

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภท
2. การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย
3. การปรับพฤติกรรมทางปัญญา
4. การติดตามทางโทรศัพท์

ผู้ป่วยจิตเภท

ความหมาย

โรคจิตเภท หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วยและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง ประกอบด้วยอาการแสดงทางบวกและอาการแสดงทางลบ โดยมีลักษณะอาการอย่างน้อย 6 เดือน (American Psychiatric Association, 1994)

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดง สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม (สมภพ เรืองตระกูลและคณะ, 2542)

1. อาการทางด้านบวก แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิดหลงผิด (delusion) อาการประสาทหลอน (hallucination) ความผิดปกติของการพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม
2. อาการทางด้านลบ แสดงออกในด้านอารมณ์เฉยเมย (affective flattening) พูดน้อย หรือไม่พูด (alogia) และขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (avolition)

การดำเนินโรค

การดำเนินโรคแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (American Psychiatric Association, 1994)

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ความผิดปกติมักไม่ชัดเจนยากแก่การสังเกต โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี จึงแสดงอาการชัดเจนขึ้น

2. ระยะแสดงอาการชัดเจน (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก หรือมีอาการแสดงที่เกินสภาพจิตปกติ คือ อาการผิดปกติของความคิด การรับรู้ ด้านอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร ด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการหรือเสื่อมลงมากกว่าแต่อาการจะไม่รุนแรงเท่าระยะแสดงอาการชัดเจน ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว มักเกิดขึ้นเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อยได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ แยกตัวเอง วิดกกังวล หงุดหงิดคิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง

ปัจจัยการเกิดโรคจิตเภท

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโรคจิตเภทมีเหตุปัจจัยส่งเสริมหลายปัจจัย สรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวภาพ

1.1 พันธุกรรม การศึกษาพันธุกรรมของโรคจิตเภทประกอบด้วย การศึกษาครอบครัว การศึกษาบุตรบุญธรรม และการศึกษาในคู่แฝด พบว่าพันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญของโรคนี้ โดยการศึกษาในครอบครัวพบว่าญาติสนิทและบุตรของผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคถึงร้อยละ 5-10 สำหรับการศึกษานบุตรบุญธรรมพบว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้ไม่ได้ป่วยด้วยโรคจิตเภท (Black & Anderson cited in Townsend, 2000) ส่วนการศึกษานคู่แฝด พบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคมมากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบถึง 4 เท่าและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคมมากกว่าคนทั่วไปถึง 50 เท่า (Kaplan & Sadock, 1998)

1.2 ปัจจัยทางชีวเคมี

1.2.1 สมมติฐานสารโดปามีน (The Dopamine Hypothesis) สมมติฐานนี้เชื่อว่ามีการหลั่งสารโดปามีนหลังออกมาจากในสมอง ทำให้เกิดอาการทางจิตที่มีการศึกษาที่สนับสนุน

สมมติฐานนี้ โดยพบว่าสารแอมเฟตามีน ทำให้เพิ่มการหลั่งของสารโดปามีนมากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดอาการทางจิต ในขณะที่ยาต้านโรคจิตเช่น Haloperidol Chlopromazine มีผลต่อสารโดปามีน โดยยับยั้งการจับกับสารโดปามีนจึงทำให้อาการทางจิตลดลง (Kaplan & Sadock, 1998)

1.2.2 สมมติฐานทางชีวเคมีอื่น (Other Biochemical Hypothesis) จากการศึกษา พบว่าความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองหลายตัวเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทได้ เช่น นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ซีโรโทนิน (serotonin) อะเซทิลโคลีน (acetylcholine) มีข้อสันนิษฐานว่าในโรคจิตเภทภาวะสมดุลของ serotonin มีความผิดปกติ เนื่องจากยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ คือ clozapine และ risperidone มีความสัมพันธ์กับ serotonin receptors (สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2542)

1.3 ปัจจัยทางสรีรวิทยา เช่น การติดเชื้อไวรัส ความผิดปกติทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางเนื้อเยื่อ โรคบางอย่าง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาสมองในผู้ป่วยจิตเภทที่เสียชีวิตแล้ว พบว่าสมองมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะคล้ายการติดเชื้อโรคบางชนิด เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อไวรัส (Steven cited in Townsend, 2000) ส่วนความผิดปกติของร่างกาย มีการศึกษาโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed tomography scan) ตรวจที่สมองพบว่า ventricular มีขนาดใหญ่ขึ้นและ cerebellar มีขนาดเล็กลง และจากการทำ MRI พบว่ามีความผิดปกติใน hippocampus, amygdala, temporal lobes, basal ganglia (Black & Anderson cited in Townsend, 2000)

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ

ในทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ฟรอยด์ (Freud cited in Townsend, 2000) เชื่อในกระบวนการคิดเริ่มแรกว่าการคิดเพื่อฝัน และเผด็จการมีความสัมพันธ์กับกระบวนการคิดในโรคจิตเภท ซัลลิแวน (Sullivan, 1953) เชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและครอบครัวที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลสูง ซึ่งทำให้เด็กมีการปฏิเสธว่าไม่ใช่ฉัน (not me) แต่เป็นคนอื่นซึ่งมีผลกระทบต่อระบบความเป็นตนเอง และเป็นพื้นฐานการเกิดโรคจิตเภท อิริคสัน (Erikson, 1963) อธิบายว่าในระยะที่หนึ่ง ความไว้วางใจแย่งกับความสงสัยในน้ำใจคนอื่น (trust versus mistrust) ถ้าพัฒนาการในระยะนี้หยุดการพัฒนา ทำให้บุคคลนั้นมีลักษณะหวาดระแวงไม่ไว้วางใจผู้อื่น แยกตัว สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นยาก ซึ่งเป็นจุดอ่อนที่ก่อให้เกิดความผิดปกติทางจิต

3. ปัจจัยทางครอบครัว (Kaplan & Sadock, 1998)

จากการศึกษาพบว่า การเกิดโรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบครอบครัวบกพร่อง โดยเฉพาะการขัดแย้งกันของสัมพันธภาพในชีวิตคู่ ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลภายในครอบครัว ทำให้เด็กเกิดความสับสนทางจิตใจ นอกจากนี้การที่ครอบครัวมีการสื่อสารแบบ

สองนัย ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีข่าวสารสองอย่างซึ่งส่งโดยบุคคลเดียวกันเวลาเดียวกันแต่ขัดแย้งกัน ข่าวสารอย่างหนึ่งมักจะเป็นคำพูดแต่อีกอย่างหนึ่งเป็นท่าทางการแสดงออก ทำให้ผู้รับสารตัดสินใจไม่ถูกว่าจะเลือกตอบสนองต่อข่าวใด ผู้รับสารที่เป็นเด็กจะเกิดความวิตกกังวล กลัว ขาดความมั่นคงทางจิตใจ

4. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

มีการศึกษาพบว่าภาวะสังคมและเศรษฐกิจ เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต อาจเป็นสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทได้ โดยบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจต่ำ มีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจสูง (Sadock & Sadock, 2000) และจากการศึกษาของ บราวน์ และเบอร์ลีย์ (Brown & Birley cited in Townsend, 2000) พบว่าบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทส่วนมากจะเผชิญกับเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตมาก่อนประมาณ 3 สัปดาห์ก่อนที่จะป่วย ซึ่งเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตได้แก่ การสูญเสีย การหย่าร้าง การถูกออกจากงาน เป็นต้น

5. ปัจจัยรวม (Transactional model) สาเหตุการเกิดโรคจิตเภทยังไม่ชัดเจน ไม่มีทฤษฎีใดที่กล่าวได้อย่างชัดเจนว่าจะอะไรเป็นสาเหตุของการเกิดโรค จากการศึกษพบว่าเกิดจากหลายปัจจัยรวมกัน เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางครอบครัว และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

การรักษาพยาบาล

การรักษาพยาบาลแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ

1. การรักษาพยาบาลในสถานบริการสุขภาพ ผู้ป่วยที่อาการรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช การรักษาที่สำคัญที่สุดคือ การรักษาด้วยยาเพื่อลดอาการรุนแรงของโรค การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยจิตบำบัด และการรักษาด้วยสิ่งแวดล้อมบำบัด ปัจจุบันการรักษาในโรงพยาบาลใช้เวลาสั้น ประมาณ 2-3 สัปดาห์ และแนวโน้มของการรักษาต้องการให้ผู้ป่วยกลับเข้าไปอยู่กับครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย (พวงเพ็ญ เขียมปัญญาธิ, นภวัลย์ กัมพลาศิริ, ยาใจ สิทธิมงคล และถวิล นภาพงศ์สุริยา, 2542) การรักษาในระยะนี้ได้แก่

1.1 การรักษาด้วยยา เป็นการรักษาหลักเนื่องจากยาไปช่วยแก้ไขความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรค ยาที่ใช้คือยาด้านโรคจิต (antipsychotic drugs) มีฤทธิ์ในการรักษาอาการแสดงของโรค เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิดและความคิดที่ไม่มีระเบียบแบบแผน การรักษาด้วยยาใช้เวลานานเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล เมื่ออาการเริ่มทุเลา ผู้ป่วยควบคุมตนเองได้แล้ว การติดต่อสื่อสารดีขึ้น ผู้ป่วยก็ยังคงได้รับการรักษาด้วยยาแต่ขนาดของยาจะลดลง ผู้ป่วยจะได้รับยาต่อไปอีกอย่างน้อย 6 เดือน จนอาการคงที่ และต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่าง

ต่อเนื่องประมาณ 1-2 ปี เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำ ครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาวเช่น 5 ปี ถ้าเป็นนานมากกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องตลอดไป (มาโนช หล่อตระกูล, 2539) การรักษาด้วยยาทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ เช่น อาการลิ้นแข็ง คอแข็ง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง กระวนกระวาย เดินไปมาตลอดเวลา

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการรักษาโดยใช้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำผ่านสมอง บริเวณที่กำหนดเพื่อกระตุ้นให้เกิดการชักแบบทั้งตัว (generalized seizure) การรักษาด้วยไฟฟ้าจะใช้ต่อเมื่อการรักษาด้วยยาไม่ได้ผล หรือในรายที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน ได้แก่ มีอาการซึมเศร้ามาก มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง มีอาการตัวแข็ง (catatonic) รุนแรง มีอาการคลุ้มคลั่งมาก อาการข้างเคียงและผลแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน งุนงง สับสน พบได้ในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรกหลังการรักษา หลังจากนั้นอาการมีนงง สับสนจะหายไป ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหลงลืม เมื่อหยุดทำการรักษาอาการหลงลืมจะค่อย ๆ ดีขึ้น และหายไปภายใน 3-6 เดือน

1.3 การรักษาทางจิตสังคม

1.3.1 จิตบำบัดแบบประคับประคองทั้งรายบุคคลและกลุ่ม มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหของตนอย่างเหมาะสม ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมดีขึ้น มีการเสริมสร้างพัฒนาการทางด้านจิตใจ อารมณ์ และมนุษยสัมพันธ์

1.3.2 พฤติกรรมบำบัด จุดมุ่งหมายคือแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยผู้รักษาจะให้สิ่งเร้าที่เหมาะสม และเสริมแรงในพฤติกรรมที่เหมาะสม แนะนำการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต

1.3.3 ครอบครัวบำบัด จุดมุ่งหมายเพื่อให้การกระทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น ครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญมากเนื่องจากเป็นผู้คอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและในการรักษาต้องให้ครอบครัวมีส่วนร่วมด้วย

1.3.4 นิเวศน์บำบัด เป็นการรักษาโดยใช้สิ่งแวดล้อม เน้นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย ให้เหมาะสมกับสภาพจิตใจของผู้ป่วย มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

2. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การรักษาในระยะนี้จะเน้นที่ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจะถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลระยะเวลาสั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรเป็นหน้าที่ของครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย จากการติดตามผู้ป่วยจิตเภทภายในระยะเวลา 5 ปี ของการเจ็บป่วย พบผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 22 ที่เป็นครั้งเดียวหรือเป็น 2-3 ครั้งแล้วหายขาด ร้อยละ 35 ที่หายแล้วกลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย ร้อยละ 8 ที่อาการทุเลาลงแต่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และมีอาการ

กำเริบเป็นช่วงๆ ร้อยละ 35 ที่เป็นบ่อยครั้งมีอาการหลงเหลือมาก หรือเสื่อมลงเรื่อยๆ (มาโนช หล่อตระกูล, 2539) ดังนั้นผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยทั่วไปคำแนะนำที่บุคลากรทางสุขภาพจิตให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลประกอบด้วย การรับประทานยา การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด การทำงาน การปรับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ และการประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ

การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย

การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ทุกคน ไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วยก็ตาม โอเร็ม (Orem, 1991) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลแต่ละคนริเริ่ม และกระทำด้วยตนเองเพื่อบำรุงรักษาชีวิต สุขภาพอนามัยและสวัสดิภาพของตนเอง สมจิต หนูเจริญกุล (2534) ให้ความหมายในลักษณะเดียวกันว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย มีระเบียบเป็นขั้นตอน เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล ฮิลล์และสมิธ (Hill & Smith, 1990) กล่าวว่า เป็นความตั้งใจที่บุคคลจะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกันควบคุม หรือรักษาโรค มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลเองหรือภายนอกบุคคลนั้นก็ ได้ ส่วนภักดี โพธิศิริ (2534) กล่าวว่า เป็นการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้านและชุมชน โดยรวมถึงการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพบนพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจ ในการศึกษารั้งนี้การดูแลตนเอง หมายถึงการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ ทำให้สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายมาใช้ในการศึกษา ส่วนใหญ่พบว่าจะมีการดูแลตนเองที่สำคัญอยู่ 4 หัวข้อดังต่อไปนี้ (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2536; พรทิพย์ ธรรมวงศ์, 2541; จินดารัตน์ พิมพ์ดีดและคณะ, 2542; โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2542; Carson, 1995; Hunter, 2000)

