

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาประกอบด้วยหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท
 - 1.2 การดำเนินโรคจิตเภท
 - 1.3 การรักษาโรคจิตเภท
 - 1.4 ปัญหาของผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท
 - 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.4 ปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 2.5 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง
3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.1 ความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.2 แหล่งพลังอำนาจ
 - 3.3 องค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.4 บทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.5 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วย
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท

1.1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภทหมายถึง บุคคลที่มีอาการผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและอารมณ์ ในขณะที่ความรู้สึกรู้ตัว และความสามารถทางสติปัญญายังคงปกติ อาการผิดปกติดังกล่าวมีอย่างน้อย 2 อาการและปรากฏอาการชัดเจนอยู่เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน มีการเสื่อมหน้าที่ทางสังคม / การประกอบอาชีพ มีอาการต่อเนื่องกว่า 6 เดือน และไม่มีสาเหตุมาจากสารเสพติดหรือการเจ็บป่วยทางกาย (WHO, 1994)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทหมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยผู้ป่วยตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ความผิดปกติด้านการรับรู้สิ่งต่างๆ ที่ไม่มีความจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริง ๆ ความผิดปกติของกระบวนการคิด แสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไปเช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพ พบว่า มีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอย พฤติกรรมแปลกๆ (อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

ตามความหมายของ ICD-10 (The International classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลกกล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์แบบไม่เหมาะสม หรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเขาวัวปัญญามักคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิดการรับรู้ พฤติกรรม และอารมณ์ ส่งผลให้มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความจริง มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ การทำหน้าที่ทางสังคมและการประกอบอาชีพ

1.1.2 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

Kaplan & Sadock (1995) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ แต่พบว่าโรคจิตเภทมีปัจจัยส่งเสริมหลายปัจจัยสรุปได้ดังนี้

1.1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Factors) ได้แก่

1) ด้านพันธุกรรม (Genetic factors) การศึกษาพันธุกรรมของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย การศึกษาครอบครัว การศึกษานุตรบุญธรรม และการศึกษาในคู่แฝด พบว่าพันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญของโรคนี้ โดยการศึกษาในครอบครัวพบว่าญาติสนิทและบุตรของผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคถึงร้อยละ 5-10 สำหรับการศึกษาในบุตรบุญธรรมพบว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้ไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนการศึกษาในคู่แฝด พบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบถึง 4 เท่าและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคมากกว่าคนทั่วไปถึง 50 เท่า

2) ด้านชีวเคมี (Biochemical factors)

- สมมุติฐานเกี่ยวกับสาร Dopamine สมมุติฐานนี้เชื่อว่ามีสาร Dopamine หลั่งออกมามากในสมอง ทำให้เกิดอาการทางจิตที่มีการศึกษาที่สนับสนุนสมมุติฐานนี้ โดยพบว่าสาร Amphetamine ทำให้เพิ่มการหลั่งของสาร Dopamine มากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดอาการทางจิต ในขณะที่ยาต้านโรคจิต เช่น Haloperidol Chlorpromazine มีผลต่อสารโดปามีนโดยการยับยั้งการจับกันของสาร Dopamine จึงทำให้อาการทางจิตลดลง (Kaplan&Sadock, 1998)

- สมมุติฐานทางชีวเคมีอื่น (Other Biochemical Hypothesis) จากการศึกษาพบว่า ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองหลายตัวเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทได้ เช่น Norepinephrine, Serotonin, Acetylcholine มีข้อสันนิษฐานว่าในโรคจิตเภทสมดุลของ Serotonin มีความผิดปกติ เนื่องจากยารักษาโรคจิตชนิดใหม่คือ clozapine และ risperidone มีความสัมพันธ์กับ Serotonin Receptors (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

3) ด้านสรีรวิทยา เช่น การติดเชื้อไวรัส ความผิดปกติทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางเนื้อเยื่อ โรคบางอย่าง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาสมองในผู้ป่วยจิตเภทที่เสียชีวิตแล้ว พบว่าสมองมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะคล้ายการติดเชื้อโรคบางชนิด เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อไวรัส ส่วนความผิดปกติของร่างกายมีการศึกษาโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ตรวจที่สมอง พบว่า ventricular มีขนาดใหญ่ขึ้นและ cerebellar มีขนาดเล็กลง และจากการทำ MRI พบว่ามีความผิดปกติใน hippocampus, amygdale, temporal lobes, basal ganglia

1.1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors)

ในทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เชื่อในกระบวนการคิดเริ่มแรกว่าการคิดเพื่อฝันและเผด็จการ มีความสัมพันธ์กับกระบวนการคิดในโรคจิตเภท ซัลลิแวน (Sullivan, 1953) เชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างเด็ก และครอบครัวที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลสูงซึ่งทำให้เด็กปฏิเสธว่าไม่ใช่ฉัน (not me) แต่เป็นคนอื่นซึ่งมีผลกระทบต่อระบบความเป็นตนเอง

และเป็นพื้นฐานของการเกิดโรคจิตเภท อิริคสัน (Erikson, 1963) อธิบายว่าในระยะที่หนึ่ง ความไว้วางใจแย่งกับความสงสัยในน้ำใจคนอื่น (trust versus mistrust) ถ้าพัฒนาการในระยะนี้หยุดพัฒนา ทำให้บุคคลนั้นมีลักษณะหวาดระแวง ไม่ไว้วางใจผู้อื่น แยกตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นยาก ซึ่งเป็นจุดอ่อนที่ก่อให้เกิดความผิดปกติทางจิต

1.1.2.3 ปัจจัยทางครอบครัว

จากการศึกษาพบว่า การเกิดโรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบครอบครัวบกพร่อง โดยเฉพาะการขัดแย้งกันของสัมพันธภาพในชีวิตคู่ ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลภายในครอบครัว ทำให้เด็กเกิดความสับสนทางจิตใจ นอกจากนี้การที่ครอบครัวมีการสื่อสารแบบสองนัย ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีข่าวสารสองอย่างซึ่งส่งโดยบุคคลเดียวกันเวลาเดียวกันแต่ขัดแย้งกัน ข่าวสารอย่างหนึ่งมักจะเป็นคำพูดแต่อีกอย่างหนึ่งเป็นท่าทางการแสดงออก ทำให้ผู้รับสารตัดสินใจไม่ถูกว่าจะเลือกตอบสนองต่อข่าวใด ผู้รับสารที่เป็นเด็กจะเกิดความวิตกกังวล กลัว ขาดความมั่นคงทางจิตใจ (Kaplan & Sadock, 1998)

1.1.2.4 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

มีการศึกษาพบว่าภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต อาจเป็นสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทได้ โดยบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจต่ำ มีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจสูง (Sadock & sadock, 2000) บุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทส่วนมากจะเผชิญกับเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตได้แก่ การสูญเสีย การหย่าร้าง การถูกออกจากงาน เป็นต้น

จนถึงปัจจุบันนี้ ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการ ซึ่งมีมาจากหลายๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ Stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้น มีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมาโดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็น ปัจจัยด้านชีววิทยา จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

1.1.3 อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท

ลักษณะที่สำคัญของโรคจิตเภท คือ มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อยนาน 1 เดือน ไม่มีโรคทางกาย และพยาธิสภาพของสมอง หรือพิษจากยาที่จะเป็นสาเหตุดังกล่าว (มานิช หล่อตระกูล, 2543 ; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) อาการแสดงที่สำคัญของโรคจิตเภท แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ(มานิช หล่อตระกูล, 2543) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติ ดังต่อไปนี้ มีความคิดหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) การรับรู้ผิดจากสภาพ เป็นจริง การพูดคิดต่อสื่อสารและพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สามารถรวบรวมความคิดให้ไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด

2) กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไป ควรจะมี เช่น อารมณ์เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย พูดน้อย หรือไม่พูด เนื้อหาที่พูดน้อย แสดงออกมา โดยขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ไม่สนใจเรื่องแต่งกาย เก็บตัวเฉยๆ ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ขาดความสนใจทำกิจกรรมทุกชนิด ไม่สนใจในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม ความผิดปกติ ดังกล่าวจะปรากฏในกิจกรรมต่างๆ เช่น การมีสัมพันธภาพกับคนอื่น การทำงาน การเรียน หรือ การดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีปัญหาการเรียน มักเรียนไม่จบ ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนมาก ถูกให้ออกจากงานและได้รับการจ้างทำงานในระดับที่ต่ำ นอกจากนี้แล้วพบว่าร้อยละ 60 - 70 ของ ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ได้แต่งงาน และดำเนินชีวิตโดยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยมาก

1.2 การดำเนินโรคจิตเภท

ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินของ โรคเกิดขึ้นช้าๆ ไม่สามารถรู้แน่ชัดว่าโรคเริ่มต้นเมื่อไร แต่อาการหลงผิดมักเริ่มหลังอายุ 20 ปีไปแล้ว แต่ไม่เกินอายุ 40 ปี แรกๆอาการอาจจะน้อยและไม่ชัดเจนการดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) คือ

1.2.1 ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มมีอาการน้อยๆ ส่วนใหญ่การ เปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปไม่เหมือนคนเดิม เริ่มแรกส่วนใหญ่ มักเก็บตัวมากขึ้น อาจหันไปสนใจด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือเรื่องของ ไซสศาสตร์ มีความคิด คำพูด หรือบางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก แต่ก็ไม่ได้ผิดปกติชัดเจน มีบ้างที่ อาจเห็นว่าผู้ป่วยเป็นคนขี้เกียจ สนใจตนเองน้อยลง มีการใช้คำพูดหรือสำนวนแปลกๆระยะนี้อาจ นานเป็นเดือน ถึงเป็นปี ช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุราหรือเครียดจัดๆอาจเห็นชัดว่าผู้ป่วยไม่ปกติ ในบางคน อาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจน พอมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการโรคจิตรุนแรงขึ้นมาเลยก็มี

1.2.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase) ผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน อาการ เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขั้นอาการกำเริบ ในขณะที่บางคนระยะแรกอาจนานหลายเดือน ก่อนที่ อาการจะกำเริบ ส่วนใหญ่แล้วอาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เช่น ตกงาน ถูกย้าย สอบตก เป็นต้น อาการที่พบบ่อยในระยะกำเริบมีดังนี้

1) อาการหลงผิด ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง และเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์หรือเหตุผลมาหักล้าง ผู้ป่วยยังคงไม่เปลี่ยนความเชื่อของตนเอง ความหลงผิดที่พบบ่อยในโรคจิตเภทมักมีหลายรูปแบบ เช่น

