บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหายาเสพติดเป็นภัยคุกคามต่อสังคมไทยซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการสำรวจการเฝ้าระวังปัญหายาเสพติดพบว่าสถานการณ์ปัญหาอาจมีแนวโน้มที่จะกลับมาแพร่ระบาดในบางพื้นที่ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2546) ซึ่งในปัจจุบันยาเสพติดได้แพร่ระบาดเข้าสู่ทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ประมาณว่ามีผู้ติดและผู้ใช้ยาเสพติดทั่วประเทศ 3 ล้านคน แยกเป็นผู้ใช้หรือผู้เสพแต่ยังไม่ติด 2.7 ล้านคนและผู้ติด 300,000 คน โดยการแพร่ระบาดในชุมชนได้ขยายตัวอย่างต่อเนื่อง จากหมู่บ้าน/ชุมชน 20,835 แห่ง หรือร้อยละ 39.2 ของชุมชนทั่วประเทศในปี 2537 เพิ่มเป็น 36,384 แห่ง หรือร้อยละ 55.1 ในปี 2542 ซึ่งร้อยละของหมู่บ้านที่มีการแพร่ระบาดพบว่ามีความรุนแรงในระดับต่างๆ ดังนี้ในระดับรุนแรงร้อยละ 13.3 ระดับปานกลางร้อยละ 21.6 และระดับเบาบางร้อยละ 16.2 (ศูนย์ป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกรุงเทพฯ,2545) จากปัญหาดังกล่าว ทำให้ทุกฝ่ายตระหนักถึงความสำคัญที่จะต้องแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังโดยเฉพาะอย่างยิ่ง รัฐบาลได้กำหนดเป็นนโยบายเร่งด่วนที่จะแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยใช้หลักป้องกันนำหน้าการปราบปรามโดยกำหนดให้ผู้เสพต้องได้รับการบำบัดรักษา ผู้ค้าต้องได้รับการลงโทษ รวมทั้งการออกคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 119/2544 เรื่องแนวทางการใช้พลังแผ่นดินเพื่อเอาชนะยาเสพติด นอกจากนี้แผนพัฒนาฯ ฉบับที่9 ก็ให้ความสำคัญลำดับสูงต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยบรรจุไว้เป็นแนวทางหนึ่งในยุทธ์ศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนและคุ้มครองทางสังคมด้วย (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2546)

ยาเสพติดที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยในปัจจุบันคือยาบ้า จากการสำรวจพบว่ามีประชากรที่เคยเสพยาบ้ามากถึง3,491,600 คน คิดเป็นร้อยละ 7.8 ของประชากรทั่วประเทศมีประชากรที่เสพยาบ้าในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาถึง 1,092,500 คน (ร้อยละ2.4) และมีประชากรที่ยังเสพยาบ้าในช่วง 30 วันที่ผ่านมาถึง 490,300 คน (ร้อยละ 1.1) (สมชาย จักรพันธ์และคณะ, 2545) ซึ่ง แสดงให้เห็นถึงสภาพการณ์การแพร่ระบาดที่รุนแรงของสารแอมเฟตามีนในปัจจุบัน จนเป็นปัญหาระดับประเทศที่ต้องเร่งแก้ไข ยาบ้าหรือสารแอมเฟตามีนนอกจากจะมีฤทธิ์ทำให้อารมณ์ดี มีความรู้สึกเป็นสุข มีเรี่ยวมีแรง จนทำให้ติดและต้องใช้อย่างสม่ำเสมอ (สมชาย จักรพันธ์ และคณะ, 2545) การติดสารเสพติดส่งผลเสียหายทางสังคม ครอบครัว และต่อบุคคล ผลเสียหายทางสังคม พบว่าผู้ติดสารเสพติดมักมี สัมพันธภาพส่วนบุคคลเสีย (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) ทะเลาะวิวาทกับผู้อื่นได้ง่าย อาจมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) มีพฤติกรรม