1. การดูแลตนเองด้านการใช้ยาและสารเสพติด เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านโรคจิตและสารเสพติด การรักษาด้วยยาเป็นวิธีการรักษาที่ใช้มากที่สุดเนื่องจาก เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการ

ทางจิตของผู้ป่วย (VanDongen, 1997) และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แต่ก็ยังพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทเป็นจำนวนมากที่ไม่ยอมรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาของ ริทเซอร์, วิท และมาสมาเนียน (Ruscher, Wit & Mazmanian, 1997) พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทเพียง ร้อยละ 50 เท่านั้นที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในปีแรก และมีแนวโน้มที่จะลดลงเป็นร้อยละ 15 ในปีถัดมา ซึ่งการหยุดยาทันทีทันใดทำให้ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 50 มีอาการกลับเป็นซ้ำภายในเวลา 6-8 เดือนหลังจากหยุดยา (Neligh, 1989) การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตต้องรับประทานเป็นเวลานาน ส่วนมากในผู้ป่วยครั้งแรกหลังอาการทางจิตดีขึ้นแล้วควรให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี ถ้าเป็นนานมากกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องตลอดไป (มาโนช หล่อตระกูล, 2539) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทควรปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านโรคจิต ดังนี้

1.1 รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาของการรักษา

1.2 ไม่ควรหยุดรับประทานยา ลดยา หรือเพิ่มยาเอง ควรขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

1.3 หาวิธีสำหรับตนเองที่จะไม่ลืมรับประทานยา เช่น กำหนดว่าต้องรับประทานยาหลังอาหารทุกครั้งและทำให้เป็นนิสัย ถ้าลืมรับประทานยาให้รับประทานยานั้นทันทีที่คิดได้ แต่ถ้าใกล้เวลาของยามื้อต่อไปไม่ต้องรับประทานยานั้นให้รับประทานยามื้อต่อไปตามปกติ (Zind, Furlong & Stebbins, 1992)

1.4 สังเกตอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ

สำหรับการดูแลตนเองด้านการใช้สารเสพติด มีการศึกษาจำนวนมากที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่มากถึง 3 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมด การสูบบุหรี่มีผลต่อการรักษาด้วยยา ทำให้ฤทธิ์ของยาลดลงเนื่องจากบุหรี่ทำให้อัตราการเผาผลาญของยาเพิ่มมากขึ้น และทำให้เกิดอาการพาร์กินสัน (Parkinsonism) ดังนั้นในการรักษาจึงต้องเพิ่มขนาดของยาต้านโรคจิตให้สูงขึ้น (Kaplan & Sadock, 1998) นอกจากนั้นมีการศึกษาพบว่าร้อยละ 51 ของผู้ป่วยโรคจิตมักติดสารเสพติดหรือสุรา (Mallakh, 1998) และผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงที่จะติดสุรามากกว่าคนปกติถึง 3 เท่าโดยมีเหตุผลในการใช้เพื่อลดอาการข้างเคียงของยา ลดอาการซึมเศร้า และลดความวิตกกังวล (Crawford cited in Gafoor & Rassool, 1998) จากการศึกษาพบว่า การติดสุรา ยา หรือสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตก่อให้เกิดอาการกำเริบและรุนแรง มีผลทำให้ต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและต้องใช้เวลาในการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นกว่าเดิม (Boyd, 2000; Mallakh, 1998) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทควรปฏิบัติตัวด้านการใช้สารเสพติด โดยหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด

2. การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความเครียด ความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทอาจเนื่องมาจากความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น อาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านโรคจิตเป็นระยะเวลานาน หรือความเครียดที่เกิดจากสาเหตุอื่น ดังนั้นเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ควรมีการปฏิบัติตัวดังนี้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2539)

2.1 พิจารณาที่ตนเองก่อนต้องรู้ตนเองว่ากำลังเครียด ทบทวนหาสาเหตุของความเครียดว่าเกิดจากอะไร อาจปรึกษาบุคคลที่ใกล้ชิดไว้วางใจได้หรือผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตโดยตรง ต้องยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตในปัจจุบันและพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนแก้ไขตนเอง

2.2 มีการเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น เดินหนีหรือย้ายสถานที่ รอให้สติอารมณ์สงบก่อนจึงเผชิญปัญหาอันใหม่

2.3 มีการเปลี่ยนแปลงที่จิตใจ โดยรู้จักมองโลกในหลายแง่มุม รู้จักสร้างอารมณ์ขันให้กับตนเอง รู้จักให้อภัยและไม่ท้อถอย

2.4 มีการใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เช่น การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การฝึกการทำสมาธิ การออกกำลังกาย

3. การดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการทำงาน การศึกษา การใช้เวลาว่าง ผู้ป่วยจิตเภทควรมีการปฏิบัติดังนี้

3.1 ด้านการทำงาน ควรมีการทำงานตามความรู้ ความสามารถ และความถนัดของตนเอง ควรพิจารณาเลือกงานที่มีการแข่งขันกันน้อย ไม่เร่งรีบ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีความเครียดมากเกินไป (Adamec, 1996)

3.2 ด้านการศึกษา ควรเลือกเรียนในสถานศึกษาที่เรียนไม่หนักมากเกินไป หลีกเลียงสถานศึกษาที่มีการแข่งขันกันสูง ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียดได้ (Adamec, 1996)

3.3 ด้านการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ควรหาเวลาพักผ่อนหลังจากทำงานประจำ เช่น ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ รดน้ำต้นไม้ หางานอดิเรกที่เกิดประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัวที่ตัวผู้ป่วยมีความสนใจ เช่น การปลูกพืชผักสวนครัว การปลูกดอกไม้ การเลี้ยงสัตว์ การเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสรรค์กับเพื่อนบ้าน ชุมชนในเทศบาลงานต่าง ๆ

4. การดูแลตนเองด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ผู้ป่วย

จิตเภทอาจมีอาการกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้นผู้ป่วยต้องสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองเพื่อรับการตรวจรักษา จากการศึกษาของเฮนริชและคาร์เพนเตอร์ (Heinrichs & Carpenter cited in Baker, 1995) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 63 ทราบว่าตนเองกำลังเริ่มมีอาการกลับเป็นซ้ำ โดยมีอาการเตือนเริ่มเกิดอย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนเกิดอาการ ซึ่งประกอบด้วยอาการประสาทหลอน หวาดระแวง หรืออาจมีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับหรือหลับยาก ขาดสมาธิ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงไป (Herz & Melville cited in Baker, 1995) ผู้ป่วยจิตเภทควรปฏิบัติตัวเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองดังนี้

4.1 สังเกตอาการหูแว่ว ถ้ามีบ่อยครั้งมากขึ้นจนรู้สึกรำคาญ และหวาดกลัว หวาดระแวงกลัวจะถูกทำร้าย ควรบอกให้ญาติทราบและรีบมาพบแพทย์

4.2 นอนมากเกินไป ไม่อยากนอนหรือนอนหลับยาก ไม่สนใจความสะอาดของร่างกาย เบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารมากเกินไป ควรบอกให้ญาติทราบและมาพบแพทย์