- หวาดระแวง เชื่อว่ามีคนปองร้ายหรือไม่ประสงค์ดีกับตนเอง เชื่อว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง
- หลงผิดว่าเรื่องต่างๆที่เกิดขึ้นรอบตัวล้วนแต่เกี่ยวข้องกับตนเอง เช่น เห็นคนคุยกันก็เชื่อว่าเขาคุยเรื่องตนเอง ดูโทรทัศน์ก็รู้สึกว่าเรื่องในโทรทัศน์เกี่ยวข้องกับตนเอง
- หลงผิดว่าตนเองเป็นเทพ เป็นเจ้า หรือเป็นคนสำคัญกลับชาติมาเกิด บางครั้งความหลงผิดอาจเป็นเรื่องของศาสนา เช่น เชื่อว่า ตนเองเป็นพระพุทธเจ้า ตนเองตรัสรู้ เป็นต้น
- หลงผิดเกี่ยวกับอาการทางกาย เช่น เชื่อว่าตนเป็นโรคใดโรคหนึ่ง หรือเชื่อว่าร่างกายตนผิดไปจากเดิม ไม่ว่าจะแพทย์จะยืนยันอย่างไรก็ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความคิดได้
- ความหลงผิดที่มีลักษณะแปลกพิลึกพิลั่น เป็นความเชื่อที่ไม่ว่าใครได้ ยินก็รู้ว่าเป็นไปไม่ได้ เช่น เชื่อว่ามีกลิ่นอยู่ในสมอง เชื่อว่าตนมีเครื่องดักจับวิญญาณ เป็นความหลงผิดที่ไม่ค่อยพบในโรคจิตอื่นๆ

2) อาการประสาทหลอน คือการมีการรับรู้ต่างๆที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นไปกับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียงและการสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ เสียงแว่ว ลักษณะที่พบบ่อยคือ เสียงแว่วคนพูดคุยกัน หรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย ประสาทหลอนที่รบกวนมากคือ ภาพหลอน อาจเห็นภาพคนใกล้ชิด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ รายละเอียดชัดเจนและมักมีหูแว่วร่วมด้วย ประสาทหลอนอื่นๆ เช่น ได้กลิ่นแปลกๆหรือลิ้นรับรู้รสแปลกๆ อาจพบได้แต่ไม่บ่อย

3) อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับความคิดที่ตนเข้าใจคนเดียว ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นแนวทางเดียวกันตลอดได้ ซึ่งจะแสดงออกมาโดยผ่านทาง การสนทนา เป็นการพูดที่ไม่ต่อเนื่อง พูดเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่ง โดยอีกเรื่องหนึ่งไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องเดิม หรืออาจเกี่ยวเพียงเล็กน้อย หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย หากเป็นหลายๆการวางคำในประโยคเองจะ สับสนทำให้ฟังไม่เข้าใจเลย บางคนอาจใช้คำแปลกๆที่คนอื่นไม่เข้าใจนอกจากตนเอง ผู้ป่วยทั้งหมดจะไม่คิดว่าตนเองผิดปกติไป อาการอย่างนี้ยากต่อการรักษา

4) อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปจนเห็นได้ชัด ซึ่งอาจเป็นจากความหลงผิด ประสาทหลอน หรือจากความคิดแปลกๆ ของผู้ป่วย บางรายเก็บตัวมากขึ้น ไม่อาบน้ำหลายๆ วันติดกัน กลางคืนไม่นอน ทำท่าทางแปลกๆ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งอาการเช่นนี้ มักก่อความเดือดร้อนแก่ญาติมาก จนต้องพามาพบแพทย์

5) อาการทางอารมณ์ อาจพบผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางรายอาจมีอาการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะร่วน หรือหัวเราะคิกคักคนเดียวทั้งที่ไม่มีเรื่องจำอารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการทางจิตดีขึ้น

มีอาการอีกรูปแบบหนึ่งคืออาการทางลบ (Negative symptoms) คือผู้ป่วยขาดในสิ่งที่ควรจะมีในคนทั่วไป ได้แก่

- Alogia พูดน้อย ไม่ค่อยพูดเนื้อหาที่พูดมีน้อยใช้เวลานานกว่าจะตอบ
- Affective flattening การแสดงออกด้านอารมณ์ลดน้อยลงมาก หน้าตาเฉยเมยไม่ค่อยสบตา
- Avolition-apathy ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ไม่สนใจเรื่องเรียนหรือทำงาน ผู้ป่วยอาจอยู่เฉยๆทั้งวันโดยไม่ทำอะไร
- Anhedonia-asociality ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน เก็บตัว ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร อาการด้านลบในลักษณะนี้อาจเริ่มเห็นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการกำเริบที่ชัดเจนในบางคนอาการเด่นจะแสดงออกมาในลักษณะนี้ โดยไม่พบอาการหลงผิด หรือประสาทหลอนที่ชัดเจนเลยก็มี

1.2.3 ระยะอาการทุเลา (stabilization phase) หรือ ระยะอาการคงที่ ระยะนี้เป็นระยะที่อาการต่างๆ เริ่มคงที่ หรือหากมีก็ไม่รุนแรงเท่ากับระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการเลยในขณะที่บางรายอาการไม่ได้ ออกเป็นอาการโรคจิตชัดเจน เช่น อาการเครียด หงุดหงิด วิตกกังวลง่าย หรือนอนไม่หลับเป็นครั้งคราว บางรายอาจมีอาการด้านบวกหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น มีความคิดแปลกๆ เชื่อในเรื่องไสยศาสตร์ หรือโชคลาง อาการด้านลบมักพบบ่อยในระยะนี้

การดำเนินของโรคในสมัยก่อนมักคาดหมายว่าจะต้องเป็นแบบเรื้อรังอย่างเดิวน ซึ่งจะนำไปสู่การเสื่อมของบุคลิกภาพ แต่การรักษาในปัจจุบันพบว่า ร้อยละ 25 รักษาได้ผลดี อีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ อย่างมาก ส่วนที่เหลือร้อยละ 50 จะมีอาการเป็นๆ หายๆ (ยาใจ สิทธิมงคล, 2539) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงเป็น 5 แบบคือ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536 ; Sadock & Sadock, 2000)

1. หายขาดโดยไม่กลับเป็นอีก
2. หายโดยกลับเป็นอีก
3. หายโดยไม่สมบูรณ์คือพอจะเข้าสังคมได้ แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพและต้องได้รับการช่วยเหลืออยู่
4. เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง ระยะเวลาร่วม 2 ปี เป็นความบ่งบอกความเรื้อรังของผู้ป่วยโรคจิต
5. มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ

1.3 การรักษาโรคจิตเภท

1.3.1 การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษานั้นอาจแบ่งออกได้เป็น 2 ช่วง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

1.3.1.1 ระยะอาการเฉียบพลัน จุดประสงค์ของการให้ยาในระยะนี้คือ ให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นปกติโดยเร็วที่สุด เป็นการป้องกันอันตรายซึ่งอาจเกิดกับผู้ป่วยหรือผู้อื่น การเลือกชนิดของยามักเลือกยาที่มีอาการข้างเคียงที่น้อยที่สุดและผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อยาชนิดที่เลือกใช้

1.3.1.2 ระยะอาการเรื้อรัง จากการศึกษาติดตามในระยะยาวพบว่าผู้ป่วยซึ่งได้รับยารักษาโรคจิตในขนาดที่ไม่เพียงพอมีโอกาสสูงที่จะมีอาการกำเริบ โดยทั่วไปผู้ป่วย 2 ใน 3 จะมีอาการกำเริบภายหลังหยุดยา 9 – 12 เดือน การรักษาในระยะนี้จะได้ผลดีก็ต่อเมื่อผู้ป่วยได้รับยาในขนาดน้อยแต่สามารถป้องกันอาการไม่ให้กำเริบได้

ระยะเวลาในการรักษานั้น ส่วนใหญ่เห็นว่าในผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกนั้น หลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอด

1.3.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นรุนแรง หรือผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

1.3.3 การรักษาด้านจิตสังคม

การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้วปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้าน มิใช่เป็นเพียงผู้รักษาโรคเท่านั้น

- จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคองผู้รักษา ฟังตั้งเป้าหมายตามที่เป็จริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่น ๆ ที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขามักทนไม่ได้ เป็นต้น

- การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (family counseling or psychoeducation) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเองไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิดหรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้การทำการครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค ทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะช่วยได้เป็นอย่างดี

- กิจกรรมบำบัด (group therapy) เป็นการบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมหลาย ๆ รูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (Judith ed al., 1989) เนื่องจากการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดเป็นการใช้รูปแบบของการทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ดำเนินกลุ่มจึงต้องมีความรู้พื้นฐานเรื่องการรักษาแบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรมีทักษะการริเริ่ม เอื้ออำนวยให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก การรักษาถูกดึกา การเป็นตัวแบบที่คื่ออย่างจริงใจ การฟังอย่างตั้งใจ การตั้งคำถาม การสะท้อนเนื้อหาและความรู้สึก รวมทั้งการเจียบ (Trotzer, 1977) ชนิดของกลุ่มกิจกรรมบำบัด เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มดนตรีบำบัด กลุ่มศิลปะบำบัด เป็นต้น

- นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอทำได้เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

โดยสรุป ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีการกระทำ/การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม โดยมีอาการและอาการแสดงที่สำคัญ 2 แบบ คือ อาการทางบวกและอาการทางลบ การดำเนินของโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป จัดเป็นโรคเรื้อรัง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์คือ ระยะอาการกำเริบ สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคยังไม่ทราบแน่ชัดปัจจุบันเชื่อว่าเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งทางด้านชีววิทยา และจิตสังคม ดังนั้นการ

รักษาเป็นการผสมผสานระหว่างการรักษาทางยาและการรักษาทางจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ

1.4 ปัญหาของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด มีลักษณะเป็นโรคเรื้อรัง มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้เป็นลักษณะเด่น มีการรักษาที่ยาวนานส่งผลให้ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในวิถีชีวิต ความผิดปกติจากการเจ็บป่วยทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงาน ไม่สามารถทำงานหรือช่วยตนเองได้ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักแยกตัวอยู่ตามลำพังขาดความสัมพันธ์กับญาติพี่น้อง มีพฤติกรรมแปลก ๆ รวมทั้งมีอาการประสาทหลอนและอาการหลงผิด (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) มีปัญหาเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล การแต่งกายสกปรกสวมใส่เสื้อผ้าไม่สะอาด ไม่รักษาความสะอาดของเสื้อผ้าและไม่เปลี่ยนเสื้อผ้าในเวลาอันควร (สถิต วงศ์สุรประภิต, 2542) ด้อยความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ไม่สนใจรับประทานอาหารหรือรับประทานได้ไม่เพียงพอ ซึ่งปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแต่ละระยะของการดำเนินของโรคมี่ดังนี้

ระยะเริ่มมีอาการ จะมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ ด้านสุขอนามัยหรือการแต่งกาย ด้านพฤติกรรมจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป

ระยะอาการกำเริบ ส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องการรับรู้ผิดจากความเป็นจริง เช่น หูแว่วเห็นภาพหลอน มีการแสดงพฤติกรรมโต้ตอบ เช่น เสียงสั่งให้ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หรืออาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีการทำร้ายบุคคลในครอบครัว มีพฤติกรรมทางเพศซึ่งเป็นภัยต่อสังคม ผู้ป่วยมักไม่นอนในเวลากลางคืน ทำลายข้าวของ (วรภช นิธิกุล, 2535) เป็นต้น

