนาจร่วมกัน มิใช้เพียงแต่ผู้ใช้อำนาจพยายามสร้างอำนาจ แต่รวมถึงผู้มีอำนาจถ่ายโอนอำนาจ

8. กระบวนการที่มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก หรือกระทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้มีความเจริญเติบโต และการพัฒนาการของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน เพื่อให้เป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะที่ตั้งใจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

9. กระบวนการของความช่วยเหลือบุคคลให้ประสบความสำเร็จในการควบคุมสิ่งแวดล้อมและ/หรือกำหนดทิศทางชีวิตของตนเองได้

10. การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคมของการแสดงการยอมรับชื่นชม (Recognizing) การส่งเสริม (Promoting) การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคล (Enhancing People's Abilities) ในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง และความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็น (Mobilize the Necessary Resources) ในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่ หรือชีวิตของตนเองได้ ได้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจของไว้ว่าเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลให้มีส่วนร่วมในการควบคุมองค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพในการตอบสนองความรู้สึกเชื่อ มั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนได้ นอกจากนี้ Gibson (1993) อ้างถึงใน สุระเชษฐ เกตุสวัสดิ์ (2552) ได้กล่าวว่า การที่พยาบาลจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้นั้นต้องมีความเชื่อพื้นฐาน ดังนี้

1. บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพ สุขภาพเป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่จะต้องรับผิดชอบแม้ว่าแพทย์ พยาบาล จะมีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล แต่ก็ยังไม่มีอำนาจผูกขาดต่อสุขภาพเหนือบุคคลนั้น ๆ แต่กลับต้องให้ความเคารพในสิทธิของบุคคลต่อการมีภาวะสุขภาพ

2. บุคคลควรได้รับความเคารพนับถือต่อศักยภาพของบุคคลในการที่จะพัฒนาความเจริญงอกงามและความต้องการการสนองตอบต่อเป้าหมายในชีวิตของเขาเอง (Growth and Self-Determination) บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจในเรื่องใด ๆ ของตน แม้ว่าบางครั้งอาจต้องอาศัยข้อมูลหรือความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างก็ตาม

3. บุคลากรทางสุขภาพไม่สามารถไปเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยได้ แต่ผู้ป่วยจะเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง ในขณะที่บุคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องให้การช่วยเหลือให้เกิดการคงทนของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและรู้จักใช้ทรัพยากรที่ดีและรู้จักใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมได้ และเชื่อมั่นในความสามารถของตน

4. บุคลากรทางสุขภาพต้องยอมรับความสำคัญของการให้ความร่วมมือของชุมชนต้องมีสำนึกในเรื่องของอิสระภาพ และพร้อมจะรับการปฏิเสธความช่วยเหลือของบุคคล บุคคลจะตัดสินใจเลือกสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องทำตามคำแนะนำที่บุคลากรแนะนำไว้ ซึ่งบุคลากรควรมีแนวทางในการพิทักษ์สิทธิให้กับผู้รับบริการ

5. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดขึ้นได้จากความเคารพนับถือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ไม่ใช่ลักษณะการมองฝ่ายหนึ่งว่าเป็นผู้เสียเปรียบหรือมีปมด้อย

ในขณะที่อีกฝ่ายเป็นผู้ได้เปรียบและมีความสามารถเหนือกว่า ปฏิสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่ายควรเป็นแบบที่เกื้อกูลกัน ผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน

6. ต้องมีความเชื่อใจซึ่งกันและกัน

4.2.2 การสูญเสียพลังอำนาจ

Miller (1992) กล่าวว่า การสูญเสียพลังอำนาจ เป็นการที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองไม่มีความสามารถจัดการสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามที่คาดหวังไว้ ไม่ว่าจะเกิดขึ้นเป็นประจำหรือเกิดขึ้นแบบไม่คาดคิด

Estroff (1989) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการสูญเสียพลังอำนาจ (disempower) เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ยาวนาน เป็นเหตุให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพราะต้องพึ่งการรักษาด้วยยาที่ยาวนานและWilliams and Collins (1999) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกขาดพลังอำนาจในตนเอง เนื่องจากไม่สามารถควบคุมตนเองเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาขณะที่เกิดการเจ็บป่วยได้

Harrison (2008) พบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจเช่นเดียวกันกับผู้ป่วย โดยสาเหตุหลักมาจากการขาดความรู้ ขาดทักษะในการเผชิญปัญหาและขาดแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสมที่จะนำมาใช้เป็นทรัพยากรในการดูแลสมาชิกซึ่งป่วยด้วยโรคจิตเภทให้สามารถควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเองให้เป็นปกติสุขได้จากที่กล่าวมา

ดังนั้นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัวเกิดพลังอำนาจ ย่อมเป็นการจัดการกับปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาอย่างครอบคลุม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4.2.3 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ดารณี จามจุรีและจินตนา ยูนิพันธ์.(2545) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มขีดความสามารถให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแล และควบคุมตนเองในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในการพัฒนาตนเองให้สามารถดูแลตนเอง รวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์ และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพภายใต้การสนับสนุนข้อมูล และทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาล

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกิจกรรมที่จัดกระทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจ มีความเข้มแข็งทางจิตใจ มีความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยและตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม อาจใช้เทคนิควิธีการสร้างสัมพันธภาพ การสนับสนุนให้กำลังใจ การให้ความรู้ การประคับประคอง การฝึกทักษะการจัดการกับตนเองในการเผชิญปัญหา รวมถึงการเสนอแนะแหล่งบริการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม

Dunst, Trivette & Deal.(1988) and Rappaport. (1987) กล่าวว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้บุคคลมีพลังอำนาจ มีความเข้มแข็ง สามารถควบคุมและจัดการกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

Gibson (1995) กล่าวว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการพัฒนาศักยภาพที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจปัญหาสุขภาพของตนเองอย่างแท้จริง เสริมสร้างการรับรู้ความมีคุณค่าตามสามารถของตนเองในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ปัญหาความเจ็บป่วยให้สำเร็จตามเป้าหมายและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต โดยปัจจัยนำหรือสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนนั้น ประกอบด้วยความมุ่งมั่นทุ่มเท ความผูกพัน และความรัก ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลแบ่งเป็นปัจจัยภายใน ได้แก่ ความเชื่อ (Beliefs) ค่านิยม (Values) ประสบการณ์ส่วนบุคคล (Experience) และเป้าหมายในชีวิต (Determination) และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนการสังคม (Social Support) การได้รับความรู้ กำลังใจ ความเชื่อมั่นและการประคับประคองชีวิต จากสมาชิกในครอบครัวและเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ Gibson (1995) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การค้นพบปัญหาที่แท้จริง (Discovering Reality)เป็นขั้นตอนที่ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพจริง ซึ่งจะเกิดการตอบสนองของบุคคลทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การตอบสนองด้านอารมณ์ 2) การตอบสนองด้านสติปัญญาการรับรู้ และ 3) การตอบด้านพฤติกรรม

2.การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) เป็นขั้นตอนที่ช่วยให้บุคคลได้ทบทวนเหตุการณ์ที่ผ่านมา และประเมินผลการปฏิบัติที่ผ่านมา จากนั้นนำไปสู่การแสวงหาทางเลือกเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจเลือกปฏิบัติอย่างรอบคอบและเหมาะสมต่อไป

3. การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (Taking charge) เป็นขั้นตอนที่พัฒนาให้บุคคลได้การตัดสินใจแก้ไขปัญหาโดยเลือกใช้วิธีปฏิบัติที่เหมาะสมประกอบด้วยการกำหนดเป้าหมาย และระบุวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดี

4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (holding on) เป็นขั้นตอนที่ช่วยให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่บุคคลได้เลือกแล้ว เมื่อปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือผลสำเร็จจะทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ ส่งผลให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาในวันข้างหน้าต่อไป

4.2.4 ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ ได้แก่

1) การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของบุคคลที่มีความเคารพต่อพฤติกรรมการแสดงออกถึงการควบคุมตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ การนับถือตนเอง (self - esteem) การมีความสามารถในการควบคุมตนเอง และการรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง (self - efficacy) (Zimmerman, 1995)

2) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่มุ่งเน้นความรู้ทักษะโดยการเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเอง และปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคล ความสามารถของบุคคล คุณลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะ ความคิด ความสัมพันธ์และกิจกรรมกลุ่มรวมถึงการช่วยเหลือให้บุคคลยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงพร้อมทั้งทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถูกต้องตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้น มีหลากหลายรูปแบบ แต่รูปแบบนั้นก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งสิ้น ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและบริบทของการนำไปประยุกต์ใช้ ดังนี้

4.2.5 รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1) การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบรายบุคคล ตามแนวคิดของ Miller (1992) เชื่อว่าพลังอำนาจ (power) คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของบุคคล และมีผลต่อความสามารถในการจัดการความเจ็บป่วย นอกจากนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการกระทำให้บุคคลรู้สึกมั่นใจ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและการกระทำภารกิจให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง บุคคลต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองได้รับการยอมรับสนับสนุนส่งเสริมและมีอิสระในการตัดสินใจกระทำ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2541) และจากการศึกษาของดารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) เรื่องการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทของสังคมไทยพบว่า ผลลัพธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความสามารถของตนเองในการจัดการกับการเจ็บป่วย โดยรูปแบบพลังอำนาจมีอยู่ 7 แหล่งด้วยกัน คือ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ 2) ความเข้มแข็งทางจิตใจและการสนับสนุนรายบุคคล 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก 4) พลังงาน 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา 6) แรงจูงใจ และ 7) ระบบความเชื่อ แหล่งพลังอำนาจส่งผลต่อความเข้มแข็งของพลังอำนาจในผู้ป่วย หากบุคคลรับรู้ถึงแหล่งพลังอำนาจดังกล่าว ก็จะสามารถจัดการกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ (Miller, 1992) โดยจากการศึกษาของสุธิสา ดีเพชรและเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (2558) กล่าวว่ากระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดนี้มีทั้งสิ้น 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ 2) การค้นหา สะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์จริงของผู้ป่วย 3) การเอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ทักษะและส่งเสริมแหล่งพลัง และ 4) การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลแบบรายกลุ่ม เป็นกระบวนการที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มรับรู้ถึงความสามารถของตนเองให้การควบคุมและจัดการกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม แบ่งออกออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Gibson, 1995)

3) การเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลแบบครอบครัว กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกิจกรรมที่จัดกระทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจ มีความเข้มแข็งทางจิตใจ มีความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยและตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม อาจใช้เทคนิควิธีการสร้างสัมพันธภาพ การสนับสนุนให้กำลังใจ การให้ความรู้ การประคับประคองการฝึกทักษะการจัดการกับตนเองในการเผชิญปัญหา รวมถึงการเสนอแนะแหล่งบริการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) โดย Azimi et al. (2010) กล่าวว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางนี้ มีกระบวนการ ทั้งสิ้น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบ (perceiving the threat) ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy) ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem) และขั้นตอนที่ 4 ทบทวนและประเมินผลการดำเนินการที่ผ่านมา (Evaluation)

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนเพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของชุมชนแห่งการเรียนรู้ ประกอบด้วยการ เสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนในระดับบุคคล คือ การแสดงออกระดับบุคคล มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ องค์ประกอบภายในบุคคล องค์ประกอบด้านปฏิสัมพันธ์ องค์ประกอบด้านพฤติกรรม และ การเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนในระดับชุมชน โดยมีองค์ประกอบโครงสร้างทางสังคมเป็นสำคัญ ซึ่งมีรูปแบบการดำเนินงานเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังนี้ การกำหนดเป้าหมายและวางแผน การวิเคราะห์ความต้องการของชุมชน การทำประชาคมเพื่อหาสาเหตุของปัญหา การจัดเวทีชาวบ้านให้ความรู้ความเข้าใจ การบันทึกการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงของชุมชนในการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ คณะกรรมการ/คณะบุคคลหรือแกนนำในการสร้างชุมชนให้เป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้ที่ยั่งยืน การติดตามผลการดำเนินงาน และการสร้างความสัมพันธ์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิก หรือกลุ่มชุมชนอื่นๆ (มิ่งขวัญ คงเจริญ และอาชัญญา รัตนอุบลม, 2011)

4.3 แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

Singh (1995) กล่าว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัว หมายถึง กระบวนการที่ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้าถึงความรู้และทักษะในการดูแลตนเองรวมถึงแหล่งประโยชน์ที่จะนำมาใช้เป็นทรัพยากรในการควบคุมการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมซึ่งจะช่วยเพิ่มการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

Azimi et al. (2010) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family -oriented empowerment model) หมายถึงการสร้างพลังอำนาจในเชิงระบบครอบครัว (family system) ที่ประกอบไปด้วย ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยระบบครอบครัวจะมีประสิทธิภาพหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของการทำบทบาทหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนและ

เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในครอบครัว การเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จะมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหากับทั้งระบบ มิใช่เพียงการแก้ไขปัญหาเฉพาะตัวบุคคล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่1 การรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบ (perceiving the threat) ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy) ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem) และขั้นตอนที่ 4 ทบทวนและประเมินผลการดำเนินการที่ผ่านมา (Evaluation)

Zarea et al. (2014) ได้ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว โดยกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจมุ่งเน้นไปที่การแก้ไขทั้งระบบครอบครัว มีการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทุกกิจกรรม ซึ่งมีกระบวนการทั้งหมด 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่1)การรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากพฤติกรรมใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ (perceiving the threat) ขั้นตอนที่ 2) ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy) ขั้นตอนที่ 3) ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem) และ ขั้นตอนที่4) ทบทวนและประเมินผลการดำเนินการที่ผ่านมา (Evaluation) พบว่า สามารถช่วยเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อการรักษาและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

สรุป การเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมขีดความสามารถให้แก่สมาชิกในครอบครัว ให้มีทรัพยากรที่เอื้อประโยชน์ ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ ประสบการณ์และแหล่งสนับสนุนที่เพียงพอ ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการตัดสินใจและเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม และเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในครอบครัว การเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จะมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหากับทั้งระบบ มิใช่เพียงการแก้ไขปัญหาเฉพาะตัวบุคคล ทั้งนี้ได้มุ่งเน้นให้มีการปรับบทบาทหน้าที่ของสมาชิกทุกคนในครอบครัวเพื่อให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม งานวิจัยชิ้นนี้มีรูปแบบการบำบัดเป็นรายกลุ่มครอบครัว เนื่องจากการบำบัดเป็นรายกลุ่มครอบครัวนั้นสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงปัญหาและมีแนวทางการแก้ไขได้ดีกว่าการบำบัดแบบรายเดี่ยว โดยจากการศึกษาถึงความสำคัญของกระบวนการกลุ่มบำบัดของจุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว (2557) พบว่า กลุ่มบำบัดเป็นวิธีการบำบัดอย่างหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช ทั้งสำหรับผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันและผู้ป่วยในบ้านพักฟื้นผู้ป่วยจิตเวช โดย สภาการพยาบาลได้กำหนดขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในบทบาทของการให้การบำบัดทางจิตในรูปแบบต่างๆ ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดโรคทางจิตเวช ลดอาการของโรค สร้างเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชและ

ครอบครัวโดยใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนแบบองค์รวม (สภาการพยาบาล, 2551)

โดยกระบวนการกลุ่มบำบัดนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะกระบวนการกลุ่มที่เกิดขึ้นนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม และจากข้อเสนอแนะของสมาชิกในกลุ่ม ทำให้ได้รับการประคับประคองจิตใจซึ่งเกิดจากบรรยากาศของกลุ่มที่ผ่อนคลาย มีความรู้สึกที่คล้ายกันกับสมาชิกในกลุ่ม มีโอกาสได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจกัน ได้เรียนรู้ทักษะทางสังคมเพราะกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้สังเกตบุคคลอื่นในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและสามารถนำมาเป็นแบบอย่างของตนเองได้ กลุ่มยังเป็นแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ สมาชิกกลุ่มจะเกิดการพัฒนาความรู้สึกความเป็นเจ้าของ ทำให้เกิดความรับผิดชอบต่อส่วนรวม เกิดความมั่นใจในตนเอง เกิดผลดีต่อด้านร่างกายส่งเสริมการเคลื่อนไหว ลดความวิตกกังวล ได้ระบายความคิดความรู้สึก เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553; ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ, 2551) อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาถึงปัจจัยบำบัดของการทำกลุ่มบำบัด(therapeutic factors) ของ ยาลอม มีทั้งหมด 11 ปัจจัย (Yalom, 2005, as cited in Coffin- Romig, 2012) ได้แก่

1. การมีความหวัง (instillation of hope) เป็นการสร้างความหวังให้กับผู้ป่วยโดยการเห็นสมาชิกในกลุ่มดีขึ้นโดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาเดียวกันกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยตระหนักได้ว่าสามารถเอาชนะปัญหาได้ ทำให้เกิดความหวังมากยิ่งขึ้น

2. ความรู้สึกอันเป็นสากล (universality) เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นผู้ที่มีปัญหาอยู่คนเดียว การเข้าร่วมกลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยได้เห็นสมาชิกคนอื่นว่ามีปัญหามากมายเช่นเดียวกับตนเอง เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทอาจพบว่าไม่ใช่มีเพียงตนเองเท่านั้นที่เกิดอาการหูแว่ว สามารถที่จะบอกกับผู้อื่นได้ไม่ใช่เรื่องน่าอับอาย เป็นต้น

3. การได้รับข้อมูล (imparting information) สมาชิกในกลุ่มจะได้รับข้อมูลต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกในกลุ่มจะแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ ข้อเสนอแนะซึ่งกันและกันทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาและได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากตัวผู้นำกลุ่ม

4. การรู้สึกได้ทำประโยชน์ (altruism) การที่สมาชิกรู้สึกว่าได้ช่วยเหลือบุคคลอื่น เช่น การให้คำแนะนำแก่เพื่อนสมาชิกในการแก้ปัญหาที่ตนเองเคยประสพมาก่อน และเพื่อนสมาชิกในกลุ่มรับฟังอย่างตั้งใจ ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น

5. การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว (corrective recapitulation of the family group) กลุ่มบำบัดจะช่วยให้สมาชิกได้มีโอกาสสำรวจตนเองและเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแบบแผนสัมพันธภาพในครอบครัว การมีประสบการณ์ที่ไม่ดีหรือมีปมขัดแย้งมาก่อนในครอบครัว กลุ่มจะเปิด

โอกาสให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรมในแง่ลบเหล่านั้นให้ดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็นกับพ่อแม่หรือพี่น้อง

6. การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (development of social techniques) การที่สมาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นเป็นการฝึกทักษะทางสังคม นอกจากนี้การได้สังเกตเห็นบุคคลอื่นมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันสามารถนำมาเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับตนเองได้ และได้ลองมีปฏิสัมพันธ์ใหม่กับบุคคลอื่น ภายใต้บรรยากาศของกลุ่มที่มีการยอมรับ สนับสนุนและรับฟังความคิดเห็นของคนอื่นทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น

7. การเลียนแบบพฤติกรรม (imitative behavior) สมาชิกกลุ่มเกิดการเลียนแบบบุคลิกภาพจากสมาชิกด้วยกัน หรือจากผู้นำกลุ่มที่ตนเองพึงพอใจ โดยผ่านการสังเกตการมีปฏิสัมพันธ์ของคนอื่นว่าได้รับการตอบสนองอย่างไร

8. การระบายอารมณ์ (catharsis) ได้ระบายความคิดความรู้สึก การปลดปล่อยอารมณ์ที่เก็บกดไว้ทำให้เกิดความรู้สึกโล่งสบายและทำให้เกิดการเรียนรู้วิธีการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม

9. การเรียนรู้ความจริงอันเป็นสัจธรรม (existential factors) ผู้ป่วยจิตเวชอาจมีความคาดหวังกับชีวิต ชีวิตต้องสวยงาม สมหวัง ซึ่งไม่ได้เป็นจริงเสมอไป ทำให้สมาชิกได้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจความเป็นจริงของชีวิตจากการฟังประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม

10. ความรู้สึกผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (cohesiveness) การเข้าร่วมกลุ่มทำให้สมาชิกได้รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เกิดความผูกพันกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม รับรู้ว่าเป็นพวกเดียวกัน มีเป้าหมายอันเดียวกัน ซึ่งปัจจัยนี้เป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาที่จะทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

11. การเรียนรู้วิธีที่จะติดต่อและสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (interpersonal learning) โดยกลุ่มถือว่าเป็นสังคมจำลองให้สมาชิกได้มีโอกาสฝึกฝนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมมากขึ้น

ดังนั้นกระบวนการของการทำกลุ่มบำบัดจึงเป็นส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้มีความรู้ มีทักษะและประสบการณ์ที่เพียงพอในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ได้จัดให้แต่ละครอบครัวได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยกระบวนการกลุ่มที่จัดขึ้นประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังที่ได้กล่าวไว้ในข้างต้นแล้ว

5. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทชุมชน

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภทและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยประยุกต์จากการศึกษาของ Zarea et al. (2014) ซึ่งได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย ซึ่ง Zarea et al. (2014) ได้แบ่งการบำบัดออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากพฤติกรรมใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ (perceiving the threat) ประกอบด้วยกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวจากพฤติกรรมใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy) ประกอบด้วยกิจกรรมการฝึกเผชิญปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาที่เกิดขึ้นกับเคยตนเอง และร่วมเรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหาในรูปแบบต่างๆ จากการฝึกเผชิญปัญหาของสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ

ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem) ประกอบด้วยกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับประสบการณ์การเผชิญปัญหาปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาที่เกิดขึ้นระหว่างการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดที่ผ่านมา เพื่อค้นหาวิธีแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 4 การทบทวนกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังอำนาจ (Evaluation) ประกอบด้วยกิจกรรม การประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผ่านมาได้แก่ พลังอำนาจของครอบครัวในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จากนั้นให้คู่มือการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคคลให้เข้าใจปัญหาสุขภาพของตนเอง และส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ปัญหาความเจ็บป่วยให้สำเร็จตามเป้าหมายและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต โดยการสร้างเสริมพลังอำนาจของ Gibson (1995) นี้กล่าวว่าปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดพลังอำนาจนั้น ประกอบด้วยปัจจัยภายใน ได้แก่ ค่านิยมต่อความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง ความเชื่อในการจัดการปัญหา การมีเป้าหมายในชีวิต ความรู้ในการ

แก้ไขปัญหา และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การได้รับความรู้ กำลังใจ ความเชื่อมั่นและการประคับประคองชีวิต จากสมาชิกในครอบครัวและเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ

จากแนวคิดปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดพลังอำนาจ ดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาเป็นกรอบศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งจากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา คือ 1) ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การขาดความรู้ ทรัพยากร และประสบการณ์ที่เป็นแหล่งพลังอำนาจของบุคคลในการแก้ไขปัญหา คือ การขาดความรู้เรื่องความรุนแรงของโรค การรักษาด้วยยา และการบริหารยาด้วยตนเอง (สายรุ้ง จันทร์เส็ง, 2548; Zou et al., 2013) การมีทัศนะคติที่ไม่ดีต่อการรักษาด้วยยาทางจิตเวช (Yamada et al., 2006; Zou et al., 2013) มีความเชื่อที่ผิดคิดว่าตนเองหายจากการเจ็บป่วยจึงไม่จำเป็นต้องกินยาต่อเนื่อง (Olivares et al., 2013) ไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยา (Velligan et al., 2009) และมีความตระหนักในการเจ็บป่วยลดลงเนื่องจากเบื่อหน่ายต่อการรักษาที่ยาวนาน (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545; Sarath et al., 2014) และ 2) ปัจจัยภายนอกบุคคล พบว่าปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาส่วนใหญ่ล้วนเกี่ยวข้องกับครอบครัว ซึ่งถือเป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญของการเกิดพลังอำนาจ โดยผลการศึกษาของ Olivares et al. (2013) พบว่าร้อยละ 55-58 ของผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลในครอบครัวช่วยเหลือดูแลในเรื่องการรับประทานยาสอดคล้องกับ อรวรรณ ฆ้องต้อ (2550) ที่กล่าวว่า ครอบครัวเป็นส่วนสนับสนุนหลักในการส่งเสริมพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิต แต่อย่างไรก็ตามผู้ดูแลในครอบครัวเองยังคงประสบปัญหาต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น ขาดความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้อง (Zou et al., 2013) และขาดการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (นพภวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549) อีกทั้งยังเกิดภาวะเครียดและรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทรเสถียร, 2549) ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคที่ส่งผลให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมการใช้ยาได้อย่างถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (สกาวเดือน กลิ่นน้อย, 2554)

จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนเพื่อนำไปจัดกิจกรรมตามกระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่สามารถจัดการกับปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวหมดพลังอำนาจส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ดังนี้ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ Gibson (1995) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การค้นพบปัญหาที่แท้จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และ4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งสอดคล้องกับขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Zarea et al. (2014) ที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น

ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีขั้นตอนการปฏิบัติอย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดระบบครอบครัวของ Minuchin (1974) มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม ซึ่งจะแทรกอยู่ในกิจกรรมที่ 1-6 ของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ตามรูปแบบการแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัว ดังนี้ 1) ส่งเสริมการจัดระบบภายในอันเกิดจากความยืดหยุ่นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามสถานการณ์ต่างๆ (family adjustment) เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงอยู่ได้อย่างสมดุล (family hemeostasis) 2) ส่งเสริมให้มีการสื่อสารทั้งภายในระบบและภายนอกระบบ 3) ส่งเสริมให้แต่ละครอบครัวกำหนดกฎที่สมาชิกต้องถือปฏิบัติเพื่อให้ครอบครัวอยู่ในภาวะสมดุล 3) วิเคราะห์โครงสร้างและปรับบทบาทครอบครัว (Family structure) ได้แก่ โครงสร้างอำนาจ (power system) ในครอบครัวซึ่งจะทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถควบคุมหรือแสดงอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม 4) ส่งเสริมหน้าที่ของครอบครัว (Family function) ได้แก่ หน้าที่ในการเผชิญปัญหาครอบครัว (family coping function) หมายถึง หน้าที่ในการจัดการและคลี่คลายวิกฤติต่างๆ ในครอบครัวในทางสร้างสรรค์เพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลภายในครอบครัว และดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่องตามพัฒนาการของครอบครัว (Minuchin, 1974 อ้างถึงใน อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554)

จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และ Minuchin (1974) ผู้วิจัยได้นำมาบูรณาการเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางนี้มีวัตถุประสงค์และรูปแบบการบำบัดเหมือนกับ Zarea et al. (2014) คือ 1) ระยะเวลาการบำบัด ซึ่งกำหนดไว้ จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที 2) ผู้เข้ารับการบำบัด ประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลรอง แต่มีการปรับเพิ่มเติมในส่วนของเนื้อหาเพื่อให้เกิดความสอดคล้องและครอบคลุมสภาพปัญหากับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากพฤติกรรมใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ (perceiving the threat) นอกจากการสร้างความตระหนักรู้ถึงผลกระทบแล้ว ผู้วิจัยยังได้เพิ่มเนื้อหาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหา (Gibson, 1995) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง

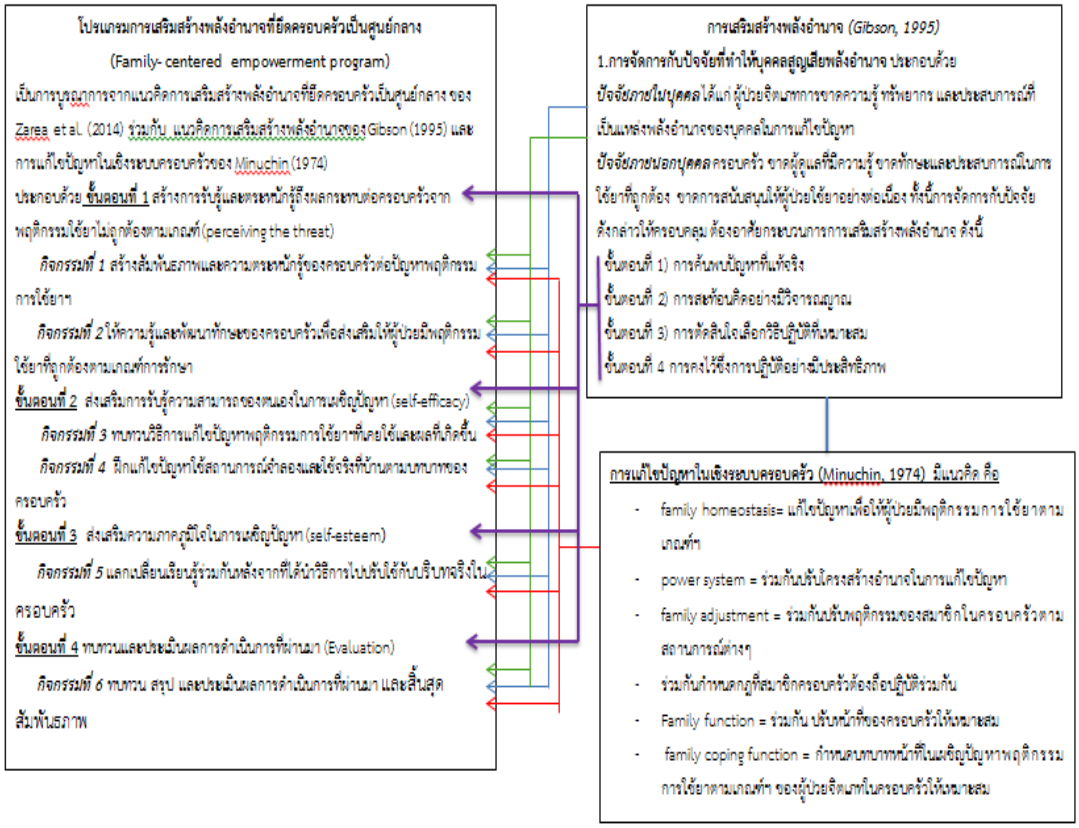
ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy) ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมการทดลองเผชิญปัญหาตามสถานการณ์จริงเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยการมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาฯ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามรถของตนเองผ่านประสบการณ์จริงของตนเองและเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของผู้อื่น (Bandura, 1997) และฝึกการแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัวที่มุ่งเน้นให้ครอบครัวปรับตัวจาก

สถานการณ์ต่างๆ โดยการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนให้เหมาะสม ซึ่งจะทำให้ครอบครัวกลับมาสู่ภาวะสมดุลอีกครั้ง (Minuchin, 1974)

ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem) จากเดิมเป็นการอภิปรายกลุ่มหลังจากการฝึกเผชิญปัญหา ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมการการเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบเพื่อเสริมสร้างความภาคภูมิใจและการรับรู้ความสำเร็จผ่านตัวแบบ (Bandura, 1997) รวมทั้งเพิ่มเนื้อหาในส่วนการแลกเปลี่ยนเรียน รู้วิธีการการดูแลผู้ป่วย จุดแข็งและความภาคภูมิใจที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย รวมถึงประสบการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ในกิจกรรมที่ 1-3 ซึ่งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันนี้จะทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ส่งผลเกิดให้พลังอำนาจในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยต่อไป (Gibson, 1995)

ขั้นตอนที่ 4 การทบทวนกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังอำนาจ (Evaluation) ยังคงเดิม

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่กล่าวมาสามารถนำมาจัดกิจกรรมการบำบัด



แผนภูมิที่ 1 แผนภูมิสรุปรูปแบบการพัฒนาโปรแกรม

ตารางที่ 1 ตารางแสดงการบูรณาการแนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และการแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัว ของ (Minuchin, 1974)

กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ของ Zarea et al. (2014)	แนวคิดหลัก		การบูรณาการแนวคิดสู่กิจกรรมตามโปรแกรมฯ ของผู้วิจัย
	การแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัว (Family system) ของ (Minuchin, 1974)	การเสริมสร้างพลังอำนาจ ของ Gibson (1995)	
ขั้นตอนที่1 สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (perceiving the threat)	1.family homeostasis ได้แก่ แก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ 2.power system ได้แก่ การร่วมกันปรับโครงสร้างอำนาจ 3. family adjustment ได้แก่ การร่วมกันปรับพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวตามสถานการณ์ต่างๆ 4.ร่วมกันกำหนดกฎที่สมาชิกครอบครัวต้องถือปฏิบัติร่วมกัน 5. Family function ได้แก่ การร่วมกันปรับหน้าที่ของครอบครัวให้เหมาะสม จากการกำหนดบทบาทหน้าที่ในเผชิญปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ ของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว (family coping function) ให้เหมาะสม	ตั้งแต่กิจกรรมที่ 1 – 6 สามารถ ส่งเสริมให้เกิดปัจจัยที่แสดงถึงพลังอำนาจ ดังนี้ 1.ปัจจัยภายใน ได้แก่ ค่านิยมต่อความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง ความเชื่อในการจัดการปัญหา การมีเป้าหมายในชีวิต ความรู้ในการแก้ไขปัญหา 2.ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การได้รับความรู้ กำลังใจ ความเชื่อมั่น และการประคับประคองชีวิตจากสมาชิกในครอบครัวและเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนา	กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความตระหนักรู้ของครอบครัวต่อปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯของผู้ป่วย มีกิจกรรมย่อย 4 กิจกรรม ดังนี้ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ 1.2 การวิเคราะห์โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของครอบครัว 1.3 การสร้างความตระหนักรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาและ 1.4 การกำหนดเป้าหมายและกฎของครอบครัว
			กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและพัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ มีกิจกรรมย่อย 2 กิจกรรม ดังนี้ 2.1 การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์ 2.2 การพัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ของ Zarea et al. (2014)	แนวคิดหลัก		การบูรณาการแนวคิดสู่กิจกรรมตามโปรแกรมฯ ของผู้วิจัย
	การแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัว (Family system) ของ (Minuchin, 1974)	การเสริมสร้างพลังอำนาจ ของ Gibson (1995)	
ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy)	1.family homeostasis ได้แก่ แก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ 2.power system ได้แก่ การร่วมกันปรับโครงสร้างอำนาจ 3. family adjustment ได้แก่ การร่วมกันปรับพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวตามสถานการณ์ต่างๆ 4.ร่วมกันกำหนดกฎที่สมาชิกครอบครัวต้องถือปฏิบัติร่วมกัน 5. Family function ได้แก่ การร่วมกันปรับหน้าที่ของครอบครัวให้เหมาะสม จากการกำหนดบทบาทหน้าที่ในเผชิญปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ ของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว (family coping function) ให้เหมาะสม	โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ขั้นตอนที่ 1) การค้นพบปัญหาที่แท้จริง เป็นขั้นตอนที่ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพจริง ซึ่งจะเกิดการตอบสนองของบุคคลทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การตอบสนองด้านอารมณ์ 2) การตอบสนองด้านสติปัญญาการรับรู้ และ 3) การตอบด้านพฤติกรรม	กิจกรรมที่ 3 ทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ครอบครัวเคยใช้และผลที่เกิดขึ้น ดังนี้ 1.ให้แต่ละครอบครัวเล่าถึงปัญหาการรับประทานที่ไม่ต่อเนื่องและวิธีการแก้ไขที่ผ่านมา 2.ทบทวนเกี่ยวกับโครงสร้างบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย เป้าหมายและกฎของครอบครัวที่ร่วมกันตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย 3.ร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่ชัดเจน และเขียนลงในตารางบทบาทหน้าที่ของครอบครัวเรา

กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ของ Zarea et al. (2014)	แนวคิดหลัก		การบูรณาการแนวคิดสู่กิจกรรมตามโปรแกรมฯ ของผู้วิจัย
	การแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัว (Family system) ของ (Minuchin, 1974)	การเสริมสร้างพลังอำนาจ ของ Gibson (1995)	
	1.family homeostasis ได้แก่ แก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ 2.power system ได้แก่ การร่วมกันปรับโครงสร้างอำนาจ 3. family adjustment ได้แก่ การร่วมกันปรับพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวตามสถานการณ์ต่างๆ 4.ร่วมกันกำหนดกฎที่สมาชิกครอบครัวต้องถือปฏิบัติร่วมกัน 5. Family function ได้แก่ การร่วมกันปรับหน้าที่ของครอบครัวให้เหมาะสม จากการกำหนดบทบาทหน้าที่ในเผชิญปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ ของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว (family coping function) ให้เหมาะสม	โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจขั้นตอนที่ 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นขั้นตอนที่ช่วยให้บุคคลได้ทบทวนเหตุการณ์ที่ผ่านมาและประเมินผลการปฏิบัติที่ผ่านมา จากนั้นนำไปสู่การแสวงหาทางเลือก เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจเลือกปฏิบัติอย่างรอบคอบและเหมาะสมต่อไป	กิจกรรมที่ 4 ฝึกแก้ไขปัญหาใช้สถานการณ์จำลองซึ่งเป็นปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งและมอบหมายให้นำไปใช้จริงที่บ้านตามบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ดังนี้ 1.ให้แต่ละครอบครัวจับฉลากปัญหาฯ มาวิเคราะห์ ครอบครัวละ 1 ปัญหา 2.นำเสนอวิธีการแก้ไขปัญหาของครอบครัวตนเองและแลกเปลี่ยนวิธีการที่เหมาะสมเพิ่มเติม ร่วมกับครอบครัวอื่นๆ 3.ให้แต่ละครอบครัวเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองและนำไปใช้แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตามบริบทจริงของตนเอง

กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ของ Zarea et al. (2014)	แนวคิดหลัก		การบูรณาการแนวคิดสู่กิจกรรมตามโปรแกรมฯ ของผู้วิจัย
	การแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัว (Family system) ของ (Minuchin, 1974)	การเสริมสร้างพลังอำนาจ ของ Gibson (1995)	
ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem)	1.family homeostasis ได้แก่ แก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ 2.power system ได้แก่ การร่วมกันปรับโครงสร้างอำนาจ 3. family adjustment ได้แก่ การร่วมกันปรับพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวตามสถานการณ์ต่างๆ 4.ร่วมกันกำหนดกฎที่สมาชิกครอบครัวต้องถือปฏิบัติร่วมกัน 5. Family function ได้แก่ การร่วมกันปรับหน้าที่ของครอบครัวให้เหมาะสม จากการกำหนดบทบาทหน้าที่ในเผชิญปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ ของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว (family coping function) ให้เหมาะสม	โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม เป็นขั้นตอนที่พัฒนาให้บุคคล ได้การตัดสินใจแก้ไขปัญหาโดยเลือกใช้วิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ประกอบด้วยการกำหนดเป้าหมาย และระบุวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดี	กิจกรรมที่ 5 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันหลังจากที่ได้นำวิธีการไปปรับใช้กับบริบทจริงในครอบครัว ดังนี้ 1.ให้แต่ละครอบครัวร่วมแลกเปลี่ยน กระบวนการ ผลลัพธ์และความภาคภูมิใจ (สิ่งดีๆที่เกิดขึ้น) จากการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 2.นำเสนอเป็นแบบอย่างในการมีพฤติกรรรการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 3.ผู้นำกลุ่มแนะนำแหล่งประโยชน์และแนวทางการขอความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำมาดูแลผู้ป่วยได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ของ Zarea et al. (2014)	แนวคิดหลัก		การบูรณาการแนวคิดสู่กิจกรรมตามโปรแกรมฯ ของผู้วิจัย
	การแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัว (Family system) ของ (Minuchin, 1974)	การเสริมสร้างพลังอำนาจ ของ Gibson (1995)	
ขั้นตอนที่ 4การทบทวนกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังอำนาจ (Evaluation)	1.family homeostasis ได้แก่ แก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ 2.power system ได้แก่ การร่วมกันปรับโครงสร้างอำนาจ 3. family adjustment ได้แก่ การร่วมกันปรับพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวตามสถานการณ์ต่างๆ 4.ร่วมกันกำหนดกฎที่สมาชิกครอบครัวต้องถือปฏิบัติร่วมกัน 5. Family function ได้แก่ การร่วมกันปรับหน้าที่ของครอบครัวให้เหมาะสม จากการกำหนดบทบาทหน้าที่ในเผชิญปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ ของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว (family coping function) ให้เหมาะสม	โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นขั้นตอนที่ช่วยให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่บุคคลได้เลือกแล้ว เมื่อปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือผลสำเร็จจะทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ ส่งผลให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาในวันข้างหน้าต่อไป	กิจกรรมที่ 6 การทบทวนกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังอำนาจ และสิ้นสุดสัมพันธภาพ ดังนี้ 1.แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่มกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2.วิธีการเผชิญปัญหาที่แต่ละครอบครัวเลือกใช้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากการใช้บทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว 3.ยุติกลุ่ม

จากตารางการบูรณาการแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และการแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัว ของ (Minuchin, 1974) ตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผู้วิจัยสามารถอธิบายรายละเอียดของโปรแกรมฯ ได้ ดังนี้

<u>ขั้นตอนที่ 1</u> สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากการที่ผู้ป่วยพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (perceiving the threat) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 2 กิจกรรมได้แก่

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความตระหนักรู้ของครอบครัวต่อปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ฯของผู้ป่วย กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจต่อผู้บำบัดและสร้างความตระหนักรู้ในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ส่งเสริมการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว เพื่อนำไปสู่เป้าหมายในการร่วมกันแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของผู้ป่วยต่อไป (Dixon, 2000) โดยมีกิจกรรมย่อย 4 กิจกรรม ดังนี้ 1.1การสร้างสัมพันธภาพ 1.2 การวิเคราะห์โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของครอบครัว 1.3 การสร้างความตระหนักรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาและ 1.4 การกำหนดเป้าหมายและกฎของครอบครัว

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์ และ พัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ กิจกรรมนี้จะเป็นการให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย 2 กิจกรรมย่อย ดังนี้ 2.1 การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์ ให้ข้อมูลให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุน ได้แก่ การมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนข้อมูลของครอบครัวกับทีมสุขภาพและชุมชน 2.2 การพัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษา โดยมีงานวิจัยของ Zygmant et al. (2002) ที่พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยได้

<u>ขั้นตอนที่ 2</u> ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy)

กิจกรรมที่ 3 ทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ครอบครัวเคยใช้และผลที่เกิดขึ้น กิจกรรมนี้เป็นการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาจากการทบทวนวิธีการดูแลที่ผ่านมาเพื่อค้นหาและปรับปรุงวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย 4 กิจกรรม ดังนี้ 1) ทบทวนเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย 2) แลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยผ่านการวิเคราะห์โครงสร้างครอบครัว ดังนี้ การทำบทบาทหน้าที่ วิธีการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาว่าวิธีการใดที่สำเร็จและวิธีการใดที่ต้องพัฒนาให้ดีขึ้น รวมถึงจุดแข็งและจุดที่ต้องพัฒนาต่อไป 3) นำผลจากการวิเคราะห์ในแต่ละครอบครัวมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เรื่องวิธีการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยา ฯ

จากนั้นให้ข้อเสนอแนะในกลุ่มใหญ่ พร้อมทั้งให้กำลังใจซึ่งและเสนอแนะวิธีการแก้ไขปัญหาเพิ่มเติม (Minuchin, 1974 อ้างถึงใน สาริณี โต๊ะทอง, 2548)

กิจกรรมที่ 4 ฝึกแก้ไขปัญหาใช้สถานการณ์จำลองและใช้จริงที่บ้านตามบทบาทของครอบครัว แนวคิดการสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา จากการรับรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง และการสังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่น (Bandura, 1997) ได้นำมาจัดกระทำให้เกิดกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้ผู้ป่วยได้นำความรู้ ทักษะและประสบการณ์ที่ได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนในขั้นตอนที่ 1-3 มาใช้ในการร่วมกันวางแผนดูแลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องโดยใช้สถานการณ์จำลองซึ่งสร้างมาจากปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งในการดูแลผู้ป่วยระหว่างที่ต้องรับการรักษาด้วยยาจิตเวชผ่านกิจกรรมย่อย 2 กิจกรรม ดังนี้

1) ฝึกแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์จำลองที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยให้ขณะรับการรักษาด้วยยา โดยการให้แต่ละครอบครัวทดลองแก้ไขปัญหาโดยการปรับบทบาทที่ของสมาชิกแต่ละคน ให้เหมาะสม

2) ร่วมกันสรุปวิธีการที่แต่ละครอบครัวเลือกใช้ในการแก้ไขปัญหา มานำเสนอต่อกลุ่มใหญ่ 3) มอบหมายการบ้านให้นำวิธีการที่ครอบครัวเลือกไปใช้ปฏิบัติจริงตามบริบทของครอบครัว โดยการได้ทบทวนและทดลองแก้ไขปัญหานั้นเป็นกระบวนการที่ช่วยสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ใหม่ให้เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างแท้จริง (Minuchin, 1974 อ้างถึงใน สาริณี โต๊ะทอง, 2548)

<u>ขั้นตอนที่ 3</u> ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (Self-esteem) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 5 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันหลังจากที่ได้นำวิธีการไปปรับใช้กับบริบทจริงในครอบครัว กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความภาคภูมิใจในความสารถของตนเองจากการเผชิญปัญหา โดยการฝึกให้บุคคลเผชิญปัญหาจะเป็นการสร้างการรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง ผ่านการปฏิบัติด้วยตนเองหรือการได้รับรู้ถึงผลสำเร็จของบุคคลอื่นๆผ่านกิจกรรมย่อย 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) ทบทวนการติดตามการจดบันทึกการใช้ยา ที่ได้มอบหมายการบ้านไปทดลองปฏิบัติจริงที่บ้าน โดยการแลกเปลี่ยนผลสำเร็จที่เกิดขึ้นรวมถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติเพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการปรับวิธีการที่เหมาะสมต่อไป 2) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตามประเด็นดังนี้ ประสบการณ์และความภาคภูมิใจที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติจริงทั้งจากการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ตลอดจนการดูแลที่เกิดขึ้นในช่วงที่เข้าร่วมกระบวนการนี้ 3) ศึกษาต้นแบบที่ดีในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และ4) ทบทวนเป้าหมายของครอบครัวในการส่งเสริม

พฤติกรรมการใช้ยาฯ 5) แนะนำแหล่งประโยชน์ที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับ Zulkosky (2009) ที่กล่าวว่าการฝึกให้บุคคลเผชิญปัญหาจะเป็นการสร้างการรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง ผ่านการปฏิบัติด้วยตนเองหรือการได้รับรู้ถึงผลสำเร็จของบุคคลอื่นๆ

<u>ขั้นตอนที่ 4</u> การทบทวนกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังอำนาจ (Evaluation)

กิจกรรมที่ 6 ทบทวนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและสิ้นสุดสัมพันธภาพ

กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้ตระหนักถึงจุดแข็ง และรับรู้ถึงความสามารถ ส่งผลให้มีพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ ซึ่งทำให้บุคคลจะยังคงปฏิบัติและควบคุมกำกับตนเองอย่างต่อเนื่อง และส่งผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยต่อไปผ่านกิจกรรมย่อย 4 กิจกรรม ดังนี้ 1) แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง สิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่มกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การทบทวนพลังอำนาจด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ พลังอำนาจด้านทรัพยากรต่างๆ ในการแก้ไขปัญหา เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา ประสบการณ์วิธีการเผชิญปัญหาที่แต่ละครอบครัวเลือกใช้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ โดยใช้บทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม (family hemeostasis) 2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลและแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จำเป็นกับทีมสุขภาพและชุมชน 3) แนะนำวิธีการใช้เอกสารความรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาฯ เพิ่มเติม และ4) สรุปกลุ่มและยุติกลุ่ม กิจกรรมนี้ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ตระหนักถึงจุดแข็ง และรับรู้ถึงความสามารถ ส่งผลให้มีพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ ซึ่งทำให้บุคคลจะยังคงปฏิบัติและควบคุมกำกับตนเองอย่างต่อเนื่อง Gibson (1995) และส่งผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยต่อไป (Zarea., 2014)

6, งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Gibson (1995) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาจำนวน12 ราย ที่ให้การดูแลบุตรที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ใช้วิธีการ รวบรวมข้อมูล รายบุคคลด้วยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การบันทึก การสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง พบว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การค้นพบปัญหาที่แท้จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และ 4)การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมารดาที่มีพลังอำนาจจะมีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น

Kelly et al. (2007) ได้ศึกษากระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการทำหน้าที่ของเด็กที่มีความผิดปกติของพฤติกรรม จำนวน 79 ครอบครัว ซึ่งได้ทำการ

ประเมินพลังอำนาจของครอบครัวด้วยแบบประเมิน Family Empowerment Scale และพบว่าพลังอำนาจของครอบครัวที่ประกอบด้วยการเพิ่มขีดความสามารถด้านการดูแลผู้ป่วยให้กับครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของเด็กที่มีความผิดปกติของพฤติกรรม

Lincoln,Wilhelm and Nestroriuc (2007) ได้ทำการทบทวนวรรณงานวิจัยที่ศึกษาถึงผลของสุขภาพจิตศึกษาต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ อาการทางจิต พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์และการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเวช ทั้งสิ้น 199 งานวิจัย พบว่าการที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะประสพผลสำเร็จมากกว่าโปรแกรมที่บำบัดผู้ป่วยเป็นรายเดี่ยว โดยพบว่าสามารถควบคุมอาการทางจิตและลดอัตราการกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วยได้นานถึง 7-12 เดือน

Azimi et al. (2010) ได้ทำการศึกษากระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งมุ่งเน้นไปที่การแก้ไขปัญหาในเชิงระบบครอบครัว โดยอาศัยโครงสร้างของครอบครัวและการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกแต่ละบุคคลให้เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยเลือด โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีวิถีชีวิตทั้ง 4 ด้าน ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 งานวิจัยนี้ได้อธิบายว่าพลังอำนาจประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) แรงจูงใจในการกระทำสิ่งต่างๆให้ประสบผลสำเร็จ 2) ความเข้มแข็งของจิตใจ และ3) ความสามารถในการเผชิญปัญหาและองค์ประกอบแห่งพลังอำนาจทั้ง 3 นี้ จะเกิดขึ้นจากการะบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ในเชิงระบบครอบครัว ทั้งสิ้น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่1 การรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบ (perceiving the threat) ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy) ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem) และ ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล (Evaluation)

Ghasemi et al.(2014) ได้ศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตของผู้เสพยาบ้าและครอบครัว (Effects of Family-Centered Empowerment Model Based Education Program on Quality of Life in Methamphetamine Users and Their Families) โดยงานวิจัยนี้มีกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งสิ้น 9 กิจกรรม ประกอบด้วย 1.การสร้างสัมพันธภาพบอกวัตถุประสงค์ 2.อธิบายความหมายของพฤติกรรมเสพติดและการมีคุณภาพที่ชีวิตที่ดี 3.ส่งเสริมความร่วมมือในการเข้าร่วมการบำบัดรักษา 4.ฝึกทักษะการเผชิญปัญหาเรื่องการหลีกเลี่ยงการเสพสารเสพติด 5. การหาแหล่งสนับสนุน 6.ฝึกมองโลกในแง่ดีเพื่อลดความวิตกกังวล 7.เสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองในการใช้ชีวิตประจำวัน 8.ฝึกฝนการตั้งเป้าหมายในชีวิต และ9.สรุปเรียนรู้จากการะบวนทั้งหมดเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติต่อไป โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ($p < .01$)

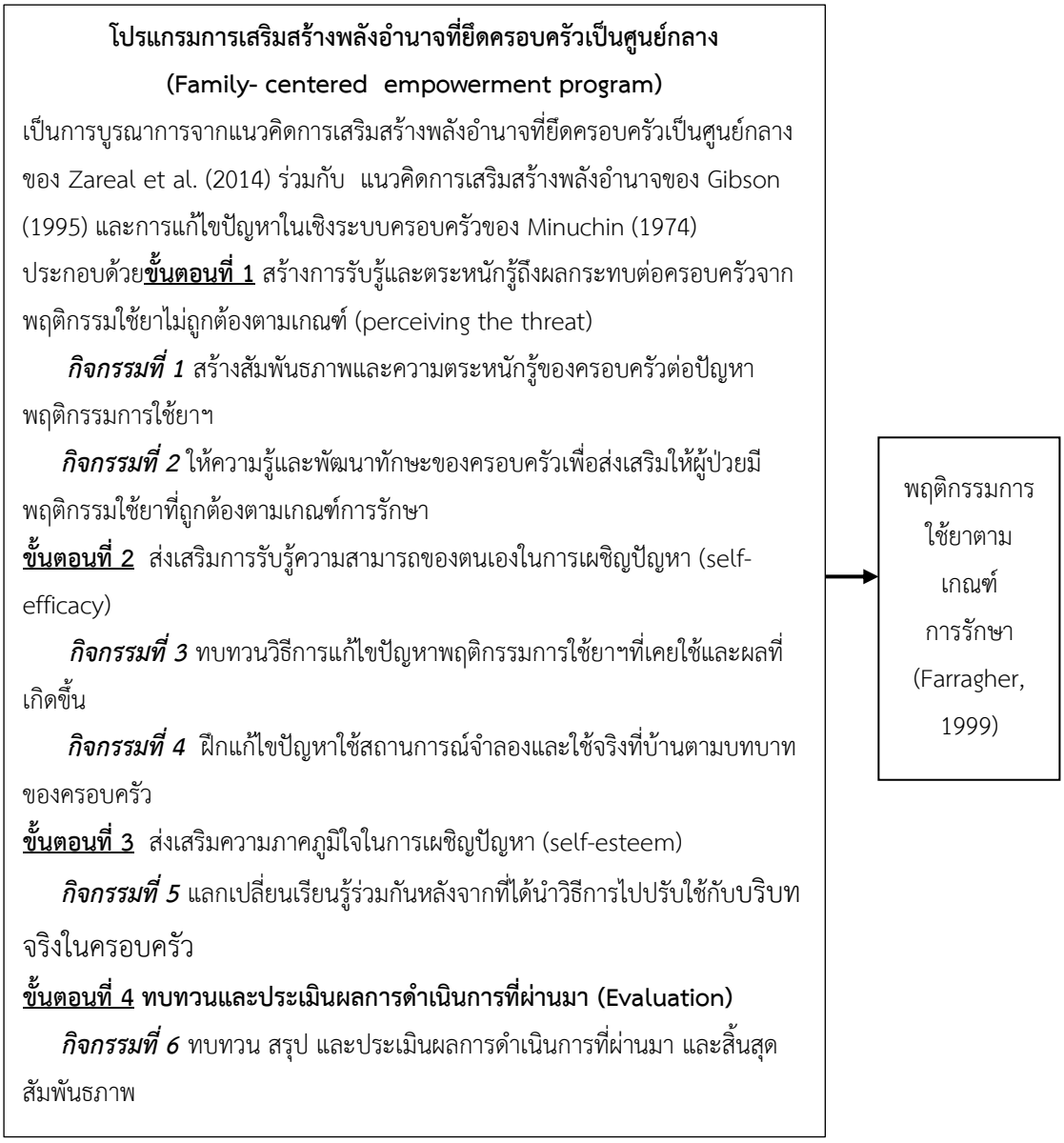
Zareal et al. (2014) ได้ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 36 ครอบครัว โดยกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจมุ่งเน้นไปที่การแก้ไขทั้งระบบครอบครัว โดยมีกระบวนการ 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรมๆละ 90 นาที ดังนี้ ขั้นตอนที่1) การรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากพฤติกรรมใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ (perceiving the threat) ขั้นตอนที่ 2) ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy) ขั้นตอนที่ 3) ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem) และ ขั้นตอนที่4) ทบทวนและประเมินผลการดำเนินการที่ผ่านมา (Evaluation) พบว่า สามารถช่วยเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อการรักษาและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p < .01$)

สรินธร เชี่ยวโสธร (2545) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ แก่ผู้ป่วย ตามแนวคิดพลังอำนาจของ Miller (1992) กลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล พบว่าสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ และได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการศึกษาติดตามพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกลับไปในชุมชน

ผลทิพย์ ปานแดง (2545) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์แนวคิดพลังอำนาจของ Miller (1992) โดยทำการในศึกษาผู้ป่วยที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งการบำบัดเป็นรายครอบครัว พบว่าสามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยได้

ธงรบ เทียนสันต์ (2556) ศึกษาเรื่องผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้าง ของ Minuchin (1974) ร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) พบว่าสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

จากการศึกษางานวิจัยที่กล่าวมาสรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดังแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The Pretest-Posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
มีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

O_1	x	O_2	กลุ่มทดลอง
O_3		O_4	กลุ่มควบคุม

O_1 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

O_2 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

X การใช้โปรแกรมการการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

O_3 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O_4 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลองหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์วินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งเข้ารับการรักษาด้วยยาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ละครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน ผู้ดูแลหลัก 1 คนและดูแลรอง 1 คน รวมทั้งสิ้นครอบครัวละ 3 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้การรับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์วินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่อาศัยอยู่ในชุมชน แต่ละครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ผู้ดูแลหลัก 1 คน และผู้ดูแลรอง 1 คน รวมทั้งสิ้นครอบครัวละ 3 คน จำนวน 40 ครอบครัว ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติในเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ครอบครัว ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่ให้ผู้ป่วยมีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกัน เรื่องของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และอายุของผู้ป่วยที่ไม่แตกต่างกันเกิน 5 ปี ซึ่งทำการจับคู่คุณสมบัติทีละตำบล จนครบทั้ง 4 ตำบล จากนั้นจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยตำบลที่ 1 ได้แก่ ตำบลหนองหลัก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ อย่างละ 1 กลุ่ม กลุ่มละ 4 ครอบครัว ตำบลที่ 2 ได้แก่ ตำบลโนนยอ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ อย่างละ 1 กลุ่ม กลุ่มละ 4 ครอบครัว ตำบลที่ 3 ได้แก่ ตำบลประสุข แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ อย่างละ 2 กลุ่ม กลุ่มละ 4 ครอบครัว และตำบลที่ 4 ได้แก่ ตำบลโนนรัง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ อย่างละ 1 กลุ่ม กลุ่มละ 4 ครอบครัว

ซึ่งเกณฑ์คุณสมบัติที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท

1) เป็นผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งมีอายุระหว่าง อายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD10

2) มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาระดับต่ำสุดถึงปานกลาง (1.00 – 3.49 คะแนน) จากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร เชี่ยวโสธร (2545)

3) มีคะแนนอาการทางจิตสงบ คือ น้อยกว่า 36 คะแนน ประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (*BPRS*)

4) อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว

5) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท

1) เป็นบิดา หรือ มารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่งที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท

2) เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัลใดๆ

3) มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ทั้งชายและหญิง

4) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลรอง

1) เป็นผู้ให้การช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ผู้ดูแลรอง)

2) อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท

3) มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ทั้งชายและหญิง

4) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้

5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) โดยใช้ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) (Polit& Beck, 2004) จากการนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลองจากการศึกษาเรื่องผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ของ ผลทิพย์ ปานแดง (2545) มาร่วมในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 80.55 % มีโอกาสเกิดความคาดเคลื่อนชนิดที่สอง เป็น 19.45 % ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มอย่างน้อย 8 ครอบครัว แต่เนื่องจากผู้วิจัยป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมดเป็นจำนวน 40 ครอบครัว แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว (แต่ละครอบครัวประกอบด้วยสมาชิก 3 คน คือ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรองในครอบครัวอีก 1 คน) ซึ่งผู้วิจัยกำหนดให้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้คุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ได้แก่ คะแนนจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและอายุที่ใกล้เคียงกัน จำนวน 40 คน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายจากการจับฉลากสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ภายหลังที่ได้รับการอนุมัติจริยธรรมให้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์แล้ว ผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลชุมพวง เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อเวชระเบียนที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ในปีงบประมาณ 2559 จากข้อมูลเวชระเบียนพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 290 คน

2. สำรวจข้อมูลเบื้องต้นจากข้อมูลเวชระเบียน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทและมีอายุเข้าเกณฑ์คุณสมบัติเบื้องต้นอายุคือ มีอายุอยู่ ระหว่าง 20- 59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย มีจำนวน 242 คน

3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยความสมัครใจ พร้อมทั้งอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ภายหลังขั้นตอนนี้พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภท ไม่สมัครเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 2 ราย จากนั้นดำเนินการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างเกณฑ์คุณสมบัติเบื้องต้น ในบางข้อ ได้แก่ BPRS < 36 คะแนน อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว มีผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองครบทั้ง 2 คน และสื่อสารภาษาไทยได้ ซึ่งพบว่ามีคุณสมบัติเบื้องต้นดังกล่าวนี้ จำนวน 197 ครอบครัว

4. จากนั้นผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวที่มีการคัดกรองเบื้องต้น จำนวน 138 คน โดยทำการประเมินจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมพวง โดยจำนวน 138 คนนี้ ได้มาจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Yamane (1967) จากสูตรพบว่าหากมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 200 คน และการวิจัยนี้มีการกำหนดความคลาดเคลื่อนไว้ที่ 5% จะต้องทำการประเมินกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 133 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งสิ้นจำนวน 138 คน และจากการประเมินพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ ระดับดี –ดีมาก (3.50 – 5.00 คะแนน) จำนวน 62 คนและคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ ระดับต่ำ – ปานกลาง (1.00 – 3.49 คะแนน) มีจำนวน 76 คน ดังนั้น จึงมีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ทุกข้อ จำนวน 76 คน (จาก 76 ครอบครัว)

5. เนื่องจากผู้วิจัยได้วางแผนดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย โดยการนัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างมาเข้าร่วมโปรแกรม ณ โรงพยาบาลประจำตำบล ของแต่ละตำบล ของตนเองเนื่องจากครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองนั้นต้องมาเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกันทุกครั้ง ผู้วิจัยจึงได้ทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 76 ครอบครัว ด้วยการจับคู่กลุ่ม

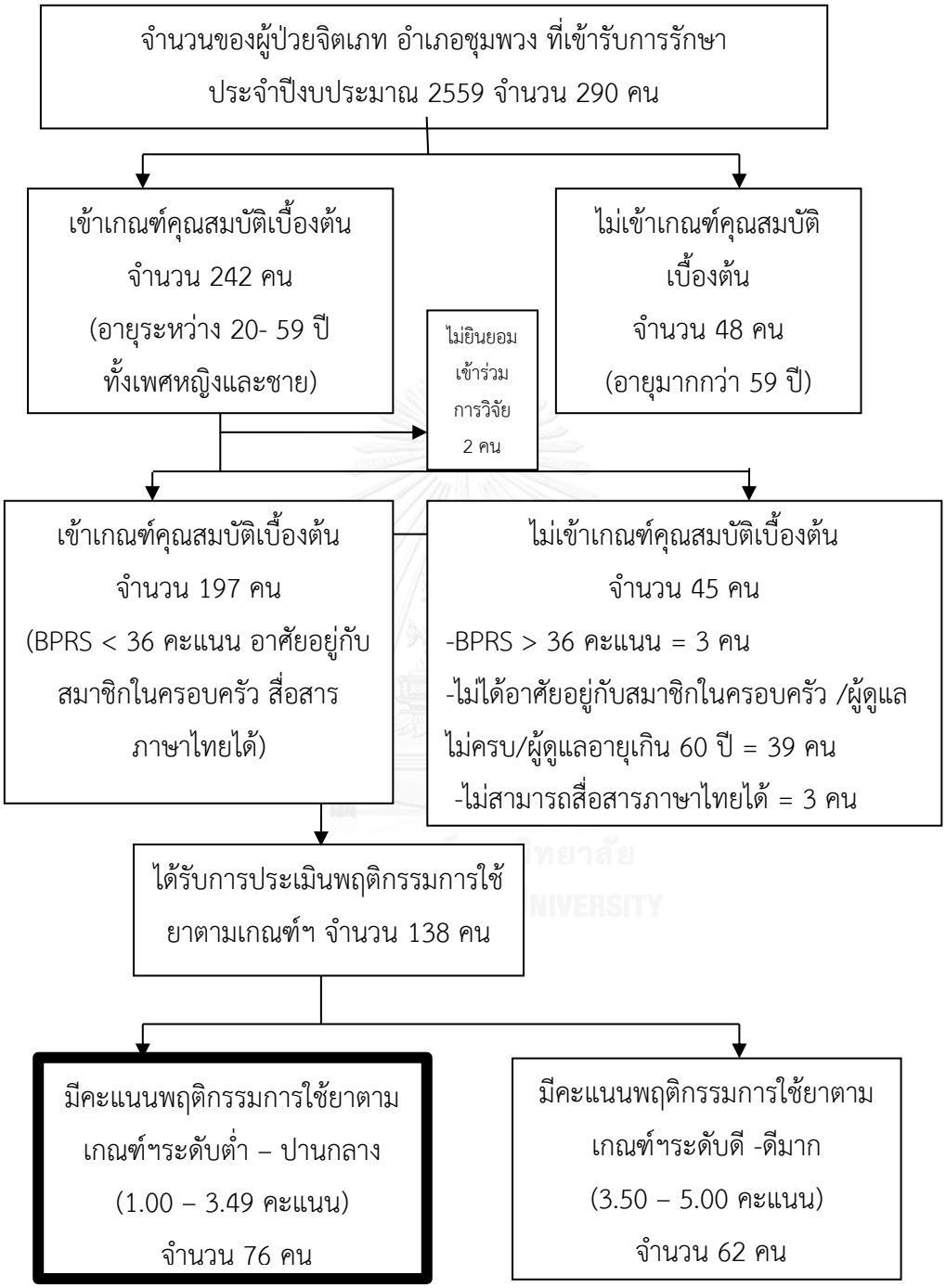
ตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อการวิจัย โดยใช้คุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวเป็นหลัก คือ จับคู่ผู้ป่วยที่มีคะแนนจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่อยู่ในระดับเดียวกัน ซึ่งเมื่อนำข้อมูล คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยทั้ง 76 คน มาเรียงลำดับคะแนน จะได้กลุ่มตัวอย่างกระจายอยู่ใน 4 ตำบล คือ ตำบลหนองหลัก ตำบลโนนยอ ตำบลประสุข และตำบลโนนรัง ซึ่งมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ 1 คู่ และมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง 19 คู่ จากนั้นทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) ต่อด้วยอายุของผู้ป่วยจิตเภท (ที่มีช่วงห่างกันไม่เกิน 5 ปี) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การภายในตำบลเดียวกัน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ภายในตำบลเดียวกัน ไปทีละตำบล จนครบ 20 คู่ เพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละครอบครัว ให้ไม่ใช้เวลาเดินทางนานและไม่ให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

จากการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียด ดังนี้

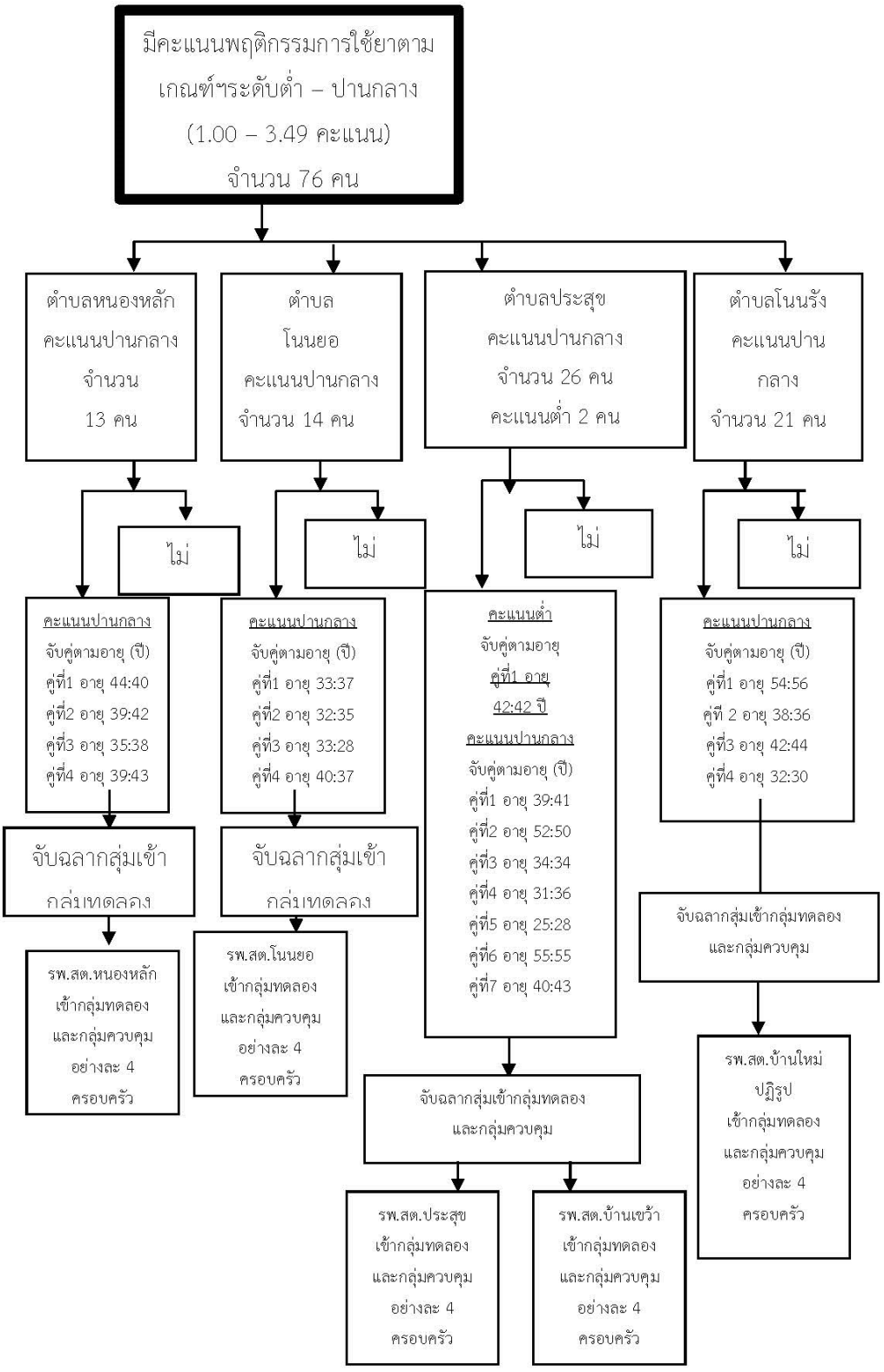
- ตำบลหนองหลักสามารถจับคู่กลุ่มตัวอย่างได้ 4 คู่ ที่เหลืออีก 5 คน ไม่สามารถจับคู่ได้
- ตำบลโนนยอ สามารถจับคู่กลุ่มตัวอย่างได้ 4 คู่ ที่เหลืออีก 6 คน ไม่สามารถจับคู่ได้
- ตำบลประสุขสามารถจับคู่กลุ่มตัวอย่างได้ 8 คู่ ที่เหลืออีก 10 คน ไม่สามารถจับคู่ได้
- ตำบลโนนรัง สามารถจับคู่กลุ่มตัวอย่างได้ 4 คู่ ที่เหลืออีก 13 คน ไม่สามารถจับคู่ได้ดังแสดงตามแผนภูมิที่ 3 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถจับคู่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 34 คน ผู้วิจัยได้ส่งต่อข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้ให้โปรแกรมฯกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถจับคู่คุณสมบัติได้ในภายหลังตามหลักจริยธรรมการวิจัย

แผนภูมิที่ 3 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับคู่ตามคุณสมบัติและจับฉลากสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



แผนภูมิที่ 3 (ต่อ) แสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับคู่ตามคุณสมบัติและจับฉลากสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



หมายเหตุ : กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถจับคู่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 34 คน ผู้วิจัยได้ส่งต่อข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ให้โปรแกรมฯกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถจับคู่คุณสมบัติได้ในภายหลังตามหลักจริยธรรมการวิจัย

ตารางที่ 2 ตารางแสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามอายุและคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	**กลุ่มทดลอง**			**กลุ่มควบคุม**		
	พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา			**พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา**		
	คะแนน	**ระดับ**	**อายุ**	**คะแนน**	**ระดับ**	**อายุ**
1.ตำบลหนองหลัก รพ.สต.หนองหลัก						
1	3.24	ปานกลาง	44	3.24	ปานกลาง	40
2	3.24	ปานกลาง	39	3.24	ปานกลาง	42
3	3.33	ปานกลาง	35	3.33	ปานกลาง	38
4	3.48	ปานกลาง	39	3.48	ปานกลาง	43
2.ตำบลโนนยอ รพ.สต. โนนยอ						
5	2.86	ปานกลาง	33	2.81	ปานกลาง	37
6	2.90	ปานกลาง	32	3	ปานกลาง	35
7	3.10	ปานกลาง	33	3.1	ปานกลาง	28
8	3.14	ปานกลาง	40	3.14	ปานกลาง	37
3.ตำบลประสุข รพ.สต.ประสุข						
9	3.05	ปานกลาง	31	3.05	ปานกลาง	36
10	3.19	ปานกลาง	25	3.19	ปานกลาง	28
11	3.19	ปานกลาง	55	3.19	ปานกลาง	55
12	3.48	ปานกลาง	40	3.43	ปานกลาง	43

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา			พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา		
	คะแนน	ระดับ	อายุ	คะแนน	ระดับ	อายุ
ตำบลประสุข รพ.สต.บ้านเขว้า						
13	2.29	ต่ำ	42	2.33	ต่ำ	42
14	2.76	ปานกลาง	39	2.76	ปานกลาง	41
15	2.81	ปานกลาง	52	2.81	ปานกลาง	50
16	2.90	ปานกลาง	34	2.9	ปานกลาง	34
ตำบลโนนรัง รพ.สต.บ้านใหม่ปฏิรูป						
17	2.86	ปานกลาง	54	2.86	ปานกลาง	56
18	3.14	ปานกลาง	38	3.14	ปานกลาง	36
19	3.19	ปานกลาง	42	3.19	ปานกลาง	44
20	3.24	ปานกลาง	32	3.24	ปานกลาง	30

จากตารางที่ 3 พบว่ามีการจับคู่โดยใช้คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาพบผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาฯ อยู่ในระดับต่ำ (คะแนน 1.50 – 2.49) จำนวน 1 คู่ และระดับปานกลาง (คะแนน 2.50 – 3.49) จำนวน 19 คู่ ซึ่งทั้ง 20 คู่นั้นมีช่วงอายุที่ใกล้เคียงกันตามเกณฑ์การจับคู่ (Hoffman, 1994) คือ ห่างกันไม่เกิน 5 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) จากตารางพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 39.35 ปี โดยอายุสูงสุดเท่ากับ 56 ปี และต่ำสุด 25 ปี และหากแบ่งตามช่วงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 25 – 29 ปี จำนวน 2 คู่ ช่วงอายุ 30 -34 ปี จำนวน 8 คู่ ช่วงอายุ 35 – 39 ปี จำนวน 11 คู่ ช่วงอายุ 40 – 44 ปี จำนวน 12 คู่ ช่วงอายุ 50 – 54 ปี จำนวน 3 คู่ และช่วงอายุ 55 – 59 ปี จำนวน 3 คู่

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์และได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2558 (ดังเอกสารในภาคผนวก ค)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย สำหรับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยได้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้บอกวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาและขั้นตอนของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งชี้แจงว่าในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยนั้นกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อสงสัยต่างๆ จากผู้วิจัยได้โดยตรง และเน้นย้ำว่าข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะปกปิดเป็นความลับ โดยจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้นและไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะเข้าร่วม ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป และแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545)

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินพลังอำนาจของครอบครัว The Family Empowerment Scale (FES)

4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (*BPRS*)

รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสามารถอธิบายได้ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์จากการศึกษาของ Zarea et al. (2014) โดยนำมาบูรณาการกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และแนวคิดระบบครอบครัวของ Minuchin (1974) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรกมารใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีขั้นตอนการสร้าง และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ ในเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยจิตเภทชุมชนได้ทำศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ร่วมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องลงทะเบียนเรียนวิชาการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจำนวน 3 หน่วยกิต และเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการการบำบัดและให้คำปรึกษาครอบครัว จาก ศาสตราจารย์แพทย์หญิง อุมาพร ตรังคสมบัติและคณะ เพื่อเรียนรู้และฝึกการบำบัดครอบครัวและการให้คำปรึกษาครอบครัว

1.2 ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยประยุกต์จากการศึกษาของ Zarea et al. (2014) มาบูรณาการกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และแนวคิดระบบครอบครัวของ Minuchin (1974) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โปรแกรมฯ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากการที่ผู้ป่วยพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (perceiving the threat)

ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความตระหนักรู้ของครอบครัวต่อปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ฯของผู้ป่วย

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวแกิดสัมพันธภาพและความไว้วางใจต่อผู้บำบัด ซึ่งจะส่งผลดีต่อการดำเนินกิจกรรมในทุกขั้นตอน และกิจกรรมยังได้สร้างให้ผู้ป่วยและครอบเกิดความตระหนักรู้ในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ส่งเสริมการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว เพื่อนำไปสู่เป้าหมายในการ่วมกันแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของผู้ป่วยต่อไป (Dixon, 2000) เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพของตนเอง จะส่งผลให้เกิดความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา ผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นประกอบไปด้วยผลกระทบระดับบุคคล ระดับครอบครัวและประเทศชาติ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกันทั้งสิ้น เช่นเดียวกันกับปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา หากผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้วนั้น ย่อมส่งผลให้

เกิดความตระหนักในการแก้ไขปัญหาและนำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น

ในปัจจุบันผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและอาศัยอยู่รวมกันกับครอบครัว ซึ่งปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่เกิดขึ้นนั้น ไม่ใช่เพียงเป็นปัญหาของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นปัญหาของทั้งระบบครอบครัว ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัว โดยการสร้างสัมพันธภาพ สร้างความตระหนักรู้ของครอบครัวต่อปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาฯ ให้เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์โครงสร้างครอบครัวเพื่อทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนในครอบครัว จากนั้นร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวางแผนดูแลผู้ป่วย โดยอาศัยการปรับบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัวต่อไป

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์ และ พัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วย 2 กิจกรรมย่อย แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 90 นาที ดังนี้

กิจกรรม 2.1 การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์

กิจกรรม 2.2 การพัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

สาระสำคัญ

นอกจากการสร้างความตระหนักรู้ถึงผลกระทบแล้วผู้วิจัยยังได้เพิ่มเนื้อหาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหา (Gibson, 1995) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้องและกิจกรรมนี้จะเป็นการให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย 2 กิจกรรมย่อย ดังนี้ กิจกรรม 2.1 การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์ กิจกรรม 2.2 การพัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์โดยมีงานวิจัยของ Zygmant et al. (2002) ที่พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษานั้น ต้องสร้างความเข้าใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยาจิตเวช เนื่องจากทฤษฎีทางการแพทย์เชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตมาสารสื่อประสาทในสมองไม่สมดุลกัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการใช้ยารักษาอาการทางจิตเพื่อปรับให้สารสื่อประสาทเหล่านั้นกลับมาสู่ภาวะสมดุล ส่งผลให้อาการของผู้ป่วยสงบลงและใช้ชีวิตได้ตามปกติ หากผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจในเรื่องนี้แล้วจะทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยาทางจิตเวชเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์เพิ่มมากขึ้นกระบวนการดังกล่าวต้องเริ่มต้นจากการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ซึ่งมี

เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของโรคจิตเภท สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรค อาการของโรค การดำเนินโรค การพยากรณ์โรค และแนวทางการรักษาพยาบาล

จากนั้นเป็นการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์ ประกอบด้วย 1.การใช้ยาตามแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์และ 2. ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง และ3แหล่งสนับสนุนและการมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพและชุมชนในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีแนวทางในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมกับทีมรักษา และชุมชน ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดพลังอำนาจ รับรู้ถึงบทบาทและหน้าที่ของตนเอง รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษาและชุมชน ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการร่วมกันดูแลผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ

นอกจากความรู้ความเข้าใจแล้วการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นยังต้องอาศัยทักษะที่มาจากการปฏิบัติจริง การพัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ เป็นการฝึกทักษะการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ การใช้ยาตามแผนการรักษา และความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) ดังนั้นทักษะที่ต้องฝึกให้กับผู้ป่วยและครอบครัว จึงประกอบด้วย การจัดยารับประทาน การเตือนเวลารับประทานยา การดูแลตนเองขณะรับประทานยาจิตเวช การจัดการกับผลข้างเคียงจากการรับประทานยาการรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีการให้ข้อมูลถึงแหล่งสนับสนุน เช่น โรงพยาบาลหรือชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการบริการและได้รับความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดีต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy)

ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ครอบครัวเคยใช้และผลที่เกิดขึ้น

สาระสำคัญ

จากการะบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางในขั้นตอนที่ 1 ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงและตระหนักถึงผลกระบทต่อการมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์รักษาร่วมกับการมีความรู้เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคจิตเภท และมีทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองให้เป็นไปตามเกณฑ์เพิ่มมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามนอกจากความรู้และทักษะเบื้องต้นที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีแล้ว การเสริมสร้างพลังอำนาจยังมีขั้นตอนในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาต่างๆ โดยใช้ความรู้และทักษะที่มีอยู่อย่างเหมาะสม ผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่ยั่งยืน จึงต้องมีการทบทวนวิธีการแก้ไขเดิมที่เคยใช้และทดลองแก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและครอบครัว (self-efficacy) (Bandura, 1997)

การทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ครอบครัวเคยใช้และผลที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มองเห็นถึงทรัพยากรหรือจุดแข็งของครอบครัวตนเองมีอยู่ เช่น ความรักความห่วงใยซึ่งกันและกัน ทักษะการแก้ไขปัญหา ความรู้และการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในครอบครัว และเมื่อได้ทบทวนการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมองเห็นจุดแข็งและจุดที่จะต้องพัฒนาตนเองได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น กิจกรรมนี้กำหนดให้แต่ละครอบครัวเล่าถึงปัญหาการรับประทานที่ไม่ต่อเนื่อง ขาดยา ลืมกินยาของผู้ป่วย และวิธีการแก้ไขปัญหาที่เคยใช้รวมถึงผลที่เกิดขึ้นหลังจากการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา จากนั้นร่วมกันอภิปรายเพื่อหาวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับครอบครัวของตนเอง โดยการปรับบทบาทของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวให้เหมาะสมต่อการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ตามแนวคิดการแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัว

กิจกรรมที่ 4 ฝึกแก้ไขปัญหาใช้สถานการณ์จำลองและใช้จริงที่บ้านตามบทบาทของครอบครัวฯ

สาระสำคัญ

จากแนวคิดการสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา จากการรับรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง และการสังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่น (Bandura, 1997) ได้นำมาจัดกระทำให้เกิดกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้ผู้ป่วยได้นำความรู้ ทักษะและประสบการณ์ที่ได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนในขั้นตอนที่ 1-3 มาใช้ในการร่วมกันวางแผนดูแลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องโดยใช้สถานการณ์จำลอง ซึ่งสร้างมาจากปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งในการดูแลผู้ป่วยระหว่างที่ต้องรับการรักษาด้วยยาจิตเวช (ชุดความรู้และแนวทางการปฏิบัติเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท กรมสุขภาพจิต, 2551) ได้แก่ การลืมกินยาแล้วจะทำอย่างไรไม่ให้ลืม

อีก, การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา, ปัญหาเมื่อผู้ป่วยต้องการดื่มสุราและสูบบุหรี่ร่วมกับการใช้ยาจิตเวช, ปัญหาที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยาม, ปัญหาเมื่อไม่สามารถไปตรวจตามนัดได้ โดยให้แต่ละครอบครัวได้ร่วมกันสรุปวิธีการดูแลผู้ป่วยที่แต่ละครอบครัวเลือกใช้ในการแก้ไขปัญหา จากนั้นมอบหมายการบ้านให้นำวิธีที่เลือกใช้ไปทดลองปฏิบัติจริงตามบริบทของครอบครัว (family adjustment)

ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ระยะเวลา 90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันหลังจากที่ได้นำวิธีการไปปรับใช้กับบริบทจริง

สาระสำคัญ

ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) คือ ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในทางที่ดี มีความเคารพและยอมรับตนเองว่ามีความสำคัญ มีความสามารถและใช้ความสามารถที่มีอยู่กระทำสิ่งต่างๆให้ประสบความสำเร็จได้ตามเป้าหมาย โดยการส่งเสริมความภาคภูมิใจนั้นเกิดจากการแลกเปลี่ยนถึงประสบการณ์การเผชิญปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา ประกอบด้วย วิธีการการดูแลผู้ป่วย จุดแข็งและความภาคภูมิใจที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย รวมถึงประสบการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกระบวนการสร้างเสริมสร้างพลังอำนาจที่ในกิจกรรมที่ 1-4 ซึ่งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันนี้จะทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ส่งผลเกิดให้พลังอำนาจในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยต่อไป (Gibson, 1995) นอกจากนี้ยังมีการนำบุคคลต้นแบบที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีมานำเสนอเพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากตัวแบบ และถึงแม้ว่าในบางครอบครัวอาจไม่ประสบผลสำเร็จในการเผชิญปัญหาแต่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ครั้งนี้ ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแลที่ประสบผลสำเร็จจากครอบครัวอื่นๆ ซึ่งจะทำให้ครอบครัวค้นพบจุดแข็ง และจุดบกพร่องที่ต้องพัฒนาต่อไป ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจตามมา (Bandura, 1997) กิจกรรมประกอบด้วย การติดตามสมุดบันทึกการใช้ยาฯ ที่ได้มอบหมายการบ้านไปในครั้งที่แล้ว ต่อมาเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หลังได้ทดลองนำวิธีการดูแลผู้ป่วยปรับใช้ในการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ (family adjustment) จากนั้นศึกษาต้นแบบการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี ต่อมาร่วมกันทบทวนเป้าหมายของครอบครัวและแนะนำแหล่งสนับสนุนเพิ่มเติม

<u>ขั้นตอนที่ 4</u> ทบทวนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Evaluation) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4 ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ระยะเวลา 90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 6 ทบทวนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและสิ้นสุดสัมพันธภาพ

สาระสำคัญ

การทบทวนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ตระหนักถึงทรัพยากรของตนเองที่จะนำมาใช้แก้ไขปัญหา และส่งเสริมการรับรู้พลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ ส่งผลให้บุคคล ยังคงการปฏิบัติและควบคุมกำกับตนเองอย่างต่อเนื่อง การทบทวนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 1-3 ที่ผ่านมาประกอบไปด้วย พลังอำนาจด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ พลังอำนาจด้านทรัพยากรต่างๆ ในการแก้ไขปัญหา รวมไปถึง ความรักความห่วงใยซึ่งเป็นพลังอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวเกิดพลัง ร่วมแรงร่วมใจกันในการแก้ไขปัญหา เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา ประสบการณ์และความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา อย่างไรก็ในระยะนี้ถึงแม้ว่าบุคคลจะยังมีความรู้สึกผิดหวัง ไม่สบายใจ คับข้องใจจากผลของการกระทำที่อาจจะไม่ประสบผลสำเร็จ แต่การได้การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับครอบครัวอื่นๆ ยังเป็นวิธีการที่ทำให้บุคคลรับรู้ถึงความสามารถของตนเองได้ ทั้งส่วนที่เป็นจุดแข็งและส่วนที่ต้องพัฒนาเพื่อใช้ในการเผชิญปัญหาครั้งต่อไปให้ดีขึ้น และในครอบครัวที่ปฏิบัติแล้วเกิดผลสำเร็จก็จะเป็นการเพิ่มพลังอำนาจในการเผชิญปัญหาให้แข็งแกร่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ดีต่อไปอย่างยั่งยืน กิจกรรมประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกระบวนการที่ผ่านมา และวิธีการเผชิญปัญหาที่แต่ละครอบครัวเลือกใช้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ โดยใช้บทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม (family hemeostasis) จากนั้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนและทบทวนวิธีการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวร่วมกับทีมสุขภาพและชุมชน ต่อมาแนะนำวิธีการใช้คู่มือและเอกสารต่างๆ เพิ่มเติม สุดท้ายคือการสรุปกลุ่มและยุติสัมพันธภาพ

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม การเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม จากนั้นได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาสุขภาพจิตเวชและจิตเวช 3 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบของเนื้อหากิจกรรม ความตรงเชิงโครงสร้าง ในแต่ละกิจกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน มีความเห็นตรงกันว่าทั้ง 6 กิจกรรมมีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง สามารถคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity

index, CVI) ภายหลังการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าเท่ากับ 1 โดยข้อเสนอแนะในการพัฒนาโปรแกรมของผู้ทรงคุณวุฒิมี 3 ประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. รูปแบบการดำเนินการ

โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดำเนินการเป็นรายกลุ่มครอบครัว โดยแบ่ง 20 ครอบครัว ออกเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 4 ครอบครัว หรือ 12 คน ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านเห็นว่าเหมาะสม โดยให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการตกลงบริการ เรื่อง การเข้าร่วมโปรแกรมฯ ให้ครบทุกคน ทุกครอบครัวและทุกขั้นตอน และให้ระบุคุณสมบัติของสมาชิกในครอบครัว อีก 1 คนที่มาเข้าร่วมโปรแกรมให้ชัดเจนว่าเป็นใคร หรือมีข้อจำกัดในการคัดเลือกอย่างไร ผู้วิจัยจึงได้มีการปรับแก้ไข ดังนี้

1) เพิ่มเนื้อหาเพื่อให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างตามใบให้มูลและใบเซ็นยินยอมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2) เพิ่มเนื้อหาให้มีการกล่าวถึงความสำคัญของการเข้าร่วมโปรแกรม ให้ครบทุกคน ทุกครั้ง

3) เพิ่มเนื้อหาให้มีการกล่าวถึงประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ เมื่อเข้าร่วมโปรแกรม

4) ในส่วนของคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างได้ระบุชัดเจนแล้วใน หัวข้อ คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

2. จำนวนครั้งในการจัดกิจกรรม

โปรแกรมฯ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านเห็นว่าเหมาะสม โดยอาจมีการปรับลดหรือเพิ่มเวลาตามสถานการณ์ แต่ไม่ควรเกิน 90 นาที ตามที่ระบุไว้

3. เนื้อหาของกิจกรรม

3.1 **ขั้นตอนที่ 1** สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากการที่ผู้ป่วยพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (perceiving the threat)

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความตระหนักรู้ของครอบครัวต่อปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ฯของผู้ป่วย ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านเห็นว่าเหมาะสม ถือเป็นกิจกรรมที่ดีและครอบครัว แต่อย่างไรตามควรกระชับเนื้อหา เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความเข้าใจและสนใจเนื้อหามากยิ่งขึ้น และมีข้อเสนอแนะนำให้กิจกรรมนี้ เพิ่มเติมให้ครอบครัวได้มองเห็นและฝึกคิดจุดแข็งหรือพลังอำนาจของตนเองและครอบครัว ก่อนที่จะพาวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงได้มีการปรับแก้ไข ดังนี้ ผู้นำกลุ่มจะสรุปเนื้อหาที่สำคัญในแต่ละหัวข้อ เพื่อนำมาถ่ายทอดให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมกับเวลา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์ และพัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านเห็นว่าเหมาะสม โดยให้ข้อเสนอแนะว่า การดำเนินกิจกรรมจริงนั้นถ่ายทอดควรสรุปเป็นข้อความที่ผู้ป่วยและญาติเข้าใจได้ง่ายและตารางบันทึกพฤติกรรมการใช้ตามเกณฑ์การรักษา (หน้า 45, 46) อาจต้องออกแบบให้เข้าใจง่ายขึ้น เหมาะกับญาติและผู้ป่วย และควรแนะนำการเพิ่มข้อควรระวังในการจัดแจกยาใส่ในกล่อง เช่น ยาที่ต้องอยู่ในที่ทึบแสงควรมีซองทึบแสงใส่ยานั้นไว้ในกล่องด้วย เช่น ยา Clozapine, Chlorpromazine, Diazepam, Haloperidol เป็นต้น โดยผู้วิจัยได้มีการปรับแก้ไข ดังนี้

1) ในการเข้ากลุ่มจะอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงตารางบันทึกพฤติกรรมการใช้ยาอย่างละเอียดและให้นำไปใช้ได้จริง โดยผู้วิจัยได้สร้างตัวอย่างการบันทึกให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ดูเป็นตัวอย่างก่อนลงมือบันทึกจริง ปรับเปลี่ยนชื่อยาจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และเพิ่มช่องการบันทึกให้มีขนาดใหญ่ขึ้น

2) เพิ่มเนื้อหาเรื่องการระมัดระวังยาที่ต้องจัดให้อยู่ในซองทึบแสงในขั้นตอนที่ 1 สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากการที่ผู้ป่วยพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (perceiving the threat กิจกรรม 2.1 การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์ และกิจกรรม 2.2 การพัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

3.3 ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy) กิจกรรมที่ 3 ทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ครอบครัว

เคยใช้และผลที่เกิดขึ้น ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านเห็นว่าเหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 ฝึกแก้ไขปัญหาใช้สถานการณ์จำลองและใช้จริงที่บ้านตามบทบาทของครอบครัว พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วย ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านเห็นว่าเหมาะสม โดยเสนอแนะว่าระยะเวลาของกิจกรรมที่ 4 กับกิจกรรมที่ 5 ควรห่างกัน 2 อาทิตย์ ผู้วิจัยพิจาณาแล้วว่าควรดำเนินการตามเดิม คือ ห่างกัน 1 อาทิตย์ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวลืมเนื้อหาที่ได้เข้ากลุ่มไปและได้นำผลที่ได้ทดลองปฏิบัติมาแล้ว 7 วัน มาแลกเปลี่ยนกันซึ่งจะได้รับสะท้อนกลับหรือการช่วยเหลือภายในกลุ่มที่ทันท่วงที ไม่ปล่อยให้เวลาเนินนานจนเกินไป ส่วนการประเมินพฤติกรรมฯ ในครั้งต่อไปจะประเมินห่างกัน 7 วัน และ 14 วัน ตามลำดับอยู่แล้ว

3.5 ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem)

กิจกรรมที่ 5 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันหลังจากที่ได้นำวิธีการไปปรับใช้กับบริบทจริงในครอบครัว ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านเห็นว่าเหมาะสม และเสนอว่าควรเสนอให้ครอบครัวที่เข้ากลุ่มได้เล่าประสบการณ์ความภาคภูมิใจของตนเองและการปฏิบัติที่เป็นตัวอย่างที่ดีและสมาชิกครอบครัวอื่นๆ

ร่วมกับการนำเรื่องราวของตัวอย่างคนต้นแบบในการรับประทานยามาถ่ายทอดให้สมาชิกกลุ่มได้รับฟัง ซึ่งในกิจกรรมนี้ได้มีการให้แต่ละครอบครัวได้บอกเล่าความภาคภูมิใจ โดยผู้วิจัยจะปรับโดยการอเน้นให้ครอบครัวที่เป็นต้นแบบที่ดีได้เล่าประสบการณ์ก่อน เพื่อเป็นแบบอย่างและกระตุ้นให้ครอบครัวอื่นๆ ได้หันมาปฏิบัติตาม

3.6 ขั้นตอนที่ 4 ทบทวนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Evaluation)

กิจกรรมที่ 6 ทบทวนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและสิ้นสุดสัมพันธภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านเห็นว่าเหมาะสม และได้เสนอว่าควรมีตารางการทำกลุ่มแต่ละกลุ่ม ตั้งแต่กิจกรรมที่ 1-6 ให้ชัดเจน ผู้วิจัยจึงได้จัดทำตารางการทำกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับทราบและนำไปปฏิบัติหรือวางแผนการดำเนินชีวิตต่อไป ดังเอการที่แนบมา

จากข้อเสนอแนะดังกล่าวผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับ อาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยทดลองใช้โปรแกรมกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1 กลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยสมาชิก 5 ครอบครัว (15คน) จนครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ ตลอดจนความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเหมาะสมของเวลาในการดำเนินกิจกรรม รวมถึงปัญหาและอุปสรรค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

ผลการทดลองใช้เครื่องมือพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถดำเนินกิจกรรมได้ดี โดยขั้นตอนของการจดบันทึกการใช้ยาต้องใช้เวลาอธิบายค่อนข้างมากประมาณ 20 นาที เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนได้รับยาต่างชนิดกัน และจำนวนไม่เท่ากัน ทำให้ผู้วิจัยต้องอธิบายเป็นรายบุคคล และอธิบายทบทวนซ้ำการจดบันทึกในสัปดาห์ต่อมาต่อทุกๆ ผู้ป่วยจึงจะบันทึกได้ถูกต้องตามความเป็นจริง จากนั้นผู้วิจัยนำปัญหาที่พบมาปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้ไขให้โปรแกรมมีความเหมาะสมและสมบูรณ์กับกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปใช้จริง ดังที่ได้แสดงรายละเอียดในขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

2. **เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับ เพศ อายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วย ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้มีการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเพิ่มเติม เนื่องจากข้อคำถามที่เพิ่มเติมนั้นอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังนี้

1) ให้ระบุการสอบถามเรื่องการใช้สารเสพติดเพิ่มเติม

2) ให้แก้ไขข้อคำถามข้อที่ 8 เป็น จำนวนครั้งที่มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3) ให้สอบถามเกี่ยวกับชนิดและปริมาณของยาที่ผู้ป่วยได้รับ

4.ให้สอบถามเกี่ยวกับจำนวนสมาชิกในครอบครัว

ผู้วิจัยจึงมีการปรับแก้ไข_ โดยได้เพิ่มเติมข้อคำถาม เรียงลำดับข้อคำถามที่เพิ่มเติม ไว้ดังนี้

6) รายได้เฉลี่ย.....วัน/เดือน/ปี

8) จำนวนสมาชิกในครอบครัว..... คน

9) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท..... เดือน.....ปี

10) จำนวนครั้งที่มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล .....ครั้ง

11) ชนิดของยาจิตเวชที่ได้รับ ( ) ยากิน ( ) ยาฉีด

12) ปริมาณยาจิตเวชที่ได้รับ คือ .....ครั้ง/วัน ครั้งละ.....เม็ด

13) ท่านดื่มสุราหรือไม่ ( ) ไม่ดื่ม ( ) ดื่ม ปริมาณ.....

14) ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ ( ) ไม่สูบ ( ) สูบ ปริมาณ.....

15) ท่านใช้สารเสพติดอื่นๆ หรือไม่ ( ) ไม่ใช้ ( ) ใช้ ชนิด.....ปริมาณ.....

แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Farrangher (1999) และการศึกษาของ เพชรี คันธสายบัว (2545) จำนวน 21 ข้อครอบคลุมพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาที่ 2 ด้าน ซึ่งได้ คือ

1) การใช้ยาตามแผนการรักษา

2) ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียง

และเพื่อให้สอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (drug adherence) ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพหรือมีพลังอำนาจในการวางแผน การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของตนเอง ซึ่งแตกต่างจากพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ผ่านมา (drug Compliance) ที่มุ่งเน้นเฉพาะการทำตามคำสั่งของแพทย์และทีมสุขภาพเท่านั้น ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่านได้เสนอให้ปรับข้อคำถามเป็น 21 ข้อ ซึ่งได้ระบุ รายละเอียดไว้ในหัวข้อการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ แบบสอบถามนี้มีมาตรส่วนประเมินค่า 5 ระดับ 1-5 คะแนนโดยข้อคำถามทางบวกมีการคิดคะแนน ดังนี้ ประจำ=5 คะแนน บ่อยครั้ง=4 คะแนน บางครั้ง=3 คะแนน นานๆครั้ง= 2 คะแนน และไม่เคยเลย=1คะแนน โดยข้อคำถามทางลบจะคิดคะแนนกลับกัน

การคิดคะแนน ได้จากการนำคะแนนทุกข้อมารวมกันและหารด้วยจำนวนข้อ

การแปลผลคะแนน ได้มาจากการนำผลคะแนนแต่ละข้อมาบวกกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด คะแนนที่ต่ำหมายถึงผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ และคะแนนที่สูงหมายถึงผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก แบ่งระดับคะแนนดังนี้

4.50 – 5.00 หมายถึงมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก

3.50 – 4.49 หมายถึงมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี

2.50 – 3.49 หมายถึงมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง

1.50 – 2.49 หมายถึงมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ

1.00 – 1.49 หมายถึงมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำสุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Content Validity)

แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษานี้ ผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงและพัฒนาให้สอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (drug adherence) ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพหรือมีพลังอำนาจในการวางแผน การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของตนเอง ซึ่งแตกต่างจากพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ผ่านมา (drug compliance) ที่มุ่งเน้นเฉพาะการทำตามคำสั่งของแพทย์และทีมสุขภาพเท่านั้น ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่านได้เสนอให้ปรับข้อคำถามเป็น 21 ข้อ ซึ่งได้ระบุรายละเอียดไว้ในหัวข้อการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ แบบสอบถามนี้มีมาตรส่วนประเมินค่า 5 ระดับ 1-5 คะแนนโดยข้อคำถามทางบวกมีการคิดคะแนน ดังนี้

ประจำ = 5 คะแนน

บ่อยครั้ง = 4 คะแนน

บางครั้ง = 3 คะแนน

นานๆครั้ง= 2 คะแนน

ไม่เคยเลย= 1 คะแนน

โดยข้อคำถามทางลบจะคิดคะแนนกลับกัน ในกระบวนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงข้อคำถาม ดังนี้

ข้อคำถามเดิม 18 ข้อ

ปรับข้อคำถาม 3 ข้อ

เพิ่มข้อคำถาม 3 ข้อ

รวมจำนวนข้อคำถาม 21 ข้อ

มีรายละเอียดการปรับแก้ไขข้อคำถาม ดังนี้

ข้อที่ 7 ปรับเป็น ท่านเลือกกินเฉพาะยาที่ท่านชอบ เช่น ยานอนหลับ ยาแก้หงุดหงิด หรือยาลดเศร้า เป็นต้น

ข้อที่ 9 ปรับเป็น ท่านเคยลดเม็ดยาเองให้เหลือน้อยกว่าจำนวนที่แพทย์สั่ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อที่ 10 ปรับเป็น เมื่อมีอาการผิดปกติจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาจิตเวชที่รุนแรงจนไม่สามารถจัดการด้วยตนเองได้ ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที

และการเพิ่มข้อคำถามในส่วนของการใช้ยาตามแผนการรักษา อีก 3 ข้อ คือ

1) ท่านเคยรวบยาแต่ละมื้อมากินเป็นเวลาเดียวกัน (ข้อที่ 10 ในแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา)

2) หากท่านต้องกินยาอื่นร่วมด้วย ท่านจะแจ้งให้แพทย์ทราบ (ข้อที่ 11 ในแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา)

3) ท่านรู้ว่าไม่ควรดื่มสุราและสูบบุหรี่ร่วมกับการกินยาจิตเวช (ข้อที่ 12ในแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค โดยนำแบบวัดแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่มีการปรับปรุงข้อคำถามแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน ได้แก่ผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลด่านขุนทด แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือตามสูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาค (Cronbach'AlphaCoefficient) ได้เท่ากับ .85

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินพลังอำนาจของครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบประเมินพลังอำนาจครอบครัว The Family Empowerment Scale (FES) ของ Koren, DeChillo and Freesen (1992) โดยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือวิจัยให้นำมาใช้และแปลเป็นเป็นภาษาไทยได้ (ดังจดหมายอนุญาตในภาคผนวก ง) แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ทั้งนี้ผู้วิจัยจะนำมาพัฒนาต่อด้วยการปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทย เครื่องมือนี้ประกอบด้วยการประเมินการรับรู้พลังอำนาจของครอบครัวใน 3 ระดับ ได้แก่

1) ระดับของครอบครัว คือ ความสามารถในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว

2) ระดับของระบบการบริการ คือ ความสามารถของครอบครัวในการมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยและ

3) ระดับชุมชนและนโยบาย คือ ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับชุมชน รวมถึงการเสนอแนะสิ่งที่ชุมชนควรให้การสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยได้

ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 34 ข้อ รวมทั้งสิ้น 170 คะแนน มีลักษณะเป็นมาตรส่วนประเมินค่า 5 ระดับ 1-5 คะแนน ดังนี้ 1 =ไม่เป็นจริงเลย 2 = เป็นจริงน้อย 3 = เป็นจริงปานกลาง 4

= เป็นจริงมาก และ 5 = เป็นจริงมากที่สุด และคิดคะแนนรวมโดยนำคะแนนของทุกข้อมารวมกันทั้งหมด

การคิดคะแนน ได้จากการนำคะแนนแต่ละข้อทั้งสิ้น 34 ข้อมาบวกกัน

การแปลผลคะแนน กำหนดคะแนนรวมตั้งแต่ 130 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีพลังอำนาจในระดับที่เหมาะสม(Vuorenmaa et al., 2013)

เกณฑ์กำกับการทดลอง ผู้วิจัยกำหนดว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนรวมตั้งแต่ 130 คะแนนขึ้นไป (คิดจากค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาของ Vuorenmaa et al., 2013) จึงจะถือว่ามีพลังอำนาจในระดับที่เหมาะสม และหากพบว่าผู้ดูแลหลักรายใดมีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไขโดยพูดคุยเป็นรายบุคคลเพื่อวิเคราะห์สาเหตุและเสริมในส่วนที่ขาดจนกว่าผู้ดูแลรายนั้นจะมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Content Validity)

ผู้วิจัยดำเนินการโดยสร้างเครื่องมือภายใต้ความดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาและนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ได้ดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .94 โดยมีการปรับข้อคำถาม ตามข้อเสนอแนะ ดังนี้

สรุป จากข้อคำถามเดิม 34 ข้อ

ปรับข้อคำถาม 5 ข้อ

รวมจำนวนข้อคำถาม 34 ข้อ

มีรายละเอียดการปรับแก้ไข ดังนี้

การปรับแก้ไขข้อที่ 2 ปรับเป็น ฉันมั่นใจว่าจะสามารถดูแลผู้ป่วยให้กินยาจิตเวชได้อย่างต่อเนื่อง

การปรับแก้ไขข้อที่ 5 ปรับเป็น ฉันสามารถปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของคนในครอบครัวเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกินอย่างต่อเนื่องได้

การปรับแก้ไขข้อที่ 19 ปรับเป็น ความคิดเห็นของฉันมีความสำคัญต่อการตัดสินใจของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การปรับแก้ไขข้อที่ 24 ปรับเป็น ทีมสุขภาพสอบถามความต้องการของฉันเสมอ

การปรับแก้ไขข้อที่ 26 ปรับเป็น ฉันได้รับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากชุมชน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค โดยนำแบบประเมินพลังอำนาจของครอบครัว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลหลักที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ได้แก่ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลด่านขุนทด แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือตามสูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาค (Cronbach'AlphaCoefficient) ได้เท่ากับ .93

4. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Overall & Gorham, 1962) แบบประเมินมีคำถามทั้งหมด 18 ข้อ โดยข้อ 1 – 10 ให้คะแนนตามที่ผู้ป่วยตอบจากการสัมภาษณ์ และข้อ 11 – 18 ให้คะแนนจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย

การแปลผลคะแนน คะแนนของ BPRS อยู่ระหว่าง 18-36 คะแนน ซึ่งถือว่ามีอาการทางจิตรุนแรงน้อยซึ่งเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้กำหนดให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีอาการทางจิตน้อยกว่า 36 คะแนน

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ โดยมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ ในเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยจิตเภทชุมชน โดยได้ทำศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัย ร่วมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง อีกทั้งได้ลงทะเบียนเรียนวิชาการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจำนวน 3 หน่วยกิต และเข้าร่วมอบรมเชิงจำนวน 3 วัน ปฏิบัติการการบำบัดและให้คำปรึกษาครอบครัว จากศาสตราจารย์แพทย์หญิง อุมาพร ตรังคสมบัติและคณะ เพื่อเรียนรู้และฝึกการบำบัดครอบครัวและการให้คำปรึกษาครอบครัว

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีและรูปแบบการบำบัดตามโปรแกรมที่สร้างขึ้น จากองค์ความรู้ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อนำมาสร้างแผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลองและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบคุมข้อมูลให้มีคุณภาพเช่นเดียวกัน

1.3 ยื่นโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแห่งโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ เพื่อขอรับการพิจารณาตามมาตรฐานสากลในการคุ้มครองผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1.4 เมื่อผลการพิจารณาจริยธรรมผ่านแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพวง หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อยื่นหนังสือขอเก็บข้อมูลวิจัยในกลุ่มตัวอย่างและวางแผนการเก็บข้อมูลวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย

1.5 ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจถึงแผนการดำเนินการวิจัย

1.6 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน โดยผู้วิจัยพิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งปฏิบัติงานในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลชุมพวง เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม เป็น ผู้ช่วยสังเกตและจดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม โดยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประชากร กลุ่มตัวอย่างและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม โดยการเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ไม่ได้ทำให้เสียงานประจำ

1.7 ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาและรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาล จากนั้นพิจาณาคุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภทที่กำหนดไว้เบื้องต้น เช่น การวินิจฉัยโรค อายุ เพื่อวางแผนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการวัดคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยต่อไป

1.8 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ แผนกผู้ป่วยนอก และ รพ.สต. ที่ผู้ป่วยรับการรักษา เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง รวมถึงชี้แจงเรื่องเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จากนั้นทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาฯ ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Pre – test)

1.9 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ครอบครัว จากการจับคู่ (match pair) กลุ่มตัวอย่างด้วย คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทและอายุ ให้ได้จำนวน 20 คู่ จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย เพื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างให้เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20

ครอบครัว โดยการจับฉลากทีละคู่จนครบ 20 คู่ โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างนั้น ขั้นแรกผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างด้วยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยา และต่อมาจับคู่โดยใช้อายุของผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการทำคู่ทีละตำบล จนครบ 4 ตำบลตามแผนผังการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้แสดงไว้ที่ หน้า 76 หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ระยะดำเนินการทดลอง

สามารถแบ่งเป็นการดำเนินการทดลองระหว่าง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ภายหลังที่ได้ทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยโดยใช้

แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Pre-test) แล้ว กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ ประเมินอาการทางด้านร่างกายด้านจิตใจ การให้คำแนะนำตามปัญหา และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และเมื่อถึงสัปดาห์ที่ 6 (วัดผล 2 สัปดาห์หลังสิ้นสุดโปรแกรม) ผู้วิจัยจะนัดผู้ป่วยมาประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Post-test)2.2 กลุ่มทดลอง ภายหลังที่ได้ทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยโดยใช้

แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Pre-test) แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 5 กลุ่ม ในละกลุ่มประกอบด้วย 4 ครอบครัว (12 คน) และแต่ละครอบครัวประกอบด้วยสมาชิก 3 คน ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองในครอบครัว เริ่มดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ณ ชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ทั้งหมด ได้แก่ ตำบลหนองหลัก 1 กลุ่ม ตำบลโนนยอ 1 กลุ่ม ตำบลประสุข 2 กลุ่ม และตำบลโนนรัง 1 กลุ่ม ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยการดำเนินการ 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรมๆ ละ 90 นาที จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม ติดต่อกันนาน 4 สัปดาห์ ดังรายละเอียดกำหนดการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดงกำหนดการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ขั้นตอน/กิจกรรม	กลุ่มที่ / สมาชิก	วันที่	เวลา	สถานที่
ขั้นตอนที่ 1 สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (perceiving the threat)				
กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความตระหนักรู้ของครอบครัวต่อปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯของผู้ป่วย	กลุ่มที่ 1 (12 คน)	30 พ.ย. 58	9.00 -10.30 น.	รพ.สต หนองหลัก
	กลุ่มที่ 2 (12 คน)	30 พ.ย. 58	13.00 – 14.30 น.	รพ.สต โนนยอ
	กลุ่มที่ 3 (12 คน)	1 ธ.ค. 58	9.00 -10.30 น.	รพ.สต ประสุข
	กลุ่มที่ 4 (12 คน)	1 ธ.ค. 58	13.00 – 14.30 น.	รพ.สต บ้านเขว้า
	กลุ่มที่ 5 (12 คน)	2 ธ.ค. 58	9.00 -10.30 น.	รพ.สต บ้านใหม่ปฏิรูป
กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและพัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์	กลุ่มที่ 1 (12 คน)	3 ธ.ค. 58	9.00 -10.30 น.	รพ.สต หนองหลัก
	กลุ่มที่ 2 (12 คน)	3 ธ.ค. 58	13.00 – 14.30 น.	รพ.สต โนนยอ
	กลุ่มที่ 3 (12 คน)	4 ธ.ค. 58	9.00 -10.30 น.	รพ.สต ประสุข
	กลุ่มที่ 4 (12 คน)	4 ธ.ค. 58	13.00 – 14.30 น.	รพ.สต บ้านเขว้า
	กลุ่มที่ 5 (12 คน)	5 ธ.ค. 58	9.00 -10.30 น.	รพ.สต บ้านใหม่ปฏิรูป
ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy)				
กิจกรรมที่ 3 ทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการ	กลุ่มที่ 1 (12 คน)	7 ธ.ค. 58	9.00 -10.30 น.	รพ.สต หนองหลัก
	กลุ่มที่ 2	7 ธ.ค. 58	13.00 – 14.30	รพ.สต โนนยอ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ขั้นตอน/กิจกรรม	กลุ่มที่ / สมาชิก	วันที่	เวลา	สถานที่
ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ครอบครัวเคยใช้และผลที่เกิดขึ้น	(12 คน)		น.	
	กลุ่มที่ 3 (12 คน)	8 ธ.ค. 58	9.00 -10.30 น.	รพ.สต ประสุข
	กลุ่มที่ 4 (12 คน)	8 ธ.ค. 58	13.00 – 14.30 น.	รพ.สต บ้านเขว้า
	กลุ่มที่ 5 (12 คน)	2 ธ.ค. 58	9.00 -10.30 น.	รพ.สต บ้านใหม่ปฏิรูป
กิจกรรมที่ 4 ฝึกแก้ไขปัญหาใช้สถานการณ์จำลองซึ่งเป็นปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งและมอบหมายให้นำไปใช้จริงที่บ้านตามบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว	กลุ่มที่ 1 (12 คน)	9 ธ.ค. 58	9.00 -10.30 น.	รพ.สต หนองหลัก
	กลุ่มที่ 2 (12 คน)	9 ธ.ค. 58	13.00 – 14.30 น.	รพ.สต โนนยอ
	กลุ่มที่ 3 (12 คน)	10 ธ.ค. 58	9.00 -10.30 น.	รพ.สต ประสุข
	กลุ่มที่ 4 (12 คน)	10 ธ.ค. 58	13.00 – 14.30 น.	รพ.สต บ้านเขว้า
	กลุ่มที่ 5 (12 คน)	11 ธ.ค. 58	9.00 -10.30 น.	รพ.สต บ้านใหม่ปฏิรูป
ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem)				
กิจกรรมที่ 5 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันหลังจากที่ได้นำวิธีการไปปรับใช้กับบริบทจริงในครอบครัว	กลุ่มที่ 1 (12 คน)	14 ธ.ค. 58	9.00 -10.30 น.	รพ.สต หนองหลัก
	กลุ่มที่ 2 (12 คน)	15 ธ.ค. 58	9.00 -10.30 น.	รพ.สต โนนยอ
	กลุ่มที่ 3 (12 คน)	16 ธ.ค. 58	9.00 -10.30 น.	รพ.สต ประสุข
	กลุ่มที่ 4 (12 คน)	17 ธ.ค. 58	9.00 -10.30 น.	รพ.สต บ้านเขว้า

ขั้นตอน/กิจกรรม	กลุ่มที่ / สมาชิก	วันที่	เวลา	สถานที่
	กลุ่มที่ 5 (12 คน)	18 ธ.ค. 58	9.00 -10.30 น.	รพ.สต บ้านใหม่ปฏิรูป
ขั้นตอนที่ 4 การทบทวนกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังอำนาจ(Evaluation)				
กิจกรรมที่ 6 การทบทวนกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังอำนาจ และสิ้นสุดสัมพันธภาพ	กลุ่มที่ 1 (12 คน)	21 ธ.ค. 58	9.00 -10.30 น.	รพ.สต หนองหลัก
	กลุ่มที่ 2 (12 คน)	22 ธ.ค. 58	9.00 -10.30 น.	รพ.สต โนนยอ
	กลุ่มที่ 3 (12 คน)	23 ธ.ค. 58	9.00 -10.30 น.	รพ.สต ประสุข
	กลุ่มที่ 4 (12 คน)	24 ธ.ค. 58	9.00 -10.30 น.	รพ.สต บ้านเขว้า
	กลุ่มที่ 5 (12 คน)	25 ธ.ค. 58	9.00 -10.30 น.	รพ.สต บ้านใหม่ปฏิรูป
ประเมินผล 2 สัปดาห์ ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 ได้แก่วันที่ 8 และ 9 มกราคม 2559				

การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมและการประเมินผลโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่1 สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (perceiving the threat) (ระยะเวลา 90 นาที)

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความตระหนักรู้ของครอบครัวต่อปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ ของผู้ป่วย (90 นาที) ประกอบด้วย 4 กิจกรรมย่อย ดังนี้

1.1 การสร้างสัมพันธภาพ

1.2 การวิเคราะห์โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของครอบครัว

1.3 การสร้างความตระหนักรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาและ

1.4 การกำหนดเป้าหมายและกฎของครอบครัว

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้

1. ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักรู้ถึงความสำคัญของระบบครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2. ผู้ป่วยและครอบครัวมีตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา และมีทัศนคติที่ดีต่อการร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้

1. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลและสมาชิกในครอบครัวอื่นๆได้อย่างเหมาะสม

2. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถวิเคราะห์โครงสร้างครอบครัว และบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง บทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

3. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถวิเคราะห์และบอกถึงผลกระผลกระทบที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาในระดับ บุคคล ครอบครัวและสังคม

4. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกำหนดเป้าหมายและกฎของครอบครัวเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

สื่อและอุปกรณ์

1. วีดิทัศน์ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเผชิญปัญหาของครอบครัว เรื่อง “ไอติมแมน” ภาพยนตร์ไทยนิยม

2. ป้ายชื่อสมาชิกกลุ่ม

3. กระดาษฟลิปชาร์จ

4. ปากกาเคมี

5.ป้ายชื่อสมาชิก

การดำเนินกิจกรรม

1.1 การสร้างสัมพันธภาพ (ระยะเวลา 20 นาที)

1) เมื่อเริ่มต้นกลุ่ม เริ่มจากผู้นำกลุ่มแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเข้ากลุ่มและประโยชน์ของการเข้าร่วมกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจในครั้งนี้

2) เข้าสู่การแนะนำสมาชิกกลุ่ม โดยให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตนเอง ดังนี้ 1. ชื่อเล่น 2. มาจากครอบครัวใด 3. ข้อดีของตนเองและสมาชิกในครอบครัวมีอะไรบ้าง

3) กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวของแต่ละครอบครัว บอกความคาดหวังในเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาฯ ที่มีต่อครอบครัวของตนเอง ทีละครอบครัวจนครบทั้ง 4 ครอบครัว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4) ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นความคาดหวังของแต่ละครอบครัวและนำเสนอต่อสมาชิกกลุ่ม

5) ผู้นำกลุ่มเปิดวีดิทัศน์เรื่อง “ไอติมแมน” ให้สมาชิกทุกคนได้รับชม

6) เมื่อวิดีโอจบลง ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นต่อวีดิทัศน์ ตามประเด็นดังนี้

1) ความประทับใจที่เกิดขึ้น

2) เห็นบทบาทของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวของไอติมแมนอย่างไร

3) เหมือนหรือแตกต่างกับครอบครัวตนเองอย่างไร

7.จากนั้นผู้นำกลุ่มสรุปกิจกรรมรู้จักฉันรู้จักเธอและนำเข้าสู่กิจกรรมครอบครัวของเราต่อไป