4.3 มีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป ซึมลง แยกตัวไม่ยอมพูดคุยกับใครหรือพูดมากขึ้น ควรบอกให้ญาติทราบและมาพบแพทย์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของบุคคลซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งมีความสำคัญต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองดังนี้

1. เพศ ความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิงในด้านร่างกายและจิตใจอาจส่งผลให้เกิดความแตกต่างในการแสดงพฤติกรรมได้ จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของเพศกับแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ พบว่าเพศที่ต่างกันจะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ต่างกัน เพศหญิงจะมีพฤติกรรมสุขภาพในทางบวกมากกว่าเพศชาย (Muhlenkamp & Broerman, 1988) สอดคล้องกับการศึกษาของ วานโดเจน (VanDogen, 1997) ที่ศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยโรคจิตต่อยาต้านโรคจิตจำนวน 92 ราย พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการใช้ยาต้านโรคจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยเพศหญิงจะมีทัศนคติที่ดีและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาและการรักษาดีกว่าเพศชาย

2. อายุ เป็นองค์ประกอบหรือปัจจัยทางด้านลักษณะประชากรที่มีผลต่อพฤติกรรม ทั้งนี้เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตและเป็นตัวบอกถึงวุฒิภาวะ เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพ ยอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำ เพื่อดูแลตนเองทางด้านสุขภาพได้ดีกว่าบุคคลที่มีวุฒิภาวะน้อย จากการศึกษาของ สุธีรา ชุ่มตระกูลและมาลี แจ่มพงษ์ (2533) ศึกษาอิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาในโรงพยาบาลจิตเวช โดยศึกษาในตัวผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย และโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 35-70 ปี ประสบความสำเร็จในการอยู่บ้านมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 15-34 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. สถานภาพสมรส การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเอง การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว จะมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ด้วย จากการศึกษาของบราวน์ (Brown อ้างใน ดาวรุ่ง สุภาภรณ์, 2540) พบว่าผู้ป่วยที่มีคู่สมรส มีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและมีการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่โสด

4. ระดับการศึกษา มูเลนแคมป์และเซเลส (Muhlenkamp & Sayles, 1986) กล่าวว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ทำให้มนุษย์มีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา มีความรอบรู้ มีเหตุผล และใฝ่รู้ขึ้น สามารถตัดสินใจหรือเลือกที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยที่ดี โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติการและกระทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำ จากการศึกษาของจอห์นสัน (Johnson, 1991) ศึกษาในผู้สูงอายุ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาดำ

จะเห็นได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งในกระบวนการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ปัจจัยส่วนบุคคลคือ ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เช่นเดียวกัน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส นอกจากนั้นการที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องได้นั้นยังขึ้นกับปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายปัจจัย การมีความคิด ความเข้าใจที่ถูกต้องนับเป็นอีกปัจจัย ที่จะช่วยให้มีการดูแลตนเองที่ถูกต้องได้ ซึ่งการที่จะมีความคิด ความเข้าใจที่ถูกต้องได้นั้นต้องอาศัยกระบวนการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ซึ่งประกอบด้วยการจัดตั้งเร้าใหม่เข้าไปจัดกระทำในกระบวนการทางปัญญามีการชี้ให้เห็นถึงผลกระทบทางบวกและทางลบที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนั้นมีการ

ชี้ให้เห็นถึงผลกระทบทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้นแล้วร่วมกับการเสริมแรงทางสังคม ซึ่งจะส่งผลให้มีการดูแลตนเองที่ถูกต้องและสม่ำเสมอได้

การปรับพฤติกรรมทางปัญญา

การปรับพฤติกรรม (Behavior Modification) ที่พัฒนามาจากพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) นั้น แม้จะได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพอย่างมากในการแก้ไขเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล แต่เป็นวิธีการที่ค่อนข้างเฉพาะเจาะจง และไม่ยืดหยุ่น เนื่องจากเป็นวิธีการที่เน้นพฤติกรรมที่แสดงออก สามารถสังเกตเห็นได้ชัดได้เท่านั้น จึงทำให้ไม่สนใจต่อตัวแปรภายใน ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อการแสดงออกของบุคคล ดังที่มาโฮนี (Mahoney อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) กล่าวว่า การตอบสนองของบุคคลนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง แต่ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมที่รับรู้ แม้ว่าสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงจะเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดกิจกรรมของมนุษย์ แต่ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่ซับซ้อน และมีปฏิริยาโต้ตอบซึ่งกันและกัน มนุษย์ไม่ได้รับรู้และโต้ตอบต่อสิ่งแวดล้อมอย่างตรงไปตรงมา แต่มนุษย์มักจะเปลี่ยนการรับรู้ต่อโลกเสมอ ซึ่งมีผลต่อการสร้างพฤติกรรมเป็นอย่างมาก ดังนั้นจึงมีการเคลื่อนไหวของการศึกษากระบวนการภายใน หรือกระบวนการทางปัญญาของมนุษย์ขึ้น โดยพยายามศึกษาด้วยวิธีทางวิทยาศาสตร์ จากการศึกษาของ มาโฮนี (Mahoney อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) เป็นการศึกษาถึงความสำคัญของการใช้กระบวนการทางปัญญาเพื่อควบคุมพฤติกรรม ทำให้เกิดแนวคิดเสนอว่า บุคคลจะเปลี่ยนพฤติกรรมได้ก็โดยกระบวนการทางปัญญา (Cognitive) ซึ่งเป็นกระบวนการจัดระบบข้อมูล และเป็นกระบวนการสื่อสารเมื่อบุคคลมีสิ่งเร้ามากระทบ กระบวนการทางปัญญาจะทำหน้าที่เป็นสื่อกลาง ทำให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมแนวคิดดังกล่าวจึงเรียกว่าการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavior Modification) หรือบางคนเรียกว่า การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavior Therapy)(Hawton, Salkovskis, Kirk, & Clark, 1990; Dobson & Craig, 1996; Clark & Fairbairn, 1997)