ต่อต้านสังคมมีแนวโน้มที่จะทำสิ่งก้าวร้าวรุนแรงดังที่เกิดคดีในหน้าหนังสือพิมพ์บ่อยๆ (สุชาติ เหล่าบริพัตร, 2540) สำหรับผลเสียหายทางครอบครัวพบว่าทำให้เกิดการทะเลาะวิวาทการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี สูญเสียความสุขในครอบครัว สำหรับผลเสียหายต่อร่างกายของบุคคลผู้ติดสารเสพติดจะมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลดนอนไม่หลับ (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2542) ร่วมกับมีอาการหงุดหงิดก้าวร้าว เมื่อไม่ได้เสพยาบางครั้ง ควบคุมตัวเองไม่ได้ (ธงชัย อุ่นเอกลาภ, 2541) ในระยะแรกผู้เสพอาจเกิดอาการโรคจิตเช่นประสาทหลอนหรือระแวงเป็นช่วงสั้นๆ และผู้เสพยังรู้ตัวดีอยู่ แต่เมื่อเสพต่อเนื่องระยะยาว หรือเสพในขนาดสูง จะส่งผลให้ พฤติกรรมบุคลิกภาพเริ่มเปลี่ยนแปลงไป หงุดหงิดก้าวร้าวง่าย (สมชาย จักรพันธ์, 2545) และอาการโรค จิตจะคงอยู่นานและรุนแรงมากขึ้นจนขาดการหยั่งรู้ตนเอง (no insight) (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2543) จะทำให้เกิดอาการทางจิต ได้แก่ ประสาทหลอน หูแว่ว บางรายมีอารมณ์เศร้า มีความคิดอยากตายและบางรายฆ่าตัวตายสำเร็จ (สรายุทธ บุญชัยพานิชย์วัฒนา 2540 ; สมภพ เรืองตระกูล2543) และเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้เสพต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทางการแพทย์ (สุวัฒน์ มหิตนิรันด์กุล และคณะ, 2545)

จากเวชสถิติของโรงพยาบาลศรีธัญญาพบว่าผู้ป่วยสารเสพติดที่มารับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในปี 2544 -2546 มีจำนวนเพิ่มขึ้น จาก 2,213 ราย เป็น 5,177 ราย และ 5,572 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสำคัญในการแก้ไข ปัญหานี้สอดคล้องกับการศึกษาสถิติผู้ป่วยสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยาปี2539 -2544 ซึ่งพบว่ามีจำนวน เพิ่มขึ้นจาก403, 670, 1,132, 1,231, 2,032 และ 3,073 ตามลำดับ และจากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนปรุง ปี2539-2544 ซึ่งพบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกันคือ 166, 472, 843, 831, 791 และ 1,024 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงว่าปัญหาโรคจิตจากสารเสพติดยังมีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเผชิญอยู่ เนื่องจากผู้ที่เสพมักมีการเสพซ้ำ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ พันธุ์นภา กิตติรัตน ไพบูลย์และคณะ (2543) ศึกษาการดำเนินโรคทางคลีนิคและผลที่ตามมาของโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.2 กลับไปเสพซ้ำ และในจำนวนนี้ร้อยละ 50 กลับมามีอาการทางจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวัฒน์ มหิตนิรันดร์กุล (2545) ได้ศึกษาการดำเนินโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน พบว่า การเสพซ้ำเป็นปัจจัยเสี่ยงในการป่วยกลับซ้ำของอาการโรคจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เสพซ้ำมีโอกาสป่วยซ้ำเป็น 2.9 เท่าของกลุ่มไม่เสพซ้ำ และจากการศึกษาสถิติของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญาพบว่าร้อยละการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดในปี 2545-2547 มีจำนวนร้อยละ 27.16, 18.49, 29.55 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยที่กลับไปเสพยาซ้ำ และมีอาการทางจิตกลับซ้ำสูง

จากการศึกษาของ กัลยา ธรรมคุณ และ ปราณี ภานุมาศ (2540) พบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้บุคคลกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ คือ ต้องการสิ่งที่พึ่งพิงยึดเหนี่ยวทางใจ ต้องพึ่งพาคนอื่น มีความไม่มั่น

ใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า การไม่เป็นที่ยอมรับของครอบครัวและสังคมและ การกลับไปคบเพื่อนที่ติดยาเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธรณินทร์ กองสุข และ คณะ (2545) พบว่าลักษณะของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ขาดความไม่มั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้คุณค่า และมองชีวิตของตนเองว่าล้มเหลว ตกต่ำ จึงทำให้มีการใช้สารแอมเฟตามีนอย่างต่อเนื่อง จึงเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนมีปัญหากลับไปเสพยาซ้ำ เนื่องจากความพร่องในการดูแลตนเองและมีความสำนึกในคุณค่าแห่งตนเองต่ำซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ควรได้รับความสนใจและให้การช่วยเหลือ