ระยะอาการหลงเหลือ เป็นระยะที่ปัญหาทางด้านความรุนแรงจากอาการทางจิตลดลง แต่อาจมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ปัญหาที่พบมากคือการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับประทานยา มีอัตราป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 60-70 (Sadock & Sadock, 2000) การกลับเป็นซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ดังนี้

1) ผลกระทบต่อตัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การป่วยซ้ำทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงร่วมกับการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพมากขึ้น และถ้าป่วยซ้ำบ่อย ๆ มีโอกาสที่จะมีพยาธิสภาพถาวรมากขึ้น (Sadock & Sadock, 2000) พบการบกพร่องในการดูแลตนเอง ได้แก่ ไม่สนใจรับประทานอาหาร ไม่อาบน้ำ ไม่ยอมทำอะไร (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) มีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี เนื่องจากไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรส่วนตัว (สถิต วงศ์สุรประภิต, 2541) มีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวไม่ดี มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรงต่อกัน (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542) มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านลดลงและมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการประกอบอาชีพ คือบางรายกลับไปช่วยทำงานได้บ้าง บางรายไม่ทำงานอะไร ส่วนผู้ที่เรียน

หนังสือก็ไม่กลับไปเรียนต่อ (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) บทพร่องในการดูแลความปลอดภัยของตนเองเช่น ดิศาจเสพติด เป็นเหยื่อทางเพศหรือมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม อาจเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ โรคเอดส์หรือ ตั้งครรภ์โดยไม่ต้องการ (ทูลภา นุปผาสังข์, 2545)

2) ผลกระทบต่อครอบครัวคือ ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา และขาดกำลังสำคัญจากผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท ที่จะช่วยหารายได้เข้าสู่ครอบครัว (รัชนิกร อุปเสน, 2541) บางครอบครัวต้องไปยืมเงินเพื่อนบ้านเป็นค่าเดินทางและค่ารักษา (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) และค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำมากกว่าที่มารับการรักษาครั้งแรก บางรายต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ดูแลต้องทำงานบ้านเองทั้งหมด เพราะผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ยอมช่วยทำงาน ต้องอดนอนเป็นประจำเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการกำเริบและ ผู้ดูแลมักเกิดภาวะเครียดจนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ อ่อนล้ากับการดูแล (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) จากพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วยเช่น การมีพฤติกรรมก้าวร้าว/ไม่เป็นมิตร (39%) อยู่ไม่นิ่ง/กลางคืนไม่นอน (38%) และมีพฤติกรรมแปลกประหลาด (35%) เมื่อผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ จะก่อให้เกิดความกดดันกับตนเองทำให้มีโอกาสที่จะมีความผิดปกติทางจิตสูงได้

3) ผลกระทบต่อสังคม พบว่า มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชนเมื่อมีอาการทางจิตจะทำความเดือดร้อนให้ชุมชนเช่น ทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีอาการหวาดระแวง หลงผิดหรือบางครั้งพกพาอาวุธไว้กับตัว บางรายถึงกับทำลายข้าวของเป็นต้น (วิลาวรรณ เทพโสธร, 2538)

4) ผลกระทบต่อประเทศคือ ขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศและการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก ซึ่งในแต่ละปีรัฐจะต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในแต่ละปีเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2541)

จากสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยเฉพาะในระยะที่ผู้ป่วยอยู่บ้านต้องรับผิดชอบดูแลตนเองต่อบุคลากรสุขภาพ สรุปได้ว่าปัญหาที่สำคัญคือ การมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บกพร่อง ซึ่งการแสดงออกของพฤติกรรมดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการกลับป่วยซ้ำเป็นส่วนมาก

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้นจำเป็นที่ผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีลักษณะตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการรับรู้ ด้านการแปลความหมายของสิ่งที่ได้รับรู้ ด้านการสื่อความหมายและ ด้านการสังคม การพูดคุยทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยถูกบิดเบือนและทำให้เกิดการตีความหมายผิดมากขึ้น สิ่งสำคัญคือ เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วย

ต้องอยู่ในความเป็นจริงไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดจริงได้ โดยทั่วไปการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย (สวานีย์ เกี่ยวกับแก้ว, 2545)

1.5.1 หลักการพยาบาลทั่วไป

1.5.1.1 การพยาบาลด้านร่างกายเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ผู้ป่วยบางคนมีพฤติกรรมหิวกระแวงอาจจะไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ ไม่รับประทานอาหาร ซึ่งอาจเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขอนามัยของตนเองและดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ

1.5.1.2 การพยาบาลด้านความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของ ผู้ป่วย การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้น จะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (search for meaning) ได้มากขึ้น พยาบาลต้องให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality) ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ เช่น เห็นภาพบางขณะที่ยาบาลไม่เห็น พยาบาลจะให้ความจริงแก่ ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยบรรยายภาพที่เห็นในขณะเดียวกันก็จะบอกว่าพยาบาลไม่เห็นภาพนั้น เป็นต้น

1.5.1.3 การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาที่เห็นได้ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าทีนิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบต่อเหตุการณ์ อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ไม่สบตา พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

1.5.1.4 การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและการแยกตัวอยู่คนเดียวของผู้ป่วย การไม่สนใจผู้อื่นและการไม่สนใจกิจกรรมของสังคม เป็นปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภท ที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าปัญหาเหล่านี้อาจต้องใช้ระยะเวลาในการปรับพฤติกรรม พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านการสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยและส่งเสริมการดูแลตนเองด้าน สุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้บุคคลที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจผู้ป่วย ควรมีการให้รางวัล การให้คำชมเชย เป็นต้น

1.5.2 การใช้กระบวนการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการพยาบาลจะต้องมีการประเมินสภาพผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยพิจารณาจากปัญหาที่ได้จากการประเมิน จำแนกปัญหาที่ได้ว่าเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ในระยะสั้นหรือระยะยาว และเป็นปัญหาที่ต้องใช้เวลาในการแก้ไขตามลำดับความสำคัญก่อนหลังของปัญหา การวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาล และ ประเมินผลการพยาบาล

1.5.2.1 การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินสภาพทั่วไปและอาการต่างๆ ของผู้ป่วย ประเมินความคิด การรับรู้และพฤติกรรมโดยทั่วไปของผู้ป่วย การประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยถูกนำส่งโรงพยาบาล

1) ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป เพื่อดูความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประเมินการแต่งกายว่าเหมาะสมกับสภาพการณ์หรือไม่ นอกจากนี้ควรประเมินว่ามีภาวะน้ำเป็นพิษหรือไม่ (water intoxication) การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้ยาต้านอาการทางจิต การได้รับยาชนิดนี้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคอแห้ง กระหายน้ำ ผู้ป่วยจะดื่มน้ำบ่อย การดื่มน้ำบ่อยทำให้ผู้ป่วยได้รับน้ำมาก ทำให้การขับถ่ายน้ำไม่ทัน เกิดภาวะน้ำเป็นพิษได้

2) ประเมินความคิดของผู้ป่วย อาการสำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ ความผิดปกติด้านความคิด ดังนั้น สิ่งที่จะต้องทำในเบื้องต้นคือการประเมินความคิด ว่าผู้ป่วยมีความหลงผิดหรือไม่ ภาวะหลงผิดมีลักษณะใด ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ประเมินความผิดปกติของการรับรู้ว่ามีหรือไม่ ลักษณะใด มีเป็นครั้งคราวหรือมีอยู่ตลอดเวลา ที่ทำให้ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับการสนองตอบต่อภาวะประสาทหลอนนั้น ๆ ภาวะประสาทหลอนของผู้ป่วยจะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเองและผู้อื่นอย่างไรบ้าง

3) ประเมินพฤติกรรมผู้ป่วย เช่น การหนีผู้คน หลบซ่อนตัว เนื่องจากความกลัวว่าจะมีผู้คนจะมาทำร้าย นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยอยู่ไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มีพฤติกรรมรุนแรงอยู่ไม่นิ่ง รบกวนผู้อื่น อาจทำให้ผู้อื่นรำคาญและทำร้ายผู้ป่วยได้ หรือผู้ป่วยอาจจะเป็นอันตรายต่อผู้อื่น เนื่องจากภาวะหลงผิดและประสาทหลอนได้

4) ประเมินด้านสัมพันธภาพ ควรประเมินผู้ป่วยด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่นผู้ป่วยมีการ รบกวนผู้อื่นหรือไม่อย่างไร มีปัญหาการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นหรือไม่ พฤติกรรมที่เกิดจากความคิดหลงผิดและภาวะประสาทหลอน จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติ ถ้าการกระทำของผู้ป่วยรบกวนผู้อื่นก็อาจจะเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยอื่นรำคาญและอาจทำร้ายผู้ป่วยได้ โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีแนวโน้มที่จะแยกตัวอยู่คนเดียวเป็นส่วนใหญ่ เพื่อที่จะช่วยผู้ป่วยในด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างราบรื่น พยาบาลควรต้องประเมินปัญหาด้านการอยู่ในสังคมที่ผู้ป่วยอาจจะมี เพื่อที่จะได้หาวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้อยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข

1.5.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการประเมินสภาพและอาการทั่วไปที่ได้ทำในขั้นต้น การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นต่อมา โดยทั่วไปการวินิจฉัยทางการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท และจะสัมพันธ์กับอาการ โดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

1.5.2.3 การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วยแผนการพยาบาลระยะสั้นและแผนการพยาบาลระยะยาว เพื่อที่จะได้แนวทางการประเมินผลความสำเร็จด้านการพยาบาล

1.5.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ควบคุมตนเองไม่ได้ และการอยู่ในชุมชนไม่มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย และคนอื่นๆ ในชุมชน การมี Clinical pathway จะช่วยทำให้การปฏิบัติการพยาบาลง่ายขึ้น

1.5.2.5 การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงมีอยู่ เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้นๆ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้และด้านต่างๆ ผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน วินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมิน วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์รวมทั้งด้านสังคม และสุดท้ายต้องมีการประเมินผลทางการพยาบาล

1.5.3 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด และมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้เป็นลักษณะเด่น ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทคือ การเผชิญกับความบกพร่องและการขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (McBride and Austin, 1996) ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว เป้าหมายหลักของการพยาบาลจึงไม่ได้มุ่งดูแลเฉพาะการบำบัดอาการของโรค การดูแลผู้ป่วยจึงต้องให้การดูแล “บุคคล” สารสำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542) คือ

1) เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งรวมถึงจิตสังคมและจิตวิญญาณ

2) คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือการตอบสนอง ความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนอีกด้วย

3) การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ต้องครอบคลุมการดูแลและการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วย คือ การช่วยให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษา/บรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของ

การฟื้นฟู (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

ในสภาพของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มุ่งพัฒนาระบบบริการพยาบาล โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการบริการควบคู่กันไป ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวม และหลักปฏิบัติที่พยาบาลควรมี เสริมจากแนวทางพยาบาลที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่สมบูรณ์ขึ้น ได้แก่