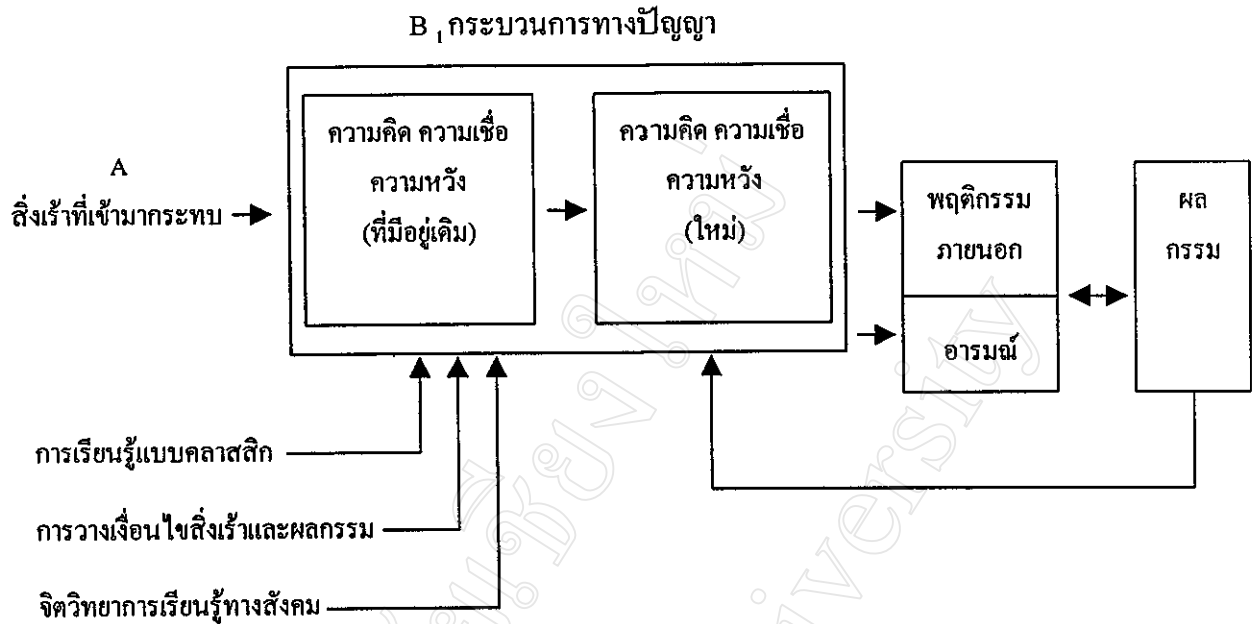
คาสดิน (Kazdin อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) ให้ความหมายการปรับพฤติกรรมทางปัญญา หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกโดยการเปลี่ยนความคิด การตีความ การตั้งข้อสันนิษฐาน หรือกลวิธีในการสนองตอบ หรือการเปลี่ยนตัวแปรทางปัญญา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นักปรับพฤติกรรมทางปัญญามีความเชื่อดังนี้

1. กิจกรรมทางปัญญานั้นมีผลต่อพฤติกรรม

2. กิจกรรมทางปัญญาสามารถปรับเปลี่ยนได้ เป็นการประเมินกระบวนการทางปัญญา เพื่อเลือกบางส่วนของที่เหมาะสม และเข้าไปจัดกระทำ เพื่อประโยชน์ในการเปลี่ยนพฤติกรรม โดยกระบวนการหนึ่ง ๆ ในกระบวนการทางปัญญานั้นเป็นอิสระโดยตัวเอง ไม่จำเป็นต้องติดตามมาจากกระบวนการอื่น ๆ

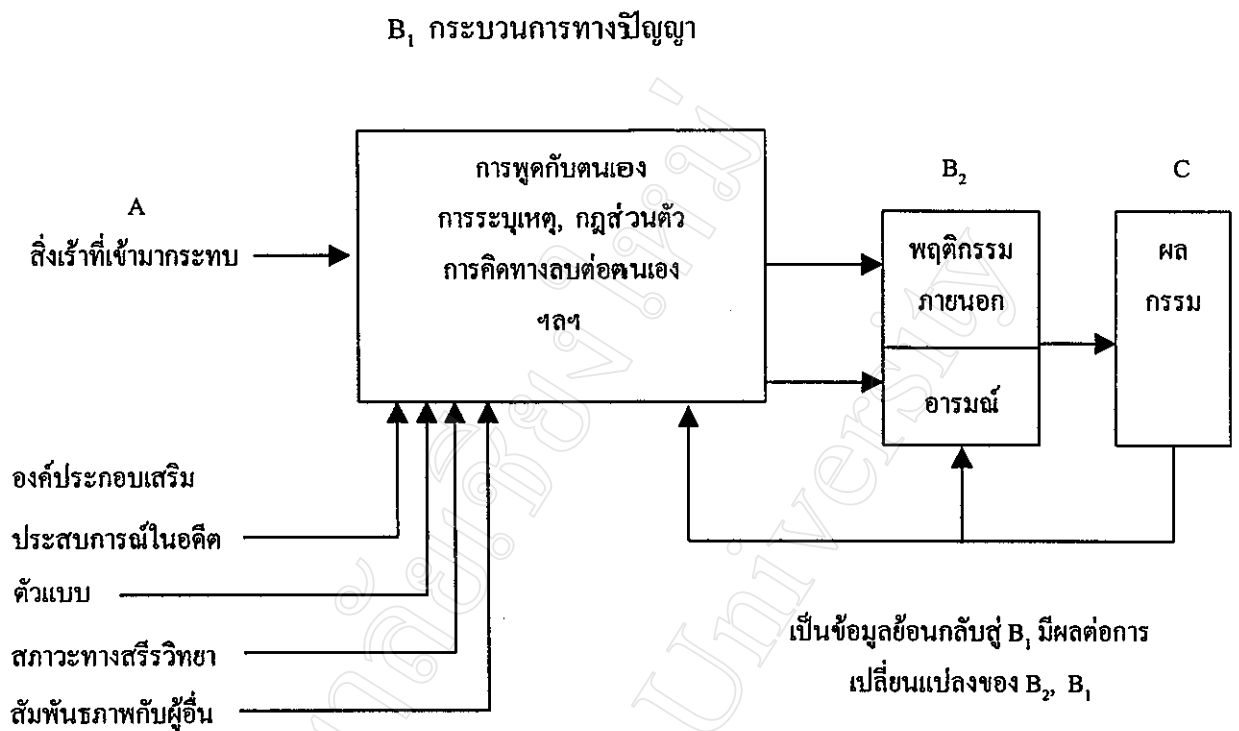
3. พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป อาจจะเป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางปัญญา ดังนั้นจุดมุ่งหมายของนักปรับพฤติกรรมทางปัญญา จะมุ่งที่การเปลี่ยนแปลงทางปัญญา เพื่อให้พฤติกรรมภายนอกเกิดการเปลี่ยนแปลง นักปรับพฤติกรรมทางปัญญา มีความเห็นตรงกันในการรับสิ่งเร้าเข้าไปจัดกระทำในกระบวนการทางปัญญา ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ต่อสิ่งเร้า นั้น ๆ แต่สิ่งที่ต่างกันคือ ลักษณะความสัมพันธ์ของกระบวนการทางปัญญา พฤติกรรม และอารมณ์ สามารถแบ่งความสัมพันธ์ได้ 2 กลุ่ม ดังนี้ (Kalish อ้างใน ดาราวรรณ คีตะปิตา, 2534)

แบบที่ 1 ความสัมพันธ์ในลักษณะ homogeneity เชื่อว่าพฤติกรรมภายใน หรือกระบวนการทางปัญญาและพฤติกรรมภายนอก มีการคงอยู่และการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเดียวกัน ดังนั้นจึงทำให้พฤติกรรมภายในเปลี่ยนมาเป็นพฤติกรรมภายนอกได้ จากแนวคิดนี้การปรับพฤติกรรมภายใน สามารถใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบคลาสสิก (classical learning theory) ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (operant conditioning theory) หรือ ทฤษฎีจิตวิทยาการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ความสัมพันธ์ในลักษณะ homogeneity เน้นการปรับเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญาแบบเดิมไปเป็นกระบวนการทางปัญญาแบบใหม่ซึ่งเรียกว่าเป็นการเปลี่ยนพฤติกรรมภายในเดิมไปเป็นพฤติกรรมแบบใหม่นั้นเอง โดยการปรับเปลี่ยนนี้ยังคงอยู่ในกระบวนการทางปัญญาทั้งสิ้นและสามารถใช้ทฤษฎีดังกล่าวมาแล้วในกระบวนการปรับเปลี่ยน หลังจากการปรับเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญาหรือพฤติกรรมภายในเรียบร้อยแล้ว ความสัมพันธ์ในลักษณะนี้อธิบายว่าพฤติกรรมภายในจะเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมภายนอกได้ ดังแสดงไว้ในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 ความสัมพันธ์แบบ Homogeneity (Cautela อ้างใน คาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2534, หน้า 13)