1.2 การวิเคราะห์โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของครอบครัว (ระยะเวลา 30 นาที)

1) ผู้นำกลุ่มอธิบายความรู้เบื้องต้น เรื่องระบบครอบครัวโครงสร้าง บทบาทและหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 1 เรื่อง ระบบครอบครัวกับการร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเภท)

2) ผู้นำกลุ่มแจกกระดาษฟิบชาร์จให้ครอบครัวละ 1 แผ่น เพื่อเขียนแผนผังครอบครัวตามโครงสร้างและหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว
ตามใบงานที่ 1 แนวทางการวิเคราะห์โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

3) ผู้นำกลุ่มอธิบายวิธีการเขียนผังครอบครัวและวิธีใช้สัญลักษณ์

4) ให้สมาชิกในแต่ละครอบครัวร่วมกันเขียนผังครอบครัวและเขียนคำตอบตามประเด็นคำถามที่ระบุไว้ในกระดาษ ตามใบงานที่ 1

5. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้แต่ละครอบครัวได้ร่วมกันอภิปรายถึงความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทต่อกลุ่มใหญ่

6) หลังจากที่แต่ละครอบครัวออกมาอธิบายแผนผังครอบครัวตามใบงานที่ 1 แล้ว ผู้นำกลุ่มต้องสรุปถึงความสำคัญในการแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัว คือมุ่งเน้นให้สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวได้ทำบทบาทหน้าที่ของของตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาฯ ของผู้ป่วยจิตเภทตามมา

1.3 การสร้างความตระหนักรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาและ (ระยะเวลา 20 นาที)

1) ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวได้ร่วมกันทบทวนถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ตามใบงานที่ 2 ทบทวนปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง

2) จากนั้นให้แต่ละครอบครัวนำเสนอผลการวิเคราะห์ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับครอบครัวอื่นๆ

3) ผู้นำกลุ่มอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและผลดีที่จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามใบความรู้ที่ 2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา

1.4 การกำหนดเป้าหมายและกฎของครอบครัว (ระยะเวลา 20 นาที)

1) ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้แต่ละครอบครัวร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโดยการให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันวาดภาพครอบครัวที่เป็นเป้าหมาย

2) จากนั้นให้แต่ละครอบครัวตั้งชื่อภาพฝันพร้อมทั้งระบุเป้าหมาย และกฎของครอบครัวที่ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาฯและเสริมแรงทางบวกเมื่อบรรลุตามเป้าหมาย เช่น กฎของครอบครัวคือทุกคนต้องช่วยกันทำให้ผู้ป่วยจัดยาและกินยาได้เองทุกมื้อต่อเนื่องกันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ หากทำได้เราจะได้ไปกินข้าวนอกบ้าน แต่ถ้าหากทำไม่ได้ทุกคนต้องเพิ่มการทำงานบ้านคนละ 1 อย่างตามใบงานที่ 3ความมุ่งมั่นและการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวเรา

3) ให้สมาชิกในแต่ละครอบครัวนำเสนอผลงานเพื่อ แลกเปลี่ยนกับกลุ่มใหญ่และรับฟังข้อเสนอแนะในประเด็นเป้าหมายการดูแล และกฎของครอบครัว เพื่อเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัวและนำข้อเสนอแนะจากกลุ่มมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวของตนเองต่อไป

4) ผู้นำกลุ่มร่วมสรุปเรียนรู้กับสมาชิกกลุ่ม ในประเด็น ความสำคัญของระบบครอบครัว เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยและกฎของครอบครัว ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

5) หมอบหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัว แต่ละครอบครัวนำยาที่ตนเองรับประทานทั้งหมดมาเข้ากลุ่มในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ในสัปดาห์ที่ 1 ได้มีการดำเนินการตาม ขั้นตอนที่ 1 สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (perceiving the threat) รวมทั้งสิ้น 2 กิจกรรม โดยในการประเมินผลครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้คำว่าสมาชิกกลุ่มแทนตัวผู้ป่วยและครอบครัว รายละเอียดการประเมินผลสามารถอธิบายได้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความตระหนักรู้ของครอบครัวต่อปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ ของผู้ป่วย ประกอบด้วย

1.1 การสร้างสัมพันธภาพ เมื่อดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนพบว่า สมาชิกกลุ่มในแต่ละครอบครัวมีสีหน้าที่ผ่อนคลายขึ้น สามารถแนะนำตนเอง แนะนำสมาชิกในครอบครัวที่มาด้วยกันได้ แต่ในช่วงการให้บอกข้อดีของตนเอง ผู้นำกลุ่มต้องให้เวลาและกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้ทบทวนข้อดีหรือสิ่งที่ประทับใจในจนเอง รวมถึงบอกความประทับใจของตนเองที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวได้ จากตัวอย่างคำพูดของสมาชิกชิกกลุ่ม ดังนี้

ผู้ป่วย “ก็ไม่ได้เป็นคนดีอะไรมาก ถ้าจะให้นึกถึงความดีของตนเองก็น่าจะเป็น การทำงานหาเงิน เล็กๆน้อยๆ ก็ทำเพราะไม่อยากเป็นภาระให้ใคร”

ผู้ดูแลหลัก “วันนี้มาพร้อมกับลูกสาวและพี่ชายเขา ผมเป็นห่วงเขาอยากให้เขาหาย มีอะไรที่ผมทำได้ผมก็จะทำ ข้อดีของผมก็คือการดูแลลูก พาเขาไปหาหมอ”

ผู้ดูแลหลัก “ฉันชื่อ... (บอกชื่อตนเอง).....วันนี้ดีใจที่ได้มานั่งรวมกัน มาคุยกัน เราก็อยู่หมู่บ้านเดียวกัน แต่บางครั้งก็ไม่ค่อยได้คุยกันเลย ข้อดีของฉันคือฉันเป็นคนไม่โมโหคนง่าย อย่างน้องฉันที่ป่วย บางทีมันก็เดินทั้งคืน ไม่ยอมนอน ไปเอารถจักยานคนอื่นมาปั่น จนเขาต้องมาตามด่าตามว่า ตอนแรกได้ยินฉันก็หงุดหงิด ว่าเอาอีกแล้ว อะไรหนักหนาน้อชีวิต แต่ก็ไม่คิดอะไรต่อ เค้าจะว่าอะไรก็ว่า โมโหแปบนึงก็หาย ”

ผู้ดูแลรอง “ฉันชื่อ.. (บอกชื่อตนเอง)...” สิ่งที่ดีในตัวฉันคือ ชอบช่วยเหลือคนอื่น น้องชายคนนี้ฉันก็ดูแลมาตลอด ก็เหนื่อยบ้าง แต่น้องเราถ้าเราไม่ดูก็ไม่รู้จะทำยังไง”

และในประเด็นความคาดหวังในการส่งเสริมพฤติกรรมการการใช้ยามตามเกณฑ์การรักษานั้น แต่ละครอบครัวได้แสดงความคาดหวัง มีประเด็นหลัก ดังนี้

“เราก็อยากให้อาการเขาดีขึ้นเรื่อย ๆ ไม่อยากให้ขาดยา”

“ต้องการให้เขากินยาต่อเนื่อง อยากให้หายดี”

“อยากให้กินยาต่อเนื่องทุกวัน ทุกมื้อ ไม่ลืมกินยา ไม่ทิ้งยา”

“กินยาได้เอง ไม่ต้องคอยเรียก หรือถ้ามีปัญหาอะไรก็อยากให้คุยกัน”

ในขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพแสดงให้เห็นถึงปัจจัยนำ (Precondition) ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson (1995) ที่กล่าวว่า ความมุ่งมั่น ทุ่มเท ความผูกพันและความรัก ที่เกิดขึ้นเป็นปัจจัยนำให้เกิดพลังอำนาจ ซึ่งในแต่ละครอบครัว ส่วนใหญ่แล้วเกือบทุกครอบครัวมีความรัก ความผูกผัน ให้ซึ่งกันและกัน คอยดูแล ใส่ใจสมาชิก ทำตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการที่ดีขึ้น รับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องมากขึ้น นอกจากความรัก ความผูกผันแล้ว ผู้ป่วยแต่ละครอบครัวยังมีความมุ่งมั่น ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี คือ รับประทานยาต่อเนื่อง ไม่ขาดยา บางครอบครัวแสดงให้เห็นถึงความ

ทุ่มเท ในการดูแล เช่นการเสียสละเวลาดูแลผู้ป่วย การทำงานต่างๆเพื่อเลี้ยงชีพและหาเลี้ยงครอบครัว เป็นต้น จากการประเมินในขั้นนี้พบว่าสมาชิกกลุ่มมีปัจจัยนำที่เอื้อให้เกิดพลังอำนาจต่อไป

1.2 การวิเคราะห์โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของครอบครัว เมื่อดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนพบว่าสมาชิกกลุ่ม สามารถอธิบายโครงร้างของครอบครัวและบทบาทหน้าที่ของตนเองได้ ดังตัวอย่าง

ผู้ป่วย “บ้านผมมีกันอยู่ 4 คน มีผม มีพ่อ มีแม่ มีพี่ชาย เราอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน ส่วนใหญ่ผมจะสนิทกับพ่อ อยู่กับแกมาตลอด แต่ตอนนี้แกป่วยเป็นโรคไต ตอนนี้ต้องนอนอยู่เฉยๆ ผมก็ได้ดูแลช่วยกันกับพี่ชาย ส่วนแม่แกก็รับจ้างทั่วไป ผมคุยกับแกไม่ค่อยได้นาน เพราะแกชอบว่า ชอบหาว่าผมหนีเที่ยว คิดว่าจะไปกินเหล้ากินยากับเพื่อนอีก ส่วนพี่ผมเขาทำงาน เป็นหลักของบ้าน เขาขยันแต่ก่อนนี้ผมยังไม่ป่วย พี่เขาก็พาไปทำงานด้วย ตอนนี้ผมป่วยเลยไม่ได้ไปทำงาน ผมมีพี่ชาย ที่คอยดูแล คอยให้กินยา ส่วนตัวผมเองก็กินยา แต่หลังๆ ผมอยากเพิ่มยาเอง ผมก็เพิ่มถ้ามันนอนไม่หลับ ”

ผู้ดูแลหลัก “บ้านเรา มีกันอยู่หลายคน มีพ่อ มีแม่ ตัวเราเป็นพี่สาว แล้วก็น้องสาวที่ป่วยตอนนี้บ้านเราหลักๆ ก็จะเป็นตัวฉันที่คอยดูแล พวกเราเป็นห่วงน้องสาวมาก เพราะตอนแรกอาการหนักมาก เปลี่ยนไปเป็นอีกคนเลย ก็ช่วยกันดูมาจนถึงทุกวันนี้ ก็ดีขึ้น แต่เหลือเรื่องยา เพราะบางทีเห็นเขากินแล้วตัวแข็งๆ ที่อๆ สายตาแข็งๆ ก็กลัวเขาเป็นอะไร มีบางครั้งเหมือนกันที่ลืมดูว่าเขากินยาไหม เพราะเราก็ต้องทำงาน ก็จะมีพ่อกับแม่ที่ช่วยคอยดูอีกแรง ช่วยหาข้าวหาน้ำให้น้องสาวกิน ”

ผู้ดูแลรอง “ส่วนบ้านของผม ผมเป็นพี่ชาย อยู่กับน้องสาวที่ป่วยตอนนี้ แล้วก็มีแม่อีกคนที่คอยช่วยดู แม่แกจะทำทุกอย่างหาข้าวหาน้ำ พาไปหาหมอ ส่วนผมก็ได้ช่วยแกบ้าง ไม่ได้ช่วยบ้าง ถ้าไปหาหมอผมก็จะพาไปส่งเป็นบางทีที่แม่แกต้องไปทำงานหาเงินจริงๆ ส่วนพ่อ ก็ช่วยปลุกน้องมากินยาเพราะช่วงเช้าน้องจะตื่นยาก แต่แกก็ปลุกไม่ปล่อยเพราะส่วนใหญ่แกจะเมามากกว่า”

ในขั้นตอนนี้แสดงให้เห็นถึงตัวอย่างการประเมินครอบครัวในเชิงระบบ เนื่องจากปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษานี้ หากมองในเชิงระบบครอบครัว (Family system) แล้วนั้นปัญหาที่เกิดไม่ใช่เพียงปัญหาเฉพาะตัวบุคคล หากแต่เป็นปัญหาของสมาชิกทุกคน (Minuchin, 1974 อ้างถึงใน อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ดังนั้นการร่วมกันแก้ไขปัญหาจึงต้องเป็นการอาศัยความร่วมมือจากสมาชิกในครอบครัวทุกคนรวมถึงตัวผู้ป่วย มาร่วมวิเคราะห์โครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัวตนเอง (Family structure) เพื่อให้ทุกคนเกิดความเข้าใจถึงการแสดงพฤติกรรมต่างๆ ตามโครงสร้างอำนาจ (power system) เช่น ครอบครัวหนึ่งมีมารดาเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องการรักษาและดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามเวลา ลูกสาวผู้เป็นผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่ชอบรับประทานยาตอนเช้า ถ้าคนอื่นในบ้านบอกให้รับประทาน เธอจะไม่ค่อยเชื่อ แต่ถ้ามารดาบอกให้รับประทานเอง เธอจะรีบทำตามทันที ดังนั้น หากเกิดปัญหาเรื่องการเตือนการกินยาอาจต้องให้มารดาเป็นคนคอยกำกับดูแล ส่วนสมาชิกคนอื่นๆ ก็ต้องปรับบทบาทและหน้าที่

ของตนเองในด้านอื่นๆ (family adjustment) ที่สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เช่น การออกไปทำงานหาเงินมาเลี้ยงครอบครัว การทำงานบ้าน การให้กำลังใจซึ่งกันและกันเป็นต้น การปรับบทบาทหน้าที่เหล่านี้จะช่วยให้ครอบครัวกลับเข้าสู่สมดุล (family homeostasis) ได้ดีกว่าการที่แก้ไขปัญหาเพียงบุคคลใดบุคคลหนึ่ง นอกจากนั้นแล้วการที่สมาชิกแต่ละครอบครัวได้มาแลกเปลี่ยนโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของตนเองให้กับครอบครัวอื่นๆ ทำให้สมาชิกคนอื่นๆ ได้มองเห็นตนเอง ได้เข้าใจตนเอง รวมถึงได้เห็นครอบครัวอื่นๆ ว่ามีหน้าที่อย่างไรบ้าง เหมือนหรือแตกต่างจากครอบครัวตนเองอย่างไร จากคำพูดที่ว่า

“บ้านนี่ดีนะ ช่วยกันหาข้าวหาน้ำ บ้านฉันก็คือกัน(เหมือนกัน)แต่เรื่องยานี้บอกยากอยู่เลย”

“ฉันได้ฟังบ้านของเธอแล้ว ฉันก็รู้สึกว่าบ้านฉันก็เป็นเหมือนๆ กันเลย ตอนแรกฉันก็คิดว่าบ้านฉันเป็นแบบนี้อยู่บ้านเดียว คิดน้อยใจตัวเอง แต่ตอนนี้ก็รู้สึกดีขึ้นที่มีเพื่อน”

“น้องรู้เรื่องยาดีเนอะ รู้ว่าอันไหนกินยังไง อยากให้บ้านฉันมีคนรู้เรื่องแบบนี้บ้าง”

สิ่งที่ได้จากขั้นตอนนี้เป็นจุดเริ่มต้นของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลระหว่างครอบครัวและตัวผู้ป่วยเอง การได้รับรู้และรับฟังปัญหาจากผู้ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน การให้กำลังใจซึ่งกันถือเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเองจากการเรียนรู้ประสบการณ์ของผู้อื่น ทำให้สามารถเชื่อมโยงและนำเข้าสู่ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจขั้นต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 การสร้างความตระหนักรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา เมื่อดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนพบว่า สมาชิกกลุ่มสามารถบอกถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องได้ ดังต่อไปนี้

ผู้ดูแลหลัก “ถ้าไม่กินยา ก็จะมีอาการครั้งที่แล้วก็ไปตีกับพี่เขย จนเขาต้องเอาไปจิตเวช”

ผู้ป่วย“เคยไม่กินยาอยู่ ตอนนั้นเบื่อ กินมาตั้งนานทำไมไม่หาย ก็เลยเลิกกิน พอหยุดเท่านั้นแหละ อาการก็เป็นอีก ”

ผู้ป่วย“ผมไปนอน โรงพยาบาลจิตเวช เขาเขียนที่แฟ้มว่า .กินยาตลอดชีวิต. ผมนี่ท้อเลย ทำไมต้องกิน กินตลอดชีวิตมันจะดียังไง พอออกมาก็ไม่กิน ก็ได้กลับเข้าไปนอน โรงพยาบาลใหม่”

ผู้ป่วย “ไม่มีงานทำ แต่ก่อนทำงานได้ แต่ตอนนี้จะไปไหนก็ลำบาก ไปทำงานก็ยาก ที่สำคัญก็ไม่มีใครอยากรับคนแบบพวกเรา เขาหาว่าเราบ้า”

ผู้ป่วย “คนแถวนี้ เขามองผมแปลก บางทีผมก็อยากมีเพื่อน อยากคุย แต่ก็ไม่รู้จะทำยังไง ”

ผู้ดูแลหลัก“เสียเงินไปมาก ทั้งค่ารถ ค่ากินค่าอยู่ ถ้าเขาช่วยทำงานได้ ก็จะช่วยแบ่งเบาค่าใช้จ่ายภายในบ้านได้บ้าง”

ผู้ดูแลรอง “บางทีก็ต้องหยุดงานพาเขาไปหาหมอ ถ้าเราไม่ไปก็ไม่มีใครพาไป แต่บางทีก็ขาดงานไม่ได้เพราะมันไม่มีเงินจริงๆ ก็ต้องเลือกไปทำงานก่อน”

ผู้ดูแลหลัก“เครียดนะ เครียดมาก นอนไม่หลับ ไม่รู้ว่าเขาจะออกไปเดินตอนไหน จะไปอยู่ยังไง เราเป็นพี่สาวก็เป็นห่วงเขา”

ผู้ดูแลรอง “ตอนเขามีอาการ มันก็น่ากลัว ใครไม่เข้าใจก็จะกลัวเขาไปเลย ถ้าลืมกินยา ถ้าออกจากบ้านไป ไม่กินยา อาการก็จะเริ่มมาละ”

ผู้ดูแลรอง “เราก็รู้ว่าเราเครียดนะ พอรู้ว่าเขาไม่อยากกินยา เราก็เครียด บอกก็เหมือนบังคับทะเลาะกันเปล่าๆ เหนื่อย”

จากการประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถบอกผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการที่มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องได้ (perceiving the threat) ทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว เมื่อเกิดการรับรู้ถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพของตนเอง จะส่งผลให้บุคคลเหล่านั้นเกิดความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา (Zarea et al., 2014) นอกจากนี้ยังทำให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ฯ ที่เกิดขึ้น จะนำมาซึ่งความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม (Dixon, 2000) ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“เราไม่อยากเป็นแบบนี้อีก เห็นคนที่เขาอาการดี เราก็อยากเป็นแบบนั้นบ้าง”

“จริงๆ แหละ ถ้าได้กินยาต่อเนื่องมันก็ดีกับตัวเราเอง”

“ไม่อยากให้ใครมาว่าครอบครัวเราอีก ถ้าลูกเราดีขึ้น ชาวบ้านเขาก็อาจจะดีกับเรามากขึ้น”

“ครอบครัวเราถ้าไม่ดูแล มันก็จะเหนื่อยอย่างนี้ไปเรื่อยๆ”

“เราก็ไม่ได้อยากให้มันเกิดขึ้นแต่ มันเบื่อ มันไม่อยากกิน ยาเยอะเกิน”

แม้บางครอบครัวจะยังคงหมดพลังอำนาจ รู้สึกสิ้นหวังและท้อแท้กับการกินยาที่ยาวนาน แต่อย่างน้อยกิจกรรมในขั้นตอนนี้ก็ได้ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงผลกระทบที่จะตามมาหากพวกเขายังปล่อยให้ปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้นซ้ำๆ ในกิจกรรมต่อไปผู้วิจัยจึงได้จัดกิจกรรมร่วมกันกำหนดเป้าหมายการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาฯ ให้ถูกต้อง เนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้น หากครอบครัวควรมีการกำหนดเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างชัดเจน จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีพลัง รวมทั้งมีแนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังต่อไปนี้

1.4 การกำหนดเป้าหมายและกฎของครอบครัว เมื่อดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนพบว่ากำหนดเป้าหมายและกฎของครอบครัวเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ครอบครัวที่ 1 :เป้าหมาย “ช่วยกันดูแลให้.....(ชื่อคนไข้).....กินยาครบตามเวลาเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ”

ถ้าทำสำเร็จ : จะซื้อเสื้อให้ 1 ตัว

ถ้าทำไม่สำเร็จ : ทุกคนต้องช่วยกันทำงานบ้านเพิ่ม

ครอบครัวที่ 2 :เป้าหมาย “ขอกินยาตลอดไป ”

ถ้าทำสำเร็จ : จะได้ไปตลาดนัดวันพฤหัส

ถ้าทำไม่สำเร็จ : จะไม่ได้ไปตลาดนัดวันพฤหัส

ครอบครัวที่ 3 :เป้าหมาย “อาทิตย์นี้จะไม่ลืมกินยาเกิน 2 มื้อ ”

ถ้าทำสำเร็จ : ให้ไปเล่นที่บ้านเพื่อน

ถ้าทำไม่สำเร็จ : ต้องอยู่บ้านช่วยแม่ทำงาน

การกำหนดให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการดูแลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์โดยอาศัยบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวนั้น เป็นปัจจัยที่มีอิทธิผลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังนั้น การมีเป้าหมายที่ดี (Determination) แสดงว่าแต่ละครอบครัวมีพลังที่เข้มแข็ง ที่จะกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อไปสู่เป้าหมาย โดยจะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองและครอบครัวได้รับสิ่งที่ดีที่สุด แม้จะเริ่มจากเป้าหมายเล็กๆ ก็ตาม หากบุคคลหรือครอบครัวทำสำเร็จก็จะส่งผลให้เกิดพลังและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหาต่อไป และการอยู่ในครอบครัวต้องมีการตั้งกฎร่วมกัน กฎของครอบครัวที่กำหนดขึ้นมีทั้งทางบวกเพื่อเสริมแรงให้สมาชิกยังคงมีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป และกฎในทางลบเพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้นให้ลดลง กฎของครอบครัวจะคอยควบคุมให้สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ของตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ครอบครัวได้ร่วมกำหนดไว้

นอกจากการมีเป้าหมายแล้ว ความเชื่อ (Beliefs) ก็ถือว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการช่วยให้บุคคลสามารถจัดการปัญหา อุปสรรคและความยากลำบากในการดูแลที่เกิดขึ้น การมีความเชื่อที่ดี เช่น เชื่อว่าถ้ากินยาอย่างต่อเนื่องแล้วจะทำให้ครอบครัวมีความสุข สามารถทำงาน มีเงินมาจุนเจือครอบครัว และไม่ถูกชาวบ้านดูถูก ก็จะทำให้ครอบครัวนั้นเกิดความหวัง (A Hopeful Future) มีการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี มีความคิดที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้ (Abilities to care) ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพนี้จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดพลังในการที่จะแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ดี ต่อไป

<u>กิจกรรมที่ 2</u> ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์ และ พัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ (90 นาที)ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย 2 กิจกรรม ได้แก่

2.1 การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์

2.2 การพัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้

1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการจัดการกับอาการข้างเคียง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้

1. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบอกความสำคัญของการรับประทานยาจิตเวชได้อย่างถูกต้อง

2. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบอกวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาได้

3. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบอกวิธีการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวชได้อย่างถูกต้อง

4. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดยารับประทาน ตรวจสอบความถูกต้องของยา ตรวจสอบวันนัดรับยาต่อเนื่องได้อย่างถูกต้อง

สื่อและอุปกรณ์

1. คู่มือการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว (คู่มือผู้ป่วย) เอกสาร ก

2. ใบความรู้ที่ 3 เรื่อง “กินยาถูกวิธี มีผลดีต่อเรามากมาย ”

3. สมุดจดบันทึกติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย (wellness Planner) เอกสาร ข

4. บัตรนัดตรวจจากโรงพยาบาล เอกสาร ค

5. กระดาษฟลิปชาร์จ

6.ปากกาเคมี

7. ใบความรู้ที่ 4 มาจัดยากันเถอะ

8. กล่องยาแบบรายสัปดาห์

9. ยาของผู้ป่วยแต่ละคน

การดำเนินกิจกรรม

2.1 การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์ (ระยะเวลา 50นาที)

1) ผู้นำกลุ่มทบทวนสาระสำคัญที่ได้ทำกิจกรรมไปในครั้งที่แล้ว โดยให้แต่ละครอบครัวอธิบาย เป้าหมายและกฎของของครอบครัวที่ร่วมตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาฯ

2) ผู้นำกลุ่มอธิบายวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่มกิจกรรมที่ 2

3) ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ตามประเด็น ดังนี้ ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรค อาการ และความสำคัญของการรับประทานยา (ใครรู้จักอะไรบ้าง? อย่างไร ?)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4) ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มเล่าถึงปัญหาการรับประทานยารักษาโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นในแต่ละครอบครัว จากนั้นสรุปประเด็นปัญหา เพื่อนำไปสู่การแก้ไขต่อไปในกิจกรรมต่อไป

5) ผู้นำกลุ่มแจกคู่มือการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว (คู่มือสำหรับผู้ป่วย) ให้แต่ละครอบครัวไว้เป็นคู่มือประกอบการเรียนรู้ระหว่างการเข้ากลุ่มและเป็นแนวทางในการดูแลตนเองและครอบครัวขณะอยู่ที่บ้าน

6) ผู้นำกลุ่ม ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตามคู่มือที่ได้แจกให้ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะเป็นการอธิบายความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วย โดยมีเนื้อหาหลักแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1.สรุปความรู้เรื่องโรคจิตเภทส่วนที่ 2 คือการพัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ และ 3 แหล่งสนับสนุนและการมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพและชุมชนในการร่วมกันดูแลผู้ป่วย โดยในทั้งสามส่วนที่นำเสนอนั้นจะแบ่งเป็นตอนๆ โดยเนื้อหานี้นอกจากจะระบุไว้ในคู่มือแล้ว ยังได้ระบุไว้ในใบความรู้ที่ 3 เรื่อง“กินยาถูกวิธี มีผลดีต่อเรามายมาย ” ดังนี้

ส่วนที่ 1 สรุปความรู้เรื่องโรคจิตเภทประกอบด้วยตอนที่ 1-3

ตอนที่ 1 ความหมายของโรค สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรค

ตอนที่ 2 อาการของโรค การดำเนินโรค การพยากรณ์โรค

ตอนที่ 3 แนวทางการรักษาพยาบาลซึ่งจะเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 คือ การพัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ประกอบด้วย 3 ตอน

ตอนที่ 1 การใช้ยาตามแผนการรักษา ได้แก่ การจัดยารับประทาน การเตือนเวลารับประทานยา การรับยาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาล

ตอนที่ 2 ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ส่วนที่ 3 แหล่งสนับสนุนและการมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพและชุมชนในการร่วมกันดูแลผู้ป่วย

7) ผู้นำกลุ่มจะเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัย จากนั้นผู้นำกลุ่มจะอธิบายเพิ่มเติมแก่สมาชิกกลุ่มอีกครั้งเพื่อให้เกิดความเข้าใจในเนื้อหามากขึ้นในคู่มือการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

8) จากนั้นนำเข้าสู่การพัฒนาทักษะที่ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ต่อไป

2.2 การพัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

1. พัฒนาทักษะต่างๆที่ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ (50 นาที) ผู้นำกลุ่มสาธิตการจัดยารับประทานของผู้ป่วยจากนั้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวสาธิตย้อนกลับตามใบงานที่ 4 มาจัดยากันเถอะ ดังนี้

1) ผู้นำกลุ่มขอให้ผู้ป่วยแต่ละครอบครัวนำยาที่รับประทานอยู่ปัจจุบันมาให้ผู้นำกลุ่มดู

2) ผู้นำกลุ่มสอบถามผู้ป่วยและครอบครัว ทีละครอบครัวเกี่ยวกับ ชนิดของยา จำนวนเม็ดและเวลาที่แพทย์สั่งให้รับประทานยา

3) ผู้นำกลุ่มสอบถามประสบการณ์การจัดยารับประทานของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละครอบครัว

4) ผู้นำกลุ่มสาธิตการจัดยาที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ดูเป็นตัวอย่างประกอบด้วย

2. ผู้นำกลุ่มอธิบายหลักการการจัดยา ได้แก่ ตรวจสอบความถูกต้องของชื่อยารักษาโรคจิตเภท ชื่อผู้ป่วย จำนวนเม็ดยา ระยะเวลาการรับประทานยาจากซองยาของผู้ป่วย

3. จากนั้นสาธิตการจัดยาในหนึ่งวัน และในหนึ่งสัปดาห์ โดยใช้กล่องยาในการจัดเตรียมยาให้ครบในหนึ่งสัปดาห์

4. ให้ผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละครอบครัวสาธิตย้อนกลับการจัดยารับประทานในแต่ละวันและแต่ละสัปดาห์โดยให้ทดลองจัดยาของตนเอง และจัดยาตามสถานการณ์สำลองที่เตรียมไว้ หลังจากสอนการจัดยารับประทานแล้วผู้นำกลุ่มให้ผู้นำกลุ่มแนะนำครอบครัวตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วยแต่ละมื้ออีกครั้ง โดยการรับประทานยาควรให้ผู้ป่วยรับประทานต่อหน้าผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว เมื่อรับประทานแล้วควรให้คำชื่นชมกับผู้ป่วยเป็นประจำ

5. นำกลุ่มสรุปเรื่องการจัดยาโดยสรุปหลักการและเปิดโอกาสให้แต่ละครอบครัวซักถามข้อสงสัย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์จัดยารับประทานที่ผ่านมา

6. ผู้นำกลุ่มแนะนำวิธีการจดบันทึกการรับประทานยาของผู้ป่วย ตามเอกสาร ข โดยการจดบันทึกนี้ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวตกลงกัน ว่าใครจะเป็นผู้จดบันทึกหลัก

7. มอบหมายให้แต่ละครอบครัวทดลองจดบันทึกการรับประทานยาลงในสมุดจดบันทึกติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย เป็นระยะเวลา 1สัปดาห์ และให้นำมาส่งให้ผู้นำกลุ่มตรวจสอบในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

8. ผู้นำกลุ่มแนะนำวิธีการดูวันนัดรับยาต่อเนื่องจากใบนัดหรือสมุดนัดของโรงพยาบาลตามเอกสาร ค

9. ผู้นำกลุ่มร่วมสรุปเรียนรู้กับสมาชิกกลุ่ม ในประเด็นความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

การประเมินผล

ขั้นตอนที่1 สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (perceiving the threat)

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์ และ พัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ สามารถประเมินผลตามกิจกรรมย่อย ได้ดังต่อไปนี้

a. *การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์* เมื่อดำเนินการครบตามขั้นตอน พบว่า

สมาชิกกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนถึงความสำคัญของการรับประทานยาจิตเวชได้ยังไม่ครอบคลุมนัก ขออธิบายตามหัวข้อการแลกเปลี่ยน คือ

เรื่องโรคที่ตนเองเจ็บป่วย (โรคจิตเภท) มีผู้ป่วยจำนวน 2 รายจาก 20 รายที่บอกได้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภทซึ่งจากประวัติการรักษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภท 2 รายนี้มีการเจ็บป่วยมากกว่า 10 ปี และเข้ารับการรักษาซ้ำมากกว่า 3 ครั้ง โดยอีก 18 รายที่เหลือส่วนใหญ่บอกว่า “ตนเองเจ็บป่วยทางจิตใจ ทางสมอง เป็นโรคเครียด” เป็นต้น ซึ่งการรับรู้การเจ็บป่วย (insight) ถือเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

เรื่องอาการของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า สมาชิกกลุ่มสามารถแลกเปลี่ยนกันได้เป็นอย่างดี ดังเช่นตัวอย่างคำพูด “ตอนนั้นประสาทหลอน กลัวผู้ใหญ่บ้านมาทำร้าย จึงปีนหน้าต่างบ้านหนี ”

“ผมก็เหมือนกันหูแว่ว ได้ยินเสียงคนมาขู่ฆ่า แต่ตอนนี้ดีขึ้นบ้างแล้ว”

“ตอนนั้นผมอาการหนักมาก เอามีดพกไว้ที่ตัว เพราะได้ยินเสียงคนจะมาฆ่าเอา”

“หนูกลัวคะ ตอนนั้นเห็นอะไรก็หลอนไปหมด ไม่อยากทำอะไร กลัวมาก”

“ตอนนั้นมันก็หงุดหงิด โมโหง่าย ชาวบ้านที่เห็นก็บอกว่าพูดอยู่คนเดียว ทำอะไรแปลกๆ เขาสงสาร เขาก็เลยพาไปหาหมอ”

“ผมตีพี่เขยครับ ตอนนั้นขาดยา คิดว่าหายแล้ว ก็จะมีอาการมันจะเห็นแสงสีขาวๆ จากนั้นก็จำอะไรไม่ได้เลย”

จากการที่ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนอาการซึ่งกันและกันให้ได้รับทราบ ผู้วิจัยสังเกตได้ว่าสมาชิกแต่ละคนตั้งใจฟังมาก มีสายตาที่อยากรู้อาการต่างๆ ของสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ ดังตัวอย่างคำพูด

“อาการที่เล่าเป็นเหมือนฉันเลย แกก็เป็นเหมือนกันนิ”(ภาษาโคราช)

“ใช่ๆ เป็นเหมือนกันเลย ตอนนั้นมันกลัวไปหมดทุกอย่าง ”

“คิดว่าเป็นคนเดียว อาการเหมือนผีเข้า ผมเห็นลูกเป็นก็ตกใจ พอมาฟังคุณ.....(ชื่อคนไข้)... เล่าแล้วอาการเหมือนลูกผมเลย”

เรื่องสาเหตุ ส่วนใหญ่แล้วจะตอบว่าไม่รู้ว่ามันเกิดจากอะไร มีสมาชิกกลุ่มบางคนเท่านั้นที่ตอบได้ว่า “สารในสมองไม่เท่ากัน” แสดงว่าสมาชิกกลุ่มยังไม่เข้าใจสาเหตุของการเกิดโรคซึ่ง จะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ไม่ถูกต้องตามมา

เรื่องความสำคัญของการรับประทานยา สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันได้ดีพอสมควร ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

ผู้ป่วย “ผมตีพี่เขยครับ ตอนนั้นขาดยา คิดว่าหายแล้ว ก็จะมีอาการมันจะเห็นแสงสีขาวๆ จากนั้นก็จำอะไรไม่ได้เลย”

ผู้ป่วย “ตอนนั้นหมอบอกให้หยุดยาก็เลยหยุด พอหยุดได้ 2 วันอาการก็กลับมาเป็นอีก ตอนนี้ก็เริ่มอยากกินยาต่อ”

ผู้ดูแลหลัก “ถ้าเขากินยา เขาจะมีอาการดีมาก ช่วยทำงานได้ แต่พอขาดยาทีไรก็กลับไปเป็นอย่างเดิมทุกที”

ผู้ดูแลหลัก “เขาก็กินยาต่อเนื่องนะ แต่พักหลังๆ บ่นว่าเบื่อ อาการก็ดีขึ้นแล้ว เขาก็เลยไม่ยอมกินอีก”

จากการประเมินผลพบว่า สมาชิกกลุ่มยังมีการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเองยังไม่ดีนัก คือ ทราบว่าตนเองป่วยแต่ไม่รู้สาเหตุ ในส่วนนี้อาจเป็นเพราะสมาชิกกลุ่มอาจไม่เคยได้รับการให้ความรู้ หรืออาจได้รับการให้ความรู้แล้วแต่ไม่สามารถจดจำได้ นอกนั้นนั้นแล้วสมาชิกกลุ่มยังไม่สามารถอธิบายสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย คือ “การมีสารสื่อประสาทในสมองไม่สมดุล” ตามทฤษฎีชีวเคมีทางการแพทย์ ที่เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากผู้ป่วยมีการโดปามีน หรือซีโรโทนินอยู่ในระดับที่สูงหรือต่ำเกินไป สารสื่อประสาทเหล่านี้ล้วนส่งผลให้เกิดอาการที่ผิดปกติตามมา ทีมสุขภาพจึงต้องรักษาอาการดังกล่าวด้วยยา ซึ่งยาต่างๆเหล่านี้เองจะเข้าไปช่วยให้สารสื่อประสาทอยู่ในระดับที่สมดุลและใช้ชีวิตได้ตามปกติอีกครั้ง หากผู้ป่วยมีความเข้าใจในส่วนนี้จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น เมื่อแลกเปลี่ยนในประเด็นนี้แล้วผู้วิจัยได้ให้สมาชิกกลุ่มได้เล่าปัญหาของการรับประทานยารักษาโรคจิตเภท หรือพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ไม่ถูกต้อง ที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของปัญหาและใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินการในครั้งต่อไป ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

ผู้ป่วย “ผมกินมานานแล้ว ไม่เห็นหาย กินกับไม่กินก็ไม่ต่างกัน”

ผู้ป่วย “ถ้าผมกินยา ผมก็ไปทำงานไม่ได้ บางทีต้องไปขับรถ ผมก็ต้องงดเพราะมันง่วงมาก”

ผู้ป่วย“ผมไปนอน โรงพยาบาลจิตเวช เขาเขียนที่แฟ้มว่า .กินยาตลอดชีวิต. ผมนี่ท้อเลย ทำไมต้องกิน กินตลอดชีวิตมันจะดียังไง พออกมาก็ไม่กิน ก็ได้กลับเข้าไปนอน โรงพยาบาลใหม่”

ผู้ดูแลหลัก“บ้านเราที่มีปัญหาตอนนี้คือ ลูกสาวเขาตื่นสาย เพราะฉะนั้นยาตอนเช้านี้จะไม่ได้กินตลอด”

ผู้ดูแลหลัก“ต่างตนต่างทำงาน ไม่ค่อยมีเวลาดูแลกัน เขากินยาบ้างไม่กินยาบ้างเราก็ไม่รู้ รู้อีกทีก็มีอาการแบบเดิมแล้ว”

ผู้ดูแลหลัก “ลูกฉันกินแล้วตัวแข็งทื่อ เกินตาขวางๆ มือก็สั่นตลอด ก็เลยให้ลูกเลิกกินยา”

ผู้ดูแลหลัก “บางทีก็ไม่มีเงินไปหาหมอ เราก็ต้องเอาข้าวสารไปแลกเงินก่อน ถึงจะได้เงินค่ามอเตอร์ไซด์ไปรับยาที่โรงพยาบาล”

ผู้ดูแลรอง “ก็เป็นอย่างนี้มาตั้งนานแล้ว ไม่ดีขึ้นเท่าไร ไม่รู้ว่าต้องกินไปเพื่ออะไร เมื่อไรจะได้หยุดกินสักที”

ผู้ดูแลรอง “ในหมู่บ้านนี้ก็คิดว่าบ้านเราเป็นคนบ้า เขาก็ไม่คอยมาเยี่ยมมาดูอะไร เราก็ไม่กล้าไปหา ไปขอความช่วยเหลือด้วย เกรงใจเขา”

ผู้ดูแลรอง “เวลาจะขอดูเวลากินยาก็หงุดหงิด ไม่อยากให้เราไปยุ่ง เราก็เลยไม่ได้ดูต่อว่ากินยาจริงไหม”