1) การแลกเปลี่ยนข้อมูลและให้การศึกษาแก่ผู้รับบริการ (Sharing information and education) เพื่อให้ผู้รับบริการได้นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษาและการปฏิบัติ อันแสดงถึงความรับผิดชอบที่ผู้รับบริการพึงมีต่อตนเองและการรักษาสุขภาพของตนเอง

2) การให้ผู้รับบริการได้ร่วมตัดสินใจ (Sharing of decision making) เพื่อให้ผู้รับบริการ ได้เลือกสิ่งที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับตนเอง เพราะตัวผู้ป่วยเองเท่านั้นที่จะรู้ว่าสถานการณ์ของตนเองเป็นอย่างไร และควรเลือกอะไร สิ่งสำคัญที่สุด คือ การให้ข้อมูลต้องชัดเจนและเพียงพอ

3) การตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาล ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความจริงที่เหมาะสม (Realistic Goal-setting) จะต้องตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้รับบริการ โดยเป้าหมายที่ตั้งไว้จะต้องอยู่บนเหตุผลของความถูกต้องเหมาะสมกับผู้รับบริการรับได้

4) พยาบาลและผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Working together in therapy) ดังนั้น สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะสร้างสรรค์และเป็นสัมพันธภาพเพื่อการรักษา

สรุปได้ว่าแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลควรคำนึงถึงโรค การดำเนินโรค ปัญหาอุปสรรคต่างๆจากการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับ เนื่องจากองค์ประกอบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งพยาบาล ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน สังคมที่ผู้ป่วยอยู่อาศัย ข้อมูลต่างๆจากองค์ประกอบเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญต่อการที่วางแผนเพื่อดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

1.5.4 ระบบบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

การรับผู้ป่วยจิตเภทไว้รับการรักษาในโรงพยาบาล จะกระทำในกรณีต่อไปนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่นมีปัญห่อื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงรุนแรงจากยาเพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาหรือมีปัญหาในการวินิจฉัย เป็นต้น (ไพรัตน์ พุกษาศาติคุณากร, 2534)

ขณะรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการทางจิตรุนแรง (Acute phase) ทั้งอาการทางบวกและลบ มีความผิดปกติทางด้านความคิด การตัดสินใจ (Herz and Marder, 2002) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตตามปกติ สามารถทำได้โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ดังนี้

- 1.5.4.1 การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล
- 1.5.4.2 การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับความวิตกกังวล อารมณ์ และการแสดงออกการควบคุมอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมของตน
- 1.5.4.3 การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคลด้านต่างๆ ดังนี้
 - 1) การดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การดูแลการเคลื่อนไหวของร่างกายและการขับถ่ายการพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น
 - 2) การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้างและการมีกิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่น
 - 3) การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิตเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก การแสดงออกและการกระทำ
 - 4) การมีสมรรถนะด้านร่างกาย หรือมีความแข็งแรงของร่างกาย ได้แก่ การดำรงรักษา เสริมสร้างความแข็งแรงของระบบกายวิภาคและสรีรภาพของบุคคลให้ทำหน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคล สามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข

สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในทุกๆด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการต่างๆ ได้ อีกทั้งการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง โดยผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชในการบำบัดรักษา และมีระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล โดยเฉลี่ย 3-4 สัปดาห์

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

มีผู้สนใจศึกษาและอธิบายความหมายของการดูแลตนเองไว้หลายประเด็นดังนี้

Levine (1976 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นกระบวนการที่ประชาชนทั่วไปสามารถทำหน้าที่ด้วยตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มต้น และการรักษาเบื้องต้น นับว่าเป็นระบบขั้นพื้นฐานในระบบบริการสุขภาพ

Dean (1981 cited in John, 1985) ให้ความหมายการดูแลตนเอง ว่าเป็นการดูแลรักษาสุขภาพขั้นพื้นฐานในชุมชนทั่วไปที่รวมถึงการป้องกันโรค การประเมินอาการเจ็บป่วย การดูแลรักษาตนเอง และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในวิชาชีพ

Orem (1985) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความเป็นปกติสุข ผดุงไว้ซึ่งการเจริญเติบโต พัฒนาการและวุฒิภาวะที่เหมาะสม การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจ และมีเป้าหมาย มีแบบแผน มีลำดับขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงสูงสุดของแต่ละบุคคล

Hill and Smith (1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นความตั้งใจของบุคคลที่จะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั้นเองหรือสภาพของบุคคลนั้นก็ได้

การให้ความหมายข้างต้นพอสรุปได้ว่าการดูแลตนเองหมายถึงกระบวนการที่บุคคลกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ สมัยครใจ เกิดจากแรงจูงใจในตนเองที่มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนทั้งในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มต้น หรือแม้กระทั่งการรักษาโรคเบื้องต้น เพื่อพัฒนาและรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพอนามัยและสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลและครอบครัว มีความคิดริเริ่มและกระทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถและพัฒนาการของแต่ละบุคคล

2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง Hill & Smith(1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองประกอบด้วย การรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสาร การเตรียมเผชิญภาวะวิกฤติและการสูญเสีย การบริหารเวลา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองโดยทั่วไปตามแนวคิดของ Orem เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำโดยธรรมชาติ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะมีอำนาจ และการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามสภาพที่เป็นจริงทั้งในสิ่งแวดล้อมที่คงที่หรือเปลี่ยนแปลงไป และการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจ มีเหตุผลในการควบคุมทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกมีผลต่อการกระทำหน้าที่และ กระบวนการพัฒนาหรือ

สนับสนุนให้มีความผาสุก เป็นการกระทำที่ลำดับเหตุการณ์และมีแบบแผน ในการสนับสนุน ส่งเสริมแนวทางที่เฉพาะในการรวมตัวกันของโครงสร้างการทำหน้าที่ และพัฒนาการของมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Orem, 2001)

Orem (1995) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นศักยภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลในการที่จะปฏิบัติกิจกรรม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถที่จำเป็น สำหรับการกระทำอย่างจงใจโดยทั่วไป คือความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะทำ (doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ

ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) ซึ่งเป็นพลังความสามารถที่เชื่อมการรับรู้ของบุคคลกับการกระทำอย่างจงใจ เพื่อการดูแลตนเองไม่ใช้การกระทำโดยทั่วไป ได้แก่ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหว การใช้เหตุผลและแสวงหาความรู้ มีแรงจูงใจ มีทักษะในการตัดสินใจใช้สติปัญญา สร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และมีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองจนเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องการใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที เป็นการแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลอย่างแท้จริง ประกอบด้วยกระบวนการที่เป็นขั้นตอน คือ การคาดการณ์ (estimative) การปรับเปลี่ยน (transitional) การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (productive self-care operations)

จากการศึกษาของเพริ คันธสายบัว (2544) ซึ่งสร้างตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) การดูแลตนเองด้านจิตใจและการดูแลตนเองด้านร่างกายของ Hill & Smith (1990) ร่วมกับนำแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) มานำเสนอเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

1) การพัฒนาการรู้จักตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (self awareness) คือความพยายามของบุคคล ที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ (ทัศนา บุญทอง, 2535) ทั้งด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม จุดเด่น จุดด้อย และความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสุขภาพจิต การพัฒนาและการดำรงไว้ของการรู้จักตนเอง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตเป็นการปฏิบัติที่ยาก การเข้าถึงต้องอาศัยความอดทน ความมุ่งมั่นและซื่อสัตย์ต่อตนเอง รวมทั้งไม่ควรวิพากษ์วิจารณ์ตนเองมากเกินไป ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองมีประโยชน์มากในกระบวนการดังกล่าว(Hill and Smith, 1990)

2) การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ การสื่อสารเป็นกิจกรรมต่อเนื่องของการถ่ายทอดข้อมูลแลกเปลี่ยนข้อมูลและกระบวนการของข้อมูล การตีความหมายของข้อมูล(Burgess, 1990) และเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวและการตัดสินใจระหว่างคน 2 คน หรือมากกว่าใน การที่จะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเพื่อแลกเปลี่ยนหรือถ่ายทอดข้อมูลด้านความรู้สึก และความหมายในการ ดำเนินชีวิต (Hersey & Duldt, 1989) การสื่อสารเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของ มนุษย์ในสังคม ช่วยสร้างสรรค์และรักษาความสัมพันธ์ของชีวิตในสังคมให้คงอยู่ต่อไป บุคคลจะมีการ สื่อสารตลอดเวลาทั้งการสื่อสารกับผู้อื่นและกับตนเอง (วาสนา จันทร์สว่าง, 2531) ปัญหา สุขภาพจิตส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการติดต่อสื่อสารที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่การแสดงออกทาง อารมณ์ที่ไม่เหมาะสมภายในครอบครัว การไม่สามารถสื่อความคิด ความรู้สึกและความเชื่อของ ตนเองให้ผู้อื่นรับรู้โดยตรงไปตรงมา ทำให้ต้องเก็บระงับความรู้สึกความคตินั้นไว้ด้วยความ คับข้องใจ จนกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตได้ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนำไปสู่การมีทักษะ ในการดูแลตนเอง (เพชร คันธสายบัว, 2544)

3) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ กับการพัฒนาและดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ เวลานั้นเป็น สิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับทรัพยากรอื่นๆ ในชีวิต และช่วยให้บุคคลมีความพึงพอใจ เมื่อสามารถ ทำงานได้สำเร็จตามเวลาที่กำหนดไว้ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อจิตใจของบุคคล (เพชร คันธสายบัว, 2544)

4) การเตรียมการเผชิญกับปัญหา การเผชิญปัญหาเป็นการกระทำใด ๆ ของ บุคคลเมื่อเกิดปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวัน เมื่อเกิดปัญหามนุษย์จะรู้สึกเครียด เริ่ม วิตกกังวล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) และจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจทำให้บุคคลไม่เป็น สุข กังวลใจเป็นทุกข์ ภาวะเครียดที่มากเกินไปจะนำไปสู่ภาวะเหนื่อยหน่ายใจและนำไปสู่ปัญหา ทางอารมณ์ได้ ถ้าแก้ไขปัญหาก็จะเกิดความสุข แต่ถ้าบุคคลแก้ไขปัญหาไม่ได้จะเกิดภาวะกดดัน รู้สึกถูกคุกคาม เครียด และถ้าไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ในระยะเวลาที่เหมาะสม ก็จะทำให้ บุคคลเข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งแสดงออกในลักษณะของการเจ็บป่วยทางกาย หรือการเจ็บป่วยทางจิตใจ (Hill & Smith, 1990)

5) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบ สนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดี จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งรวมถึงความใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยสิ่งของ แรงงาน คำแนะนำ ข้อมูลป้อนกลับและการมีส่วนร่วม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทา ผลกระทบที่เกิดจากความเครียด โดยประเมินเหตุการณ์เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง และช่วยลดหรือ ขจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด (Cohen & Willis, 1985) และแรงสนับสนุนทางสังคมที่ เพียงพอสามารถป้องกันการเกิดพยาธิสภาพต่ำ ๆ จากภาวะวิกฤตได้ (จารุวรรณ รัศมีเหลืออ่อน,