แบบที่ 2 ความสัมพันธ์ในลักษณะ interaction เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมภายในหรือกระบวนการทางปัญญา กับพฤติกรรมภายนอก โดยบุคคลแสดงพฤติกรรมภายนอกด้วยการชี้แนะ (prompting) จากกระบวนการทางปัญญา ขณะเดียวกันพฤติกรรมภายนอกมีอิทธิพลต่อกระบวนการทางปัญญาด้วย ความเชื่อนี้รวมภาวะทางจิตใจไว้กับกระบวนการทางปัญญา และรวมภาวะทางสรีรวิทยาไว้กับพฤติกรรมภายนอก ซึ่งการปรับเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญา จากความสัมพันธ์ในลักษณะนี้เป็นการปรับเปลี่ยนโดยใช้การปฏิสัมพันธ์กับสิ่งเร้าและพฤติกรรมภายนอก และไม่ใช้การปรับเปลี่ยนโดยการเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญาเดิมเป็นกระบวนการทางปัญญาใหม่ (หรือการเปลี่ยนพฤติกรรมภายในเดิมมาเป็นพฤติกรรมภายในใหม่) และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมภายนอกตามแบบความสัมพันธ์ในลักษณะที่ 1 จากแนวคิดนี้การปรับพฤติกรรมภายในสามารถใช้ได้หลายวิธี และนำทฤษฎี แนวคิดอื่นมาใช้ร่วมด้วยก็ได้ขึ้นอยู่กับผู้บำบัด เนื่องจากการทำให้กระบวนการทางปัญญาเปลี่ยน จะส่งผลถึงพฤติกรรมภายนอกด้วย ความสัมพันธ์ในลักษณะนี้แสดงได้ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 ความสัมพันธ์แบบ Interaction (Kalish อ้างใน คาราวรรณ ตะปิ่นตา, 2534, หน้า 14)

จากแนวความคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ที่เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงทางปัญญาจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การติดตามทางโทรศัพท์จึงเป็นการให้สิ่งเร้าใหม่ที่เข้าไปจัดกระทำในกระบวนการทางปัญญา โดยก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ซึ่งเมื่อความคิดเปลี่ยน จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ดังแนวคิดที่กล่าวไว้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ความสัมพันธ์ในลักษณะ interaction (แบบที่ 2) เป็นฐานในการปรับพฤติกรรมทางปัญญา เนื่องจากผู้วิจัยจะให้สิ่งเร้า (การติดตามทางโทรศัพท์) เพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์กับกระบวนการทางปัญญาและส่งผลให้กระบวนการทางปัญญาเปลี่ยนไป ซึ่งก่อให้เกิดพฤติกรรมภายนอก (การดูแลตนเองที่ถูกต้อง) โดยผู้วิจัยไม่ได้ปรับเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญาเดิมเป็นกระบวนการทางปัญญาแบบใหม่ แล้วตรวจเช็คที่ผลการปรับเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญา (ดังแบบที่ 1) แต่ผู้วิจัยตรวจเช็คผลจากพฤติกรรมภายนอก ซึ่งก็คือการประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองหลังจากที่ผู้วิจัยได้ให้สิ่งเร้าคือ การติดตามทางโทรศัพท์

การติดตามทางโทรศัพท์

โทรศัพท์จัดเป็นสื่อที่มีประโยชน์อย่างมาก และเป็นสื่อที่มีความสำคัญกับสังคมในปัจจุบันที่ต้องการความสะดวก รวดเร็ว เดิมหน้าที่หลักของโทรศัพท์ใช้ในการติดต่อด้านธุรกิจ (อรนุช คล่องเชิงคร, 2528) ปัจจุบันหน้าที่ของโทรศัพท์ได้ขยายขอบเขตออกไปอย่างกว้างขวางรวมทั้งบริการทางด้านสาธารณสุข เช่น บริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ที่ได้นำโทรศัพท์มาใช้ในการติดตามกลุ่มประชากรต่าง ๆ เช่น ในผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Garland, 1992) นอกจากนี้ยังใช้เป็นเครื่องมือในการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูล (Hash, Donlea & Walljasper, 1985) ติดตามผลการวางแผนก่อนจำหน่าย (North, Meeusen & Hollinsworth, 1991; Cave, 1989) ให้การศึกษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการดูแลตนเอง การติดตามผลการรักษาในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ (McBride & Rimer, 1999) การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่อยู่ในชุมชนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Hunter, 2000) การติดตามดูแลเด็กที่คลอดก่อนกำหนด (Elliott & Reimer, 1998) เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในโครงการการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Rice, 2000) การทำจิตบำบัดรายบุคคล (Melton & Smoyak, 1992)

นอกจากนั้นการติดตามทางโทรศัพท์ยังช่วยเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายเนื่องมาจากการเตรียมผู้ป่วยในเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้านนั้น เป็นการให้ความรู้หรือคำแนะนำสั้น ๆ ในรูปแบบการสอนเป็นกลุ่ม หรือรายบุคคลที่ให้ตามปัญหาและเหตุการณ์เฉพาะหน้า ซึ่งเนื้อหาที่จำเป็นอาจจะไม่ครอบคลุม (พรทิพย์ ธรรมวงศ์, 2541) นอกจากนี้การสอนในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถจำเนื้อหาที่สอนได้หมดภายหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องมาจากผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลระยะเวลาสั้น เวลาในการสอนถูกจำกัดจึงทำให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวถูกจำกัดไปด้วย (Buls, 1995) และช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนั้นจะมีความวิตกกังวลสูงจากการได้รับข้อมูลใหม่มากเกินไป (Nicklin, 1986) จากการศึกษาของเบคกี้ (Beckie, 1989) พบว่าการเสริมความรู้ในระยะแรกของการพักฟื้นที่บ้าน ผู้ป่วยจะรับเนื้อหาในการสอนได้มากกว่าซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงด้านความรู้ในการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยจะมีสมาธิ มีความสนใจในระยะนี้มากกว่าการได้รับข้อมูลในโรงพยาบาล จึงได้ศึกษาผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ขาดเลือดไปเลี้ยงผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้และการสนับสนุนทางโทรศัพท์ที่มีคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำจำกัดความของการติดตามทางโทรศัพท์ที่มีผู้นิยมไว้จำนวนมาก ซึ่งคำจำกัดความและความหมายที่ใช้กันอยู่เป็นการแสดงตามความคิดเห็นของแต่ละบุคคล สามารถสรุปได้ดังนี้

การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นการให้คำแนะนำ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง และการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคม (Shu, Mermina & Nystrom, 1996) ส่วน นิคคลิน (Nicklin, 1986) ได้ให้ความหมายอีกประเด็นหนึ่งว่า เป็นโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้อย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย และช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัวในการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด รวมถึงการให้ความมั่นใจ นอกจากนี้ ไรซ์ (Rice, 2000) ได้กล่าวเพิ่มเติมไว้ว่า เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่บ้าน และประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการให้การปรึกษา และประคับประคองจิตใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่วนอิลเลียคและไรน์เมอร์ (Elliott & Reimer, 1998) กล่าวว่า เป็นการช่วยเหลือและประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัวในการตอบคำถาม และแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในสัปดาห์แรกภายหลังจำหน่าย และฮันเตอร์ (Hunter, 2000) กล่าวว่าเป็นการติดตาม กระตุ้น ชี้แนะและให้การเสริมแรงพฤติกรรมที่เหมาะสม สำหรับ ลานิกานและเคฟ (Lanigan, 2000; Cave, 1989) ได้มีความเห็นที่คล้ายคลึงกันว่า การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นการให้ความรู้ คำแนะนำ ทบทวนในแผนการรักษา การนัดหมาย การบริการ และให้ความมั่นใจ รวมทั้งติดตามพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังจากจำหน่าย นอกจากนี้ไวรวาร์ด เทรกเจอร์ เพททิกเคิลิก และ บัมการ์เทิน (Rivard, Krieger, Petitclerc & Baumgarten, 1988) อธิบายว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และประคับประคองด้านจิตใจ

ในการศึกษาครั้งนี้การติดตามทางโทรศัพท์หมายถึง การกระตุ้น การแนะนำ และการเสริมแรง ในพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายในด้านการใช้ยาและสารเสพติด ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการใช้โทรศัพท์ ซึ่งจากแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงทางปัญญาจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นการติดตามทางโทรศัพท์จึงเป็นการให้สิ่งเร้าใหม่เข้าไปจัดกระทำในกระบวนการทางปัญญา โดยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน มีการติดตาม การกระตุ้น การแนะนำ มีการชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลกระทบทางบวกและทางลบที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่คาดว่าจะส่งผลให้มีการดูแลตนเองหลังจำหน่ายที่ถูกต้อง และมีการชี้ให้เห็นถึงผลกระทบทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้นแล้วร่วมกับการเสริมแรงทางสังคม โดยการให้คำชมเชย เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการเสริมแรงดังกล่าวจะช่วย

ให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ ในด้านการใช้ยาและสารเสพติด ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

วิธีการและระยะเวลาในการติดตามทางโทรศัพท์

จากทฤษฎีการปรับพฤติกรรมทางปัญญาถือว่าพฤติกรรมของบุคคลเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่นาทีแรกที่มีสิ่งเร้ามากระตุ้น (คาราวรรณ ตะปินตา, 2534) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวิธีการและระยะเวลาในการติดตามทางโทรศัพท์ไม่ได้กล่าวไว้อย่างชัดเจนมีเพียงงานวิจัยที่ได้ศึกษาไว้มีลักษณะดังนี้

อิลเลียคและไรเมอร์ (Elliott & Reimer, 1998) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อระดับประคองจิตใจมารดาและประเมินสุขภาพทารก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด 20 คน ใช้โทรศัพท์ติดตามมารดาภายใน 1-7 วันแรกหลังจากจำหน่าย ระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์ประมาณ 5-30 นาที เฉลี่ย 15 นาที จากนั้นประเมินความต้องการและการตอบสนองของมารดาก่อนว่าจะต้องมีการติดตามอีกหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่าสามารถช่วยระดับประคองด้านจิตใจและการเลี้ยงดูทารกแก่มารดาได้เป็นอย่างมาก ส่วนเคฟ (Cave, 1989) ได้ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและมีปัญหาซับซ้อนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใช้โทรศัพท์ติดตามระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต และผ่าตัดเต้านมจำนวน 116 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนแผนการรักษา การติดตามเรื่องยาและอาการข้างเคียง การดูแลตนเอง และการนัดหมายมาตรวจตามนัด ผลการศึกษาพบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และระดับประคองด้านจิตใจ

ฮันเตอร์ (Hunter, 2000) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ในการประคองจิตใจในผู้ที่มีอาการทางจิตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 21 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 11 คน และกลุ่มทดลอง 10 คน ใช้โทรศัพท์ในการติดตามอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่านั้นถ้ามีข้อบ่งชี้ ระยะเวลาในการโทรศัพท์ 1 ชั่วโมงหรือมากกว่านั้นขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของการติดตามเพื่อช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา กระตุ้น ชักซ้อม ชี้แนะในพฤติกรรมให้แรงเสริมเมื่อแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำเลยตลอดระยะเวลาที่ทดลอง 60 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมเข้ารับการรักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจำนวน 8 คน ส่วนแมคอินทอชและเวอร์รี่ (Mcintosh & Worley, 1994) ศึกษาการติดตามและการดูแลทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยโรคจิตจำนวน 127 คน โดยติดตามภายใน 72 ชั่วโมง

หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และติดตามซ้ำภายใน 2-3 สัปดาห์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลที่ต่อเนื่อง และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จากการติดตามภายใน 15 เดือน ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำคิดเป็นร้อยละ 12 การศึกษาของนอร์ท มิวเซนและฮอลลินส์วอธ (North, Meeusen, & Hollinsworth, 1991) โดยการใช้โทรศัพท์ติดตามประเมินผลของการวางแผนก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยที่จำหน่ายจากศูนย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 62 คน โดยติดตามเรื่องการใช้จ่ายและประเมินอาการของผู้ป่วย ระยะเวลาในการติดตาม 10-14 วัน หลังจากจำหน่ายผลการศึกษามพบว่าร้อยละ 92 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการติดตามทางโทรศัพท์และการวางแผนก่อนจำหน่ายมาก โดยเฉพาะการติดตามเรื่องยา และอาหาร ส่วน ชู เมอร์มินาและนีสตรอม (Shu, Mermina, & Nystrom, 1996) ศึกษาโปรแกรมการใช้โทรศัพท์ในการสร้างความมั่นใจในผู้สูงอายุหลังจากจำหน่ายออกจากศูนย์การดูแลสุขภาพที่บ้านพบว่าโปรแกรมนี้สามารถกระตุ้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุ และสามารถคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่อได้อย่างเหมาะสม แสดงให้เห็นว่าการติดตามทางโทรศัพท์ได้ผลดีทั้งในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยอื่น แต่สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาวิจัยการติดตามทางโทรศัพท์ทั้งในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยกลุ่มอื่น