Hill & Smith (1990) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเองว่า หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลเต็มใจและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้ และพัฒนาในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั้นเองหรือภายนอกตัวบุคคลนั้นก็ได้ ส่วนความพร่องในการดูแลตนเอง (Self care deficit) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self care demand) คือ ผู้ป่วยไม่สามารถจะทำกิจกรรมการดูแลตนเองให้ตอบสนองความต้องการที่มีอยู่ในขณะนั้นได้ (Orem, 2001) เพชรี คันธสายบัว (2544)ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย จิตเภทโดยประยุกต์จากแนวคิดของ Hill & Smith(1990) , Orem (2001) และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534)โดยแบ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทออกเป็น 7 ด้าน คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมการเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติตนตามความเชื่อทางศาสนา และ การดูแลตนเองโดยทั่วไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนมีปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 7 ด้าน คือ 1) ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกด้อยคุณค่า ไม่ยอบรับว่าตนเองต้องพึ่งยาเสพติดหรือเป็นผู้ติดสารเสพติด ปฏิเสธความจริง ไม่ยอมรับการบำบัดรักษา (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) 2) ด้านการปฏิบัติตนตามหลักความเชื่อทางศาสนาพบว่า ผู้ป่วยขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ขาดที่พึ่งทางใจ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) 3) ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป พบว่าผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดจะมีลักษณะของ Poor hygine และจะไม่สนใจ ดูแลทำความสะอาดร่างกาย (สุกุมา แสงเดือนฉาย , 2544) และพบว่าสารเสพติดมีผลกระทบต่อร่างกายของผู้เสพ คือ ปวดศรีษะ หนาวสั่น ปากแห้ง ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้ อาเจียนเป็นต้น (สำเนา มากแบน, 2546) 4) ด้านการติดต่อสื่อสารที่บกพร่องเนื่องจากมีอาการทางจิตโดยพบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนมักมีอาการทางจิตในลักษณะต่างๆคือ การตัดสินใจผิดพลาด ก้าวร้าว นอนไม่หลับ หวาดระแวง พฤติกรรมพิลึก ประสาทหลอน สับสน และอารมณ์ผิดปกติ ซึ่งมีอาการคล้ายโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (อรรณพ วิสุทธิมรรค , 2541; กิตติพงศ์ สานิชวรรณกุล และคณะ , 2542) มีความจำบกพร่องไม่มีสมาธิ กระบวนการคิด และการ ตัดสินใจไม่เหมาะสม (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2536) 5) ด้านการใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ

พบว่า ผู้ป่วยขาดการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เพราะช่วงก่อนป่วยผู้ป่วยหมกมุ่นกับการใช้ ยาเสพติด (สุชาติ เลาบริพัตร, 2540) ไม่ใส่ใจในการดูแลตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเองด้านการใช้ชีวิตประจำวัน 6) ด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสมาชิกอื่นภายในครอบครัวไม่ดี (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) อีกทั้งไม่เป็นที่ยอมรับของชุมชน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวและชุมชน หลังจากจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลได้ 7) ด้านการเผชิญปัญหา พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดจะไม่ค่อยยอมรับความจริงหลีกหนีปัญหามักใช้วิธีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมเช่นการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) จากผลกระทบดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนมีความบกพร่องในการดูแลตนเองซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในการกลับไปใช้ สารเสพติดซ้ำและต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

สาเหตุของการที่ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนกลับไปเสพยาซ้ำนอกจากการที่ผู้ป่วยเหล่านี้มีความพร่องในการดูแลตนเองแล้วยังพบว่าสาเหตุอีกประการหนึ่งคือการที่ผู้ป่วยมีความสำนึกในคุณค่าแห่งตนเองต่ำ ดังจะเห็นได้จากผลการประเมินความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนจำนวน 15 ราย ในโรงพยาบาลศรีธัญญาโดยใช้แบบวัดความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของคูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1984) ซึ่งแปลและดัดแปลงโดย นาตยา วงศ์หลีกภัย (2532) และปรับใช้ในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน โดย ชนิกรรดา ไทยสังคม (2545) จากผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยมีระดับคะแนนความสำนึกในคุณค่าแห่งตนต่ำร้อยละ 53.3 และมีระดับความสำนึกใน คุณค่าแห่งตนระดับปานกลางร้อยละ 33.3 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิรางกูร ณัฐรังสี และ กาญจนา สิทธิเนียม (2545) ได้ทำการศึกษาระดับความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนพบว่า ผู้ป่วยมีความสำนึกในคุณค่าแห่งตนในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.2 และมีความสำนึกในคุณค่าแห่งตนในระดับต่ำร้อยละ 25 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนที่มีความสำนึกในคุณค่าแห่งตนเองต่ำส่วนใหญ่กลับไปใช้สารแอมเฟตามีนซ้ำและต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