การประเมินผลพบว่า สมาชิกกลุ่มมีปัญหาเรื่องการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องนั้นเกิดจากทั้งปัจจัยภายในบุคคล เช่น มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรับประทานยา ไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงและยังไม่สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ คิดว่าตนเองหายแล้วจึงไม่รับประทานยาต่อ เบื่อหน่ายและหมดพลัง มองไม่เห็นเป้าหมายว่าจะมีอาการที่ดีขึ้นได้อย่างไร ขาดความรู้เรื่องโรค และปัจจัยภายนอกบุคคล คือผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ขาดดารสนับสนุนจากสังคม เช่น ไม่มีงานทำ ไม่มีเงิน หรือไม่มีแหล่งช่วยเหลือด้านต่าง ที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมนี้เป็นการค้นพบสภาพจริง (discovering reality) ว่าปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง มีสาเหตุมาจากอะไร เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง และเมื่อผู้วิจัยทราบถึงปัญหาและสาเหตุเบื้อต้นของการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์แล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการให้ความรู้แก่สมาชิกกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้ความเข้าใจและนำสิ่งที่ได้รับนี้ไปดูแลตนเองและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการสร้างพลังอำนาจโดยการให้ความรู้ สร้างทรัพยากรและประสบการณ์ที่เป็นแหล่งพลังอำนาจของบุคคลในการแก้ไขปัญหาต่อไป โดยมีเนื้อหาตามที่ได้ระบุไว้แล้ว ภายหลังการให้ความรู้ได้มีการประเมินความรู้ที่สมาชิกกลุ่มได้รับ ดังคำพูดตัวอย่างดังต่อไปนี้

ผู้ป่วย“คือ ผมป่วยเพราะสารเคมีในสมองมันมีไม่เท่ากัน ถ้ามันเป็นเส้นยุ่งๆ ผมก็จะมีอาการ แต่ถ้าผมอยากหายผมก็ต้องกินยาให้สมองมันเป็นเส้นตรง”

ผู้ป่วย“ยาที่ต้องกินต่อเนื่องก็เพราะมันช่วยให้อาการเราทรงตัว มันอาจจะไม่ดีเต็มร้อยแต่ก็ดีกว่ากลับไปเป็นบ้าอีก”

ผู้ป่วย “ตอนนั้นกินยาแรกๆ ง่วงนอนมาก พอเรานอนก็บอกว่าเราขี้เกียจ ก็อยากให้พ่อกับแม่ได้ฟัง ว่าเราพยายามแล้ว แต่มันก็ง่วงจริงๆ ไม่ได้แกล้ง”

ผู้ป่วย “ถ้าฉันกินยาฉันก็จะทำงานได้ เพราะว่าจะไม่มีอาการหูแว่ว ไม่กลัวใครมาทำร้าย”

ผู้ป่วย“ผมจะเล่าอาการให้หมอฟังตอนพบไปพบหมอ ถ้าผมกินผมก็จะบอกว่ากิน แต่ถ้าผมไม่กินผมก็จะบอกหมอว่าผมต้องไปทำงาน”

ผู้ดูแลหลัก “เข้าใจแล้วพยาบาล ตอนแรกที่เห็นว่าลูกผมตัวแข็ง ตาแข็งผมก็นึกว่าผีเข้า กินยาอะไรทำไมยิ่งกินยิ่งเป็น ตอนนั้นผมเผายาทิ้งเลยนะ เพิ่งรู้ว่าจริงๆและมันเป็นเรื่องปกติ คนอื่นเขาก็เป็นคือกัน”

ผู้ดูแลหลัก “จริงๆ เราก็มีส่วนทำให้เขาดีหรือไม่ดี เขาก็คงไม่อยากป่วย แต่ตอนนี้เขาป่วยไปแล้ว เรามีหน้าที่ดูแลเขาเราก็ต้องดูแลต่อไป อย่างน้อยเขาก็เป็นน้องเรา”

ผู้ดูแลหลัก “ต่อไปจะช่วยดู ช่วยเตือนให้เขากินยา ทั้งเช้าทั้งเย็น เพราะถ้าเขาป่วยไปอีกเราก็จะหนักกว่าเก่า”

ผู้ดูแลหลัก “จะช่วยสังเกตว่าเขากินยาไหม สังเกตว่าเขาผิดปกติตรงไหนจะได้ไปเล่าให้หมอฟัง จะลองบันทึกในสมุดแล้วเอามาให้พยาบาลดู”

ผู้ดูแลรอง “ถ้าพี่ฉัน เริ่มนอนไม่หลับ เริ่มพูดคนเดียวอีก ผมจะพามาหาหมอก่อน”

ผู้ดูแลรอง “ฉันจะคอยดูเขา ให้เขาจดบันทึกว่าเขากินยาได้ครบไหม อยากให้เขากินต่อเนื่อง”

ผู้ดูแลรอง “ถ้ายาหมดก่อนวันนัด เดี่ยวจะพาไปหาหมอก่อน หรือไม่ก็จะบอกหมออนามัยเผื่อเขาจะมียาที่อนามัยไว้ ”

และเมื่อสมาชิกเห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการกินยา ส่งผลให้มีการรับประทานยาตรงตามเวลา ไม่ขาดยา รวมถึงสามารถดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงได้ ในกิจกรรมต่อไปจะเป็นการพัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีพลังอำนาจ ทั้งในด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการรับประทานยาอย่างถูกวิธีและต่อเนื่อง

1.3 *การพัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์* จากการดำเนินตาม

ขั้นตอนพบว่า ภายหลังจากสาธิตการจัดยารับประทาน พบว่า สมาชิกกลุ่มสามารถสาธิตย้อนกลับการจัดยาได้อย่างถูกต้อง ทราบว่าต้องรับประทานยาชนิดไหน ซองยาตรงกับชื่อตัวเอง

หรือไม่ จำนวนเท่าไร รับประทานเวลาใด แต่ยังมีบางครอบครัวที่ยังไม่สามารถจัดยารับประทานได้อย่างถูกต้อง ดังตัวอย่างเช่น

1. ผู้ป่วยและครอบครัวหยิบชนิดยาถูกต้องแต่ จำนวนที่รับประทานไม่ถูกต้อง เนื่องจากหมอเพิ่งลดหรือปรับยา ด้วยความเคยชินจึงไม่ได้ดูที่ซองยาก่อน หากเป็นเช่นนี้อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบตามกำหนดได้

2. ผู้ป่วยเมื่อและครอบครัว หยิบยาออกมาจากซองแล้วไม่สามารถใส่ซองกลับคืนได้ถูกต้องตามเดิม เนื่องจากจำแค่เพียงว่าเม็ดสีขาว แต่ยารักษาโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะเป็นเม็ดสีขาวที่ให้คู่กัน เช่น Chlorpromazine Clozapine Benhexol เป็นต้น หากใส่ซองผิดจะทำให้ครั้งต่อไปผู้ป่วยรับประทานยาได้ไม่ถูกชนิด ไม่ครบตามจำนวนและอาจทำให้มีอาการกำเริบได้

นอกจากนี้การประเมินการสาธิตย้อนกลับเรื่องการจดบันทึกการใช้ยา ประเมินผลพบว่า

1. ผู้ป่วยและครอบครัว อ่านที่ซองยาแล้วไม่เข้าใจว่าจะต้องจดบันทึกชื่อยาอย่างไร เนื่องจากหน้าซองระบุชื่อยาว่า ยาคลายเครียด บางราย ตัวยาด้านในต่างชนิดกัน แต่หน้าซองระบุไว้ว่าเป็นยาคลายเครียด เช่นเดียวกันทั้งหมด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสน ว่าตนเองต้องกินยาคลายเครียดมากถึง 3 ตัวเลยหรือ ลดตัวใดตัวหนึ่งได้ไหม เป็นต้น ในกรณีนี้ผู้วิจัยได้แจ้งให้ฝ่ายเภสัชกรรมรับทราบแล้วและจะนำเข้าไปพิจารณาในคณะทำงานของโรงพยาบาลต่อไป ส่วนของการจดบันทึก ผู้วิจัยจึงให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้จดจำจากลักษณะของเม็ดยาร่วมด้วย เช่น สีเหลืองกลม สีขาวนูน สีขาวเล็ก เป็นต้น

2. ในสมุดตารางบันทึกการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ ผู้ป่วยบางรายมียาหลายชนิด ทำให้ช่องว่างในการบันทึกไม่พอ ผู้วิจัยจึงต้องเพิ่มสมุดการบันทึกให้ผู้ป่วยรายนั้นเพิ่มเติม และต่อไปจะพัฒนาช่องว่างในการจดบันทึกในมีขนาดใหญ่ขึ้น

และการประเมินการสาธิตย้อนกลับการตรวจสอบวัดนัดรับยาต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจดจำและสังเกตวันนัดในบัตรได้อย่างถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy)

ประกอบด้วย 2 กิจกรรม กิจกรรมละ 90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ครอบครัวเคยใช้และผลที่เกิดขึ้น

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้

1. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถการวิเคราะห์วิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ครอบครัวเคยใช้และผลที่เกิดขึ้น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถระบุวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้บทบาทหน้าที่ของตนเองตามโครงสร้างของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบงานที่ 5 การวิเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของครอบครัวจากสถานการณ์จริง

2. สมุดจดบันทึกและติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย (เอกสาร ข)

3. ใบความรู้ที่ 4 บทบาทของผู้ป่วยและครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

4. กระดาษฟลิปชาร์จ

5. ปากกาเคมี

6. แผนผังครอบครัวที่ได้ร่วมกันวิเคราะห์ในครั้งที่ 1

การดำเนินกิจกรรม

1.ผู้นำกลุ่มพูดคุยเรื่องทั่วไป และบอกวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มในกิจกรรมที่ 3

2.ผู้นำกลุ่ม ให้แต่ละครอบครัวทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาในครั้งที่แล้วว่าได้เรียนรู้อะไรบ้าง นำความรู้ที่ได้ไปใช้อย่างไร

3.ผู้นำกลุ่มให้แต่ละครอบครัวนำสมุดบันทึกติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยมาแสดงต่อกลุ่มเพื่อติดตามผลการใช้ยาของผู้ป่วย และให้การเสริมแรง โดยการชื่นชม รวมทั้งแลกเปลี่ยนปัญหา อุปสรรค หรือข้อค้นพบหลังจากที่ได้นำไปใช้แล้ว

4.ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้แต่ละครอบครัวได้ทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ครอบครัวเคยใช้และผลที่เกิดขึ้น โดยให้แต่ละครอบครัวเล่าถึงปัญหาการรับประทานที่ไม่ต่อเนื่อง การขาดยา การลืมกินยาของผู้ป่วย การปรับขนาดยา การรวมยามื้อย่อยมารับประทานในครั้งเดียวการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เป็นต้น และวิธีการแก้ไขปัญหาที่เคยใช้รวมถึงผลที่เกิดขึ้นหลังจากการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา

5. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายเพื่อหาวิธีการแก้ปัญหาโดยใช้บทบาทของตนเองตามโครงสร้างของครอบครัวตามใบงานที่ 5 การวิเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของครอบครัวจากสถานการณ์จริง ดังนี้

1) ให้แต่ละครอบครัวนำแผนผังครอบครัวที่ได้ทำขึ้นในสัปดาห์แรกมาร่วมกัน

วิเคราะห์อีกครั้ง โดยให้แต่ละครอบครัวทบทวนเกี่ยวกับโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย เป้าหมายและกฎของครอบครัวที่ร่วมกันตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย

2) ให้แต่ละครอบครัวร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่ชัดเจน และเขียนลงในตารางบทบาทหน้าที่ของครอบครัวเรา

3) จากนั้นให้แต่ละครอบครัวนำเสนอผลงานที่ได้วิเคราะห์ตามใบงานที่ 5 พร้อมทั้งร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับครอบครัวอื่นๆ ถึงวิธีการเลือกใช้การแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับครอบครัวตนเอง

6.ผู้นำกลุ่มอธิบายความรู้เพิ่มเติมในเรื่องของบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 4 บทบาทของผู้ป่วยและครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

7. ผู้นำกลุ่มกล่าวชื่นชมและให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนบอกแนวทางในการดูแลตนเองผู้ป่วยที่ได้เรียนรู้ในครั้งนี้

การประเมินผล

กิจกรรมที่ 3 ทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ครอบครัวเคยใช้และผลที่เกิดขึ้น จากดำเนินการตามขั้นตอน พบว่าสมาชิกกลุ่มสามารถทบวนปัญหาพฤติกรรมการยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยในแต่ละครอบครัวนั้น ดังตัวอย่างคำพูด ดังต่อไปนี้

ผู้ป่วย “ผมกินมานานแล้ว ไม่เห็นหาย กินกับไม่กินก็ไม่ต่างกัน”

ผู้ป่วย “ผมกินกาแฟด้วย มันติดยังเลิกไม่ได้ ช่วงกลางคืนมันก็นอนไม่หลับเลยต้องไปเพิ่มยาเอง ยาผมเลยหมดก่อนตลอด”

ผู้ป่วย “ถ้าผมกินยา ผมก็ไปทำงานไม่ได้ บางทีต้องไปขับรถ ผมก็ต้องงดเพราะมันง่วงมาก”

ผู้ป่วย“ผมไปนอน โรงพยาบาลจิตเวช เขาเขียนที่แฟ้มว่า .กินยาตลอดชีวิต. ผมนี่ท้อเลย ทำไมต้องกิน กินตลอดชีวิตมันจะดียังไง พออกมาก็ไม่กิน ก็ได้กลับเข้าไปนอน โรงพยาบาลใหม่”

ผู้ดูแลหลัก“บ้านเราที่มีปัญหาตอนนี้คือ ลูกสาวเขาตื่นสาย เพราะฉะนั้นยาตอนเช้านี้จะไม่ได้กินตลอด”

ผู้ดูแลหลัก“ต่างตนต่างทำงาน ไม่ค่อยมีเวลาดูแลกัน เขากินยาบ้างไม่กินยาบ้างเราก็ไม่รู้ รู้อีกทีก็มีอาการแบบเดิมแล้ว”

ผู้ดูแลหลัก “ลูกฉันกินแล้วตัวแข็งทื่อ เกินตาขวางๆ มือก็สั่นตลอด ก็เลยไม่ให้ลูกเลิกกินยา”

ผู้ดูแลหลัก “บางทีก็ไม่มีเงินไปหาหมอ เราก็ต้องเอาข้าวสารไปแลกเงินก่อน ถึงจะได้เงินค่ามอเตอร์ไซด์ไปรับยาที่โรงพยาบาล”

ผู้ดูแลรอง “ก็เป็นอย่างนี้มาตั้งนานแล้ว ไม่ดีขึ้นเท่าไร ไม่รู้ว่าต้องกินไปเพื่ออะไร เมื่อไรจะได้หยุดกินสักที”

ผู้ดูแลรอง “ในหมู่บ้านนี้ก็คิดว่าบ้านเราเป็นคนบ้า เขาก็ไม่คอยมาเยี่ยมมาดูอะไร เราก็ไม่กล้าไปหา ไปขอความช่วยเหลือด้วย เกรงใจเขา”

ผู้ดูแลรอง “เวลาจะขอดูเวลากินยาก็หงุดหงิด ไม่อยากให้เราไปยุ่ง เราก็เลยไม่ได้ดูต่อว่ากินยาจริงไหม”

ปัญหาที่เกิดขึ้นตรงกับแนวคิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ว่าหากมีพฤติกรรมการรับประทานที่ไม่ต่อเนื่อง การขาดยา การลืมกินยาของผู้ป่วย การปรับขนาดยาเอง การรวมยามื้อย่อยมารับประทานในครั้งเดียวการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา พฤติกรรมเหล่านี้ถือว่ามีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ไม่ถูกต้อง ซึ่งต้องได้รับการแก้ไข ผู้วิจัยจึงกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในทางที่เหมาะสม ดังคำพูดตัวอย่างดังต่อไปนี้

ผู้ป่วย “ถ้าลืมกินยา ถ้านึกได้ก็จะรีบกินทันที”

ผู้ป่วย “แต่ก่อนผมกินเหล้า แต่ตอนนี้ผมเลิกแล้ว เพราะหมอบอกว่ายามันฆ่าเหล้า ถ้ายากหายก็ต้องเลิกเหล้า”

ผู้ป่วย “ถ้าไม่เงินไปหาหมอ ก็จะบอกแม่ให้แม่ไปรับยาแทน จะได้ไม่ต้องไปพร้อมกันหลายคน มันเปลือง”

ผู้ป่วย “ตอนที่ง่วงนอน ก็จะงีบนอนสักพัก ไม่ฝืนตัวเอง ”

ผู้ดูแลหลัก “ตอนที่เขาไม่ยอมกินยา ที่ผ่านมาก็จะเตือนเขา ว่ากินเถอะ จะได้หายดี”

และประสบการณ์การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในทางที่ไม่เหมาะ ดังคำพูดตัวอย่างดังต่อไปนี้

ผู้ป่วย “ถ้าผมไปทำงาน ผมต้องงดยา เพราะผมต้องขับรถ”

ผู้ป่วย “คืนไหนที่ผมนอนไม่หลับ ผมชอบเพิ่มยาเอง บางครั้งยาก็ไม่พอ”

ผู้ป่วย “ถ้าลืมกินยา บางครั้งก็รวมกินทีเดียวเลย เพราะเดี๋ยวจะขาดยาอีก”

ผู้ดูแลหลัก “ลูกฉันกินแล้วตัวแข็งทื่อ เกินตาขวางๆ มือก็สั่นตลอด ก็เลยไม่ให้ลูกเลิกกินยา”

จากการประเมินผลพบว่าสมาชิกกลุ่ม มีทั้งวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนความรู้ที่เรียนรู้ไปในกิจกรรมที่ผ่านมา พร้อมทั้งอธิบายความรู้ต่างๆ ตามปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาฯ และให้ครอบครัวอื่นๆ ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การแก้ไขปัญหาซึ่งกันและกัน จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มร่วม แต่ละครอบครัวร่วมกันระบุแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้บทบาทหน้าที่ของตนเองตามโครงสร้างของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ต่อจากการวิเคราะห์โครางสร้างของครอบครัว การกำหนดเป้าหมายและตั้งกฎของครอบครัว ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ครอบครัวที่ 1	หน้าที่เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
สามี	ให้เงินใช้เดือนละ 500 บาท
ตัวเอง (ผู้ป่วย)	กินยาเอง
ลูกชาย	ให้กำลังใจบอกแม่ให้กินยา พักผ่อนมากๆ
ลูกชาย	บอกให้แม่กินยาทุกวัน อย่าขาดยานะแม่
ครอบครัวที่ 2	
พ่อ	ท่านป่วย ตอนนี้ต้องนอนอยู่เฉยๆ
แม่	ดูแลคอยแนะนำลูกให้กินยา ไม่ให้ไปเที่ยวไกลๆ
ตัวเอง(ผู้ป่วย)	กินยาเอง ไม่ปรับยาก่อนไปพบหมอ
พี่ชาย	ทำงานหาเงิน คอยพาผู้ป่วยไปหาหมอ
ครอบครัวที่ 3	
พ่อ	คอยช่วยงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ปลูกให้ลูกสาวกินยา ดื่มเหล้าให้น้อยลง
แม่	ทำงานหาเงิน พาลูกไปหาหมอ
ตัวเอง(ผู้ป่วย)	กินยาเอง บอกแม่ถ้าง่วงนอนมากเกินไป ทำงานบ้านเล็กน้อยๆ
พี่ชาย	ช่วยแม่ดูน้อง ช่วยหาเงิน ช่วยทำงานบ้าน
ครอบครัวที่ 4	
แม่	คอยบอกให้กินยา คอยอบรมสั่งสอนอย่าให้ขาดยา
พี่สาว	ทำงานร้านเสริมสวยหาเงินมาให้ครอบครัว ให้กำลังใจ
ตัวเอง(ผู้ป่วย)	กินยาเอง ทำงานบ้านเอง ช่วยพี่สาว
ครอบครัวที่ 5	
แม่	ทำงานหาเงิน ให้กำลังใจ คอยเตือนให้กินยา
พี่สาว	คอยสังเกตอาการผิดปกติ ถามเรื่องกินยา ให้กำลังใจ ทำงานหาเงิน
ตัวเอง(ผู้ป่วย)	ช่วยทำงานบ้าน รับจ้างเล็กๆน้อยๆ กินยาเองตามเวลา

จากตารางเป็นผลการประเมินการทำบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนในครอบครัว เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งเป็นการวางแผนร่วมกันในครอบครัว ถือเป็นการปรับบทบาทหน้าที่ของครอบครัวเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว การได้ฝึกแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัว (family coping function) ที่ โดยการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ (Family

function) ของสมาชิกแต่ละคนให้เหมาะสม จะทำให้ครอบครัวกลับมาสู่ภาวะสมดุลอีกครั้ง(family adjustment) (Minuchin, 1974 อ้างถึงใน อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) จากนั้นเมื่อสมาชิกกลุ่มแต่ละครอบครัวได้มีบทบาทและหน้าที่ที่ชัดเจนแล้ว ในขั้นตอนต่อไปจะเป็นการฝึกแก้ไขสถานการณ์จำลองและลองนำไปใช้จริงที่บ้านตามบทบาทของครอบครัว ต่อไป

กิจกรรมที่ 4 ฝึกแก้ไขปัญหาใช้สถานการณ์จำลองและใช้จริงที่บ้านตามบทบาทของครอบครัว

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้

1.เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมการการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา จากการปรับบทบาทหน้าที่ของตนเองให้เหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้

1.ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถระบุวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้บทบาทหน้าที่ของตนเองตามโครงสร้างของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

สื่อและอุปกรณ์

1.ใบความรู้ที่ 5การแก้ไขปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วย

2.ใบงานที่ 6สถานการณ์จำลองเพื่อทดสอบแนวทางการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นตามเกณฑ์ของครอบครัว

3.สมุดจดบันทึกและติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย (เอกสาร ข)

4. กระดาษฟลิปชาร์จ

5. ปากกาเคมี

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มพูดคุยเรื่องทั่วไป และบอกวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มในกิจกรรมที่ 4

2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้แต่ละครอบครัวแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วย

3. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้แต่ละครอบครัวซักถามข้อสงสัยและอธิบายการแก้ไขปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยตามใบความรู้ที่ 5

4. ผู้นำกลุ่มให้แต่ละครอบครัวทดลองแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์จำลองใบงานที่ 6 สถานการณ์จำลองเพื่อทดสอบแนวทางการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของครอบครัว

ที่ได้ร่วมกันสร้างขึ้นในกิจกรรมที่ผ่านมา โดยให้แต่ละครอบครัวจับฉลากปัญหา มาวิเคราะห์ครอบครัวละ 1 ปัญหา ดังนี้

สถานการณ์ที่ 1.ทำอย่างไร...เมื่อลืมกินยาแล้วจะไม่ให้ลืมอีก

สถานการณ์ที่ 2.ทำอย่างไร...เมื่อมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

สถานการณ์ที่ 3.ทำอย่างไร...เมื่อผู้ป่วยต้องการดื่มสุราและสูบบุหรี่ร่วมกับการใช้ยาจิตเวช

สถานการณ์ที่ 4.ทำอย่างไร...เมื่อผู้ป่วยไม่ยอมกินยา

สถานการณ์ที่ 5.ทำอย่างไร....เมื่อไม่สามารถไปตรวจตามนัดได้

6.จากนั้นแต่ละครอบครัวนำเสนอผลงานและร่วมแลกเปลี่ยนวิธีการเผชิญปัญหาจากโจทย์สถานการณ์ที่ได้รับ

7.ผู้นำกลุ่มกล่าวชื่นชมและให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนบอกแนวทางในการดูแลตนเองผู้ป่วยที่ได้เรียนรู้ในครั้งนี้

8. มอบหมายการบ้านให้นำแนวทางที่ร่วมกันวิเคราะห์ไปปฏิบัติจริงในครอบครัวพร้อมบันทึกผลในสมุดบันทึกการใช้ยา และนำมาแลกเปลี่ยนกันในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

9.แนะนำวิธีการจดบันทึกติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

กิจกรรมที่ 4 ฝึกแก้ไขปัญหาใช้สถานการณ์จำลองและใช้จริงที่บ้านตามบทบาทของครอบครัว จากการดำเนินการตามขั้นตอนพบว่าสมาชิกกลุ่มสามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ซึ่งขออธิบายตามสถานการณ์ที่ใช้ทดสอบ ดังต่อไปนี้

สถานการณ์ที่ 1.ทำอย่างไร...เมื่อลืมกินยา แล้วจะไม่ให้ลืมอีก

ผู้ป่วย “ถ้านึกได้ก็ให้กินยาทันทีที่นึกได้ ”

ผู้ดูแลหลัก “ถ้านึกได้ก็ให้กินยาทันที แต่ถ้ามันใกล้กับอีกมื้อที่จะกินต่อไป ก็กินยามื้อต่อไปได้เลย”

ผู้ป่วย “แต่ก่อนถ้าผมลืม ผมจะรวมยามากินมื้อเดียวกันนะ แต่จากที่ฟังพยาบาลแล้วมันจะทำให้เราแพ้ยาได้ ผมก็จะไม่รวบกินทีเดียว เดี่ยวได้ไปนอนโรงพยาบาลอีก”

ผู้ดูแลหลัก“กลัวลืม ก็จะใช้ตารางบันทึกการใช้ยาที่พยาบาลสอน ถ้ากินแล้วก็จะขีดถูก ถ้าทำได้ครบจะได้ไปตลาดนัดวันพฤหัส”

ผู้ดูแลรอง “ถ้าจะลืมอีก ก็จะเป็นพวกเราในบ้านที่ช่วยกันถาม ช่วยกันดูยาว่ากินไปหรือยังหลายๆ คนช่วยกัน น่าจะไม่ลืม”

สถานการณ์ที่ 2.ทำอย่างไร...เมื่อมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

ผู้ดูแลหลัก “ถ้าแบบว่า ตัวแข็งลิ้นแข็งมากๆ เราก็ควรไปหาหมอ ถ้าทนไปเรื่อยๆ อาการมันจะหนักเหมือนคนข้างบ้าน ”

ผู้ป่วย “จริงๆ อาการแพ้มาก็ก็เกิดขึ้นได้อยู่ช่วงแรกๆ มันจะรำคาญ พูดไม่ชัดเดินตัวแข็ง แต่หลังๆก็จะดีขึ้น หมอเขาจะให้ยาแก้แพ้มาอยู่ แต่เราต้องกินให้ครบ”

ผู้ป่วย “อาการที่ฉันเป็นบ่อยๆ ก็คือ วูบเวียนหน้า ต่อไปก็จะค่อยๆลุกขึ้น เดี่ยวจะล้มเอา”

ผู้ป่วย “ถ้าปากแห้ง คอแห้ง อันนี้ให้จิ๊บน้ำบ่อยๆ ผมจำได้”

ผู้ดูแลหลัก “ ถ้าแพ้ยาแบบรุนแรง ให้เราไปหาหมอไม่อยากทิ้งยาหรือหยุดยา ไม่อย่างนั้นก็เป็นอีก”

ผู้ป่วย “ผมกินยาแล้วท้องผูก ผมคิดว่ามันเป็นจากยาเม็ดสีขาว ผมเลยหยุดกินไป หลังจากนั้นผมก็เข้าโรงพยาบาลอีก พอมาฟังวันนี้คิดว่า ไม่ควรงดยา แต่ให้ออกกำลังกาย กินผักเยอะๆ แล้วก็ฝึกขับถ่ายเอาจะดีกว่า”

ผู้ป่วย “ฉันเคยกินยาแล้วอ้วน นี่ก็อ้วนขึ้น ก็จะพยายามไม่กินของที่มันทำให้อ้วนเพิ่ม วิ่งบ้างให้น้ำหนักมันลง ”

สถานการณ์ที่ 3.ทำอย่างไร...เมื่อผู้ป่วยต้องการดื่มสุราและสูบบุหรี่ร่วมกับการใช้ยาจิตเวช

ผู้ดูแลหลัก “เราต้องคุยกับเขาดีๆก่อน เข้าใจอยู่ว่าคนมันอยากมันจะห้ามยาก แต่ก็ต้องเตือนต้องขู่ไว้ไม่ให้ไปกินเหล้ากับเพื่อน”

ผู้ป่วย “เวลามีงานบุญเขาก็จะชวนกินเหล้า ให้เราปฏิเสธเขาไป บอกว่าแม่ไม่ให้กิน บอกว่าหมอสั่งห้ามอะไรประมาณนี้”

ผู้ป่วย “ก็ ทุกอย่างมันอยู่ที่ใจ ผมไม่กินเหล้านะ แต่ผมกินกาแฟ กินวัน 2 ซองเลย แต่ผมเป็นคนจริง ถ้าวันนี้ผมจะเลิก ผมก็เลิกได้ ผมจะตั้งใจเลิกกาแฟจริงๆ แล้ว พยาบาลเชื่อผมไหม”

ผู้ป่วย “ตอนผมกินเหล้านะ ทำอะไรไม่ได้เลย พี่เชื่อผม เลิกซะ เราจะได้ไปทำงานได้”

สถานการณ์ที่ 4.ทำอย่างไร...เมื่อผู้ป่วยไม่ยอมกินยา

ผู้ดูแลหลัก “ก็ต้องถามเขาดีๆ ว่าทำไมไม่ยอมกินยา จะได้ช่วยถูกทาง”

ผู้ดูแลหลัก “ถ้าคุยได้ ก็จะคุยก่อน บอกว่าเราเป็นห่วงเขา อยากให้เขาหายถึงได้เตือน”

ผู้ดูแลหลัก “ให้เขาทำสิ่งที่เขาชอบ ปะเหลอะ (ภาษาโคราช) เอาใจก่อน แล้วก็ขอให้กินยา”

ผู้ดูแลรอง “ผมก็จะถามเขาว่า เขาไม่อยากหายหรือ ทำไมทำแบบนี้”

ผู้ดูแลรอง “จัดยาให้เขาเอง ดูแลให้เขากินจนหมด ถ้าเขาทำตามก็ให้กำลังใจ ชื่นชมกันไป”

ผู้ดูแลหลัก “ถ้าเขาไม่ยอมกินจริงๆ คงต้องพาไปหาหมออีก”

สถานการณ์ที่ 5.ทำอย่างไร....เมื่อไม่สามารถไปตรวจตามนัดได้

ผู้ป่วย “ดูวันที่เขานัด หมอที่ โรงพยาบาลเขาจะออกให้ เราก็ไปตามนั้น”

ผู้ป่วย “ถ้าฉันจะไปทำงานต่างจังหวัด แล้วมันเลยวันนัดไป ก็ต้องบอกหมอ ขอหมอให้เอายามาให้พอ จะได้ไม่ขาดยา”ผู้ดูแลหลัก “บางทีก็ไม่มีเงินไปหาหมอ เราก็ต้องเอาข้าวสารไปแลกเงินก่อนถึงจะได้เงินค่ามอเตอร์ไซด์ไปรับยาที่โรงพยาบาล”

ผู้ดูแลหลัก “ถ้าไปไม่ได้จริงก็จะไปอนามัยก่อนวันนัด ต้องไปบอกหมอให้เขาบอกที่โรงพยาบาลให้อีกทีนึง”

จากการประเมินผลกิจกรรมที่ 3 และ 4 ที่ผ่านมา ได้แสดงให้เห็นว่าสมาชิกกลุ่มได้มีการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ตามขั้นตอนที่ 2 ของกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจ (critical reflection) ซึ่งกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ต้องอาศัยประสบการณ์ส่วนบุคคล (Experience) ประสบการณ์ทั้งในสถานการณ์ที่ผ่านมา รวมถึงประสบการณ์ที่ได้รับจากการอ่านจากตำรา วารสาร ข้อมูลความรู้ต่างๆ (Educational Contexts) ซึ่งสมาชิกกลุ่มได้รับไปในขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์ และ พัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการหรือความคุมสถานการณ์ ในกิจกรรมที่ 4 นี้ ได้มีการทดลองเผชิญปัญหาตามสถานการณ์จริงเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยการมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาฯ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามรถของตนเอง (self-efficacy) ผ่านประสบการณ์จริงของตนเองและเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของผู้อื่น (Bandura, 1997)

ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem)

ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 5 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันหลังจากที่ได้นำวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ไปปรับใช้กับบริบทจริงในครอบครัว

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเกิดความภาคภูมิใจจากการรับรู้ความสามารถของตนเองจากการเผชิญปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้

1.ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบอกความภาคภูมิใจของตนเองจากการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา

2.ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถระบุวิธีการพัฒนาตนเองและครอบครัวในเรื่องการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาฯ ได้อย่างเหมาะสม

สื่อและอุปกรณ์

1.ใบงานที่ 7 แนวทางการอภิปรายกลุ่มเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้จากการนำแนวทางแก้ไขปัญหาไปปฏิบัติ

2.จดหมายจากชายคนหนึ่ง ที่เป็นต้นแบบที่ดีของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

3.กระดาษฟลิบชาร์จ

4.ปากกาเคมี

การดำเนินกิจกรรม

1.ผู้นำกลุ่มพูดคุยเรื่องทั่วไปและบอกวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มในกิจกรรมที่ 5

2.ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้ทบทวนเรื่องที่ได้เรียนรู้ในการเข้ากลุ่มครั้งที่ผ่านมา

3.ผู้นำกลุ่มให้แต่ละครอบครัวนำสมุดบันทึกติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย มาแสดงต่อกลุ่มเพื่อติดตามผลการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้การชื่นชมเสริมแรงรวมทั้งแลกเปลี่ยนปัญหา อุปสรรคหรือข้อค้นพบหลังจากที่ได้นำไปใช้แล้ว

4.ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้แต่ละครอบครัวร่วมแลกเปลี่ยน กระบวนการผลลัพธ์และความภาคภูมิใจ (สิ่งดีๆที่เกิดขึ้น) จากการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ใน 2 ประเด็น คือ ภายหลังจากได้นำไปใช้จริงกับครอบครัวแล้ว ตามใบงานที่ 7แนวทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และความภาคภูมิใจจากการนำแนวทางแก้ไขปัญหาไปปฏิบัติ

5.ผู้นำกลุ่มอ่านจดหมายจากชายคนหนึ่ง ที่เป็นต้นแบบที่ดีของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องรวมถึงมีการดูแลช่วยเหลือที่ดีจาดครอบครัวและชุมชน มานำเสนอเป็นแบบอย่างและช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจภายในตัวบุคคลเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

6.ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้แต่ละครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นต่อเรื่องราวดังกล่าว ตามประเด็นดังนี้

- รู้สึกอย่างไรเมื่อได้รับชมเรื่องราวดังกล่าว เหมือนหรือต่างจากครอบครัวเราอย่างไร
- ครอบครัวของท่านอยากประสบความสำเร็จเหมือนครอบครัวดังกล่าวหรือไม่
- ครอบครัวของท่านได้เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อย่างไรบ้างและจะนำมาปรับใช้กับครอบครัวของตนเองอย่างไร

7.ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้แต่ละครอบครัวได้พูดทบทวนเป้าหมายของครอบครัวแต่ละครอบครัวที่ได้กำหนดขึ้น เพื่อเป็นการเน้นย้ำและสร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้นแก่ครอบครัว

8.ผู้นำกลุ่มแนะนำแหล่งประโยชน์และแนวทางการขอความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำมาดูแลผู้ป่วยได้ ประกอบด้วย

• คู่มือการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา “กินยาดี มีประโยชน์มากมาย ” เอกสาร ก

- สมุดจดบันทึกติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย (เอกสาร ข)
- บัตรนัดตรวจจากโรงพยาบาล (เอกสาร ค)

9.แนะนำวิธีการจดบันทึกติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (เอกสาร ค)และให้นำผลมาแสดงในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

10.ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกในแต่ละครอบครัวสรุปเรียนรู้ กล่าวชื่นชม บอกความรู้สึกและให้กำลังใจซึ่งกัน

11.ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย จากนั้นสรุปกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจและปิดกลุ่ม

การประเมินผล

จากกิจกรรมที่แล้วผู้วิจัยที่ได้ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละครอบครัวนำวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาไปลองปรับใช้ ตามบทบาทหน้าที่ ที่ได้ระบุไว้ในตารางบทบาทหน้าที่ พร้อมกับบันทึกผลการใช้ยาของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม พบว่ามีผลการปฏิบัติดังตัวอย่างต่อไปนี้

ผู้ป่วย “ผมเอาสมุดภาพและตารางจดยานี้ไปนั่งอ่านดู ทำให้ผมเห็นว่าทุกๆคนรักผม อยากให้ผมหาย ผมเลยตั้งใจกินยา มีลืมบางตอนกลางคืนเพราะหลับก่อน แต่ครั้งต่อไปจะพยายามไม่ลืม”

ผู้ป่วย “ฉันกินยาครบเลย อันนี้ที่หมอให้ขีดถูก ฉันเอามาให้ดูจ๊ะ”

ผู้ดูแลหลัก “บ้านของฉันตั้งป้าหมายว่าจะช่วยกันดูแลให้ น้องชายได้กินยาครบทุกมื้อ เขาก็ทำได้ กินได้ครบเลย บางมือกินช้าบ้างก็เตือนๆ กันเอา คิดว่าถ้าทุกคนช่วยกัน ทุกอย่างมันก็ดีขึ้น”

ผู้ดูแลหลัก“ ตอนที่เราดูแลให้เขาได้กินยา ปลุกมากินยาได้ เขาก็มีอาการสดชื่นขึ้นนะ จากที่นอนซมตลอด ตอนนี้ก็ลุกมาซักผ้าได้แล้ว”

ผู้ดูแลรอง “หลังจากที่กลับไป ผมก็ช่วยแม่ดูแลน้อง ก็ถามว่ากินยาหรือยัง น้องก็บอกว่ากินแล้ว แล้วเราก็ให้น้องไปเขียนในสมุดว่าได้กินแล้ว”

ผู้ดูแลรอง “ฉันรู้สึกว่า เขาจะฟังฉันมากขึ้น ดูเขาจะเชื่อว่ากินยาแล้วมันดีกว่าไม่กิน ตอนนี้เขาเป็นคนมาถามเอายาไปกินเองนะ ไม่ต้องเรียกไม่ต้องขู่แล้ว”

จากการแลกเปลี่ยนผลการใช้ยาของสมาชิกกลุ่มแต่ละครอบครัว พบว่าสมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่มีความสนใจที่จะรับฟังเพื่อนเล่าประสบการณ์การนำวิธีการไปใช้ในบริบทจริง และรู้สึกอยากดีที่ได้ถ่ายทอดประสบการณ์การรับประทานยาของตนเองแม้ในบางครอบครัว จะยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เช่น

ผู้ป่วย “พยาบาลบอกว่า อาทิตย์หนึ่งไม่ควรขาดยาเกิน 2 ครั้ง ฉันยอมรับว่าฉันลืมจริงๆ ตอนแรก แต่พอนึกได้ว่าพยาบาลนัดมาเข้ากลุ่มอาทิตย์ต่อไป เลยไปเอาสมุดมาดู เห็นการบ้านที่ให้ทำ

เลยต้องกินยาทุกวันเพราะต้องส่งการบ้านแล้ว จากนั้นฉันก็ไม่ลืมกินยา แล้วก็ไม่ลืมที่จะมาขีดเครื่องหมายถูกในสมุดด้วย”

นอกจากนี้ยังมีการแลกเปลี่ยน กระบวนการผลลัพธ์และความภาคภูมิใจ (สิ่งดีๆที่เกิดขึ้น) จาการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สามารถประเมินได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

ผู้ดูแลหลัก “ตัวฉันเอง ได้มาเข้ากลุ่ม ครั้งนี้เป็นครั้ง ที่ 5 แล้ว ตอนแรกก็ยังไม่มั่นใจว่าจะเปลี่ยนได้ไหม แต่จริงๆ แล้ว หน้าที่ที่ทำ ที่ช่วยกันคิดใหม่ มันก็เป็นหน้าที่เดิมที่เราต้องทำ ต้องช่วยดูแลกันอยู่แล้ว แต่ที่ผ่านมาเราต้องทำหน้าที่หลายอย่าง ทำงานทำนู่นทำนี่ ก็เลยลืมไปว่าเรายังมีคนที่ต้องดูแล อย่างบอกให้เขากินยา บางทีเราก็รู้สึกว่า โตแล้วไม่ต้องพูดซ้ำๆ ก็น่าจะทำได้ แต่พอเราลองเปลี่ยนลองถามเขา ว่ากินยาหรือยัง วันนี้เป็นยังไงบ้าง ก็สังเกตได้ว่าหน้าตาเขาสดชื่นขึ้น แล้วก็เอายามาให้เราดูก่อนทุกครั้ง อันนี้แหละที่ภูมิใจ”