2536) ถ้าบุคคลมีแรงสนับสนุนทางสังคมดี ก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี มีอายุยืนยาวมีอารมณ์มั่นคง

6) การปฏิบัติตนตามหลักความเชื่อในศาสนา ผู้ป่วยจิตเภทยังขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ขาดที่พึ่งทางใจ นอกจากนี้ยังมีความเชื่อของญาติบางส่วนหรือบางชุมชนว่าการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจาก ผีทำ ผีเข้า การทำไสยศาสตร์ เชื่อว่าโรคจิตก่อให้เกิดความเดือดร้อน ไม่ให้เกรียติ ไม่ยอมรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดความหวัง ความศรัทธาในการทำความดี

7) การดูแลตนเองโดยทั่วไป เป็นกิจกรรมที่แสดงถึงการดูแลเพื่อปกป้องร่างกาย และจิตใจซึ่งมีความสัมพันธ์กันร่วมกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความพิการตลอดช่วงชีวิต และการดูแลตนเองเป็นทักษะที่มีความสัมพันธ์กันทุกช่วงของบุคคลที่มีการพัฒนาตามระยะพัฒนาการและเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ (Hill and Smith, 1990)

ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว สังคม ชุมชนได้ยาวนานไม่กลับป่วยซ้ำ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนได้ตามศักยภาพของตน พยายามเป็นบุคคลสำคัญในการศึกษาหาวิธีการที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยยาวนาน ภาวะของโรคและการรักษา มีผลกระทบต่อกระบวนการชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษา มีอาการสงบ ก็จะได้รับ การรักษาแบบที่บ้าน ต้องรับผิดชอบโดยตรงในการดูแล และจัดการกับสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวันทั้งในเรื่องการรักษาโรคและการรักษาต่อเนื่อง การจัดการกับอาการข้างเคียงของโรคและยารักษาอาการทางจิต การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเผชิญกับปัญหาต่างๆ การสื่อสารทั้งกับครอบครัวและชุมชน การส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ตลอดทั้งมีการปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพของโรค จากการศึกษาทบทวนเอกสารวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาประยุกต์การศึกษาของเพชรี คันธสายบัว (2544) ซึ่งสร้างตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) การดูแลตนเองด้านจิตใจ และการดูแลตนเองด้านร่างกายของ Hill & Smith (1990) ร่วมกับนำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) มานำเสนอเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทใน 5 ด้าน เนื่องจากผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาล สามารถประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ 5 ด้าน คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมการเผชิญปัญหาและ การดูแลตนเองโดยทั่วไป ในส่วน 2 ด้านที่เหลือไม่สามารถประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะอยู่ในโรงพยาบาลได้คือ การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมและ การปฏิบัติตนตามหลักความเชื่อในศาสนาซึ่งมีประกอบ ด้วย 5 ด้านดังนี้

2.3.1 การพัฒนาการรู้จักตนเอง การรู้จักตนเอง เป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาพจิตและองค์ประกอบสำคัญของการดูแลตนเอง การรู้จักตนเองจะเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลรับรู้ รู้สึกต่อตนเอง ทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิดค่านิยม บุคคลที่สุขภาพจิตดีจะสามารถระบุและยอมรับ ความแข็งแกร่ง หรือจุดเด่น จุดด้อย หรือข้อจำกัดของตนเองได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) จากการศึกษาประสบการณ์จริงของผู้ป่วยของ พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนประสบกับปัญหา คือ เมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตคนทั่วไปจะพยายามหลบหนี ไม่พูดคุยด้วย ไม่ยอมรับ มีความรู้สึก รังเกียจผู้ป่วย บางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้ผู้ป่วยเห็น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ากลายเป็นคนที่ไม่น่าเชื่อถือ ไม่ไว้วางใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพลินพิศ จันทรศักดิ์ และคณะ (2539) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้องให้ญาติช่วยเหลือทั้งด้านความคิดและการตัดสินใจ เช่นเดียวกับ จันทรฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ที่กล่าวไว้ว่า การเจ็บป่วยทางจิตส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปมด้อย เป็นตราบาป ครอบครัวไม่ยอมรับ สังคมรังเกียจ

ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาจริงที่เกิดขึ้นจริง ค้นพบความสามารถที่มีอยู่จริงในตนเอง และเชื่อว่าตนเองสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพที่มีอยู่ เป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถเป็นผู้ที่มีความผาสุกได้เช่นกัน

2.3.2 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีการศึกษาจำนวนมากเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังการศึกษาของจันทรฉาย เนตรสุวรรณ(2545) เรื่องพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลางผู้ป่วยร้อยละ 26.9 ไม่พูดคุยเล่าทุกข์สุขกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 24.3 ไม่ออกไปสังสรรค์กับ ผู้อื่นนอกบ้านและร้อยละ 10.4 ใช้เวลาอยู่คนเดียวในช่วงกลางวันมากกว่า 8 ชั่วโมงหรือไม่พูดคุยกับใครเลยในแต่ละวัน สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ตากวิริยะนันท์ และชนมล สุยะชีวะ (2536) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่กล้าถามบุคคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง รวมทั้งเมื่อมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจคำแนะนำของบุคคลากร และจากการศึกษาของ สุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้านสัมพันธภาพคือ ผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบอกรายมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่นมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลหรือบุคคลใกล้ชิดเพียงคนเดียวและสองคนเท่านั้น

จะเห็นว่าจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผู้ป่วยจิตเภท มีความบกพร่องในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสาร สัมพันธภาพกับบุคคลต่างๆในครอบครัว ชุมชน การที่ผู้ป่วยไม่สามารถที่สื่อสารถึงความต้องการที่แท้จริงของตน หรือปัญหาที่เกิดขึ้นให้บุคคลใกล้ชิด ผู้ที่ผู้ป่วยไว้วางใจ หรือบุคคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นสาเหตุหนึ่งให้ผู้ป่วยคับข้องใจ เกรียกับการจัดการกับปัญหาต่างๆ นั้น ซึ่งหากความกดดันนั้นมาก อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบถึงขั้นป่วยซ้ำได้

2.3.3 การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพักผ่อนนันทนาการและการออกกำลังกายน้อยกว่าปกติ เชื่องซึม ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยช้า นิ่งเฉย ๆ ทั้งวัน โดยไม่ทำอะไร (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) และพบว่า บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ยอมนอนในเวลากลางคืน แต่นอนในเวลากลางวันแทน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) เช่น เดียวกับการศึกษาของปริวัตร ไชยน้อย (2546) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 32.40 ไม่ปฏิบัติตามการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง นานครั้งละ 20-30 นาที ด้านการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาในด้านนี้ เกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทสนใจในการดูแลตนเองน้อยทำให้ไม่สนใจสุขอนามัยของตนเอง ไม่ยอมอาบน้ำ แปรงฟัน หวีผม ผลัดเปลี่ยนเสื้อผ้า หรือแต่งกายไม่เหมาะสม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ขาดการวางแผนในการดำเนินชีวิตหรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ นอกจากนั้นยังขาดความใส่ใจที่จะปฏิบัติ ทั้งนี้สาเหตุจากการที่สังคมมองว่าผู้ป่วยเป็นผู้ไร้ความสามารถ ไม่ยอมรับในการกระทำของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมแยกตัว ไม่รวมกิจกรรมของสังคม

2.3.4 การเตรียมการเผชิญปัญหา ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน จะมีอาการด้านลบมากขึ้น ทำให้มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต เกิดความเครียดได้ง่ายมีปัญหาคารับตัวที่บ้าน มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรงต่อบุคคลอื่น (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542) และจากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของปริวัตร ไชยน้อย (2546) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 26.93 มีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้งเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจจะหาที่ปรึกษาหรือระบายให้คนอื่นฟัง ร้อยละ 24.64 ที่ปฏิบัติบ่อยครั้งเมื่อโกรธจะระงับความโกรธหรือเก็บไว้คนเดียวไม่บอกใคร และร้อยละ 20.35 ปฏิบัติบ่อยครั้ง เมื่อโกรธจะทำลายข้าวของหรือทำร้ายคนอื่น สอดคล้องการศึกษาของ Crawford as cited in Gafoor & Rassool (1998) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเสี่ยงที่จะติดสุรามากกว่าคนปกติถึง 3 เท่า โดยให้เหตุผลว่าใช้เพื่อลดอาการข้างเคียงของยา ลดอาการซึมเศร้า และลดอาการวิตกกังวล ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยสามารถเตรียมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมแล้ว ผู้ป่วยจะสามารถดำเนินชีวิตในสังคมชุมชนได้ และลดปัญหาการป่วยซ้ำ

ทั้งนี้การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วย จะพบอยู่เสมอว่ามีสาเหตุที่ยังไม่จำเป็นที่ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำ เพราะสาเหตุกระตุ้นเป็นเพียงการไม่เผชิญกับปัญหาเมื่อมีภาวะวิกฤติได้ (Youssef, 1987 อ้างถึงใน จินดารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ, 2542) นอกจากนั้น จากการศึกษาของ Meijel et al. (2003) พบว่าหากผู้ป่วยสามารถประเมินอาการนำก่อนอาการทางจิตกำเริบสามารถลดอาการป่วยซ้ำได้

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติ ด้านความคิด อารมณ์ โดยผู้ป่วยสูญเสียความสามารถ ด้านการตัดสินใจ การแสดงออกของพฤติกรรม และไม่อยู่ในโรคความเป็นจริง ไม่สามารถเผชิญ ปัญหาในชีวิตประจำวัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญปัญหาได้นั้นก็ เนื่องมาจากผู้ป่วยจิตเภทมีความพร่องในเรื่องการเตรียมการเผชิญปัญหา ซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาลและ บุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชควรให้ความสำคัญและหาแนวทาง วิธีการเพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยมี วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ลดการป่วยซ้ำได้

2.3.5 การดูแลตนเองโดยทั่วไป ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการดูแลตนเองไม่ สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ได้เหมือนบุคคลทั่วไป (สมคิด ตรีรathi, 2545) ไม่สนใจ รับประทานอาหาร รับประทานอาหารไม่เพียงพอ (จิราวัฒน์ พิมพ์ศักดิ์, 2541) ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับอาหารใน แต่ละวันครบทั้ง 3 มื้อ เพื่อเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย แต่พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน บางส่วนมีปัญหาในการรับประทานอาหาร อาจปฏิเสธอาหารจากภาวะของโรค เช่น หวาระแวง หลงผิด ซึมเศร้า เบื่ออาหาร ทำให้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ร่างกายขาดสารอาหาร ส่งผลต่อระบบ การทำงานของร่างกายและความเครียดได้

การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้แต่ยังคงด้อยในคุณภาพ ดังใน การศึกษาของ ศิริพร ทองบ่อ และคณะ(2542) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วย จิตเภท โดยรวบรวมข้อมูลทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านของผู้ป่วย ในผู้ป่วย 6 คน ญาติผู้ใกล้ชิด 10 คน และเพื่อนบ้านจำนวน 10 คน พบว่าด้านการพึ่งตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันการดูแล สุขอนามัยส่วนบุคคล ผู้ป่วยทำได้แต่ด้อยในแง่คุณภาพ