Coopersmith (1981) กล่าวว่า บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะอยู่ในภาวะไม่สอดคล้องกลมกลืนของตนเอง มักใช้กลไกการป้องกันตนเองด้วยการรับรู้ว่าตนเองด้อยค่าซึ่งส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความ รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย วิตกกังวล เก็บตัว ไม่ชอบการแสดงตน แสวงหาการยอมรับจากบุคคลอื่นเพื่อให้เกิดการยอมรับตนเอง ไม่มั่นใจในตนเอง มักตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของบุคคลอื่น หวั่นไหวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์มีความยุ่งยากในการแก้ปัญหาและไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นซึ่งคูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1981) ได้เสนอแนวคิดว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำนึกในคุณค่าแห่งตนมี2ปัจจัยคือปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลและปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอก ซึ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความรู้สึกในคุณค่าของตนต่ำของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนน่าจะเกี่ยวกับปัจจัยที่ Coopersmith เสนอไว้กล่าวคือผู้ป่วยโรคสารแอมเฟตามีนมักมีลักษณะบุคลิกภาพแปรปรวนและมีความ

รู้สึกขาดความปลอดภัยมีอาการทางจิตคล้ายผู้ป่วยจิตเภท (วสุ จันทรศักดิ์, 2543) และมีบุคลิกภาพแบบพึ่งพิง การตัดสินใจในการแก้ไขปัญหามักเป็นแบบไม่กล้าเผชิญปัญหาซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่มั่นใจ ไม่ยอมรับความเป็นจริง จนทำให้ขาดความเชื่อถือตนเองไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม และมีความรู้สึกไวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ มีความเชื่อว่าคนอื่นมองตนเองในแง่ที่ไม่ดี ไม่ยอมรับคำพูดของบุคคลอื่นที่กล่าวถึงตนเองในแง่ลบ ไม่สามารถที่จะปกป้องตนเองได้ หวั่นไหวต่ออิทธิพลของสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (จิรังกูล ณัฐรังสี และ กาญจนา สุทธิเนียม, 2545) และจากการศึกษาผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนและที่ติดสารเสพติดพบว่า ผู้ป่วยมักมองตนเองในแง่ลบ คิดว่าตนเองด้อยค่า ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเองและยากต่อการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้(Kaplan & Sadock,1993) มีปัญหาด้านการ ปรับตัว และมีพฤติกรรมคล้อยตามผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสจะกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (Dielman,Campanelli,Shope & Butchart,1987) และสาเหตุสำคัญทางจิตใจชักนำให้ติดสารเสพติด คือ บุคลิกภาพพื้นฐานซึ่งเป็นผลมาจากการเลี้ยงดูของครอบครัวในวัยเด็ก สภาพครอบครัวที่ขาดความอบอุ่น นับว่าเป็นความกดดันทางด้านจิตใจที่ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำอันจะเป็นผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม โดยการหันไปใช้ยาเสพติด จากการศึกษาของดิเอลแมนและคณะ (Dielman et al.1987:207-220) ที่พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการใช้สิ่งเสพติดชนิดต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ แคปแลน (Kaplan 1975 cited in Dielman et al.1987: 208) ซึ่งพบว่าเจคติในทางลบต่อตนเองมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดและพฤติกรรมเบี่ยงเบนต่างๆทำให้มีโอกาสจะใช้และติดสารเสพติดได้ง่าย จึงเห็นได้ว่าความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของ ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนมีความสำคัญอย่างยิ่งที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชควรให้ความสนใจในการดูแลช่วยเหลือ

จะเห็นได้ว่าปัจจัยต่างๆที่กล่าวข้างต้นส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนส่วนมากเป็นผู้ที่มีความบกพร่องในการ ดูแลตนเอง และ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำส่งผลต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำจนอาจเกิดอาการทางจิตและต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีก ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับแหล่งพลังอำนาจในตัวผู้ป่วยที่ถูกรบกวนจนเกิดการลดลงหรือสูญเสียไป ทั้งนี้แหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่ง ตามแนวคิดของ Miller 1992 ได้แก่ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มตามศักยภาพทางกายและเต็มตามพลังสะสมทางกายภาพ แต่เมื่อระบบของร่างกายเกิด การเจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถดำรงไว้ได้ซึ่งความสมดุลย์ ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วย ในผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนก็เช่นกันมักมีปัญหาในการดูแลและจัดการกับปัญหาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของตนทำให้เวลาพักผ่อนลดลง สมรรถภาพของร่างกายอ่อนล้า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ทำให้ความเข้มแข็งทางกายภาพลดลง (พันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ 2542) 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความยืดหยุ่นที่ปรากฏในบุคคลอันเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่าจะเผชิญกับวิกฤตการณ์การเจ็บป่วยและความเครียด

ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ซึ่งบางครั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังก็เป็นสาเหตุของความไม่สมดุล ทางจิต ความวิตกกังวลและซึมเศร้าต่อการเจ็บป่วยมีความรู้สึกหมดพลัง ซึ่งในผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนจะมีความรู้สึกหมด กำลังใจ รู้สึกอึดอัดขับข้องใจ อายและโกรธสังคม สูญเสียคุณค่าในตัวเองมีบทบาทในสังคมลดลง และ ลดบทบาทในการตัดสินใจ(วาสนา พัฒนกำจร, 2541) 3) อัตมโมทัศน์เชิงบวกซึ่งอัตมโนทัศน์หมายถึงสื่อความคิดและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ในตนประกอบด้วยภาพลักษณ์ การทำหน้าที่ของตน ความเป็นตัวตนของบุคคล ได้แก่ คุณธรรม ความคิดและความคาดหวังส่วนบุคคล ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนจะมีการนับถือตนเอง ไม่เป็นตัวของตัวเอง ความคิด ความหวัง และการนับถือตนเองลดลง (จิรังกูล ณัฐรังสี และ กาญจนา สุทธิเนียม, 2545) 4) พลังงาน คือ ความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคลซึ่งศักยภาพด้านพลังงาน ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนจะถูกรบกวนหรือมีน้อยลงเนื่องจากผู้ป่วยมีความสนใจกับตัวเองลดลงในเรื่องของ อาหาร การพักผ่อน และต้องใช้พลังงานจัดการกับชีวิตประจำวัน ความเครียด ปัญหาการดูแลตนเอง เกิดความอ่อนล้า บางรายเจ็บป่วยได้ (สุชาติ เลาบริพัตร, 2540) 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตจากสาร แอมเฟตามีนมีความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญาลดลง เนื่องจากขาดข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตที่เกิดจากสารเสพติด 6) แรงจูงใจ ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนมักจะท้อแท้ หมดหวัง เนื่องจากไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว รู้สึกถูกทอดทิ้งให้แก้ปัญหาโดยลำพังและบั่นทอนกำลังใจ สมาชิกในครอบครัวปฏิเสธผู้ป่วยและทำท่าทีรังเกียจ สังคมเองไม่ให้ความช่วยเหลือและแสดงท่าที่รังเกียจ และปฏิเสธเช่นเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยขาดความหวัง และขาดแรงจูงใจ ในการดำเนินชีวิตรวมถึงการบำบัดรักษา (พิมพรรณ ศิลปสุวรรณ, 2540) 7) ความเชื่อ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีปัญหาความเชื่อโดยผู้ป่วยมีความคิดว่าตนไม่สามารถประสบความสำเร็จต่อความคาดหวังที่ต่อการบำบัดรักษาและการเลิกเสพยา (จิรังกูล ณัฐรังสี และ กาญจนา สุทธิเนียม,2545) จากภาวะการสูญเสียพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและมีผลต่อการกลับไปรักษาซ้ำได้

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่มีภาวะความบกพร่องในการดูแลตนเองและความสำนึกในคุณค่าตนเองต่ำเป็นผู้ที่มีภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness)(Capenito, 1991:474) Miller (1992) กล่าวว่าการสูญเสียพลังอำนาจเป็นผลมาจากผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้ต้องอยู่ในสภาพที่คล้อยตามหรือปฏิบัติตามแนวทางของบุคคลอื่นจนทำให้ผู้ป่วยมีความพร่องและความไม่สมดุลของแหล่งอำนาจเกิดขึ้นและนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจในตนเองของผู้ป่วยและหากการสูญเสียพลังอำนาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความนับถือตนเองสูงขึ้นและอาจส่งผลให้ผู้ป่วย ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น

ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะผู้มีบทบาทในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชขั้นสูง เห็นว่าควรมีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ซึ่งเป็นแนวคิดที่พยาบาลขั้นสูงสามารถดำเนินการได้โดยอิสระมาใช้ในการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองและความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ที่ช่วยเพิ่มแหล่งพลังอำนาจให้กับ ผู้ป่วย(Miller,1992) ซึ่ง ดารณี จามจุรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ได้ทำการศึกษาแนวคิดและออกแบบกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย โดยกล่าวว่าแหล่งพลังอำนาจ คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของบุคคลและเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลในการควบคุมสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตนและมีผลต่อความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย แหล่งของอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) มี 7 แหล่ง คือ ระบบความเชื่อ อัตมโนทัศน์เชิงบวก พลังงาน ความอดทนทางจิต การสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ ความรู้และความเข้มแข็งทางกายภาพ ซึ่งสามารถประเมินแหล่งพลังอำนาจเป็นรายด้านได้ 6 ด้านคือ 1) การทำหน้าที่ของร่างกาย 2) การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย 3) ความสามารถในการจัดการกับปัญหา 4) การรับรู้ต่อตนเอง 5) ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ 6) บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม ผู้ศึกษาเชื่อว่าการสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาแหล่งเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นและป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุกุมา แสงเดือนฉาย (2542) เรื่องประสิทธิผลของการสร้างพลังเพื่อป้องกันการติดซ้ำของผู้เสพแอมเฟตามีนที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ พบว่าภายหลังการทดลองผู้เสพแอมเฟตามีนกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของ แอมเฟตามีน และมีความสามารถในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นพบว่าผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจใน ผู้ป่วยมีความสำคัญเพราะน่าจะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ใช้ สารแอมเฟตามีนสามารถดูแลตนเองได้และป้องกันการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำได้