ผู้ดูแลหลัก “ทุกๆ ครั้งที่ได้มาเข้ากลุ่มเหมือนได้มาเจอเพื่อนกลุ่มเดียวกัน เมื่อเช้าก็เดินตามกันมา เราก็รู้สึกว่าเราไม่ได้อยู่ตัวคนเดียวนะ ยังมีบ้านอื่นๆ ที่เขาเป็นเหมือนเรา เรื่องของการดูแลคนป่วย เราก็ได้ฟังจากเพื่อนๆ เช่น เวลาคนป่วยไม่ยอมกินยา บ้านนั่นต้องพูดอ่อนๆ ก่อนค่อยชวนมากินยา อีกบ้านเขาบอกเลยว่าต้องกินนะ เพราะมันดีกับตัวเขาเอง พอเราได้ฟังเราก็ลองเอาไปทำ มันก็ได้ผลดีนะ เขาเชื่อใจเรามากขึ้น ก่อนเราจะออกไปทำงาน เขาก็จะเดินมาบอกว่า วันนี้กินยาแล้วนะ เราก็สบายใจ ถึงเขาจะไม่ได้ไปทำงาน ไม่ได้เงิน แต่อาการเขาสงบแค่นี้เราก็มีความสุขแล้ว”

ผู้ดูแลหลัก “หลักจากเข้ากลุ่มไป ผมเปลี่ยนให้น้องผมที่ไม่เคยมานั่งกินข้าวด้วยกัน มานั่งกินด้วย ตอนแรกก็กลัวๆ นะ กลัวเขามีอาการขึ้นมาอีก แต่พอสักพักเขาก็นิ่งขึ้น อาการหูแว่วลดลง ไม่เดินออกนอนกบ้านได้นานพอสมควร ที่ผมเปลี่ยนยอมให้เขามากินข้าวร่วมวงด้วย เพราะผมรู้สึกว่าเราปล่อยเขาไว้คนเดียวมานานแล้ว การเรียกมากินข้าวพร้อมกันน่าจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี เหมือนตอนมาเข้ากลุ่มเราได้กินน้ำ แกะขนมให้กัน ซึ่งมันทำให้ผมรู้สึกดี พอเราเรียกเขามากินข้าว ถามไถ่เขาบ่อยๆ รู้เรื่องบ้าง ไม่รู้เรื่องบ้าง เขาก็อ่อนลง ยอมทำตามที่เราบอกมากขึ้น ตัวผมเองก็มีความสุขขึ้น”

ผู้ดูแลรอง “จริงๆ ผมก็เป็นห่วงพี่เขานะ แต่เราไม่กล้าบอก ได้แต่ดูอยู่ห่างๆ แต่จากที่ได้มาเข้ากลุ่มผมรู้สึกว่า นี้มันคนในครอบครัวเรานะ พยาบาลเป็นใคร ทำไมต้องมาดูแลคนที่ไม่รู้จักแบบนี้ด้วย แล้วเราละ คนในครอบครัวแท้ๆ ทำไมเราถึงจะไม่ดูแลเขา”

ผู้ดูแลรอง “ฉันเห็นแม่ทำงานหนักมาตลอด แถมยังต้องดูแลน้องอีก สิ่งไหนที่ฉันพอทำได้ ฉันก็ช่วยแม่ทำ อย่างแต่ก่อนฉันจะซักผ้าเฉพาะของฉัน ตอนนี้ฉันก็ซักให้แม่ด้วย เผื่อแม่กลับมาจะได้มีแรง จะได้ไม่หงุดหงิดใส่น้องอีก”

ผู้ป่วย “ผมขอพูดครับ ที่ผ่านมา ที่ผมไม่กินยาเพราะผมกลัวว่าผมจะไม่มีอารมณ์ทางเพศอีก เพราะเมียคนที่แล้วก็เลิกกันไปด้วยเหตุผลนี้ แต่ในการเข้ากลุ่มที่ผ่านมา เมียคนนี้ บอกว่าเขาไม่ได้คิดเรื่องนั้นแล้ว ช่วยกันทำมาหากิน ดูแลกันไปอย่างนี้ก็พอ เขาไม่ได้ต้องการอะไร ผมก็สบายใจ ไม่กังวลเรื่องการกินยาอีก”

ผู้ป่วย “ผมรู้สึกดีมากครับ ที่ได้มาฟังเรื่องราว มาทำกิจรรมร่วมกับเพื่อนๆ พี่น้องๆ ตัวผมเองมือสั่น เขียนหนังสือไม่ได้ น้องสาวผมก็เขียนให้แทน กลับไปบ้านแม่ก็ทำกับข้าวให้กินอีก แล้วคนในบ้านก็คอยบอกให้ผมกินยา ตอนแรกหงุดหงิดบ้าง เพราะบอกบ่อย หลังๆ เริ่มชิน พอไม่ถามก็คิดว่าเขาไปไหน ผมว่าผมต้องกินยา ต้องงดกาแฟ ตามที่ผมบอกหมอ ตอนนี้ผมทำได้แล้ว คิดว่าต่อไปก็จะดีขึ้น”

ผู้ป่วย “วันนั้นผม เอาสมุดที่พยาบาลให้ผมจดการกินยาไปให้หมอที่ ชุมพวงดู หมอเขาก็ชมว่าผมขยันดี ตั้งใจดี อยากให้ทำแบบนี้เรื่อยๆ เพราะจะได้ตรวจสอบตัวเองไปเรื่อยๆ ทุกๆอย่างก็จะค่อยๆ ดีขึ้น ผมว่าผมก็จะจดต่อไปนะ ”

ผู้ป่วย “ปัญหาของฉันคือ ฉันต้องทำงานไปซื้อของที่ตลาดแต่เช้า วันไหนตื่นสายก็จะไม่ได้ของมาครบ บางทีก็ต้องไม่กินยาก่อนนอน แต่ว่าตอนนี้กลัวว่าจะเป็นอีก เดี่ยวหนักกว่าเดิม เลยให้ลูกชายเป็นคนไปซื้อของตอนเช้าแทน ฉันก็จะไม่ต้องกังวลว่าจะตื่นไปตลาดไม่ทัน”

ผู้ป่วย “ผมอยากหายครับ ผมทรมานมานานแล้ว ที่ไม่กินยาเพราะมันเบื่อ แต่จากที่มาเข้ากลุ่ม ก็เห็นเพื่อนเขากินกันทุกๆ คน กินแล้วก็ช่วยให้เราดีขึ้น ไม่ไปทำร้ายใคร ผมอยากให้ทุกๆคนยอมรับในตัวผม อยากกลับไปทำงานเหมือนเดิม ผมก็ต้องเริ่มจากกินยาให้ต่อเนื่องก่อน”

ผู้ป่วย “มีอะไรที่เราช่วยได้ เราก็ต้องช่วยเขาทำ แค่กินยาเองนี่มันไม่น่ายากนะ”

กิจกรมที่ 5 นี้เป็นขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจจาการทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความภาคภูมิใจ (self-esteem) การแลกเปลี่ยนในครั้งนี้ทำให้สมาชิกกลุ่มแต่ละครอบครัว ได้เรียนรู้วิธรการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการกินยาให้เหมาะสมมากขึ้น การปฏิบัติที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง สิ่งที่เกิดขึ้นจากการประเมินพบว่าสมาชิกกลุ่มได้รับรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นๆ มีความรักในตนเองและผู้อื่น เชื่อมันในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น สิ่งเหล่านี้คือความภาคภูมิใจที่เกิดขึ้น อันจะเป็นพลังหรือขุมทรัพย์ในการแก้ไขปัญหาในครั้งๆ ต่อไป การดำเนินกิจกรรมในขั้นที่ 3 นี้หากเปรียบเทียบกับกระบวนการการสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) แล้วจะ ตรงกับขั้นที่ 3 คือ การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ (taking charge) เนื่องจากแต่ละครอบครัว ได้เรียนรู้ในเรื่องของความรู้ ประสบการณ์จาการเข้ากลุ่มที่ผ่านมา รวมทั้งได้จากสิ่งที่ได้ปฏิบัติจริงตามบริบทของแต่ละครอบครัวที่เกิดขึ้นว่าสิ่งไหนเหมาะสมกับครอบครัว แล้วเลือกแนวทางนั้นไปปรับใช้กับครอบครัวของตนเองผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน นอกจากการได้วิธีการปฏิบัติ

แล้วยังทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ส่งผลเกิดให้พลังอำนาจในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยต่อไป (Gibson, 1995)

ขั้นตอนที่ 4 ทบทวนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 6 ทบทวนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและสิ้นสุดสัมพันธภาพ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดพลังอำนาจอย่างยั่งยืนและเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีวิธีการเผชิญปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาที่เหมาะสมกับบริบทจริงของแต่ละครอบครัว

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้

1.ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบอกเป้าหมายของครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

2.ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบอกวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวโดยใช้บทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

3.ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถสรุปเรียนรู้จากการะบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้

สื่อและอุปกรณ์

1.ใบงานที่ 8 แนวทางการสรุปเรียนรู้กระบวนการเสริมเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

2.แผนผังครอบครัวและตารางหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว

3.สมุดติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย (เอกสาร ข)

4. กระดาษฟลิปชาร์จ

5.ปากกาเคมี

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มพูดคุยเรื่องทั่วไป และบอกวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมที่ 6

2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้ทบทวนเรื่องที่ได้เรียนรู้ในการเข้ากลุ่มครั้งที่ผ่านมา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3. ผู้นำกลุ่มให้แต่ละครอบครัวนำสมุดบันทึกติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย มาแสดงต่อกลุ่มเพื่อติดตามผลการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้การชื่นชมเสริมแรงรวมทั้งแลกเปลี่ยนปัญหา อุปสรรคหรือข้อค้นพบหลังจากที่ได้นำไปใช้แล้ว

4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่มกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และวิธีการเผชิญปัญหาที่แต่ละครอบครัวเลือกใช้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากการใช้บทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว โดยมีประเด็นสรุปเรียนรู้ตามใบงานที่ 8แนวทางการสรุปเรียนรู้ในกระบวนการเสริมเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลและแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จำเป็นกับทีมสุขภาพและชุมชน

4. แนะนำวิธีการใช้เอกสารความรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาฯ เพิ่มเติม

- คู่มือการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว (คู่มือผู้ป่วย) (เอกสาร ก)

- สมุดจดบันทึกติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย (เอกสาร ข)

-บัตรนัดตรวจจากโรงพยาบาล (เอกสาร ค)

5. ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปกลุ่มและยุติกลุ่ม ดังนี้ สรุปประเด็นการเรียนรู้ของสมาชิกที่ได้จากการแลกเปลี่ยนในวันนี้ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและอธิบายเพิ่มเติมในประเด็นที่สงสัย จากนั้นกล่าวขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่เข้าร่วมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางในครั้งนี้

ประเมินผล

จากกิจกรรมที่แล้วที่ได้ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละครอบครัวนำบันทึกผลการใช้ยาของผู้ป่วยมารายงานผลและแลกเปลี่ยนกันระหว่างกลุ่ม พบว่ามีผลการปฏิบัติ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ผู้ป่วย “อาทิตย์นี้ ผมทำได้นะ ผมกินครบเลย ผมตั้งนาฬิกาปลุกด้วย แม่ผมช่วยด้วย ผมก็เลยอยากกินยา และแล้วกินยาได้ตรงเวลามากกว่าแต่ก่อน”

ผู้ดูแลหลัก “ดูเขาตั้งใจขึ้น กินได้ได้ดีขึ้น แต่ก่อนกินยาบ้างไม่กินยาบ้าง เรื่อยเปื่อยไป อยากเพิ่มก็เพิ่ม อยากลดก็ลด คุยกันหลายรอบจนหมดพลัง หลังๆเลยปล่อย แต่พอมาเข้ากลุ่ม เห็นเพื่อนเขากิน เขาดีขึ้น ก็อยากทำตาม คือมันเป็นสิ่งที่ดีนะ อย่างน้อยก็ได้มาเล่าทุกข์สุขให้กันฟัง”

ผู้ดูแลรอง “พี่ชายเขาดูดีขึ้น อยากกินยามากขึ้น บางวันก็เดินเอายามาให้ดู ไม่ต้องให้บอก ผมเองก็กันมาสนใจพี่มากขึ้น ไม่เขิน จากแต่ก่อนช่วยแม่ดูห่าง เดี่ยวนี้ก็พาพี่ไปเอายาที่โรงพยาบาลด้วย แต่ก่อนไปรับไม่ค่อยตรงนัดเห็นแม่ว่า ตอนนี้ถ้าว่างก็ไปแทนแม่ ไม่อายใครเท่าแต่ก่อน เพราะคิด

ว่ามีคนที่เป็นเหมือนเยอะเหมือนกัน พอได้ไปหาหมอ ก็ได้ยามากิน เขาก็กินตลอดนะ เพราะเหมือนอาการเขานิ่งกว่าเก่า เขารู้เรื่องมากขึ้น ไม่ค่อยหงุดหงิดแล้ว”

จากการประเมินพบว่าสมาชิกกลุ่มมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาถูกต้องตามเกณฑ์เพิ่มมากขึ้น กินยาได้ตรงเวลา กินยาได้ครบ เห็นความสำคัญของการกินยา และไปตามนัดมากขึ้น นอกจากการประเมินผลเรื่องการบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วยแล้ว ขั้นตอนนี้ยังเป็นการประเมินผลพลังอำนาจที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถยกตัวอย่างคำพูดได้ตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่1 สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (perceiving the threat)

ผู้ป่วย “ผมทรมานมานานกับโรคนี้ ผมรู้ว่ากินยาแล้วดี หมอก็บอกตลอด แต่มันเบื่อ บางทีก็คิดน้อยใจว่าทำไมเราไม่เหมือนคนอื่น เมื่อไรจะหาย ไม่กินยาดีกว่า แต่พอเห็นเพื่อนๆ ที่เขามีอาการอยู่ เหมือนมองเห็นตัวเอง ถ้าให้กลับไปเป็นแบบนั้นอีก ผมก็ไม่อยากนะ”

ผู้ป่วย “อยากหายคะ ไม่อยากเป็นแบบนี้เลย”

ผู้ป่วย “ที่หยุดยาไปเพราะยามันแรง ไม่อยากกิน กินแล้วทำอะไรไม่ได้เลย แต่พอเห็นเพื่อนแล้วก็ที่พยาบาลเล่าให้ฟังว่าถ้ายังไม่กินยาอีก เราก็จะค่อยๆแย่ลง พ่อแม่เราก็คงลำบากใจมากกว่านี้”

ผู้ดูแลหลัก “ครอบครัวของเรา มีกันแค่นี้ ดูแลกันมาเกือบ 5 ปีแล้ว เหนื่อยเหมือนกันนะ เพราะเวลาที่เขาขาดยา ไม่ยอมกินยา เขาก็จะมีอาการ ปกติบ้านเราก็ไม่มีเงินอยู่แล้ว พอเขาป่วยก็เหมือนขาดคนทำงานไป”

ผู้ดูแลหลัก “ตอนที่เขากินยา เขาอาการดีนะ แต่พอคิดว่าตัวเองหายแล้ว ดีขึ้นแล้วเขาก็หยุดยาอีกเหมือนที่เคยเล่าให้ฟัง ตอนนี้หลังจากที่เข้ากลุ่มมันก็ทำให้คิดได้ว่า ถ้าเป็นไปได้ตอนนั้นก็จะดูแลเขาให้ดีกว่านี้ เขาจะได้ไม่ต้องป่วยนานๆแบบนี้ ถ้าเขาหายเขาคงจะมีความสุข เราก็จะมีความสุขนะ”

ผู้ดูแลหลัก “ผลเสียที่เกิดขึ้นมันรุนแรงมากนะ เราคนดูแลก็เครียด กังวลไปหมด ไม่รู้ว่าการกินยามันจะช่วยให้เขาดีขนาดนี้ เพราะตอนแรกก็คิดว่ามันเป็นเหมือนโรคความดัน เบาหวานที่กินๆหยุดๆ ก็ได้ เขาก็ไม่เห็นป่วยรุนแรงเหมือนน้องเรา ถ้ารู้ว่ายามันสำคัญขนาดนี้ ก็จะช่วยดูให้เขากินยาต่อเนื่องกว่านี้”

ผู้ดูแลรอง “ผมเห็นเขามาตั้งแต่เด็กๆ เห็นเขาเป็นแบบนี้ผมก็เสียใจ ถ้าเป็นไปได้ก็อยากให้เขาดีขึ้นเรื่อยๆ ”

ผู้ดูแลรอง “ถ้าเรื่องกินยานี้มันไม่สำคัญ พยาบาลคงไม่ต้องมาคุยกับพวกเราถึงที่นี่ พยาบาลอยากให้พวกเราดีขึ้น ตัวพวกเราเองก็ต้องช่วยกันทำให้ญาติของเรากินยา หรือถ้ามันมีปัญหาอะไรเราก็ควรไปหาหมอก่อน”

ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy)

ขั้นตอนการเรียนรู้

ผู้ป่วย “ผมจำได้ว่าพยาบาลเอาภาพสมองมาให้ดู ถ้าเรากินยาต่อเนื่อง มันก็จะทำให้เส้นสมองเป็นเส้นตรง อาการเราก็จะดีขึ้น แม้จะไม่ปกติแต่ก็ไม่กลับไปตีไปทำร้ายใคร”

ผู้ป่วย “ยาที่ฉันกิน เป็นยาที่ช่วยให้อาการของฉันดีขึ้น ทำงานได้ อยู่กับลูกได้ ”

ผู้ป่วย “ฉันจะอ่านซองยาก่อน ดูว่าหมอให้กินเท่าไร ถ้าไม่เข้าใจจะถามพี่สาว”

ผู้ป่วย “ตอนนี้เข้าใจแล้ว ว่าอาการตัวแข็งที่อ พูดไม่ชัด มันเกิดขึ้นได้ ไม่ใช่ผีเข้า ถ้ามันเกิดขึ้นอีกฉันจะไม่เผายาทิ้ง แต่จะไปหมอแทน”

ผู้ป่วย “ถ้าฉันไปตามนัดหมอไม่ได้ ยาไม่พอก็จะไปหา อนามัยก่อนปรึกษาเขาว่าจะให้ทำยังไงจะได้ไม่ต้องรอแล้วก็ไม่ได้กินยา”

ผู้ป่วย “ถ้ามีคนช่วยกันดูซองยา ช่วยฉันจัดยาเหมือนที่เคยพาทำ ฉันก็จะกินยาได้ถูกต้อง”

ผู้ดูแลหลัก “จากที่เข้ากลุ่มมาก็เห็นว่า ทุกอย่างมันสัมพันธ์กัน ถ้าเขาดีขึ้น เราก็ไม่เครียด พอเราไม่เครียด เราก็มีแรง มีความสุข ตอนแรกไม่คิดว่าตัวเองจะจัดการอะไรได้ คงปล่อยไปตามกรรม แต่พอเห็นครอบครัวอื่นๆเขา เขาก็มีปัญหาเหมือนเรา แล้วก็พอลองช่วยกันคิดว่าจะทำอะไรที่ช่วยให้เขาดีขึ้น มันก็ไม่ได้ยาก แค่ต้องอดทนและเข้าใจ อย่างฉันๆก็จะทำงานบ้าน หาข้าว หาน้ำให้พี่กิน เขาจะได้กินยา แล้วก็ถามไถ่สังเกตอาการแบบที่พยาบาลบอก”

ผู้ดูแลหลัก “เราทุกคนในครอบครัวมีความสำคัญ ถ้าเราไม่ช่วยกันแล้วใครจะช่วยเรา เราต้องลองทำ เหมือนครั้งที่ผ่านมาเราจะดีรู้ว่าทำแบบไหนดี ทำแบบไหนไม่ดี พอมันเป็นอีกเราจะได้รับมือทัน”

ผู้ดูแลรอง “ถ้าทุกคนเข้าใจ ถ้าทุกคนเห็นว่าเราทำได้ เล็กๆน้อยๆ มันก็ดีกับญาติเราทั้งนั้น อย่าปล่อยปะละเลย เปลี่ยนแปลง ช่วยกันคนละนิด ทุกๆเรื่องก็จะดีขึ้น”

ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem)

ผู้ป่วย “ผมคิดว่าผมไม่มีค่า ไม่ต้องกินยาก็ได้ ไม่เห็นเป็นไร แต่พอมาวันนี้ ผมรู้สึกดีที่ ทุกๆคนอดทนกับผม ผมไม่อยากทำให้ใครเสียใจอีกครับ”

ผู้ป่วย “ขอบคุณพยาบาล ขอบคุณพี่แล้วก็แม่ ที่ดูแลมาตลอด ผู้รู้สึกว่าผมต้องทำได้ แค่กินยามันไม่ได้ร้ายแรงอะไร กินยาถ้าเราดีขึ้นเราก็จะทำงานได้ ไปรับไปส่งหลานไปโรงเรียนได้”

ผู้ดูแลหลัก “เราภูมิใจนะที่บ้านเราช่วยกันมา ทดลองกันมาจนถึงตอนนี้ ฟังพยาบาล ฟังเพื่อนแล้วก็ลองเอาไปทำตาม มันก็ไม่ได้ยากอะไร”

ผู้ดูแลหลัก “ถ้าวันหนึ่งฉันป่วยไป ฉันไม่แข็งแรง ฉันก็มั่นใจว่า น้องสาวเขาจะดูแลให้เขากินยาต่อได้ ”

ผู้ดูแลรอง “ฉันยินดีช่วยทุกๆคนนะ ถ้ามีอะไรที่เราพอช่วยกันได้เราก็จะช่วยกัน อย่างน้อยก็ให้กำลังใจกันได้”

ผู้ดูแลรอง “ที่ผ่านมาเราลืมทำเรื่องง่ายๆไปหลายเรื่อง จากที่ได้ไปลองทำที่บ้าน เราก็ให้เขากินข้าว กินน้ำ กินยา มีไม่อยากกินบ้างก็กล่อมเอา บอกเป้าหมายที่เราคุยกัน มันก็พูดกันง่ายขึ้น”

ผู้ดูแลรอง “คือนอกจากครอบครัวแล้ว ก็ยังมี อสม. มีพยาบาลที่ สถานีอนามัย ที่โรงพยาบาลคอยสอบถามอาการตลอด ตรงนี้มันก็ทำให้เราอุ่นใจขึ้น ถ้ามีอะไรที่หนักหนา ที่คิดว่าเรารับมือไม่ได้ก็จะไปคุยกับพยาบาลนี่แหละคนแรก”

ขั้นตอนที่ 4 การทบทวนกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังอำนาจ (Evaluation)

ผู้ป่วย “จนถึงวันนี้ได้มานั่งคุยกันก็ทำให้ผมรู้สึกดี รู้สึกว่าเราต้องอดทน แล้วดูแลตัวเอง”

ผู้ดูแลหลัก “ฉันก็สบายใจขึ้นนะ มีหมู่มีพวกที่เข้าใจกัน เรื่องการกินยาก็จะช่วยกันดูแลให้เต็มที่ต่อไป”

ผู้ดูแลรอง “อยากให้พวกเราได้มาพูดคุยแลกเปลี่ยนกันแบบนี้อีก มีอะไรก็จะได้แบ่งปันช่วยเหลือกัน”

ซึ่งในขั้นตอนนี้ยังได้สรุปวิธีการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อย ที่แต่ละครอบครัวเลือกใช้ ไว้ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1.ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมกินยา วิธีการแก้ไขคือ จะพูดคุยสอบถามสาเหตุก่อน คุยดีๆ ว่าทำไมไม่ยอมกินยา เอาใจก่อน แล้วก็ขอให้กินยา ถามเขาว่า เขาไม่อยากหายหรือ ทำไมทำแบบนี้ จัดยาให้เขาเอง ดูแลให้เขากินจนหมด ถ้าเขาทำตามก็ให้กำลังใจ ชื่นชมเขาถ้าเขาไม่ยอมกินจริงๆ คงต้องพาไปหาหมอ

2.ทำยังไงไม่ให้ลืมกินยา วิธีการแก้ไขคือ ถ้าจะลืมอีก คนในบ้านก็จะช่วยกันถาม ช่วยกันดูยาว่ากินไปหรือยัง ให้หลายๆ คนช่วยกัน น่าจะไม่ลืม ถ้ากลัวลืม ก็จะใช้ตารางบันทึกการใช้ยาที่พยาบาลสอน ถ้ากินแล้วก็จะขีดถูกไว้ จะได้ตรวจสอบว่าบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไหมจะได้รางวัลอะไรบ้าง แต่ละครอบครัวควรกำหนด มาให้ชัดเจน ให้ให้ทุกคนช่วยกันปฏิบัติตาม

3. *เมื่อมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา* วิธีการแก้ไขคือ *ต้องคอยช่วยกันสังเกตว่าเป็นมากขนาดไหน* ถ้าแบบว่า ตัวแข็งลิ้นแข็งมากๆ เราก็ควรไปหาหมอ หมอเขาจะให้ยาแก้แพ้มาอยู่ แต่เราต้องกินให้ครบ ถ้าวูบเวียนหน้า ก็จะค่อยๆลุกขึ้น ถ้าปากแห้ง คอแห้ง อันนี้ให้จิ๊บน้ำบ่อยๆ หรือบางครั้งถ้าแพ้ยาแบบรุนแรง ให้เราไปหาหมอไม่ควรทิ้งยาหรือหยุดยา ไม่อย่างนั้นก็เป็นอีก

4. *เมื่อผู้ป่วยต้องการดื่มสุราและสูบบุหรี่ร่วมกับการใช้ยาจิตเวช* วิธีการแก้ไขคือ ต้องคุยกับเขาดีๆก่อน ตัวเราต้องไม่กินให้เขาเห็นด้วยนะ บอกเขา เวลามีงานบุญเขาก็จะชวนกินเหล้า ให้เราปฏิเสธเขาไป บอกว่าแม่ไม่ให้กิน บอกว่าหมอสั่งห้ามอะไรประมาณนี้

5. เมื่อไม่สามารถไปตรวจตามนัดไม่ได้ วิธีการแก้ไขคือ ถ้าจะไปทำงาน แล้วมันเลยวันนัดไป ก็ต้องบอกหมอ ขอหมอให้เอายามาให้พอ จะได้ไม่ขาดยา ถ้าไปไม่ได้จริงก็จะไปอนามัยก่อนวันนัด ต้องไปบอกหมอให้เขาบอกที่ โรงพยาบาลให้อีกทีนึง”

ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 พบว่าสมาชิกกลุ่ม ทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง มีความรู้ความเข้าใจ สามารถแสดงทักษะที่ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาให้ถูกต้องตามเกณฑ์ได้ และเมื่อได้ทดลองแก้ไขปัญหา จากนั้นได้ลงมือปฏิบัติจริงพบว่าสมาชิกกลุ่มเกิดความเชื่อมันในความสามารถของตนเอง พึงพอใจในเอง และภาคภูมิใจและมีเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา อย่างชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

การกำกับการทดลอง

ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยดำเนินการประเมินพลังอำนาจของครอบครัวจากผู้ดูแลหลัก โดยใช้เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินพลังอำนาจของครอบครัวที่พัฒนามาจาก (Koren, DeChillo and Freesen, 1992) พบว่าผู้ดูแลหลักมีผลการประเมินพลังอำนาจของครอบครัวอยู่ในระดับที่เหมาะสม ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองทุกครอบครัว (>130 คะแนนจากคะแนนเต็ม 170 คะแนน) โดยคะแนนเฉลี่ยของพลังอำนาจของครอบครัว เท่ากับ 146.55 คะแนน (S.D.= 8.804) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 132 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 165 คะแนน ดังตารางที่ 7 ตารางแสดงคะแนนและการแปลผลพลังอำนาจของครอบครัวของผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ตารางที่ 4 ตารางแสดงคะแนนและการแปลผลพลังอำนาจของครอบครัวของผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ครอบครัวที่	คะแนน	การแปลผล
1	137	ผ่านเกณฑ์
2	143	ผ่านเกณฑ์
3	146	ผ่านเกณฑ์
4	159	ผ่านเกณฑ์
5	165	ผ่านเกณฑ์
6	157	ผ่านเกณฑ์
7	142	ผ่านเกณฑ์
8	137	ผ่านเกณฑ์

ครอบครัวที่	คะแนน	การแปลผล
9	154	ผ่านเกณฑ์
10	147	ผ่านเกณฑ์
11	149	ผ่านเกณฑ์
12	147	ผ่านเกณฑ์
13	132	ผ่านเกณฑ์
14	143	ผ่านเกณฑ์
15	162	ผ่านเกณฑ์
16	142	ผ่านเกณฑ์
17	146	ผ่านเกณฑ์
18	144	ผ่านเกณฑ์
19	140	ผ่านเกณฑ์
20	139	ผ่านเกณฑ์

3. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลอง (Pre - test) ก่อนเรื่องกิจกรรมที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1

3.2 ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นการดำเนินกิจกรรม 2 สัปดาห์ (Post - test) หรือสัปดาห์ที่ 6 ของการทำกิจกรรม

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปประเมินและวิเคราะห์ทางสถิติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยและร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบคะแนนการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทำการเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา โดยทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 40 ครอบครัว ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ และทำการจับคู่ (match pair) กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ในเรื่องของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การักษา และอายุของผู้ป่วยจิตเภท จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว รวมทั้งได้มีการวัดคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – posttest group control)

สรุปการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย สามารถนำเสนอรายละเอียดแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 5 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามเพศ อายุ และสถานภาพ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	10	50	15	75	25	62.50
หญิง	10	50	5	25	10	37.50
อายุ (ปี)	$\bar{x}$ =	38.95	$\bar{x}$ =	39.75	$\bar{x}$ =	39.35
	S.D.=	7.84	S.D.=	7.70	S.D.=	7.80
20 - 30	1	5.00	3	15.00	4	10.00
31 - 45	16	80.00	14	70.00	30	75.00
46 –59	3	15.00	3	15.00	6	15.00
สถานภาพ						
โสด	14	70	16	80	30	75
คู่	4	20	4	20	8	20
หย่า	2	10	0	0	2	5

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 62.50 รองลงมาคือเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 37.50 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 31-45 ปี ร้อยละ 75 ตามลำดับ สำหรับในด้านสถานภาพพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสถานภาพโสด คือเป็นร้อยละ 70 และร้อยละ 80 ตามลำดับ รองลงมาคือสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 20 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 6 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพและรายได้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	16	80	14	70	30	75
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	10	5	25	7	17.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	10	1	5	3	7.50
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	35	2	10	9	22.50
รับจ้างทั่วไป	10	50	9	45	19	47.50
เกษตรกรรม	1	5	8	40	9	22.50
ค้าขาย	1	5	1	5	2	5.00
แม่บ้าน	1	5	0	0	1	2.50
รายได้เฉลี่ย/วัน	$\bar{x}$ =	124.45	$\bar{x}$ =	155.50	$\bar{x}$ =	139.98
	S.D.=	123.745	S.D.=	128.53	S.D.=	126.14

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 80 และร้อยละ 70 ตามลำดับ สำหรับการประกอบอาชีพของกลุ่มทดลองพบว่าส่วนใหญ่มีรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 35 และสำหรับกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปเช่นเดียวกัน รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 45 และร้อยละ 40 ตามลำดับ โดยทั้งสองกลุ่มมีรายได้เฉลี่ยต่อวันอยู่ที่ 139. 98 บาท (S.D.= 126.14)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่กลับมาป่วยซ้ำ และจำนวนสมาชิกในครอบครัว

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (ปี)						
1- 3 ปี	2	10	1	5	3	7.50
4 – 6 ปี	2	10	4	20	6	15.00
7- 10 ปี	5	25	5	25	10	25.00
11 – 15 ปี	6	30	5	25	11	27.50
16 – 20 ปี	2	10	1	5	3	7.50
≥ 20 ปี	3	15	4	20	7	17.50
	$\bar{x}$ =	13.00	$\bar{x}$ =	12.00	$\bar{x}$ =	12.50
	S.D.=	7.75	S.D.=	7.38	S.D.=	7.57
การกลับมาป่วยซ้ำ(ครั้ง)						
ไม่เคยกลับมาป่วยซ้ำ	4	20	7	35	11	27.5
1 - 2 ครั้ง	9	45	8	40	17	42.5
3 – 5 ครั้ง	7	35	5	25	12	30.00
	$\bar{x}$ =	1.95	$\bar{x}$ =	1.50	$\bar{x}$ =	1.73
	S.D.=	1.32	S.D.=	1.32	S.D.=	1.32
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)	$\bar{x}$ =	4.00	$\bar{x}$ =	3.90	$\bar{x}$ =	3.95
	S.D.=	1.03	S.D.=	.72	S.D.=	0.87

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 12.5 ปี (S.D. =7.57) และทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มตัวอย่าง มีการกลับมาป่วยซ้ำ อย่างน้อย 1- 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 45 และ คิดเป็นร้อยละ 40 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนี้มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.95 คน (S.D. = 0.87)

ตารางที่ 8 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามชนิดและปริมาณของเม็ดยาที่ได้รับ และจำนวนครั้งที่ได้รับยาในแต่ละวัน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของยาที่ได้รับ						
ยารับประทานอย่างเดียว	17	85	19	95	36	90
ยารับประทานร่วมกับฉีด	3	15	1	5	4	10
ปริมาณของเม็ดยาที่ได้รับ (เม็ด/วัน)						
1 เม็ด	3	15	2	10	5	12.50
2 เม็ด	1	5	7	35	8	20
3 เม็ด	12	60	7	35	19	47.50
4 เม็ด	4	20	3	15	7	17.50
≥ 5 เม็ด	0	0	1	5	1	2.50
	$\bar{x}$ =	2.85	$\bar{x}$ =	2.80	$\bar{x}$ =	2.82.
	S.D.=	.93	S.D.=	1.322	S.D.=	1.13
จำนวนครั้งที่ได้รับยา (ต่อวัน)						
1 ครั้ง	5	25	4	20	9	22.5
2 ครั้ง	1	5	5	25	6	15.00
3 ครั้ง	13	65	10	50	23	57.50
4 ครั้ง	1	5	1	5	2	5.00
	$\bar{x}$ =	2.50	$\bar{x}$ =	2.40	$\bar{x}$ =	2.45
	S.D.=	.946	S.D.=	.883	S.D.=	.89

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับยารับประทานเพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 90 และได้รับยารับประทานร่วมกับยาฉีด คิดเป็นร้อยละ 10 โดยส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับยารับประทาน 3 เม็ด/วัน ($\bar{x}$ = 2.82, S.D.=1.13) คิดเป็นร้อยละ 65 และร้อยละ 50 ตามลำดับ รองลงมาคือ สำหรับจำนวนครั้งที่ได้รับยาใน 1 วัน พบว่ากลุ่มทดลองได้รับ

ยาจำนวนเฉลี่ย 3 ครั้ง/วัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมาคือ ได้รับยาจำนวนเฉลี่ย 1 ครั้ง/วัน คิดเป็นร้อยละ 25 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทได้รับยาจำนวนเฉลี่ย 3 ครั้ง/วัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ ได้รับยาเฉลี่ย 2 ครั้ง/วัน คิดเป็นร้อยละ 25 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่และ สารเสพติด

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดื่มแอลกอฮอล์						
ใช่	2	10	2	10	4	10
ไม่ใช่	18	90	18	90	36	90
ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อวัน	$\bar{x}$ = S.D.=	300 cc .308	$\bar{x}$ = S.D.=	300 cc .308	$\bar{x}$ = S.D.=	300 cc .308
สูบบุหรี่						
ใช่	7	35	9	45	16	40
ไม่ใช่	13	65	11	55	24	60
ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน	$\bar{x}$ = S.D.=	6.8 มวน 6.30	$\bar{x}$ = S.D.=	6.2 มวน .308	$\bar{x}$ = S.D.=	6.5 มวน 3.304
ใช้สารเสพติด						
ใช่	0	0	0	0	0	0
ไม่ใช่	20	100	20	100	40	100

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 90 เท่ากัน รองลงมาคือใช้แอลกอฮอล์คิดเป็นร้อยละ 10 โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุรานี้ มีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ย เท่ากับ 300 cc หรือ 10 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และสำหรับการสูบบุหรี่พบว่ากลุ่มทดลองสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 35 กลุ่มควบคุมพบว่าสูบบุหรี่ร้อยละ 45 ตามลำดับ ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีปริมาณการสูบบุหรี่เฉลี่ย 6.5 มวนต่อวัน ทั้งนี้ไม่พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 100

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง

ตารางที่ 10 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลหลัก จำแนกตามเพศ อายุ และสถานภาพ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	3	15	5	25	8	20
หญิง	17	85	15	75	32	80
อายุ (ปี)	$\bar{x}$ =	48.30	$\bar{x}$ =	48.45	$\bar{x}$ =	48.36
	S.D.=	9.297	S.D.=	13.020	S.D.=	11.15
20 - 29	1	5	3	15	4	10
30 - 39	2	10	1	5	3	7.5
40 – 49	7	35	1	5	8	20
50 - 59	10	50	15	75	25	62.5
สถานภาพ						
โสด	3	15	3	15	6	15
คู่	15	75	17	85	32	80
หม้าย	2	10	0	0	2	5

Chulalongkorn University

จากตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมาคือเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 50 - 59 ปี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 50 และร้อยละ 75 ตามลำดับ ($\bar{x}$ =48.36, S.D.=11.15 สำหรับในด้านสถานภาพพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ เป็นร้อยละ 75 และร้อยละ 85 ตามลำดับ รองลงมาคือสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 15 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม

ตารางที่ 11 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลหลัก จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพและรายได้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	16	80	16	80	32	80
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	20	3	15	7	17.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	0	0	1	5	1	2.5
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0	0	1	5	1	2.5
รับจ้างทั่วไป	14	70	14	70	28	70
เกษตรกรรม	5	25	5	25	10	25
ค้าขาย	1	5	0	0	1	2.5
รายได้เฉลี่ย/วัน/บาท	$\bar{x}$ =	225.00	$\bar{x}$ =	210.50	$\bar{x}$ =	217.75
	S.D.=	99.29	S.D.=	121.03	S.D.=	110.16

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 80 เท่ากัน สำหรับการประกอบอาชีพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่มีรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 25 เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม โดยทั้งสองกลุ่มมีรายได้เฉลี่ยต่อวันอยู่ที่ 217. 75 บาท (S.D.= 110.16)