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทยังมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บกพร่อง ในด้านกิจวัตร ประจำวัน การแสดงพฤติกรรมการติดต่อสื่อสาร การใช้เวลาว่าง การออกกำลังกาย ตลอดจนเจตคติ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แต่เห็นว่าในบางด้านผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยเตรียมพร้อม ในการกลับสู่ชุมชน พยาบาลผู้ซึ่งมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ไม่กลับมาป่วยซ้ำ

2.4 ปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง

ปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในมีดังนี้

2.4.1 ความรู้ Orem (2001) เชื่อว่า การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความ ต้องการ การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง บุคคลแต่ละคนมีศักยภาพในการ เรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองและส่งเสริม ให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น(Orem, 2001) ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการ รักษาพยาบาล และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจ และ

เปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตได้เหมาะสม ช่วยควบคุมอาการของโรค (Sexton, 1990 อ้างถึงใน นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์, 2537)

2.4.2 ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค และการจัดการกับอาการ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย (ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล, 2540; ชุติมา ผังชัยมงคล, 2544; จันทนา ทองชื่น, 2545) จากการศึกษาของมยุรี เนียมหลวง (2546) เรื่องผลของการสอน รายบุคคลที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษา พบว่า การสอนแบบรายบุคคล ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดที่บ้าน สามารถพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่บ้านได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ สว่างจิตต์ จันทร (2544) เรื่องผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอน โดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีความสามารถในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

2.4.3 ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาและส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อเปลี่ยนแปลงสภาพเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534; เพชร คันธสายบัว, 2544) ซึ่งเน้นการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย เป็นการนำศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ (Pender, 1996) ได้กล่าวถึงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model) ต่อลักษณะพฤติกรรมด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลที่เกิดจากการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเจ็บป่วยลง ทำให้อุปสรรคในการป้องกันการเจ็บป่วยลดลง ดังนั้นหากผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ ความเสี่ยง อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำและการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ ก็เกิดการรับรู้ความคาดหวัง ความเชื่อต่อความรุนแรง อุปสรรคการป้องกันการมีอาการมากถึงขั้นต้องกลับเข้าไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม

2.4.4 แหล่งสนับสนุนทางสังคม Tholis (1986) กล่าวว่า เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลในสังคม เนื่องจากดำรงชีวิตของมนุษย์และความสัมพันธ์ของมนุษย์ มีลักษณะพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกัน ในด้านอารมณ์ แรงงาน ข้อมูล สิ่งของ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน มีความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และต้องการการยกย่อง สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001) ซึ่งเชื่อว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลตนเอง

2.4.5 การรับรู้แหล่งสนับสนุนและบริการสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533; จุฑารัตน์ กมลศรีจักร, 2540) จากการศึกษาของ สว่าง โสรก และคณะ (2546) พบว่า การมีครอบครัวที่อบอุ่น เมื่อมีปัญหาที่ช่วยกันแก้ปัญหา อยู่ในชุมชนที่เอื้ออารีต่อกัน มีเพื่อนบ้าน เป็นปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ ประกอบกับการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ถึงการมีแหล่งประโยชน์ทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้พึงพอใจในการดำเนินชีวิตของตน (หงส์ บรรเทิงสุข, 2545) และเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้จากการศึกษาของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางพบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้การบริการของรัฐ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับสูง สอดคล้องกับที่ Chien, et al. (2003) กล่าวว่า การฝึกทักษะสังคมเข้าไปในระยะต่าง ๆ ของการเจ็บป่วยเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้การสนับสนุนของครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมประเภทหนึ่ง ซึ่งการสนับสนุนของครอบครัวจะช่วยส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ การสนับสนุน ทั้งร่างกายและอารมณ์ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และแรงจูงใจที่จะเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

สรุปได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทคือ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งหากส่งเสริมให้ความรู้แก่ผู้ป่วย สนับสนุนสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะดูแลตนเองได้ เชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์ พยาบาลในการให้การช่วยเหลือ และเชื่อว่าตนเองดำเนินชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม

2.5 การประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง

การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญมากต่อการฟื้นฟูของโรค แต่สิ่งที่สำคัญนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละบุคคล ซึ่งในปัจจุบัน แนวคิดการดูแลรักษาผู้ป่วย ได้เปลี่ยนจุดเน้นมาที่ตัวบุคคลในการรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของตน จากการทบทวนถึงเครื่องมือในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองนั้น พบว่าเครื่องมือถูกสร้างขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ได้ในระดับต่างๆ ดังนี้

2.5.1 การวัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง เป็นการทํานายการกระทำ การดูแลตนเองที่ใกล้เคียงที่สุด และยังสะท้อนให้เห็นถึงพลังความสามารถ 10 ประการ รวมทั้งความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน นอกจากนี้การวัดกิจกรรมย่อยในการดูแลตนเองทั้งหมดของแต่ละบุคคลไม่สามารถนำตัวเลขที่ได้มาเปรียบเทียบกันได้เพราะกิจกรรมย่อยที่แต่ละคนปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของการรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ อาจแตกต่างกันตามสิ่งแวดล้อมและปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล แม้ว่าเป้าหมายของการดูแลตนเองจะเหมือนกัน ดังนั้นจึงใช้

เป้าหมายการดูแลตนเองหรือที่ Orem เรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น เป็นเกณฑ์ในการสร้างข้อคำถามเพราะถือว่าเป้าหมายของการดูแลตนเองในทุกคนเหมือนกัน คะแนนที่วัดได้จึงน่าจะเปรียบเทียบกันได้ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง ได้แก่

1) เครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self-Care Agency Scale) สร้าง โดย Evers et al. (1993) ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลทั่วไปทั้งภาวะปกติและเจ็บป่วย แต่เหมาะที่จะใช้กับผู้ที่มิสุขภาพดีมากกว่า

2) เครื่องมือการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The Exercise of Self – Care Agency Scale) สร้างโดย Kearney & Fleischer (1979 อ้างถึงใน อัญชติ ศรีสุพรรณ, 2547) ซึ่งมีความเชื่อว่า การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองนั้นขึ้นอยู่กับการนำความสามารถมาใช้ บุคคลอาจมีความสามารถในการดูแลตนเองแต่อาจไม่ได้นำมาใช้ได้ ดังนั้นการวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง จึงน่าจะใกล้เคียงกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด แต่จากผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างชนิดแยกองค์ประกอบของเครื่องมือพบว่าไม่ชัดเจนและครอบคลุมพอที่จะนำมาใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

2.5.2 การวัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ

นักวิจัยที่สร้างเครื่องมือวัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการนี้ มีความเชื่อว่าการดูแลตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน แต่การดูแลตนเองกับการปฏิบัติดูแลตนเองมีลักษณะเหมือนกัน เครื่องมือที่ใช้วัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ ได้แก่

1) เครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The Perception of Self-Care Questionnaire) ของ Hanson & Bickel (1985 อ้างถึงในอัญชติ ศรีสุพรรณ, 2547) ใช้วัดพลังความสามารถ 10 ประการตามทฤษฎีของ Orem พบว่า สามารถขึ้นอันดับประกอบของความสามารถ ในการดูแลตนเองได้เพียง 8 ประการ เครื่องมือนี้จึงยังมีความคลุมเครือในความตรงเชิงโครงสร้างของการวัดพลังความสามารถ 10 ประการ

2) เครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (The Denyes Self-Care Agency Instrument) ของ Denyes (1981 cited by Gast et al., 1989) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่น โดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะสุขภาพปกติ

อย่างไรก็ตามได้มีผู้ให้ข้อสังเกตว่า ในการวัดพลังความสามารถนี้อาจมีข้อจำกัดได้เนื่องจากบุคคลอาจมีพลังความสามารถครบถ้วน แต่ไม่ได้นำมาใช้ในการดูแลตนเองก็ย่อมทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองได้ ดังนั้น การประเมินจากพลังความสามารถอาจทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภท

2.5.3 การวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นเครื่องมือที่สร้างโดย จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ซึ่งผู้สร้างมีความเชื่อว่าเป็นการวัดการแสดงออกของบุคคลตามการรายงานของตนเองและเป็นการวัดพฤติกรรมย่อยในการดูแลทั้งหมดของบุคคล ซึ่งเป็นการรายงานการปฏิบัติกิจกรรมของแต่ละบุคคลที่มีเป้าหมายซึ่งปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองในการรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ สวัสดิภาพ ซึ่งผู้สร้างเชื่อว่าไม่ว่าเป้าหมายของการดูแลตนเองของแต่ละคนจะเหมือนกัน แต่วิธีการและระดับการปฏิบัติจะต่างกันตามสิ่งแวดล้อมและปัจจัยพื้นฐานของแต่ละคน เป้าหมายของการดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการเพื่อการอยู่รอด ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณรวมทั้งความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเมื่อเป้าหมายมีความเหมือนกัน คะแนนที่วัดจึงสามารถเปรียบเทียบกันได้

2.5.4 การวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดยเพชร คันธสายบัว (2544) ซึ่งผู้สร้างได้ซึ่งสร้างตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) การดูแลตนเองด้านจิตใจและการดูแลตนเองด้านร่างกายของ Hill & Smith (1990) ร่วมกับนำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) เป็นการวัดการแสดงออกของบุคคลตามการรายงานของตนเองและเป็นการวัดพฤติกรรมย่อยในการดูแลทั้งหมดของบุคคล ทั้ง 7 ด้าน มาใช้ในผู้ป่วย จิตเภท โดยมีเป้าหมายของการดูแลตนเอง

สรุป การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท จากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของเพชร คันธสายบัว (2544) ซึ่งสร้างตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) การดูแลตนเองด้านจิตใจและการดูแลตนเองด้านร่างกายของ Hill & Smith (1990) ร่วมกับนำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ก่อนนำมาใช้ผู้ศึกษา ศึกษาแนวคิดพิจารณาองค์ประกอบการดูแลตนเองตามเนื้อหาของเครื่องมือพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้อยู่รักษาในโรงพยาบาล สามารถประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้ 5 ด้าน คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมการเผชิญปัญหาและการดูแลตนเองโดยทั่วไป ในส่วน 2 ด้านที่เหลือไม่สามารถประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะอยู่ในโรงพยาบาลได้คือ การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติตามหลักความเชื่อในศาสนา จากเหตุผลดังกล่าวผู้ศึกษาจึงใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง 5 ด้านนี้ในการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา

3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.1 ความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจ

คำว่า “การเสริมสร้างพลังอำนาจ” มาจากรากศัพท์ในภาษาละติน “passe” ซึ่งหมายถึง “อำนาจ (power)” กับ “อิสรเสรีภาพ (Freedom)” และสำหรับคำว่า “อำนาจ” หมายถึง