เพื่อการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งตามแนวคิดของ Miller (1992) ดังข้างต้น ผู้ศึกษาได้นำมาปรับใช้ในผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดโดยดำเนินการตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ ขั้นตอนที่ 2) การสร้างปฏิสัมพันธ์เพื่อค้นหาสถานการณ์จริงในผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 3) การสร้างพลังในการจัดการต่อสิ่งที่เป็นปัญหาและการทำหน้าที่โดยการสะท้อนความคิด ขั้นตอนที่ 4) การเสริมสร้างแหล่งของอำนาจการสนับสนุนเอื้ออำนวยความรู้และทักษะการป้องกันตนเอง ขั้นตอนที่ 5) การดำเนินงานด้วยตนเองในการใช้ทักษะในการจัดการกับอาการและการป้องกันตนเองและ ขั้นตอนที่ 6) การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายชีวิต

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะดำเนินโครงการศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสำนึกในคุณค่าแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน โรงพยาบาลศรีธัญญาโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน ณ ตึกสารเสพติด โรงพยาบาลศรีธัญญา ที่สมัครเข้าร่วมวิจัย ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะได้ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ ในการนำไปปรับใช้ในการบริการเพื่อพัฒนา เสริมสร้างการรับรู้ความสำนึกในคุณค่าแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน และสามารถพัฒนาการบริการสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการศึกษาอิสระ

1. เพื่อศึกษาคะแนนความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. เพื่อศึกษาคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

แนวเหตุผลทฤษฎีสำคัญและสมมติฐาน

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนส่วนมากมักเป็นผู้ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำส่งผลต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำและมีอาการทางจิตจนต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

การส่งเสริมการดูแลตนเอง เป็นกลวิธีหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วย เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและการรักษา มุ่งพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 2001: Hill & Smith, 1985; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของ Miller (1992) ซึ่งกล่าวว่าพลังอำนาจคือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของบุคคล เป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลในการควบคุมสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และมีผลต่อความสามารถในการจัดการความเจ็บป่วย นอกจากนี้ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2541) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการกระทำให้บุคคลรู้สึกมั่นใจ มั่นคง ยึดมั่นและผูกมั่น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและการกระทำภาระกิจให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง บุคคลต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ได้รับการยอมรับ สนับสนุน ส่งเสริม และ มีอิสระในการตัดสินใจกระทำ

คูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1981) กล่าวว่า บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะอยู่ในภาวะไม่สอดคล้องกลมกลืนของตนเองมักใช้กลไกการป้องกันตนเองรับรู้ว่าตนเองด้อยค่าหรือมีคุณค่าเกินความเป็นจริงซึ่งส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย วิตกกังวล เก็บตัว ไม่ชอบการแสดงตน แสวง

หาการยอมรับจากบุคคลอื่นเพื่อให้เกิดการยอมรับตนเอง ไม่มั่นใจในตนเอง มักตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของบุคคลอื่น หวั่นไหวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ มีความยุ่งยากในการแก้ปัญหาและไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและการพัฒนาความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนโดยใช้แนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของดารณี จามจุรีและจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ทั้ง 6 ขั้นตอนซึ่งศึกษาต่อเนื่องจากแนวความคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) โดยเชื่อว่า พลังอำนาจ (Power) คือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำเนินชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคนและเป็นความสามารถที่มีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน โดยแหล่งพลังอำนาจตามความคิดของ Miller (1992) มีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่ง คือ ระบบความเชื่อ อัตมโนทัศน์เชิงบวก พลังงาน ความอดทนทางจิต การสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ ความรู้และความเข้มแข็งทางกายภาพ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 6 ขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