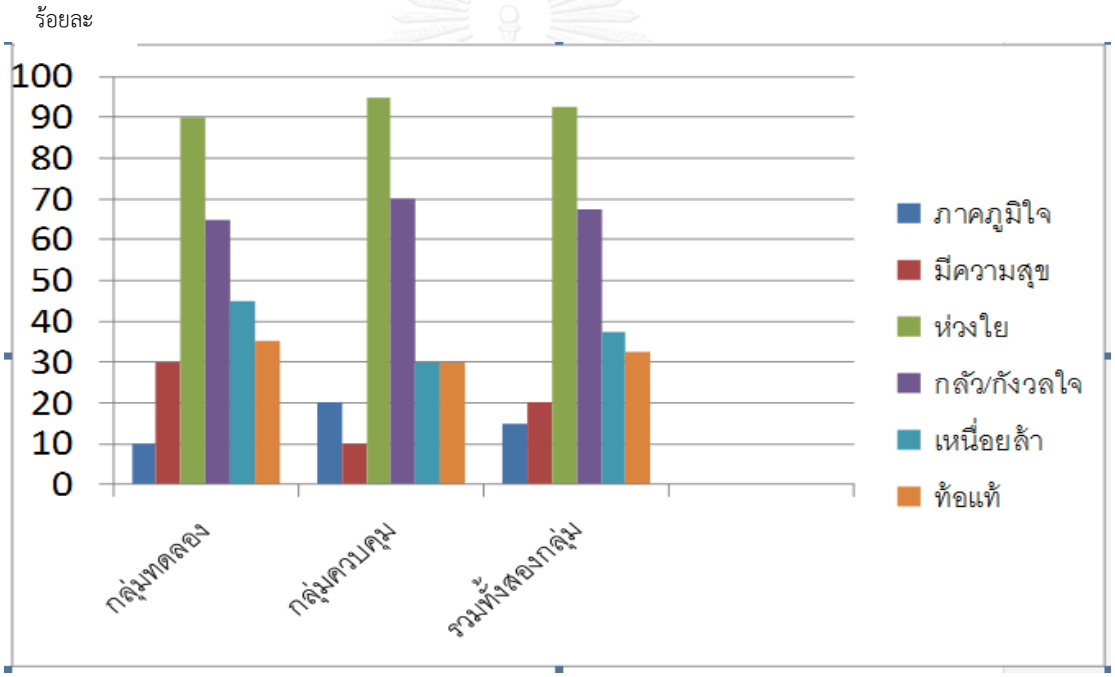
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 12 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลหลัก จำแนกตามสถานะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว และความสัมพันธ์ของสมาชิกกับผู้ป่วย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วย						
บิดา/มารดา	5	25	11	55	16	40
พี่สาว/น้องสาว	11	55	4	20	15	37.5
น้องชาย	0	0	1	5	1	2.5
ภรรยา	2	10	1	5	3	7.5
สามี	1	5	1	5	2	5
บุตรชาย	1	5	2	10	3	7.5
ระยะเวลาการดูแล(ปี)						
1 – 3 ปี	4	20	2	10	6	15
4 – 6 ปี	3	15	8	40	11	27.5
7 – 9 ปี	1	5	2	10	3	7.5
10 – 12 ปี	5	25	4	20	9	22.5
>12 ปี	7	35	4	20	11	27.5
	$\bar{x}$ =	9.85	$\bar{x}$ =	8.40	$\bar{x}$ =	9.13
	S.D.=	5.88	S.D.=	5.01	S.D.=	8.38
จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยดูแลผู้ป่วยจิตเภท (คน)	$\bar{x}$ =	2.20	$\bar{x}$ =	2.10	$\bar{x}$ =	2.15
	S.D.=	1.152	S.D.=	.852	S.D.=	1.577
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลรองกับผู้ป่วย						
บิดา/มารดา	8	40	10	50	18	45.0
พี่สาว/น้องสาว	4	20	5	25	9	22.5
พี่ชาย	1	5	0	0	1	2.5
สามี	2	10	0	0	2	5
บุตรสาว/บุตรชาย	2	10	2	10	4	10
พี่เขย	3	15	3	15	6	15

จากตารางที่ 12 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลักของป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นพี่สาว/น้องสาว คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมา คือ บิดา/มารดา คิดเป็นร้อยละ 25 แต่พบว่ากลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 55 รองลงมาคือ พี่สาว/น้องสาว ร้อยละ 20 โดยผู้ดูแลหลักของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ทำการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 9.13 ปี (S.D.= 8.38) โดยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 2.15 คน (S.D.= 1.58) ทั้งนี้สมาชิกในครอบครัวที่มาเป็นดูแลผู้ป่วยรองจากผู้ดูแลหลักของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ คือ บิดาและมารดา คิดเป็นร้อยละ 40 และ 45 ตามลำดับ

แผนภูมิที่ 4 แสดงร้อยละร้อยละของความรู้สึกของผู้ดูแลหลักที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง



จากแผนภูมิที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภททั้งสองกลุ่ม มีความรู้สึกระหว่างการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา ดังนี้ กลุ่มทดลองผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกห่วงใยผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 90 รองลงมาคือรู้สึกกลัว/กังวลใจ คิดเป็น ร้อยละ 65 และรองลงมาอีกคือความรู้สึกเหนื่อยล้า คิดเป็น ร้อยละ 35 ส่วนกลุ่มควบคุมนั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกห่วงใยผู้ป่วยเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 95 รองลงมาคือรู้สึกกลัว/กังวลใจ คิดเป็น ร้อยละ 70 และรองลงมาอีกคือความรู้สึกเหนื่อยล้าและท้อแท้ คิดเป็นร้อยละ 30 เท่ากัน

ตารางที่ 13 ตารางแสดงคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายข้อ จากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนเฉลี่ย	
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
การใช้ยาตามแผนการรักษา			
1. ท่านหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น	5	2.70	4.70
2. ท่านเคยลืมรับประทานยา	5	2.55	4.40
3. ท่านรับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น	5	3.05	4.90
4. ท่านหยุดกินยาโดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ	5	2.90	4.85
5. ท่านกินยาตรงตามเวลา	5	3.25	4.70
6. ท่านเคยเพิ่มเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	5	2.45	4.70
7. ท่านเลือกกินเฉพาะยาที่ท่านชอบ เช่นยานอนหลับ ยาแก้หงุดหงิด หรือยาลดเศร้า เป็นต้น	5	2.65	4.75
8. ท่านกินยาครบตามที่แพทย์สั่ง	5	3.35	4.80
9. ท่านเคยลดเม็ดยาเองให้เหลือน้อยกว่าจำนวนที่แพทย์สั่ง	5	3.00	5.00
10. ท่านเคยรวบยาแต่ละมื้อมากินเป็นเวลาเดียวกัน	5	2.65	4.90
11. หากท่านต้องกินยาอื่นร่วมด้วย ท่านจะแจ้งให้แพทย์ทราบ	5	2.70	4.70
12. ท่านรู้ว่าไม่ควรดื่มสุราและสูบบุหรี่ร่วมกับการกินยาจิตเวช	5	3.95	4.85
ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา			
13. เมื่อมีอาการผิดปกติจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา จิตเวชที่รุนแรงจนไม่สามารถจัดการด้วยตนเองได้ ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที	5	2.45	4.50
ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา			
14. เมื่อมีอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ท่านจะกินยาแก้แพ้ที่แพทย์แนะนำ	5	2.35	4.45
15. ท่านบอกกับแพทย์ให้ปรับแผนการรักษา เมื่อมีอาการทางจิตไม่ดีขึ้น	5	3.05	4.85

ตารางที่ 14 (ต่อ) ตารางแสดงคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายข้อ จากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนเฉลี่ย	
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
16. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ในเรื่องการใช้ยา	5	3.70	4.95
17. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย ท่านหยุดกินยาทันทีโดยไม่ปรึกษาแพทย์	5	3.00	5.00
18. แม้มีอาการทางจิตดีขึ้น ท่านยังมารับยาสม่ำเสมอ	5	3.90	4.95
19. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	5	4.05	5.00
20. เมื่อยาหมด ท่านซื้อยารักษาอาการทางจิตตามร้านค้า มากินเอง โดยไม่ได้พบแพทย์	5	3.50	4.95
21. ท่านปรึกษาทีมสุขภาพ เมื่อมีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติจากการใช้ยา	5	3.25	4.80
เฉลี่ยรวม		**3.07**	**4.79**
แปลผล (ระดับ)		**ปานกลาง**	**ดีมาก**

Chulalongkorn University

จากตารางที่ 13 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ซึ่งได้รับการปรับปรุงจากผู้ทรงคุณวุฒิตามแนวคิดของ Drug Adherence ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นทั้ง 21 ข้อ โดยก่อนทดลองทีคะแนนเฉลี่ยการใช้ยาตามเกณฑ์อยู่ในระดับปานกลาง แต่ภายหลังการทดลองพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยการใช้ยาอยู่ที่ระดับดีมาก สามารถแจกแจงรายละเอียด พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของกลุ่มทดลอง เป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ประกอบด้วยข้อคำถามข้อที่ 1 – 12 พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นทุกข้อ โดยในด้านที่ 1 นี้ พบว่าข้อที่ 9 การไม่ลด

จำนวนเม็ดยาลงเองให้เหลือน้อยกว่าจำนวนที่แพทย์สั่ง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 5.00) รองลงมาคือ ข้อที่ 3. การรับประทานยาให้สม่ำเสมอ ไม่รับประทานเฉพาะตอนที่มีอาการหรือตอนที่มีความจำเป็นเท่านั้น และข้อที่ 10 การไม่รวบเม็ดยายาแต่ละมื้อมากินเป็นเวลาเดียวกัน ($\bar{x}$ = 4.90 เท่ากัน) และข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุดในรายด้านนี้ คือ ข้อที่ 3 การไม่ลืมรับประทานยา ($\bar{x}$ = 4.40) รองลงมาคือ ข้อที่ 1. การไม่หยุดหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น ข้อที่ 5. การรับประทานยาให้ตรงตามเวลา ข้อที่ 6. การไม่เพิ่มเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง และข้อที่ 11 กาแจ้งให้แพทย์ทราบหากท่านต้องกินยาอื่นร่วมด้วย ซึ่งทั้ง 4 ข้อมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.70 เท่ากัน

2. ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง ประกอบด้วยข้อคำถามข้อที่ 13 – 21 โดยในด้านที่ 2 นี้ พบว่าข้อที่ 9 การไม่หยุดยาเอง แม้ว่าจะมีอาการเจ็บป่วยทางกาย และข้อที่ 19 การมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 5.00) ส่วนรายด้านนี้ข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ ข้อที่ 13. การจัดการตนเองเมื่อมีความผิดปกติจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาจิตเวชที่รุนแรงจนไม่สามารถจัดการด้วยตนเองได้ ให้รีบไปพบแพทย์ทันที ($\bar{x}$ = 4.50) รองลงมาคือข้อที่ 14 การแก้ไขปัญหาเมื่อมีอาการข้างเคียงจากยาทางจิต แล้วจะรับประทานยาแก้แพ้ที่แพทย์แนะนำ ($\bar{x}$ = 5.00) ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 14 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40)

คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาฯ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=20)						
ก่อนทดลอง	3.07	.28	ปานกลาง	19	26.61	.00
หลังทดลอง	4.79	.23	ดีมาก			
กลุ่มควบคุม (n=20)						
ก่อนทดลอง	3.07	.27	ปานกลาง	19	1.79	.07
หลังทดลอง	2.98	.14	ปานกลาง			

จากตารางที่ 14 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนและหลังทดลองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = .00, t=26.611) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{x}$ = *4.79 และ* $\bar{x}$ = 3.07 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 15 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40)

คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาฯ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	3.07	.277	ปานกลาง	37.94	.03	.49
กลุ่มควบคุม	3.07	.267	ปานกลาง			
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	4.79	.225	ดีมาก	38	30.41	.00
กลุ่มควบคุม	2.98	.142	ปานกลาง			

จากตารางที่ 15 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน (p-value =.49, t = .03) แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง แตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (p-value =.00, t = 30.41) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ = 4.79 *และ* $\bar{x}$ = 2.98ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The Pretest-Posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่ม ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่ากลุ่มที่ ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ที่ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์วินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งเข้ารับการรักษาด้วยยาที่แผนกผู้ป่วยนอก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

โรงพยาบาลของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วยผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองในครอบครัวของผู้ป่วยเหล่านี้ รวมทั้งสิ้นครอบครัวละ 3 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้การรับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ที่ไม่มีโรคร่วม ตามเกณฑ์วินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่อาศัยอยู่ในชุมชนและเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1 คน พร้อมด้วย ด้วยผู้ดูแลหลัก 1 คน และผู้ดูแลรองในครอบครัว อีก 1 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 40 ครอบครัว ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด รวมทั้งสิ้นครอบครัวละ 3 คน จากนั้นจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) ได้แก่ คะแนนจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ต่อจากนั้นจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกันต่อด้วย อายุของผู้ป่วยจิตเภทตามตำบลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายจากการจับฉลากสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) โดยใช้ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) (Polit& Beck, 2004) จากการนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลองจากการศึกษาเรื่องผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ของ ผลทิพย์ ปานแดง (2545) มาร่วมในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 80.55 % มีโอกาสเกิดความคาดเคลื่อนชนิดที่สอง เป็น 19.45 % ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มอย่างน้อย 8 ครอบครัว แต่เนื่องจากผู้วิจัยป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมดเป็นจำนวน 40 ครอบครัว แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว (แต่ละครอบครัวประกอบด้วยสมาชิก 3 คน คือ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลัก และสมาชิกในครอบครัวอีก 1 คน) โดยผู้วิจัยกำหนดให้มีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการวิจัยครั้งนี้ ด้วยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อการวิจัย โดยใช้คุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวเป็นหลัก คือ จับคู่ผู้ป่วยที่มีคะแนนจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่อยู่ในระดับเดียวกัน มาเรียงลำดับคะแนนเพื่อจับคู่ จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างกระจายอยู่ใน 4 ตำบล คือ ตำบลหนองหลัก ตำบลโนนยอ ตำบลประสุข และตำบลโนนรัง ซึ่งมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ 1 คู่ และมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง 19 คู่ จากนั้นทำการจับคู่กลุ่ม

ตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) ต่อด้วยอายุของผู้ป่วยจิตเภท (ที่มีช่วงห่างกันไม่เกิน 5 ปี) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ภายในตำบลเดียวกัน ไปทีละตำบล จนครบ 20 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ที่ประยุกต์จากการผสมผสานจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (the Family-centered empowerment model) ซึ่ง Zarea et al. (2014) พัฒนามาจากการศึกษาของ Azimi et al. (2010) ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และแนวคิดระบบครอบครัวของ Minuchin (1974) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางอย่างชัดเจน การเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยการดำเนินการในรูปกลุ่มครอบครัว จำแนกเป็น 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากการที่ผู้ป่วยพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (perceiving the threat) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความตระหนักรู้ของครอบครัวต่อปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ฯของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์ และ พัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ครอบครัวเคยใช้และผลที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 4 ฝึกแก้ไขปัญหาใช้สถานการณ์จำลองและใช้จริงที่บ้านตามบทบาทของครอบครัวฯ

ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ระยะเวลา 90 นาที ดังนี้

*กิจกรรมที่ 5*แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันหลังจากที่ได้นำวิธีการไปปรับใช้กับบริบทจริง

<u>ขั้นตอนที่ 4</u> ทบทวนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Evaluation) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4 ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ระยะเวลา 90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 6 ทบทวนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและสิ้นสุดสัมพันธภาพ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม การเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม จากนั้นได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบของเนื้อหากิจกรรม ความตรงเชิงโครงสร้าง ในแต่ละกิจกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน มีความเห็นตรงกันว่าทั้ง 6 กิจกรรมมีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง มีค่าความตรงของเนื้อหา (CVI = 1) ทั้งนี้ผู้ทรงคุณวุฒิยังได้มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อส่งเสริมให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากข้อเสนอแนะดังกล่าวผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับ อาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยทดลองใช้โปรแกรมกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 5 ครอบครัว จนครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ ตลอดจนความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเหมาะสมของเวลาในการดำเนินกิจกรรม รวมถึงปัญหาและอุปสรรค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้เฉลี่ย การได้รับยารักษาอาการทางจิต ระยะเวลาการเจ็บป่วยและการใช้สารเสพติดต่างๆ

2.2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของสรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Farrangher (1999) และการศึกษาของ เพชรี คันธสายบัว (2545) ภายหลังจากการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาให้ปรับเพิ่มข้อคำถามจาก 18 ข้อเป็น 21 ข้อ ซึ่งจะครอบคลุมพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาที่ 2 ด้าน คือ

1) การใช้ยาตามแผนการรักษา ได้แก่ข้อที่ 1-12

2) ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียง ได้แก่ข้อที่ 13 - 21

และเครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน พบค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89 และ เมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน พบค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .85

3. เครื่องมือกำกับการทดลองได้แก่ แบบประเมินพลังอำนาจของครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบประเมินพลังอำนาจครอบครัว The Family Empowerment Scale (FES) ของ Koren, DeChillo and Freesen (1992) โดยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือวิจัยให้นำมาใช้และแปลเป็นเป็นภาษาไทยได้ แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ทั้งนี้ผู้วิจัยจะนำมาพัฒนาต่อด้วยการปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทย รวมทั้งสิ้น 34 ข้อ เครื่องมือนี้ประกอบด้วยการประเมินการรับรู้พลังอำนาจของครอบครัวใน 3 ระดับ ได้แก่

1) ระดับของครอบครัว คือ ความสามารถในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว

2) ระดับของระบบการบริการ คือ ความสามารถของครอบครัวในการมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยและ

3) ระดับชุมชนและนโยบาย คือ ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับชุมชน รวมถึงการเสนอแนะสิ่งที่ชุมชนควรให้การสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยได้ เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน พบค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity index; CVI) เท่ากับ .94 และเมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ดุแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน.พบค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .93

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ขั้นตอนการทำวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถสรุปได้ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ ในเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยจิตเภทชุมชนได้ทำศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัย ร่วมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง ลงทะเบียนเรียนวิชาการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจำนวน 3 หน่วยกิต และเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการการบำบัดและให้คำปรึกษาครอบครัว จาก ศาสตราจารย์แพทย์หญิง อุมาพร ตรังคสมบัติและคณะ เพื่อเรียนรู้และฝึกการบำบัดครอบครัวและการให้คำปรึกษาครอบครัว

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎี และรูปแบบการบำบัดตามโปรแกรมที่สร้างขึ้น จากองค์ความรู้ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อนำมาสร้างแผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลองและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบคุมข้อมูลให้มีคุณภาพเช่นเดียวกัน

1.3 ยื่นโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแห่งโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลในการคุ้มครองผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1.4 เมื่อผลการพิจารณาจริยธรรม ผ่านแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพวง หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย

1.5 ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจถึงแผนการดำเนินการวิจัย

1.6 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน โดยผู้วิจัยพิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งปฏิบัติงานในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลชุมพวง เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม เป็น ผู้ช่วยสังเกตและจดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม โดยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประชากร กลุ่มตัวอย่างและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม โดยการเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ไม่ได้ทำให้เสียงานประจำ

1.7 ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาและรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาล จากนั้นพิจาณาคุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภทที่กำหนดไว้เบื้องต้น เช่น การวินิจฉัยโรค อายุ เพื่อวางแผนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการวัดคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยต่อไป

1.8 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ แผนกผู้ป่วยนอก และ รพ.สต ที่ผู้ป่วยรับการรักษา เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง รวมถึงชี้แจงเรื่องเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จากนั้นทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาฯ ของ

กลุ่มตัวอย่างให้ได้คุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Pre – test)

1.9 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ครอบครัว จากการจับคู่ (matched pair) กลุ่มตัวอย่างด้วย คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาและอายุของผู้ป่วยจิตเภท ให้ได้จำนวน 20 คู่ จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย เพื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างให้เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว โดยการจับฉลากทีละคู่จนครบ 20 คู่ หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.ระยะดำเนินการทดลอง

สามารถแบ่งเป็นการดำเนินการทดลองระหว่าง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.1 กลุ่มควบคุม ภายหลังที่ได้ทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Pre-test) แล้ว กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ ประเมินอาการทางด้านร่างกายด้านจิตใจ การให้คำแนะนำตามปัญหา และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

2.2 กลุ่มทดลอง ภายหลังที่ได้ทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Pre-test) แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 5 กลุ่ม ในละกลุ่มประกอบด้วย 4 ครอบครัว(12 คน) และแต่ละครอบครัวประกอบด้วยสมาชิก 3 คน ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัว ดำเนินการทั้งสิ้น 5 กลุ่ม เริ่มดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมการบำบัดที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ณ ชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ทั้งหมด 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรมๆ ละ 90 นาที จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม ติดต่อกันนาน 4 สัปดาห์

2.3 ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยดำเนินการประเมินพลังอำนาจของครอบครัวจากผู้ดูแลหลัก โดยใช้เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินพลังอำนาจของครอบครัวที่พัฒนามาจาก (Koren, DeChillo and Freesen, 1992) พบว่าผู้ดูแลหลักมีผลการประเมินพลังอำนาจของครอบครัว ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองทุกครอบครัว (>130 คะแนนจากคะแนนเต็ม 170 คะแนน) โดยคะแนนเฉลี่ยของพลังอำนาจของครอบครัว เท่ากับ 146.55 คะแนน (S.D.= 8.804) ค่าแนนต่ำสุดเท่ากับ 132 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 165 คะแนน

3. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลอง (Pre - test)

3.2 ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นการดำเนินกิจกรรม 2 สัปดาห์ (Post - test)

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปประเมินและวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

ส่วนที่ 1 ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และร้อยละ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบ่งเป็น

1. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. เปรียบเทียบคะแนนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เป็นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนและหลังทดลองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=-26.61) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{x}$ *= 4.79 และ* $\bar{x}$ = 3.07 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนและหลังทดลองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน (p-value =.07, t =1.79) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง ($\bar{x}$ = 3.07*และ* $\bar{x}$ = 2.98 ตามลำดับ)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็น

ศูนย์กลางและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน (p-value =.49, t = .03) แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง แตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (p-value =.00, t = 30.51) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ = 4.79 *และ* $\bar{x}$ = 2.98) ตามลำดับ

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่ม ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่ากลุ่มที่ ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองในครอบครัว สามารถแสดงรายละเอียดได้ ดังนี้

จากการศึกษาผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 62.50 รองลงมาคือเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 39.35 มีอายุอยู่ระหว่าง 35 - 39 ปี ร้อยละ 27.50 และอยู่ระหว่าง 40 –44ปี ร้อยละ 30.00 โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็น 47.50 และทั้งสองกลุ่มมีรายได้เฉลี่ยต่อวันอยู่ที่ 139. 98 บาท ซึ่งใกล้เคียงกับกับการศึกษาของ พิมพ์ผกา กิติวงค์ (2556) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 46.20 รองลงมาเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 34.80 ตามลำดับ มีอายุอยู่ระหว่าง 30 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.50 และมีอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็น ร้อยละ 56.30 ด้านของสถานภาพการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเรียนจบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 75 สอดคล้องกับการศึกษาของ ชีวนันท์ ชาวนอก (2551) ที่พบว่าผู้ปาวจิตเภทส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 60

ด้านการเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 12.5 ปี (S.D. =7.569) และทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มตัวอย่าง มีการกลับมาป่วยซ้ำ อย่างน้อย 1- 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 45 และ คิดเป็นร้อยละ 40 ตามลำดับ สอดคล้องกับศึกษาของ Diax et al. (2001) ที่พบว่าใน 6 เดือนหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาประมาณร้อยละ 30.0 - 33.4 จากนั้นพบสูงขึ้นเป็นร้อยละ 53.6 ในปีแรก และสูงถึงร้อยละ74 ในหนึ่งปีครึ่ง (Lieberman et al., 2005) สำหรับใน

ประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 80 รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์และสรยุทธ, 2552)

ด้านการรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับยารับประทานเพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 90 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Lee et al. (2008) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทนั้นจะได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน (Oral atypical antipsychotic only) คิดเป็นร้อยละ 64.70 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับรับประทานยาเฉลี่ย 3 เม็ด/วัน ($\bar{x}$ = 2.82, S.D.=1.13) โดยพบว่าทั้งสองกลุ่มนั้นได้รับยาเฉลี่ย 3 ครั้ง/วัน

ด้านการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัว พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนี้มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.95 คน (S.D. = 0.872) ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 50 - 59 ปี ผู้ดูแลหลักของป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นพี่สาว/น้องสาว คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมา คือ บิดา/มารดา คิดเป็นร้อยละ 25 แต่พบว่ากลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 55 รองลงมาคือ พี่สาว/น้องสาว ร้อยละ 20 โดยผู้ดูแลหลักของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ทำการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 9.13 ปี (S.D.= 8.38) และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 2.15 คน (S.D.= 1.58) ทั้งนี้สมาชิกในครอบครัวที่มาเป็นดูแลผู้ป่วยรองจากผู้ดูแลหลักของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ คือ บิดาและมารดา คิดเป็นร้อยละ 40 และ 45 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญสุดาขวัญสุดา บุญทศ อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ และสุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล (2013) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทหนึ่งคนจะมีบุคคลที่ให้การสนับสนุนอยู่ดูแลระหว่าง 3 – 8 รายโดยเฉลี่ย 4 – 5 ราย โดยผู้ให้การสนับสนุนผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่าครึ่ง เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 58 ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.7 รองลงไปคือช่วงอายุ46-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.30 ความสัมพันธ์ของเครือข่ายที่ให้การสนับสนุน ส่วนมากเป็นบุคคลในครอบครัว คือแม่และ พี่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17 ท่ากัน รองลงไปเป็นพ่อคิดเป็น ร้อยละ 12.50 เช่นเดียวกับการศึกษาของ บุญวดี เพชรรัตน์และเยาวนารถ สุวลักษณ์ (2003) ที่ศึกษาปัจจัยที่ สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ บ้าน พบว่าบุคคลในครอบครัวได้แก่ พ่อ แม่และภรรยา เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่าบุคคลอื่นๆ อาจ เป็นเพราะมีความผูกพันใกล้ชิดมากกว่า และสะท้อน ให้เห็นถึงวัฒนธรรมไทยที่ครอบครัวยังคงดูแลบุคคลที่อ่อนแอเจ็บป่วย ไม่ทอดทิ้งหรือละทิ้งแม้จะต้องเผชิญ กับความเครียดในการดูแลบุคคลกลุ่มนี้ดังนั้นการ ช่วยเหลือครอบครัวให้ทำหน้าที่ได้ อย่างมีคุณภาพจึงเป็นประเด็นที่สำคัญต่อการดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการดูแลที่ผ่านมาก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางผู้วิจัยได้ศึกษาพบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภททั้งสองกลุ่ม มีความรู้สึกระหว่างการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา ดังนี้ กลุ่มทดลองผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกห่วงใยผู้ป่วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90 รองลงมาคือรู้สึกกลัว/กังวลใจ คิดเป็น ร้อยละ 65 และรองลงมาอีกคือความรู้สึกเหนื่อยล้า คิดเป็น ร้อยละ 35 ส่วนกลุ่มควบคุมนั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกห่วงใยผู้ป่วยเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 95 รองลงมาคือรู้สึกกลัว/กังวลใจ คิดเป็น ร้อยละ 70 และรองลงมาอีกคือความรู้สึกเหนื่อยล้าและท้อแท้ คิดเป็นร้อยละ 30 เท่ากัน จะเห็นได้ว่าแม้ผู้ดูแลจะรู้สึกกลัว วิตกกังวล หรือท้อแท้ แต่ด้วยความเป็นครอบครัว มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ย่อมทำให้ผู้ดูแลนั้นยังความห่วงใยในผู้ป่วยคอยดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่เสมอ สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ที่กล่าวว่า ความมุ่งมั่น ทุ่มเท ความผูกพัน และความรัก ที่เกิดขึ้นเป็นปัจจัยนำให้เกิดพลังอำนาจ ซึ่งในแต่ละครอบครัว ส่วนใหญ่แล้วเกือบทุกครอบครัว มีความรัก ความผูกผัน ให้ซึ่งกันและกัน คอยดูแล ใส่ใจสมาชิก และทำตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการที่ดีขึ้น รับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องมากขึ้น

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

1. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p- value=.00, t=26.611) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{x}$ = 4.79 และ $\bar{x}$ = 3.07 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนและหลังทดลองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =.07, t =1.79) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง ($\bar{x}$ = 3.07และ $\bar{x}$ = 2.98 ตามลำดับ)

ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

การที่ผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวของกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้นกว่าเดิม เนื่องมาจากตัวผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการส่งเสริมให้เกิดพลังอำนาจในการดูแล

ตนเองมากขึ้น จากการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในโปรแกรม ฯ ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากโปรแกรม Family-centered empowerment model ของ Zarea et al. (2014) โดยได้นำมาพัฒนาร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และแนวคิดระบบครอบครัวของ Minuchin (1974) ซึ่งมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัว โดยขั้นตอนและกิจกรรมในโปรแกรมสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากการที่ผู้ป่วยพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (perceiving the threat)

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความตระหนักรู้ของครอบครัวต่อปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ฯของผู้ป่วย เมื่อเกิดการรับรู้ถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพของตนเอง จะส่งผลให้บุคคลเหล่านั้น เกิดความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา (Zarea et al., 2014) นอกจากนี้ยังทำให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ฯ ที่เกิดขึ้น จะนำมาซึ่งความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม (Dixon, 2000) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความตะหนักรู้ถึงผลกระทบจากการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ “ผมทรมานมานานกับโรคนี้ ผมรู้ว่ากินยาแล้วดี หมอก็บอกตลอด มันเบื่อ บางทีก็คิดน้อยใจว่าทำไมเราไม่เหมือนคนอื่น เมื่อไรจะหาย ไม่กินยาดีกว่า แต่พอเห็นเพื่อนๆ ที่เขามีอาการหนักๆ เหมือนได้มองเห็นตัวเอง ถ้าให้กลับไปเป็นแบบนั้นอีก ผมก็ไม่อยากนะ” สอดคล้องกับกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson.(1995) ขั้นที่ 1 การค้นพบสภาพจริง (discovering reality) ถึงปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ว่ามีสาเหตุมาจากอะไร เพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง และเมื่อบุคคลตระหนักรู้ถึงผลกระทบแล้วจะมีการแสดงหาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหา (Gibson, 1995) ผู้วิจัยจึงจัดกิจกรรมที่ 2 คือการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์ และ พัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ จากการศึกษานี้พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยบางรายยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ดังอย่างคำพูดต่อไปนี้ ผู้ดูแลหลัก “ลูกฉันกินแล้วตัวแข็งทื่อ เกินตาขวางๆ มือก็สั่นตลอด ก็เลยไม่ให้ลูกเลิกกินยา” อาการข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้นนี้ ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายถือเป็นสาเหตุหลักของปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา (Velligan et al., 2009) แต่ภายหลังจากที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้และทักษะที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหาการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจและสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดเช่น “ตอนนี้เข้าใจแล้ว ว่าอาการตัวแข็งทื่อ พูดไม่ชัด มันเกิดขึ้นได้ ไม่ใช่ผีเข้า ถ้ามันเกิดขึ้นอีกฉันจะไม่เผายาทิ้ง แต่จะไปหมอแทน”’ ต่อมาใน

ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 3 คือการทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ครอบครัวเคยใช้และผลที่เกิดขึ้น และกิจกรรมที่ 4 ฝึกแก้ไขปัญหาใช้สถานการณ์จำลองซึ่งเป็นปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งและมอบหมายให้นำไปใช้จริงที่บ้านตามบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการ ขั้นที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) (Gibson, 1995) และ Minuchin (1974 อ้างถึงใน อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อการได้ฝึกแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัว (family coping function) โดยการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ (Family function) ของสมาชิกแต่ละคนให้เหมาะสมแล้ว จะทำให้ครอบครัวกลับมาสู่ภาวะสมดุลอีกครั้ง(family adjustment) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ “แม่จะคอยบอกให้กินยา คอยอบรมสั่งสอนอย่าให้ขาดยา ,พี่สาว ทำงานร้านเสริมสวยหาเงินมาให้ครอบครัว ให้กำลังใจ ตัวฉันที่ป่วย ก็จะกินยาเอง ช่วยทำงานบ้าน” สอดคล้องกับการศึกษาของ Olivares et al (2013) ร้อยละ 55-58% ของผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลครอบครัวช่วยเหลือดูแลในเรื่องการรับประทานยา และ Lacro et al (2002) ที่กล่าวว่าการกระตุ้นเตือนของสมาชิกในครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem) เป็นขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจจากการทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความภาคภูมิใจ (self-esteem) การแลกเปลี่ยนในครั้งนี้ทำให้สมาชิกกลุ่มแต่ละครอบครัว ได้เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการรับประทานยายาให้ถูกต้องตามเกณฑ์เพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นๆ เกิดความรักในตนเองและผู้อื่น และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น สิ่งเหล่านี้ คือพลังหรือขุมทรัพย์ในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในครั้งๆ ต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะตรงกับกระบวนการขั้นที่ 3 คือ การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ (taking charge) ตามกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson. (1995) จากการศึกษาครั้งนี้พบคำพูดที่แสดงถึงการรับรู้คุณค่าในตนเอง เช่น “ผมคิดว่าผมไม่มีค่า ไม่ต้องกินยาก็ได้ ไม่เห็นเป็นไร แต่พอมาวันนี้ ผมรู้สึกดีที่ ทุกๆคน อดทนกับผม ผมไม่อยากทำให้ใครเสียใจอีกครับ”, “ขอบคุณพยาบาล ขอบคุณพี่แล้วก็แม่ ที่ดูแลมาตลอด รู้สึกว่าผมต้องทำให้ได้ แค่กินยามันไม่ได้ร้ายแรงอะไร กินยาถ้าเราดีขึ้นเราก็จะทำงานได้ ไปรับไปส่งหลานไปโรงเรียนได้” และขั้นตอนสุดท้ายคือ

ขั้นตอนที่ 4 การทบทวนกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังอำนาจ (Evaluation) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 6 การทบทวนกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังอำนาจ และสิ้นสุดสัมพันธภาพ ซึ่งจะสอดคล้องกับขั้นที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) (Gibson ., 1995) จากการเข้าร่วมกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจของตามโปรแกรมฯที่ผ่านมา ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดพลังอำนาจ คือ มีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ที่จะนำมาใช้แก้ไขปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{x}$ = 4.79 และ $\bar{x}$ = 3.07 ตามลำดับ) และมีตัวอย่างคำพูดที่แสดงถึงการมีพลังอำนาจ สามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ ได้ดังนี้

ผู้ป่วย “ผมคิดว่าผมไม่มีค่า ไม่ต้องกินยาก็ได้ ไม่เห็นเป็นไร แต่พอมาวันนี้ ผมรู้สึกดีที่ ทุกๆคนอดทนกับผม ผมไม่อยากทำให้ใครเสียใจอีกครับ”ผู้ดูแลหลัก “เราภูมิใจนะที่บ้านเราช่วยกันมาจนถึงตอนนี้ ฟังพยาบาล ฟังเพื่อนแล้วก็ลองเอาไปทำตาม มันก็ไม่ได้ยากอะไร”

ผู้ดูแลรอง “ที่ผ่านมาเราลืมทำเรื่องง่ายๆไปหลายเรื่อง จากที่ได้ไปลองทำที่บ้าน เราก็ให้เขากินข้าว กินน้ำ กินยา มีไม่อยากกินบ้างก็กล่อมเอา บอกเป้าหมายที่เราคุยกัน มันก็พูดกันง่ายขึ้น” การที่แต่ละครอบครัวได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน นอกจากการได้วิธีการปฏิบัติแล้วยังทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ส่งผลเกิดให้พลังอำนาจในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยต่อไป (Gibson, 1995)

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน (p-value =.49, t = .03) แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบ ครัวเป็นศูนย์กลาง แตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (p-value =.00, t = 30.41) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังทดลองในกลุ่ม ทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ = 4.79 และ $\bar{x}$ = 2.98 ตามลำดับ)

ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่ม ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่ ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้ เนื่องจากจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา

ดังเช่น การศึกษาของ สรินธร เชี่ยวโสธร (2545) ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แก่ผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล พบว่าสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ผลทิพย์ ปานแดง (2545) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ โดยทำการในศึกษาผู้ป่วยที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก พบว่าสามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยได้ การวิจัยครั้งนี้มีการจัดให้มีรูปแบบการบำบัดเป็นการกลุ่มครอบครัว ซึ่งก่อให้เกิดผลดีกับกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากแต่ละครอบครัวได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยและตนเองพร้อมทั้งได้เสนอวิธีการการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามบริบทของตนเอให้กับครอบครัวอื่นๆ ได้ฟัง มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ตามกระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นข้อดีของการบำบัดแบบรายกลุ่มครอบครัว โดยมีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าการใช้การบำบัดรูปแบบกลุ่มร่วมกับการใช้ยาก่อให้เกิดผลดีกว่าการใช้ยาอย่างเดียว (Jones et al, 2011) สอดคล้องการศึกษาของ Guimon et. al (1993) ที่นำรูปแบบกลุ่มมาใช้ในผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีทัศนคติ และการแสดงออกเกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Lincoln, Wilhelm and Nestroriuc (2007) ที่ได้ทำการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาถึงผลของสุขภาพจิตศึกษาต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ อาการทางจิต พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์และการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเวช ทั้งสิ้น 199 อย่างเป็นระบบ พบว่าการที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะประสพผลสำเร็จมากกว่าโปรแกรมที่บำบัดผู้ป่วยเป็นรายเดี่ยว โดยพบว่าสามารถควบคุมอาการทางจิตและลดอัตราการกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วยได้นานถึง 7-12 เดือน

จากการผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน (p-value =.49, t = .028) แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางแตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (p-value =.00, t = 30.41) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ = 4.79 และ $\bar{x}$ = 2.98 ตามลำดับ) สอดคล้องกับงานวิจัยของZareal et al. (2014) ได้ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (p

<.01) และธงรบ เทียสันต์ (2556) ศึกษาเรื่องผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้าง ของ Minuchin (1974) ร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดการแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัวมาบูรณาการในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางครั้งนี้ พบว่าสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการตรวจสอบสมมติฐานทั้ง 2 พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางสามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไปใช้ พยาบาลจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีพื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การให้คำปรึกษาครอบครัว ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเรื่องจิตเภท การเสริมสร้างพลังอำนาจ รวมทั้งมีทักษะและประสบการณ์การทำกลุ่มจิตสังคมบำบัด ซึ่งต้องใช้ทั้งความรู้ทั้งทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ทักษะการเป็นผู้นำกลุ่ม เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ในแต่ละกิจกรรม พยาบาลสามารถที่นำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยยึดขั้นตอนทั้ง 4 ขั้นตอน เพื่อให้การดำเนินการกลุ่มเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นตอนที่1 สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (perceiving the threat)

ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy) ขั้นตอนการเรียนรู้

ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem)

ขั้นตอนที่ 4 การทบทวนกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังอำนาจ (Evaluation)

โดยเนื้อหาสามารถปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว แต่ขอให้ยังคงซึ่งสาระสำคัญของแต่ละกิจกรรมไว้ดังเดิม

1.3 พยาบาลที่นำโปรแกรมไปใช้ต้องมีการพัฒนาทักษะประสานงานที่ดีกับทีมสุขภาพ ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมถึงทีมผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชนและ อสม. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดพลังอำนาจครอบคลุมทั้งทางด้านครอบครัว ชุมชนและทีมสุขภาพ

1.4 พยาบาลสามารถถ่ายทอดความรู้/เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ในรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัวตามบริบทที่แตกต่างๆกันออกไป เช่น การจัดทำชุดให้ความรู้เรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ในรูปแบบ วิดีโอ/วีซีดี โปสเตอร์ แผ่นพับ เพลงพื้นบ้าน/หมอลำ/เพลงโคราช เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงความรู้เรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจมากที่สุด อันจะนำไปสู่การดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมการใช้ยาให้ถูกต้องตามเกณฑ์อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลได้เข้ารับการพัฒนาศักยภาพการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยจิตเภทหรือผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ รวมถึงการบำบัดครอบครัว เพื่อให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้มีพฤติกรรมการใช้ยามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้องต่อไป

2.2 ควรจัดหลักสูตรให้นักศึกษาพยาบาล หรือพยาบาล ได้ศึกษาแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อเป็นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ดีต่อไป หรือจัดให้มีเนื้อหาการสอนอยู่ในหัวข้อการพยาบาลจิตเวชชุมชน

2.3 พยาบาลควรมีการเขียนผลงานทางวิชาการต่างๆ เช่น ตำรา คู่มือการดูแล บทความวิชาการ และบทความวิจัยเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์ เพื่อให้ผู้ที่สนใจได้ศึกษาและนำไปพัฒนาตนเองให้สามารถใช้แนวคิดนี้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.ด้านการบริหาร

3.1 เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

3.2 เป็นข้อมูลสำหรับผู้ให้บริการในหน่วยบริการในการพิจารณาวางแผนแนวทางการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1.ควรมีการติดตามประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี และ 3 ปี เนื่องจากพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นจึงควรมีการวิเคราะห์ผลเพื่อดูแนวโน้มของปัญหาและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.ควรมีการศึกษาผลของประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางอย่างต่อเนื่อง เปรียบเทียบกับการให้การพยาบาลในรูปแบบอื่นๆ เช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจรายครอบครัว การเสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคล เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาแนวโน้มและข้อมูลเชิงคุณภาพของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางอย่างครอบคลุม เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4.ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวช และโรคเรื้อรังอื่นๆ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กาญจนา เหตมะรัตน์, เพลิน เสี่ยงโชคอยู่, อุ่นจิตร คุณารักษ์และนิรมล ปะนะสุนา.(2555). ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการป่วยซ้ำ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 26(2);63-73.