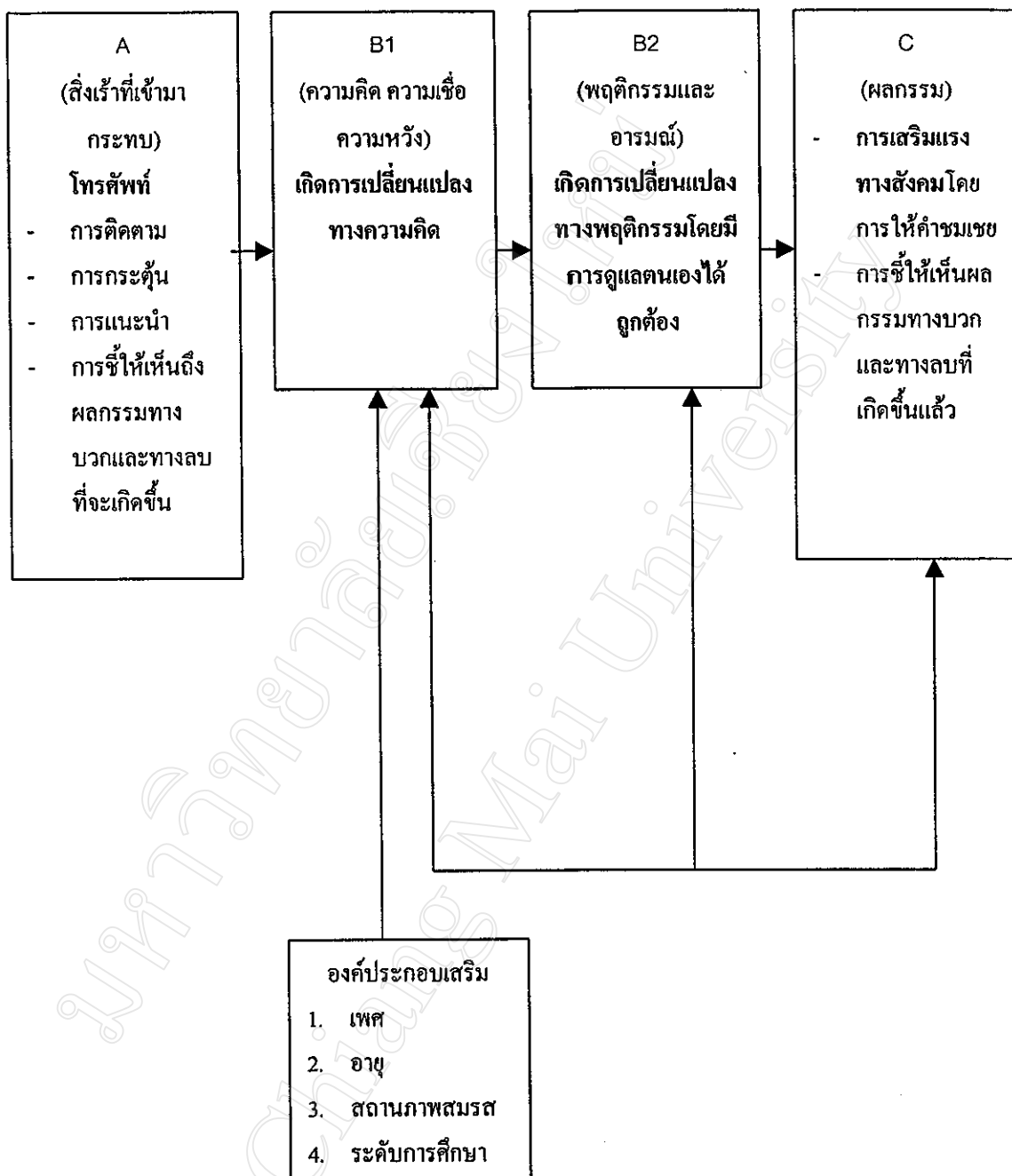
จากงานวิจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้นพบว่าวิธีการในการติดตามทางโทรศัพท์ในผู้ที่มีอาการทางจิตมักจะติดตามภายใน 3 วัน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีการติดตามซ้ำอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยมีการติดตามนาน 2-15 เดือน ระยะเวลาในการติดตามแต่ละครั้งประมาณ 1 ชั่วโมง ส่วนการติดตามทางโทรศัพท์ในผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางกายมักจะติดตามภายใน 1-7 วัน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีการติดตามซ้ำอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยมีการติดตามนาน 2 สัปดาห์ ถึง 6 เดือน ระยะเวลาในการติดตามแต่ละครั้งประมาณ 15 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ในการศึกษาครั้งนี้วิธีการในการติดตามทางโทรศัพท์จะติดตามเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครบ 1 สัปดาห์ และมีการติดตามซ้ำ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยมีการติดตามนาน 6 สัปดาห์ ระยะเวลาในการติดตามแต่ละครั้ง 15 - 20 นาที

จะเห็นได้ว่าโทรศัพท์มีบทบาทและประโยชน์อย่างมากในบริการด้านสาธารณสุขที่สามารถเข้าถึงผู้รับบริการได้ง่าย ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย มีประสิทธิภาพและความคุ้มค่ามากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการให้บริการที่บ้าน โรงพยาบาล และคลินิก (Hunter, 2000) สามารถช่วยลดอุปสรรคต่าง ๆ ในการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขได้ เช่น สภาพความไม่คล่องตัวของอาการจราจร ภาวะเศรษฐกิจ การขาดแคลนบุคลากร และปัญหาระบบบริการต่าง ๆ ที่ทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างสะดวก และทันต่อสถานการณ์ของปัญหา ซึ่งปัจจุบันมี

การขยายเครือข่ายและเลขหมายโทรศัพท์จำนวนมากรวมถึงหมู่บ้านที่อยู่ในชนบท (องค์การโทรศัพท์, 2542) แต่โทรศัพท์ก็มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถเห็นลักษณะท่าทางของผู้ที่เราพูดด้วย แต่เราสามารถที่จะสนทนาและทราบความคิดเห็นของผู้ที่พูดได้โดยตรงและทราบอารมณ์ของผู้พูดจากน้ำเสียงที่ตอบกลับ การสะท้อนคำพูด การเงียบ การฟังอย่างตั้งใจจะแทนที่การมองเห็น (Melton & Smoyak, 1992)

กรอบแนวคิดสำหรับการวิจัย

การติดตามทางโทรศัพท์เป็นวิธีหนึ่งในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลตนเองได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ เนื่องจากเป็นการให้สิ่งเร้าใหม่ที่เข้าไปจัดกระทำในกระบวนการทางปัญญา ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล จากแนวความคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงทางปัญญาจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Dobson & Block, 1988) ดังนั้นการให้สิ่งเร้าใหม่เข้าไปจัดกระทำในกระบวนการทางปัญญา โดยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน มีการติดตาม การกระตุ้น การแนะนำ มีการชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลกระทบทางบวกและทางลบที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่คาดว่าจะส่งผลให้มีการดูแลตนเองหลังจำหน่ายที่ถูกต้อง และมีการชี้ให้เห็นถึงผลกระทบทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้น แล้วร่วมกับการเสริมแรงทางสังคม โดยการให้คำชมเชย เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการเสริมแรงดังกล่าวจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ ในด้านการใช้จ่ายและสารเสพติด ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 แสดงกรอบแนวคิดของการติดตามทางโทรศัพท์