1. การสร้างความร่วมมือ สัมพันธภาพและแรงจูงใจเป็นการเริ่มต้นเข้าสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจสิ่งสำคัญคือ การจัดระบบบริการที่เอื้ออำนวยต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป้าหมายของการสร้างความร่วมมือ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (ดารณี จามจุรี,2544) การสร้างแรงแรงจูงใจโดยที่ความรับผิดชอบและความมุ่งมั่นทุ่มเทเป็นปัจจัยสำคัญที่จะจูงใจให้ผู้ป่วยให้อดทนต่อการรักษาพยาบาลและพยายามมีสุขภาวะที่ดี การสร้างแรงจูงใจคือการช่วยให้ ผู้ป่วยค้นหาความหมายในชีวิตของตน (Suk Bling,1998) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจและให้ความร่วมมือต่อไป

2. การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเองตรงตามความเป็นจริง ตามทัศนะของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมองภาวะสุขภาพเป็นอย่างไรเป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสถาภการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริงและทำความเข้าใจข้อมูลและข่าวสารที่ถูกต้อง (Gibson, 1995) โดยค้นหาปัญหาการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ ทั้งร่างกาย และจิตใจ การจัดการกับปัญหาเหล่านั้น การแสดงออกทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ ประเมินวิเคราะห์สถานการณ์จริงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา

3. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์ เพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ขั้นตอนนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังในการควบคุมตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้ผู้ป่วยรู้สึกเข้มแข็งว่ามีความสามารถมีพลังมากขึ้น (Gipson,1995) การสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาการดูแลตนเอง ด้วยการสะท้อนความคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์

4. การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร โดยการให้ความรู้เรื่องโรคจิตจากสารแอเฟตามีน การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติด ทักษะต่าง ๆ เช่น การ

ปฏิเสธ การสื่อสาร การเผชิญความเครียด การจัดการเกี่ยวกับอาการอยากยา และการจัดการ ก่อนมีอาการทางจิตกำเริบ โดยประเมินจากความรู้เดิมของผู้ป่วยในกลุ่ม แล้วพยาบาลเสริมในส่วนที่ขาด

5. การดำเนินการด้วยตนเอง เป็นการที่ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง เชื่อในความสามารถที่จะเลือกและควบคุมตนเองได้และจะดำเนินการแก้ปัญหาหรือการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง (ดารณี จามจุรี,2545) ผลจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองส่งผลต่อการดำเนินการแก้ไขปัญหา

6. การปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองและการดูแล สุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การรับรู้และตระหนักถึงความสามารถในตนเองในการจัดการกับปัญหาของตนได้แล้วซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในการใช้บริการสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพของตนอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง (จินตนา ยูนิพันธุ์2542อ้างถึงใน Gipson 1995) ซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง ในความสามารถการจัดการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้ และดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข

ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 6 ขั้นตอนดังกล่าวช่วยเพิ่มความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจของบุคคลส่งผลต่อความสำนึกในคุณค่าตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ไม่กลับไปเสพยาซ้ำและไม่กลับมารักซ้ำ ในโรงพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาการโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสำนึกในคุณค่าแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน โดยกำหนดสมมติฐานของโครงการศึกษาอิสระไว้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนความสำนึกในคุณค่าแห่งตน สูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ขอบเขตของโครงการศึกษาอิสระ

โครงการศึกษาอิสระครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสำนึกในคุณค่าแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในตึกสารเสพติดโรงพยาบาลศรีธัญญาโดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้

1. ประชากรคือผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

2. กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญาและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้ศึกษากำหนดไว้ในการศึกษาครั้งนี้

ตัวแปรที่ใช้ในโครงการศึกษาอิสระ

ตัวแปรต้น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตัวแปรตาม ความสำนึกในคุณค่าแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน

คำจำกัดความในการศึกษา

การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง มองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและนำไปปฏิบัติได้โดยมั่นใจว่ามีความสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าของตนเอง สามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองจนสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนและสังคมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการศึกษาครั้งนี้มี 6 ขั้นตอน พัฒนาตามแนวทางการศึกษาของ ดารณี จามจุรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ประกอบด้วย

1. การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกับสมาชิก โดยผู้นำกลุ่มสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง ทักทายสมาชิกและให้แนะนำตัว ชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ โครงสร้างและการดำเนินกิจกรรม สำรวจปัญหาของตนเองและรับรู้ปัญหาจากการใช้สารแอมเฟตามีน

2. การสร้างปฏิสัมพันธ์เพื่อค้นหาสถานการณ์จริงของปัญหาการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกับสมาชิกโดยพยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้บทบาทของตนเองในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจและให้ผู้ป่วยได้ค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของการสูญเสียพลังอำนาจเพื่อให้เกิดการยอมรับและเข้าใจตนเอง