กรมสุขภาพจิต.(2550).จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรคและเพศ.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย15(1):57-59

กรมสุขภาพจิต.(2553). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ *2553*. กรุงเทพฯ : บางกอกบล็อก.

กรมสุขภาพจิต. (2554). กรอบทิศทางการพัฒนางานสุขภาพจิตและแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่11(พ.ศ.2555-2559). นนทบุรี : ละม่อมจำกัด.

กรมสุขภาพจิต.(2556).รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2556. กรุงเทพฯ : บางกอกบล็อก.

ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะและสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล.(2556).การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.58 (1):89 – 100.

จลี เจริญสรรพ์.(2542).การดำเนินงานโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. คู่มือปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน. ฉบับแก้ไขครั้งที่ 7.สุราษฎร์ธานี: โรงพิมพิมพ์สุวรรณอักษร.

จันทร์ฉาย เนตสุวรรณ.(2545).พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท.การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ,สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว.(2557).กลุ่มบำบัดกับพยาบาลจิตเวช.วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิต .28(1):1-15

จิดารัตน์ พิมพ์ดีด.(2541). กระบวนการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จงรัก รมย์นุกูล.(2554).ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อระดับน้ำตาลในเลือดชนิด

HbA,Cของพระภิกษุที่เป็นเบาหวานชนิดที่2 .วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสียร.(2549).ปัจจัยทำนายการแสดงออกจากอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชีวนันท์ ชาวนอก.(2551) .การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของ ผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดารณี จามจุรีและจินตนา ยูนิพันธ์.(2545).การศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย.กรุงเทพฯ :สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข

ฐานันดร์ ปิยะศิริศิลป์.(2555).ระยะโรคสงบและการฟื้นตัวในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย57(3) 367-370.

ทัดทรวง ตานะเศรษฐ.(2548). ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาทัศนคติต่อการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทชาวไทยภูเขาที่มารับบริการในโรงพยาบาลแม่สะเรียง.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทัศนีย์ เชื่อมทอง.(2554). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลชลบุรี.จังหวัดชลบุรี.

ทัศนี ประสบกิตติคุณ. (2544). การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ.วารสารการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์.16 :1-11

ธงรบ เทียนสันติ์.(2556).ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภาภรณ์ พึ่งเกศสุนทร.(2553).ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อ ภาระการดูแลของผู้ดุแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. (2555). ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence). วารสารไทยไภษัชยนิพนธ์.7 : 1-18.

นันทวดี ปันคง .(2548).การเสริมสร้างพลังของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นุชนาถ ชัยเจริญ.(2552). การสังเคราะหงานวิจัยเกี่ยวกับการชวยเหลือครอบครัวผูปวยจิตเภท . สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชหลักสูตร ,บัณฑตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นพรัตน์ ไชยชำนิ.(2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มาหาวิทยาลัย.

นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์.(2549).ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาเภสัชศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มาหาวิทยาลัย.

ปรมฤดี ดำรักษ์.(2545). การศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. กรุงเทพมหานคร : ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย.

ผลทิพย์ ปานแดง.(2545).ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มาหาวิทยาลัย.

พนารัตน์ เจนจบ.(2542).การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พิเชษฐ์ อุดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกนานนท์.(2552).ตำราโรคจิตเภท,สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.สงขลา:ชานเมือพิมพ์.

พิมพ์ผกา กิติวงค์อิ่น.(2556).ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มาหาวิทยาลัย.

เพชรี คันธสายบัว.(2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มาหาวิทยาลัย.

เพ็ญพัตร์ อุทิศ.(2555). เอกสารประกอบการสอน ทิศทางการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน.คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.

พรทิพย์ คงสัตย์,ศิริภรณ์ ชัยศรีและสวัสดิ์ เที่ยงธรรม.(2556).การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 27(1);45-61.

ไพรัตน์ พฤกษชาติคุณากร.(2542).จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน .เชียงใหม่ :โรงพิมพ์นันทพันธ์,

ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ. (2551). การทำกลุ่มจิตบำบัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ.เชียงใหม่: นันทพันธ์พริ้นติ้ง.

มาโนช หล่อตระกูล.(2555). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี.(พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

มาโนช หล่อตระกลู, และปราโมทย์สุคนิชย์.(2544). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. (พิมพค์รั้งที่6). กรุงเทพฯ: สวิชญการพิมพ์.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.(2548). เอกสารการสอนชุดวิชา จิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา.หน่วยที่ 1-4 . นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

มิ่งขวัญ คงเจริญ และ อาชัญญา รัตนอุบล การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน เพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของชุมชนแห่งการเรียนรู้ .*SDU Res. J.* 7 (2) : May - Aug 2011

ยอดสร้อย วิเวกวรรณ.(2543). สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล.กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยุภาพร มีหนองหว้า.(2552). ผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มาหาวิทยาลัย.

ยุวดี เรืองแสง .(2548).ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มาหาวิทยาลัย.

ราศรีคันธีสาร.(2548).กระบวนการสร้างพลังเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงชาวไทใหญ่ บ้านผาบ่อง อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิต เวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รัชนีกร อุปเสน.(2541).การศึกษาบทบาทและภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน.

วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

รัชนี อุทัยพันธ์และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์.(2555).ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.27 (1):136-148.

วารุณี แสงเมฆและ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย.(2014).ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.28(2)

เวนิช บุราชรินทร์และเพ็ญพักตร์ อุทิศ.(2554).ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.25(3):24-37.

แววดาว วงศ์สุรประกิต. (2549). การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกล่ามขัง: กรณีศึกษา.กลุ่มงานสังคมศาสตร์ โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร .(2547). ผู้ดูแลผู้สูงอายุ : การสังเคราะห์องค์ความรู้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สรินทร เชี่ยวโสธร(2545). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทต่อการใช้ยาตามเกณฑ์.วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มาหาวิทยาลัย.

สกาวเดือน กลิ่นน้อย.(2554).ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว.วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มาหาวิทยาลัย.

สาริณี โต๊ะทอง. (2548). *ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน* วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มาหาวิทยาลัย.

สายรุ้ง จันทร์เส็ง.(2548). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมภพ เรืองตระกูล.(2553). คู่มือจิตเวชคลินิก. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สุธิสา ดีเพชรและเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์.(2558).ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการตีตราตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชน.วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. 29 (1) : 123 -137

สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์.(2536).ผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนทางสุขภาพและการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุระเชษฐ เกตุสวัสดิ์.(2552).การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้กระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พื้นที่อำเภอบางไทรจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว.(2554). การพยาบาลจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

โสรยา ศุภโรจนี.(2554).ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มาหาวิทยาลัย.

อัจฉราพรรณ สี่หิรัญวงศ์และคณะ.(2557).การพยาบาลจิตเวชศาสตร์.โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.กรุงเทพฯ: สายธุรกิจโรงพิมพ์.

อัมพวรรณ ถากาศ.(2548).การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในคลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลแม่ทา จังหวัดลำพูน.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อุมาพร กาญจนรักษ์.(2545).ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มาหาวิทยาลัย.

อุมาพร ตรังคสมบัติ.(2554).จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว.พิมพ์ครั้งที่ 6.กรุงเทพฯ ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว:ซันต้าการพิมพ์.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2545). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรวรรณ ฆ้องต้อ. (2550). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและภาระการดูแลของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรม

หาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาต่างประทศ

Anderson, C. M., Hogarty, G. E. and Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients : A psychoeducation approach. *Schizophrenic Bulletin* 6(3) : 490-505.

American Psychiatric Association Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition.(2004).Am J Psychiatry. ;161(2suppl):1–56. [PubMed]

Anderson, R. and Funnell, M.(2010). Patient Empowerment: Myths and Misconceptions. Patient EducCouns. Jun 2010 79(3): 277–282.

Awad, G. A., and Lakshmi N.P. (2008). The Burden of Schizophrenia on CaregiversA Review.Pharmacoeconomics26 (2):149-162

Azimi, V., Alhani, F., Ahmadi, F. and Kazemnejad, A.(2010). Effect of family-oriented empowerment model on the life style of myocardial infarction patients. Iranian Journal of Critical Care Nursing Winter 2,(4): 127-132.

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall, Inc

Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.), Annals of child development. Vol.6. Six theories of child development (pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press.

Barkhof, E., Meijer, C.L., de Sonneville, L.M.J., Linszen, D.H., and de Haan, L. (2012). Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia – A review of the past decade. European Psychiatry27 : 9-18.

Bissonnette, J. M.(2008). Adherence: a concept analysis.*JAdvNurs. Sep:63(6):634-43*.

Beebeand Humphrey, L.(2002) Problems in community living identified by people

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

with schizophrenia.Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services 40(2) : 38-45.

Bundhamcharoen, K., Teerawatananon,. Y., Vos, T. and Begg S.(2002). Burden of diseaseand injuries in Thailand: priority setting for policy Nonthaburi: Ministry of Public Health.

Bond, WS and Hussar ,DA (1991).Detection methods and strategies for improving medication compliance. American Journal of Health-System Pharmacy. 48 (9): 1978-1988.

Byerly, M., Nakonezny, P. and Lescouflair, E. (2007) Antipsychotic medication adherence in schizophrenia. PsychiatrClin North Am30: 437–452.

Cardin, V. A., McGill, C. W., andFalloon .(1985).An economic analysis: costs, benefits, and effectiveness. In: Falloon IRH, editor. Family Management of Schizophrenia. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press.15–123.

Chakrabarti, S.(2014).What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatricdisorders.World J Psychiatr. June.22; 4(2): 30-36

Chan et al.(2009). Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. *Patient Educ Couns* ;75(1):67─76.

Curtis, W. J., & Singh, N. N. (1996). Family involvement and empowerment in mental health Service provision for children with emotional and behavioral disorders. *Journal of Child and FamilyStudies.5;* 503–517.

Dixon L, Adams C. and Lucksted A. (2000) Update on family psychoeducation for schizophrenia. Schizophr Bull. ;26:5–20

Diax et al.(2001). Use of Medication Even Monitoring System to estimate medication compliance in patients with schizophrenia. J Psychology Neurosci.26:325-329.

Dunst, C. J.,&Trivette, C. M. (1996). Empowerment, effective helpgiving practices and family-centered care. Pediatric Nursing,*22*, 334-343.

Dunst, C., Trivette, C.M. & Deal, A.G. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice.* Cambridge, Mass: Brookline Books.

Estroff, S. E.(1989).Self, Identity, and Subjective Experiences of Schizophrenia: In

Search of the Subject.SchizophreniaBulletin.15(2):189-196.

Farragher, B.(1999).Treatment compliance in the mental health service.Irish Medication Journal.92(6):1-3

Funnell, M. M. and Anderson, R.(2004). Empowerment and self- management of diabetes. Clin Diabetes. ;2(23):123-7

Gibson, C.H. "A Concept Analysis of Empowerment," Journal of Advance Nursing. 16 : 354-361 ; February, 1991.

Gibson, C.H.. A Study of Empowerment in Mothers of Chronically ill Children. Unpublished Doctoral Dissertation : Boston College, Boston, 1993.

Gibson, C. H. (1995). The process of Empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advances Nursing32 (8): 1201-1210.

Glick, ID., Stekoll, AH and Hays, S. The role of the family and improvement in treatment maintenance, adherence, and outcome for schizophrenia.JClinPsychopharmacol. 2011 Feb;31(1):82-5.

Gutierrez, M.et al.(2005).Burden of care and general health in familes of patient with schizophrenia.Sockul Psychiatry and Psychiatric Epidermology40(11):899-904

Guimon, L., Eguiluz, I., & Bulbena, A. (1993). Group pharmacotherapy in schizophrenics: attitudinal and clinical changes. European Journal of Psychiatry, 7 (3), 147-154.

Ghasemi, A.et al.(2014).Effects of Family-Centered Empowerment Model Based Education Program on Quality of Life in Methamphetamine Users and Their Families .Iran Red Crescent Med*J16(3): e13375*.

Gray et al.(2004). Effect of a medication management training package for nurses on clinical outcomes for patients with schizophrenia: cluster randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*;185:157–62.

Harrson, J.(2008). LIVING WITH SCHIZOPHRENIA :A phenomenological study of people with schizophrenia living in the community .Volume 1 .University of Bradford.

Hazel, N. A. et al.(2004).Impact of multiple-family groups for outpatients with

schizophrenia on caregivers' distress and resources.Psychiatr Serv.Jan;55(1):35-41.

Herz, M. I., &Marder, S. R. (2002). Schizophrenia: Comprehensive treatment and management.New York: Lippincott, Williams & Wilkins.

Hoffman, H.(1994) Age and other factors relevant to re hospitalization of schizophrenic Out-patienta.*Journal Clinic Psychiatry*.63 (1):49-53.

Hulme, P. A.(1999). Family Empowerment: A Nursing Intervention With Suggested Outcomes for Families of Children With a Chronic Health Condition JOURNAL OF FAMILY NURSING.5(1), 33-50

Jones, B., Corkran, C., Carpentier, S., McLendon,V., Weaver, L., Yeager, K., Norris, S.,Teplinskiy, I. & McCarty, F. (2011). Group Motivational Interviewing for HIV Infected Women. AIDS and Behavior,15(5), 885-896

Kamali ,M. et al.(2006).E. A prospective evalu- ation of adherence to medication in first episode schizophrenia.*Eur Psychiatry* ; 21: 29-33.

Keith, S. J.and Kane, J. M.(2003).Partial compliance and patient consequences in schizophrenia: our patients can do better. J Clin Psychiatry.Nov;64(11):1308-15.

Kelly, N., Terri, G. and Shelton, L.(2007). Family Empowerment as a Mediator between Family-Centered Systems of Care and Changes in Child Functioning: Identifying an Important Mechanism of Change. J Child Fam Stud .16:556–566.

Kiliana, R. et al.(2003). Indicators of empowerment and disempowerment in the subjective evaluation of the psychiatric treatment process by persons with severe and persistent mental illness: a qualitative and quantitative analysis.Social Science & Medicine .57:1127–1142

Kozma, C. and Weiden, P. (2009) Partial compliance with antipsychotics increases mental health hospitalizations in schizophrenic patients: analysis of a national managed care database. Am Health Drug Benefits. 2: 31–38.

Koren, P. E., DeChillo. and Friesen, B. J.(1992).Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities:A brief questionnaire.Rehabitation Psychology.37:305-321.

Kuei-Re at al.(2012).Psychosocial RehabitationActivites,Empowerment, and Quality of

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Community-Based Life for People with Schizophrenia.Archives of Psychiatric Nursing.25(*4) 285-294.*

Kyoko et al.(2013).Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature reviewTher Adv Psychopharmacol. 3(4): 200–218.

Lacro, J. P., Dunn, L B., Dolder, C.R., Leckband, S. G. andJeste, D.V.(2002).Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. J Clin Psychiatry. *Oct;63(10):892-909.*

Lee et al.(2008). PREDICTORS OF MEDICATION ADHERENCE AMONG PATIENTS WITH SCHIZOPHRENICDISORDERS TREATED WITH TYPICAL AND ATYPICAL ANTIPSYCHOTICS IN A LARGE STATE MEDICAID PROGRAM .Poster presented at the 13th International Meeting of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research; May 3–7,Toronto, Canada.

Lehman, A. F., Kreyenbuhl, J., Buchanan, R. W.(2004). The schizophrenia patient outcomes research team (PORT): updated treatment recommendations. Schizophr Bull. 2004;30:193–217. [PubMed]

Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Swartz, M. S., Rosenheck, R. A., Perkins, D.O., e.(2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. N Engl J Med .353:1209-1223

Lincoln, K., Wilhelm, Y. and Nestoriuc.(2007).Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms,knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders:A meta-analysis.Schizophrenia Research96: 232–245.

Linden, M.et al.(2001). A prospective study of factors influencing adherence to a continuous neurolepticstreatment program in schizophrenia patients during 2 years. *SchizophrBull* .27: 585-596.

Llewellyn, W.A. (1989). Webster's Ninth New Collegiate Dictionary. Springfield, Massachusetts: Merriam-Webster

Llorca, P. (2008).Partial compliance in schizophrenia and the impact on patient

outcomes. Psychiatry Res.161: 235–247.

Markowitz, M., Karve, S., Panish, Candrilli, S ,D. and Alphs, L.(2013). Antipsychotic adherence patterns and health care utilization and costs among patients discharged after a schizophrenia-related hospitalization. BMC Psychiatry.13:246

Massodi,R. et al .(2010). The effect of family centered empowerment model on the Quality of life in elderly people. JOUMS.*14(1):57-64.*

McFarlane, W. R., Link, B., Dushay, R., Marchal, J., & Crilly, J. (1995). Psychoeducational multiple family groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia. Family Process, 34(2), 127-144.

Miller.J. F. (1992). coping white chronic illness Overcoming powerlessness 2nd ed Philadephia: F.A.Davis

Minuchin, S. (1974). Families and family therapy. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Najafi,K.et al.(2011).The Effect of Family-Centered Empowerment Model on the Mothers' Knowledge and Attitudes about Thalassemia Disorder.Iranian Journal of Pediatric Hematology oncology.1(3):98-103.

Nasrallah, H.A. (2007).The case for long-acting antipsychotic agents in the post-CATIE era. ActaPsychiatr Scand. Apr.115(4):260-7.

Novick, D., Haro, J., Suarez, D., Perez, V., Dittmann, R. and Haddad, P. (2010) Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. Psychiatry Res. 176: 109–113.

Okun, B.F. and Rappaport, L.J.1980.Working with families: An introduction to family therapy. No. Scituate, Mass.: Duxbury Press.

Olivares, M .J., et al.(2013). Psychiatrists' awareness of partial and nonadherence to antipsychotic medication in schizophrenia: results from an Asia–Pacific survey . Neuropsychiatric Disease and Treatment .9:1163–1170.

Orem, D. E.(2001). Nursing:Concepts and Practice(6th ed).St.Louis, MO:Mosby

Petcharat B, Suwaluk Y.(2003). Factors related to caregivers' caring behaviors for

chronic schizophrenicpatientsathome.*Songkla Med J*;21:249-58.

Petersen et al.(2005). Arandomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ* ;331(7517):602.

Pender, T. J. (2002).Health Promotion in nursing Practice.4 th ed.NewYork.Appleton& Lange

Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram,. M., Udomratn,P.(2010).Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease.Population Health Metrics. 8(24):1-8.

Puskar et al.(2012).Understanding content andprocess: guidelines for group leaders.Perspectives in Psychiatric Care.48: 225-229.

Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology,* 15(2),121-148.

Rahim, A ., Alhani, F., Gholyaf, M. and Akhoond, M. R.(2009). Effects of a continuous care model on perceived quality of life of spouses of haemodialysis patients . La Revue de Sante de la Mediterrance orientale.15(4);944-950

Ran et al.(2003).Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia-a randomized controlled trial. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol ;38(2):69–75.

Robinson D.et al.(1999). Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder.Arch Gen Psychiatry. 56(3):241-247.

Sadock, J. B. &Sadock, A. V. 2007. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8 th ed. Philadephia:Lippincot.

Sajatovic, M., Velligan, D. I., Weiden, P. J., Valenstein, M. A., and Ogedegbe, G. (2010). Measurment of psychiatric treatment adherence. *J Psychosom Res*69 : 591-599.

Sarath,I.et al.(2014).Attitudes toward Medication and Reasons for Non-Compliance in

Patients with Schizophrenia. Indian. Journal of Psychological Medicine Jul - Sep 36(3):434-446

Shelley Marchinko and Diana Clarke.(2011).The Wellness Planner: Empowerment, Quality of Life, and Continuity of Care in Mental Illness.Articles;vol.25(4) :1386-1394.

Shuler, K.M. (2014) Approaches to improve adherence to pharmacotherapy in patients with schizophrenia. Patient Preference and Adherence .8: 701–714

Singh, N. N.(1995). In Search of Unity: Some Thoughts on Family-Professional Relationships in ServiceDelivery Systems. Journal of Child and Family Studies.4(1);3-18

Tarrier, N., Lowson, K. and Barrowclough, C.(1991). Some aspects of family interventions in schizophrenia: II. financial considerations. Br J Psychiatry 159:481–484. [PubMed]

Tejada,H. et al .(2012) .Diabetes empowerment, medication adherence and self-care behaviors in adults with type 2 diabetes.DiabetesTechnolTher. Jul;14(7):630-4.

Thomas,P .(2013).Relapse:cause and consequences.*Encephale* .39 :79-82.

Van OsJ, KapurS.Schizophrenia.Lancet.(2009);374(9690):635-45.[online]Available:http://search.proquest.com/docview/199047908?accountid=41313#center[2014, Febluary 25]

Vuorenmaa, M., Halme, N., Åstedt-Kurki, P., Kaunonen, M. and Perala, M. L.(2013) The validity and reliability of the Finnish Family Empowerment Scale (FES): a survey of parents with small children.*Child.*care, health and development. 40(4);597–606.

Velligan *et al*. (2009; Expert Consensus Panel on Adherence Problems in Serious and Persistent Mental Illness) The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. J Clin Psychiatry 70(4):1-48.

Wai Tong Chien And Sally, W . C. and Chan.(2013).The effectiveness of mutual

support group intervention for Chinesefamilies of people with schizophrenia: A randomisedcontrolledtrial with 24-month follow-up.International Journal of Nursing Studies.50(1):1326-1340.

Wily Blakwell.(2003) .ISBN9780632063888.P.21 .[online]Available: http://en.wikipedia.org/wiki/Schizophrenia. [2014, Febluary 25]

World Health Organization. (2006). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2009).Mental health: a state of well-beinghttp.[online]Available at: ://www.who.int/ features/factfles/mental_health/en/ index.html.

World Health Organization. Schizophrenia. .(2014).[online]Available at: http://www.who.int/mental-health/managment/schizophrenia/en/.[2014,June 25]

Yamada, A., Lee, K., Dinh, T.Q., Barrio, C., and Brekke, J.S. (2010). Intrinsic motivation as a mediator of relationships between symptoms and functioning among individuals with schizophrenia-spectrum disorders in a diverse urban community. J NervMent Dis .6(3) : 16 – 28.

Yang, J.et al.(2012).Symptom severity and attitudes toward medication: Impacts on adherence in outpatients with schizophrenia. Schizophrenia Research134 ;226–231.

Yasrebi, K., Jazayeri, A.R., Pourshahbaz, A. and Dolatshahi, B. (2008).The effectiveness of Psychosocial rehabilitation in reducing negative symptoms and improving social skills of chronic schizophrenic patients**.** Iranian Journal of psychiatry and clinical psychology*.* 4(4):363-370.

Zarea, K., BahmanDashtebozorgi.,Rezaie, R., Ghanizadeh, A. and Latifi, M.(2014). Effect of family-centered empowerment model on the attitude to medications and drug compliance in patients with schizophrenia: A randomized controlled trial. Jundishapur. Journal of Chronic Disease Care. 3(1): 61-67.

Zimmerman, M. A.,&Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control, and Psychological empowerment. *American* Journal of Community Psychology. 16:725–750.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Zou, H., Li, Z., Nolan, M., Wang, H. and Lili Hu.(2013). Self-Management Among Chinese People With Schizophrenia and Their Caregivers:A Qualitative Study.Archives of Psychiatric Nursing.27(1): 42-53.

Zulkosky, K Self-Efficacy: A Concept Analysis.(2009). Nursing Forum .44(2):93–10.

Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C. A., and Mechanic, D. (2002). Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. Am J Psychiatry.159 (10): 1653 – 1664

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

นายแพทย์ธงชัย วชิรพิณพง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
นางสาวสวัสดิ์ เที่ยงธรรม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN)
นางศันสนีย์ พูลผล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN)
นาง อำพัน หิรัญอุทก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN)
อาจารย์ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ข
การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ค่า CVI = จำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนน 3 หรือ 4 /จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

= 6/6 = 1

2.แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ค่า CVI = จำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนน 3 หรือ 4 /จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

= 16/18 = .89

3.แบบประเมินพลังอำนาจของครอบครัว (Family Empowerment Scale)

ค่า CVI = จำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนน 3 หรือ 4 /จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

แทนค่า = 32/34 = .94

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ค
การคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1.การคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.849	21

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
med1	91.43	48.944	.494	.841
med2	91.47	50.809	.345	.846
med3	91.43	51.082	.316	.847
med4	91.57	49.426	.362	.845
med5	92.23	46.254	.370	.850
med6	91.67	42.506	.689	.829
med7	91.37	49.551	.518	.841
med8	91.30	50.286	.594	.842
med9	91.33	50.437	.407	.844
med10	91.77	49.564	.433	.843
med11	91.63	48.999	.499	.840
med12	91.40	52.593	.086	.852
med13	91.73	50.961	.250	.849
med14	91.90	50.369	.362	.845
med15	91.40	47.697	.771	.833
med16	91.47	47.016	.727	.832
med17	91.80	47.959	.286	.854
med18	91.40	48.869	.519	.840
med19	91.53	45.844	.586	.835
med20	91.23	51.633	.444	.846
med21	92.27	42.409	.547	.841

2.แบบประเมินพลังอำนาจของครอบครัว (Family Empowerment Scale)

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.933	34

Item-Total Statistics

ข้อคำถาม	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FES1	111.37	421.689	.285	.933
FES2	111.30	421.528	.465	.932
FES3	112.27	391.582	.666	.929
FES4	112.53	393.499	.823	.927
FES5	111.90	420.990	.262	.934
FES6	112.50	418.190	.373	.932
FES7	112.43	429.082	.087	.936
FES8	112.23	396.944	.693	.929
FES9	111.50	408.603	.726	.929
FES10	112.07	392.202	.740	.928
FES11	112.43	419.220	.383	.932
FES12	111.87	426.671	.182	.934
FES13	112.23	407.633	.530	.931
FES14	112.00	423.172	.226	.934
FES15	111.50	412.948	.630	.930
FES16	112.17	393.592	.727	.928
FES17	111.70	408.286	.695	.929
FES18	111.60	411.903	.671	.930
FES19	111.50	412.810	.671	.930
FES20	112.00	385.931	.803	.927

Item-Total Statistics

FES21	112.10	401.679	.737	.929
FES22	112.10	407.748	.574	.930
FEM23	111.97	401.137	.786	.928
FES24	112.17	409.040	.581	.930
FES25	112.87	423.568	.223	.934
FES26	113.50	420.534	.359	.932
FES27	113.30	418.493	.423	.932
FES28	113.20	408.648	.572	.930
FES29	112.73	390.823	.787	.928
FES30	111.87	417.637	.327	.933
FES31	113.20	402.579	.695	.929
FES32	113.37	419.895	.413	.932
FES33	112.53	399.223	.666	.929
FES34	111.90	430.369	.050	.936

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1.โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้จิตเภทในชุมชน
ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม มีวัตถุประสงค์ทั่วไป ดังนี้

ขั้นตอนการเรียนรู้	กิจกรรม	ระยะเวลา	วัตถุประสงค์ทั่วไป
ขั้นตอนที่1สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (perceiving the threat)	**กิจกรรมที่ 1** สร้างสัมพันธภาพและความตระหนักรู้ของครอบครัวต่อปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯของผู้ป่วย	สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 (90 นาที)	เพื่อให้ 1.ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาและมีทัศนคติที่ดีต่อการร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2.ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักรู้ถึงความสำคัญของระบบครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
	กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและพัฒนาทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์	สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 (90 นาที)	1.ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา
ขั้นตอนที่ 2ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy)	**กิจกรรมที่ 3** ทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ครอบครัวเคยใช้และผลที่เกิดขึ้น	สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 (90 นาที)	1.ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมการการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาทั้งจากสถานการณ์จริงและสถานการณ์จำลอง
	กิจกรรมที่ 4 ฝึกแก้ไขปัญหาใช้สถานการณ์จำลองซึ่งเป็นปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่	สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่4 (90 นาที)	

ขั้นตอนการเรียนรู้	กิจกรรม	ระยะเวลา	วัตถุประสงค์ทั่วไป
	เกิดขึ้นบ่อยครั้งและมอบหมายให้นำไปใช้จริงที่บ้านตามบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว		
ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem)	กิจกรรมที่ 5 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันหลังจากที่ได้นำวิธีการไปปรับใช้กับบริบทจริงในครอบครัว	สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 5 (90 นาที)	1.ผู้ป่วยและครอบครัวมีความภาคภูมิใจต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองจากการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา
ขั้นตอนที่ 4การทบทวนกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังอำนาจ(Evaluation)	**กิจกรรมที่ 6** การทบทวนกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังอำนาจ และสิ้นสุดสัมพันธภาพ	สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 6 (90 นาที)	1.ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทบทวนกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ผลกระทบ ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การรับรู้ความสามารถของตนเองและความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา

กลุ่มเป้าหมาย

ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท แต่ละครอบครัว ประกอบด้วยสมาชิก 3 คน ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัว เข้ากลุ่มกิจกรรม กลุ่มละ 4 ครอบครัว รวมทั้งสิ้น 20 ครอบครัว (รวม 60 คน)

ระยะเวลา

แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 90 นาที โดยดำเนินการ 1-2 กิจกรรม ต่อสัปดาห์ต่อเนื่องกัน 4 สัปดาห์ และประเมินผล 2 ครั้ง ครั้งแรกคือหลังสิ้นสุดกิจกรรมในโปรแกรมทันที และครั้งที่สองคือสัปดาห์ที่สองหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

รูปแบบการดำเนินการ

ดำเนินการเป็นรายกลุ่มครอบครัว กลุ่มละ 4 ครอบครัว (กลุ่มละ 12 คน) รวม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	สาระสำคัญ	การดำเนินกิจกรรม	เครื่องมือ	การประเมินผล
ขั้นตอนที่1 สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (perceiving the threat)(90 นาที)				
กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความตระหนักรู้ของครอบครัวต่อปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ ของผู้ป่วย(90 นาที) ประกอบด้วย 4 กิจกรรมย่อย ดังนี้ 1.1การสร้างสัมพันธภาพ1.2 การวิเคราะห์โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของครอบครัว1.3 การสร้างความตระหนักรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาและ1.4 การกำหนดเป้าหมายและกฎของครอบครัว				
1. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลและสมาชิกในครอบครัวอื่นๆได้อย่างเหมาะสม	1.1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่ม จะทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกันซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการทำกลุ่มบำบัด นอกจากนี้การสร้างสัมพันธภาพยังทำให้สมาชิกแต่ละคนได้รับทราบความคาดหวังในการเข้าร่วมกิจรรมของกันและกัน อันจะเป็นประโยชน์ต่อการทำกลุ่มบำบัดต่อไป	(ระยะเวลา 20 นาที) 1. เมื่อเริ่มต้นกลุ่ม เริ่มจากผู้นำกลุ่มแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเข้ากลุ่มและประโยชน์ของการเข้าร่วมกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจในครั้งนี้ 2. เข้าสู่การแนะนำสมาชิกกลุ่ม โดยให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตนเอง ดังนี้ 1. ชื่อเล่น 2. มาจากครอบครัวใด 3. ข้อดีของตนเองและสมาชิกในครอบครัวมีอะไรบ้าง 3. กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวของแต่ละครอบครัว บอกความคาดหวังในเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาฯ ที่มีต่อครอบครัวของตนเอง ทีละครอบครัวจนครบทั้ง 4 ครอบครัว 4. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นความคาดหวังของแต่ละครอบครัวและนำเสนอต่อสมาชิกกลุ่ม	1.วีดิทัศน์ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเผชิญปัญหาของครอบครัว เรื่อง “ไอติมแมน” ภาพยนตร์ไทยนิยม 2. ป้ายชื่อสมาชิกกลุ่ม 3. กระดาษฟลิปชาร์จ 4.ปากกาเคมี 5.ป้ายชื่อสมาชิก	1.ประเมินจากการสังเกตการแนะนำตนเอง ได้แก่ ชื่อเล่น มาจากครอบครัวไหน ข้อดีของตนเองและสมาชิกในครอบครัว 2.ประเมินจากการสังเกตการ การแลกเปลี่ยนความคาดหวังเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาฯ ที่มีต่อ

ใบความรู้ที่ 1

เรื่อง ระบบครอบครัวกับการร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเภท

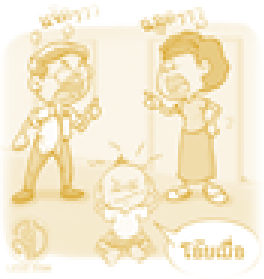
วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบครอบครัว ประกอบด้วย โครงสร้างของครอบครัว การปรับบทบาทหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนให้เหมาะสมในการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ให้อยู่ในภาวะสมดุล

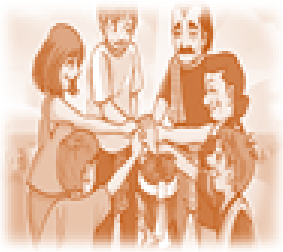
เนื้อหาสาระ

ระบบครอบครัว หมายถึง ระบบย่อยในครอบครัว ได้แก่ ผู้ดูแลหลัก สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีการจัดระบบภายใน เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงอยู่ได้อย่างสมดุลและมีความต่อเนื่อง อันเกิดจากความยืดหยุ่นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามสถานการณ์ต่างๆ มีการสื่อสารทั้งภายในระบบและภายนอกระบบและการบังคับที่สมาชิกต้องถือปฏิบัติ นอกจากนี้ยังมีโครงสร้าง ได้แก่ โครงสร้างอำนาจในครอบครัวซึ่งจะทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถควบคุมหรือแสดงอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังรวมถึงบทบาท หน้าที่ของครอบครัว และแก้ปัญหาครอบครัวเพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลภายในครอบครัว และดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่องตามพัฒนาการของครอบครัว ดังภาพที่ 1 แสดงให้เห็นว่าระบบย่อยของครอบครัวไม่มีความชัดเจนในเรื่องของโครงสร้างพลังอำนาจทำให้การกำหนดบทบาทและหน้าที่ของครอบครัวไม่ชัดเจน ส่งผลให้เมื่อครอบครัวมีปัญหาจะทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งแตกต่างจากภาพที่ 2 ที่พบว่ามีโครงสร้างพลังอำนาจชัดเจน คือ ทุกคนมีเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีการกำหนดบทบาทในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนรับรู้ถึงหน้าที่ของตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม และเมื่อเกิดปัญหาหรือต้องเผชิญเหตุการณ์ใดๆ ก็จะสามารถแสดงบทบาทและทำหน้าที่ในการแก้ไขปัญหานั้นอย่างเหมาะสม.....

ครอบครัวเราละ เป็นแบบไหน?



ภาพที่ 1



ภาพที่ 2

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา(ประเมินผู้ป่วย)

คำชี้แจง:กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างรอบคอบและเขียนเครื่องหมาย √ ลงใน ☐ หลังข้อคำถามแต่ละข้อ ที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุดตัวเลือกเดียวเท่านั้นโดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด ซึ่งมีมาตราวัดช่วงอันดับ 5 ระดับที่ตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด ดังนี้

ประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน
บางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติอาทิตย์ละครั้ง
นานๆครั้ง	หมายถึง	นานๆปฏิบัติครั้งหนึ่ง
ไม่เคยเลย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

“ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติในแต่ละข้อคำถามต่อไปนี้อย่างไร?”

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
การใช้ยาตามแผนการรักษา					
1. ท่านหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น					
2. ท่านเคยลืมรับประทานยา					
3. ท่านรับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
21.					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ **3: แบบประเมินพลังอำนาจของครอบครัว (Family Empowerment Scale)**

(ประเมินผู้ดูแลหลักในครอบครัว)

คำชี้แจง: กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างรอบคอบและเขียนเครื่องหมาย √ลงใน☐ หลังข้อคำถามแต่ละข้อ ที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุดเพียงตัวเลือกเดียวเท่านั้น โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิดซึ่ง มีมาตราวัดช่วงอันดับ 5 ระดับที่ตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด ดังนี้

5 หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด
4 หมายถึง เป็นจริงมาก
3 หมายถึง เป็นจริงปานกลาง
2 หมายถึง เป็นจริงน้อย
1 หมายถึง ไม่เป็นจริงเลย

รายการประเมิน	**ไม่เป็นจริงเลย**	**เป็นจริงน้อย**	**เป็นจริงปานกลาง**	**เป็นจริงมาก**	**เป็นจริงมากที่สุด**
	1	2	3	4	5
ระดับครอบครัว: ความสามารถในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว					
1. ฉันสามารถจัดการกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวได้					
.....					
ระดับของระบบบริการ: ความสามารถของครอบครัวในการมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย					
.....					
24. ทีมสุขภาพสอบถามความต้องการของฉันเสมอ					
ระดับชุมชนและนโยบาย: ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับชุมชนรวมถึงการให้ข้อเสนอแนะสิ่งที่ชุมชนควรให้การสนับสนุน					
.....					
34.ฉันเชื่อว่าความรู้และประสบการณ์ ที่ผ่านมา สามารถนำมาแก้ไขปัญหาการกินยาของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้					

ภาคผนวก จ
หนังสืออนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบเสนอเค้าโครง วิทยานิพนธ์
เพื่อมาศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

วันที 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2558

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

ข้าพเจ้า นางสาวกรกานต์ พึ่งน้ำ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มีความประสงค์ของเสนอเค้าโครง วิทยานิพนธ์
ชื่อเรื่อง ภาษาไทย ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
ภาษาอังกฤษ THE EFFECT OF FAMILY- CENTERED EMPOWERMENT PROGRAM ON DRUG ADHERENCE OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY
และได้แนบเค้าโครงมาพร้อมนี้จำนวน ๓ ชุด เพื่อมาศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ .....กรกานต์ พึ่งน้ำ.....ผู้เสนอเค้าโครง
(.....นางสาวกรกานต์ พึ่งน้ำ.....)

คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
☑ เห็นควรอนุมัติ
☐ ความเห็นอื่น.....

ลงชื่อ .....ประธานคณะกรรมการวิจัย
(.....)
วันที่ 10 / พฤศจิกายน / ๒๕๕๘

☑ อนุมัติ
☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ .....
(นางสุวรรณี เรืองเดช)
(.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
วันที่ 10 / พฤศจิกายน / ๒๕๕๘

FAR-07-01-300555

ภาคผนวก ฉ
หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องกำกับการทดลอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

School of Social Work
Regional Research Institute for Human Services
Research and Training Center for Pathways to Positive Futures

Post Office Box 751
Portland, Oregon 97207-0751

503-725-4040 tel
503-725-4180 fax
http://www.pathwaysrtc.pdx.edu

1600 SW 4th Ave, Suite 900
Portland, OR 97201

Portland State
UNIVERSITY

Kornkan Phuengnam
Siam Apartment, 70,
Phetburi 7 Alley, Phetburi-Ratchatavi Road
Ratchatavi Sub-area,
Bangkok 10400 Thailand

April 15, 2015

Dear Ms. Phuengnam,

This letter confirms our permission to use the **Family Empowerment Scale** in your research. Attached is a copy of the instrument and a list of published studies that have used the scale. We're delighted that you are interested in using this scale and hope that you find it useful. Please let us know the way in which you plan to use the information, for what purpose, if you plan to reproduce, and how many copies will be disseminated. Please cite properly, whether the citation be in printed form or on a website. Please also send us a citation of the publication in which you reproduce or cite the material. We would be very interested to hear about your experiences and findings, particularly with respect to aspects of the scale that might be improved. Good luck with your study.

For further specific or technical information, contact Dr. Barbara Friesen at friesenb@pdx.edu.

Best regards,

Amy Bass
Dissemination Coordinator
Research and Training Center for Pathways to Positive Futures
Regional Research Institute
Portland State University
P.O. Box 751
Portland, OR 97207-0751
(503) 725-4175
rtcpubs@pdx.edu

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวกรกานต์ พึ่งน้ำ เกิดเมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2531 ที่จังหวัดนครราชสีมา สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ปีการศึกษา 2553 ปฏิบัติงานตำแหน่งอาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ถึงปัจจุบันและเข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2556 การอบรมได้ผ่านการอบรม เรื่อง การบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (MI and MET) และ การทำจิตบำบัดและให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Psychology and counseling) ในปี 2557 ที่ผ่านมา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University