3. การสร้างพลังในการจัดการกับสิ่งที่เป็นปัญหาและการทำหน้าที่ใน การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณกับผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนโดยใช้กระบวนการกลุ่มสร้างพลังเพื่อการแก้ไขปัญหาในการดูแลตนเอง การจัดการกับตัวกระตุ้น และ ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเลิกยา ด้วยการสะท้อนคิด และส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการป้องกันการใช้สารเสพติดซ้ำ

4. การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร โดยการให้ความรู้เรื่องโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน การดูแลตนเองของผู้ป่วย วิธีการเลิกยาเสพติด สัมพันธภาพและการจัดการ โดยประเมินจากความรู้เดิมของผู้ป่วยในกลุ่ม แล้วพยาบาลเสริมในส่วนที่ขาด

5. การดำเนินการด้วยตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะควบคุม และดำเนินการแก้ปัญหาหรือทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเองตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด นำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยการฝึกให้ผู้ป่วยมีทักษะต่างๆเช่น การปฏิเสธ การจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ในการป้องกันตนเอง โดยให้ผู้ป่วยได้แก้ไขปัญหาหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง

6. การปรับเปลี่ยนความคิด และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคจิตจากสาร แอมเฟตามีนในด้านต่างๆ ดำเนินการ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าของตนเอง สามารถจัดการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง และการกำหนดเป้าหมายและการวางแผนการดำเนินชีวิต ให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกของตนต่อการดูแลตนเองจากนั้นเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆแก่ผู้ป่วยและประเมินแหล่งพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

พฤติกรรมการดูแตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเกี่ยวกับตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์และความผาสุกในการดำเนินชีวิตประเมินจากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยซึ่ง เพชรี ดันธสายบัว (2544)ได้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดของ Hill & Smith (1998) และ Orem (2001) และ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534)ประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลตนเองใน 7 ด้าน คือ

1. การพัฒนาการรู้จักตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนปฏิบัติเพื่อให้เข้าใจถึงความสามารถและข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนปฏิบัติเพื่อให้ผู้อื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และผู้ป่วยรับรู้ความต้องการของผู้อื่นอย่างถูกต้องตรงกัน สามารถอธิบายความรู้สึกของตนเองได้

3. การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพหมายถึงกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนสามารถวางแผนการใช้เวลาในแต่ละวันได้โดยใช้เวลาในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและมีเวลาเป็นส่วนตัวได้อย่างเหมาะสม

4. การเตรียมการเผชิญปัญหา หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน ในการแก้ไขปัญหาเมื่อมีอาการทางจิตหรือเมื่อมีอาการอยากยาเสพติดก่อนที่จะมีอาการมากขึ้นจนกระทั่งต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก รวมถึงค้นหาหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเส พติดซ้ำขึ้นเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำที่อาจเกิดขึ้น

5. การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนกระทำเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด และสามารถขอรับการช่วยเหลือจากบุคคลเหล่านั้น เมื่อตนเองมีความทุกข์ ตลอดจนสามารถให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้อื่นได้รับความเดือดร้อน

6. การปฏิบัติตนตามหลักความเชื่อในศาสนา หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนปฏิบัติตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองนับถือ หลีกเลี่ยงการกระทำผิด และรู้จักให้อภัยผู้อื่น

7. การดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนปฏิบัติเพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านร่างกาย การพักผ่อน นอนหลับ กิจวัตรประจำวัน

ความสำนึกในคุณค่าแห่งตน หมายถึงการที่ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนมีการรับรู้ถึงความสำคัญ ความสามารถ ความดี และพลังอำนาจของตนเอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยลักษณะเฉพาะบุคคล และปัจจัยสภาพแวดล้อมที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย สามารถประเมินได้โดยใช้แบบวัดความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของคูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1984) ซึ่งแปลและดัดแปลงโดย นาตยา วงศ์หลีกภัย (2532) และมีการนำมาปรับใช้กับผู้ติดสารแอมเฟตามีนโดย ชนิกรรดา ไทยสังคม (2545)

ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน หมายถึง บุคคลที่ติดสารแอมเฟตามีนและมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้อารมณ์และพฤติกรรมโดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนโดยยึดหลักการจำแนกความผิดปกติตาม ICD10 และเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในที่ตึกสารเสพติดโรงพยาบาลศรีธัญญา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถในการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

2. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี และ มีความสำนึกในคุณค่าแห่งตนสูงขึ้นจนนำไปสู่การมีความสามารถในการป้องกันการใช้สารเสพติดซ้ำ

3. เป็นแนวทางในการศึกษาต่อไป