“ความสามารถที่จะเลือก” ดังนั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจจากคำรากศัพท์จึงหมายถึง “ความสามารถที่จะเลือกอย่างอิสระ”

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่เกิดจากนักปรัชญาชาวบราซิลชื่อ เปาโล แฟร์ ซึ่งได้พัฒนาวิธีการสอนให้คนยากจนในประเทศบราซิลเกิดจิตสำนึก ด้วยการทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันและเรียนรู้ร่วมกัน วิธีการของแฟร์เน้นไปที่ความสัมพันธ์ของความเท่าเทียมกัน และให้ความเคารพซึ่งกันและกันในกลุ่มสมาชิกและผู้จัดการเรียนรู้ที่จะช่วยให้พวกเขาสามารถที่จะกำจัดรากเหง้าของปัญหาที่พวกเขาค้นพบ (Berger, Anderson-Harper, 2000) และคณะชี้ให้เห็นว่าวิธีการของแฟร์ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการสาธารณสุขและสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง

แรพพอร์ท (Rappaport, 1894 อ้างถึงใน สุพิศ กิตติรัชดา, 2538) ได้กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า “เรามักจะพบปัญหาเกี่ยวกับการให้คำจำกัดความของ “การเสริมสร้างพลังอำนาจ” จนกว่าเราจะได้สัมผัสกับมันอย่างแท้จริง ด้วยเหตุนี้จึงไม่น่าแปลกที่จะพบความลำบากในการให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการของ “การเสริมสร้างพลังอำนาจ” ซึ่งแรพพอร์ทได้สรุปความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นความสามารถของบุคคลที่จะแสดงออกมาเมื่อได้รับการส่งเสริมและได้รับ โอกาส และได้มองการเสริมสร้างพลังอำนาจในแง่การพัฒนา ซึ่งทำให้บุคคลรอบครัว ชุมชนก้าวหน้าและมีศักยภาพเพิ่มขึ้น

Steiner (1986 อ้างถึงใน รัตนา ลือวานิช, 2539) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการช่วยเหลือให้ผู้อื่นมีความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง เป็นการยินยอมให้ผู้อื่นได้เติบโตและพัฒนาความสามารถ

Gibson (1991) ได้ให้คำจำกัดความของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการทางสังคมที่แสดงออกถึงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนา และเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจ สามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตตนเองได้

Miller (1992) กล่าวว่า พลังอำนาจคือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจสำหรับบุคคล โดยรูปแบบพลังอำนาจมีอยู่ 7 แหล่งด้วยกัน คือ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม 3) อึดมโนทัศน์เชิงบวก 4) พลังงาน 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา 6) แรงจูงใจ และ 7) ระบบความเชื่อ

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2541) กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการพยายามที่จะทำ ให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง มั่นใจ ยึดมั่นต่อกันและมุ่งมั่นในการบรรลุเป้าหมายของตนเอง เพื่อการปฏิบัติหรือกระทำการกิจหนึ่งให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง ในกรณีที่บุคคลจะเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ยึดมั่น ผูกพันต่อตนเองหรือหน่วยงานเพื่อให้สามารถกระทำ

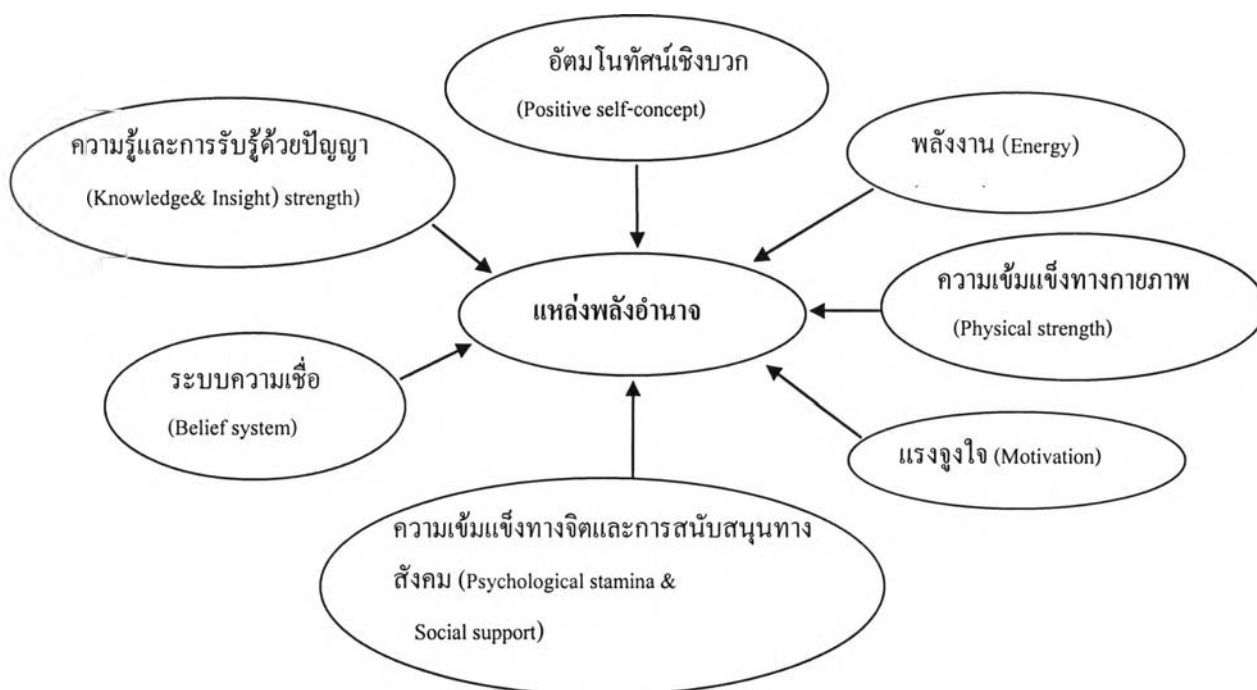
กิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง บุคคลจะต้องเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่า ตนเองสามารถกระทำการกิจต่าง ๆ ได้สำเร็จ บุคคลจะต้องได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมทั้งกำลังกาย กำลังใจ กำลังความคิด และมีอิสระในการตัดสินใจกระทำการต่าง ๆ ด้วยตนเอง

คาร์ณี จามจรี (2545) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการเพิ่มความสามารถให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแล และควบคุมสุขภาพของตนในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตนพัฒนาการดูแลสุขภาพของตน รวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์ และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพภายใต้การสนับสนุนข้อมูล และทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาล

สรุป การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการในการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเอง เสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความรู้ที่มั่นใจ เป็นตัวของตนเอง มีอิสระ และรู้สึกชีวิตมีคุณค่าสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 แหล่งพลังอำนาจ

มิลเลอร์ (Miller, 1992) ได้กล่าวถึงพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยอธิบายในรูปแบบแหล่งของพลังอำนาจว่ามีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่ง ดังแสดงในภาพประกอบ



ภาพประกอบแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย

ที่มา : Miller, J.F.(1992) Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness .

แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยตามแนวคิดของมิลเลอร์ประกอบด้วย 7 แหล่ง ดังนี้ (Miller, 1992)

1. ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength)

ความเข้มแข็งทางกายภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มตามศักยภาพทางกายและเต็มตามพลังสะสมทางกายภาพ (Physical reserve) เมื่อระบบของร่างกายเกิดการเจ็บป่วย พลังอำนาจในการกระทำการใดๆ ของบุคคลก็จะลดลง สภาวะความเข้มแข็งทางกายภาพขณะนั้นจะมีอิทธิพลต่อพลังอำนาจของผู้ป่วย ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาของการเจ็บป่วย เช่น สภาพการเจ็บป่วยที่แย่ง หรือขณะที่ผู้ป่วยกำลังฟื้นฟูสภาพ พลังสะสมทางกายภาพเป็นความสามารถของร่างกายที่จะดำรงไว้ซึ่งความสมดุลเมื่อต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยหรือความต้องการที่มากเป็นพิเศษ

2. ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support)

ความเข้มแข็งทางจิต หมายถึง ความยืดหยุ่นที่ปรากฏในบุคคลอันเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่าจะเผชิญกับวิกฤตการณ์การเจ็บป่วยและความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในแต่ละวันผู้ป่วยบางคนก็สามารถที่จะดำรงความสมดุลทางจิตได้ ซึ่งบางครั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังก็เป็นสาเหตุของความไม่สมดุลทางจิต ความวิตกกังวลและซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอาจต้องการความช่วยเหลือในการดำรงไว้ซึ่งความคิดทางดำเนินบวก การป้องกันความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกหมองหม่นที่อาจเกิดขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ การบูรณาการทางสังคม โอกาสสำหรับการดูแลความเชื่อมั่นในคุณค่า บุคคลที่ให้การดูแล นอกจากนั้นยังรวมถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือที่สัมผัสจับต้องได้ (Tangible support) เช่น การสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) และการสนับสนุนทางข้อมูล (Informational support)

3. อັตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-concept)

อັตมโนทัศน์ (Self-concept) คือ ความคิดและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง (Miller 1992 ; citing Rosenberg 1979. Conceiving the self) องค์ประกอบของอັตมโนทัศน์ในตนประกอบด้วยภาพลักษณ์ (Physical self or body image) การทำหน้าที่ของตน (Functional self or role performance) ความเป็นตัวตนของบุคคล (Personal self) ได้แก่ คุณธรรม ความคิดและความคาดหวังส่วนบุคคล และการนับถือตนเอง (Self esteem) การนับถือตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญของอັตมโนทัศน์ในตนและเป็นตัวชี้วัดหน้าที่ ความรู้สึกถึงการมีคุณค่าอันเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่การกระทำเพื่อพัฒนาสุขภาพ

การเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ในคน การสร้างอัตมโนทัศน์ในคนขึ้นมาใหม่เป็นการปรับตัวในระยะเจ็บป่วย เป้าหมายของการสร้างอัตมโนทัศน์ในคนขึ้นมาใหม่ คือ การบูรณาการการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับร่างกายไปสู่อัตมโนทัศน์เกี่ยวกับคนในทางบวก โดยการทำความเข้าใจว่า ความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพอยู่ในตนเอง และพยายามที่จะกำจัดอิทธิพลของการเจ็บป่วยที่มีต่อคน

4. พลังงาน (Energy)

พลังงาน คือ ความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคล ศักยภาพของพลังงาน คือ พลังงานที่เก็บสะสมไว้ ซึ่งควรที่จะสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป แหล่งของพลังงาน ได้แก่ อาหาร น้ำ การพักผ่อนและแรงจูงใจพลังงานที่ใช้ในการสะสมหรือฟื้นฟูสภาพทางกาย หรือใช้ในการจัดการกับความต้องการประจำวันรวมถึงการจัดการกับความเครียด นอกจากนี้พลังงานยังใช้ในการเติบโต ในการเรียนรู้ทำงานและทำกิจกรรมต่างๆ (Miller 1992; citing Ryden 1997 Energy : crucial consideration in the nursing process) การขาดพลังงานสำหรับการใช้ในระดับพื้นฐานจะมีผลต่อการใช้พลังงานสำหรับสนองความต้องการระดับสูง เช่น การเติบโตและการเรียนรู้ การกระทำใดๆ จะเป็นไปได้ถ้ามีความเข้มแข็งและมีพลังงาน ซึ่งรวมถึงกิจกรรมที่ผู้ช่วยปกป้องและหรือพัฒนาสุขภาพของตน

5. ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight)

ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญาเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นต่อคน ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการควบคุมมากขึ้นและช่วยบรรเทาความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอน

แผนการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยต้องเป็นผู้ลงมือปฏิบัติเองนั้น ต้องอาศัยการเรียนรู้ทักษะ ต้องมีการปรับเปลี่ยนนิสัยและการกระทำตามกิจวัตรประจำวันบางอย่าง รวมถึงความเครียดทั้งกายและจิต (Miller, 1992) ความยุ่งยากอันเกิดจากแผนการรักษาไม่เพียงพอ แต่ทำให้ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ทักษะทางด้านการปฏิบัติ เช่น เทคนิคการฉีดยาหรือต้องเรียนรู้ เกี่ยวกับผลของยาแต่ยังรวมถึงการจัดการปฏิกริยาทางจิตที่เป็นผลมาจากปัญหาทางสุขภาพ

ความรู้ของผู้ป่วย ช่วยในการตัดสินใจและตระหนักถึงทางเลือกและความคาดหวังถึงผลอันเกิดเนื่องมาจากการเลือกกระทำ ความรู้ถือได้ว่าเป็นสิ่งสนับสนุนที่ช่วยลดความไม่แน่นอน (Miller, 1992) และช่วยพัฒนาแผนที่ทางปัญหาสำหรับการตัดสินใจอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความหมายของสภาพการณ์ที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย (Miller, 1992) การขาดความเข้าใจนำไปสู่ความท้อแท้และนิ่งเฉย ซึ่งเป็นลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจ

การตระหนักรู้ภายในตน (Internal awareness) (Miller 1992; citing Kinsman Jones Matus and Schum 1976 Patient variable supporting chronic illness) เป็นแนวคิดสำหรับใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ของอำนาจของความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา การตระหนักรู้ภายในตนคือ

ความสามารถที่จะค้นหาและประเมินภาวะทางกายและจิต เพื่อนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการและดำรงไว้ซึ่งความสมดุลทางจิต (Miller 1992; citing Miller 1982 Categories of self-care needs of ambulatory patient with diabetes) อันเป็นการพัฒนาความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเองและมีการรับรู้อย่างถูกต้องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ เช่น การที่ร่างกายเกิดการอ่อนเพลีย เจ็บปวด ความอยากอาหาร การขับถ่าย อารมณ์ ความกดดัน โกรธ เก็บกด ความรู้สึกผิดและสภาวะทางกายและจิตอื่นๆ

การตระหนักรู้ภายในตนยังหมายถึง การรับรู้ผลลัพธ์ของการรักษาที่พึงปรารถนา และการประเมินตนเอง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง (Congestive Heart Failure) ที่ได้รับยาขับปัสสาวะที่มีการจดบันทึกน้ำหนักของตนอย่างสม่ำเสมอ เมื่อพบว่าน้ำหนักของตนเพิ่มขึ้นเกิน 1 กิโลกรัม ก็จะรู้ว่านี่คือสัญญาณอันตรายที่ต้องรีบไปพบแพทย์โดยที่ไม่จำเป็นต้องรอนจนถึงเวลานัดจนเกิดภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress) การที่ผู้ป่วยไวต่อการเปลี่ยนแปลงในอาการต่างๆ ของร่างกายและตอบสนองต่อการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมที่จะควบคุมอาการและหลีกเลี่ยงภาวะวิกฤต

6. แรงจูงใจ (Motivation)

ทฤษฎีแรงจูงใจ (The Theory of Motivation) ของดีซี (Miller 1992; citing Deci 1976. Intrinsic motivation) อยู่บนพื้นฐานของสมรรถนะและการพิจารณาตนเอง (Self-determination) สมรรถนะ หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะจัดการอย่างมีประสิทธิภาพกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งไม่เพียงแต่ให้บรรลุความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น อาหารและความสุขสบายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความรู้สึกถึงประสิทธิภาพอีกด้วย (Miller, 1992)

ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แรงจูงใจมีความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพ ส่งเสริมบทบาททางสังคมและการทำงาน และพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเองที่จะกล้าเสี่ยง แรงจูงใจมีส่วนช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา

7. ระบบความเชื่อ (Belief system)

ระบบความเชื่อของบุคคล ความเชื่อในแผนการรักษา ความเชื่อในเจ้าหน้าที่สุขภาพและความเชื่อในตนหรือความเชื่อมั่นในความสามารถในตน รวมถึงความเชื่อในพระเจ้า ศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยสร้างความเข้มแข็ง และความสามารถในการจัดการกับความเครียดและเอาชนะต่อปัญหา เคนส์ (Miller 1992; citing Kraines 1948. The theory of neuroses and psychoses) เสนอว่าถ้าผู้ป่วยมีความเชื่ออย่างแรงกล้าต่อผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้ แฟรงค์ (Miller 1992; citing Frank 1975 Persuasion and healing) อธิบายว่า ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการรักษามีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการรักษา

ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง แต่ละคนอาจมีความพร้อมของแหล่งพลังอำนาจมากขึ้น แตกต่างกันไป แต่ถึงอย่างไรองค์ประกอบของแหล่งพลังอำนาจที่เหลืออยู่ ผู้ป่วยสามารถที่จะพัฒนาให้พลังอำนาจเข้มแข็งขึ้นมาได้ ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงต้องการกลวิธีในการจัดการเพื่อทดแทนแหล่งพลังอำนาจที่พร่องไปและสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เหลือ เช่น ความหวังและอัตมโนทัศน์เชิงบวกโดย เฉพาะ อย่างยิ่งการนับถือตนเองขึ้นมา (Miller, 1992)

ความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจส่งผลต่อความเข้มแข็งของพลังอำนาจในผู้ป่วย และความเข้มแข็งของพลังอำนาจนำไปสู่ความสามารถของผู้ป่วย ในการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ความเข้มแข็งทางกายภาพช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วย ความเข้มแข็งทางจิตช่วยในการดำรงความคิดทางด้านบวก ป้องกันความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกหมดหวัง การสนับสนุนทางสังคม ช่วยผู้ป่วยให้ได้การรับการดูแล ในภาวะที่ผู้ป่วยต้องการพึ่งพาหรือช่วยเหลือ ซึ่งรวมถึงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อัตมโนทัศน์เชิงบวกช่วยผู้ป่วยในการรับรู้เกี่ยวกับตนเองว่าความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลสุขภาพอยู่ในตนเองและเกิดความพยายามที่จะกำจัดอิทธิพลของการเจ็บป่วยที่มีต่อความเข้มแข็งของพลังงานช่วยในการฟื้นฟูสภาพทางกายภาพ การจัดการกับความต้องการประจำวัน รวมถึงการจัดการกับความเครียด การเรียนรู้ การทำงานและกิจกรรมต่างๆ ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญาช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมและบรรเทาความรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องมาจากการกระทำ แรงจูงใจ ส่งเสริมความเชื่อมั่นในตัวของผู้ป่วยที่จะกระทำการใดๆ เพื่อสุขภาพของตนและช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา และสุดท้ายคือความเชื่อมีผลต่อความคาดหวังที่มีต่อการเจ็บป่วย เหล่านี้คือองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคล ในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพของชีวิต เพื่อให้เขามีอำนาจในการตัดสินใจเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความรู้สึกมั่นใจ เป็นตัวของตัวเอง รู้สึกว่าชีวิตมีค่า สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 องค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากการศึกษาแนวคิดและการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่างๆสามารถสรุปกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยได้ดังนี้

Funnell et al. (1991) กล่าวว่ากระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

1) ข้อมูลและการให้ความรู้ (Information and Education) ได้แก่ ความรู้ที่พอเพียงต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผล การควบคุมแหล่งทรัพยากรที่พอเพียงต่อการลงมือปฏิบัติตามที่ตัดสินใจและประสบการณ์ในการประเมินประสิทธิภาพของการตัดสินใจ

2) ความรู้ (Knowledge) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะได้รับการตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับคุณค่า ความต้องการ เป้าหมายและแรงบันดาลใจในตนเอง ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพและความผาสุก มีความรู้ ทักษะ ทักษะคิด และการตระหนักรู้ในตนเองที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมและการแสดงออกของบุคคลซึ่งมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

Hawkes (1992) กล่าวว่าองค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะความตั้งใจที่ยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และ รับผิดชอบมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจ สิ่งที่ต้องคิดก่อน คือ ความไว้วางใจ ความจริงใจ ความซื่อสัตย์ เปิดเผย ทักษะส่วนบุคคล ทักษะในการสื่อสาร การเคารพซึ่งกันและกัน กระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจได้แก่ การสื่อสารที่เปิดเผย การตั้งเป้าหมายและตัดสินใจร่วมกันการใช้พฤติกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดสิ่งแวดล้อม เครื่องมือและแหล่งทรัพยากรที่จำเป็น ส่วนผลลัพธ์ คือ เพิ่มความสามารถและประสิทธิภาพในการกำหนดและดำเนินให้บรรลุเป้าหมายสำหรับแต่ละบุคคล

2) พยาบาลที่มีคุณลักษณะการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและใช้ทักษะของวิชาชีพ สิ่งที่ต้องคิดก่อนทำ คือ การยอมรับในคุณค่าของบุคคลอื่น การยอมรับบุคคลอย่างที่เขาเป็นส่วนผลลัพธ์ คือ ความพึงพอใจกับการเติบโตของตนและผู้อื่น

Gibson (1995) กล่าวว่าสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความมุ่งมั่น ทุ่มเท ความรัก และความผูกพัน โดยใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิด การดำเนินการด้วยตนเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนผลลัพธ์คือความสามารถในการมีส่วนร่วมโดยพัฒนาทางด้านความรู้ความสามารถในการดูแล พัฒนาความเชื่อมั่นในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผลต่อเนื้อคือ เป้าหมายและความหมายในชีวิตการพัฒนาตนเอง ความพึงพอใจ และการรับรู้ความสำเร็จ

Suk Bling (1998 อ้างถึงใน สรินทร เชื้อวโสธร, 2546) กล่าวว่า คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย กระบวนการสร้างแรงจูงใจ กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ การแสวงหาความรู้ ทักษะและกระบวนการของการปรับเปลี่ยนความคิด สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อนคือการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความมุ่งมั่น ทุ่มเท รับรู้ถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ ความสนใจ และความหวังโดยมีกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ

1. การค้นหาสิ่งกระตุ้นความเครียด ความสนใจ และจุดแข็งได้แก่ การค้นหาเป้าหมายและความสนใจของผู้ป่วยจากทัศนะของผู้ป่วย ลดปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็งของผู้ป่วยและปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคล

2. เอื้ออำนวยการปรับเปลี่ยนความคิด ได้แก่ กระตุ้นให้เกิดความมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ช่วยผู้ป่วยในการต่อรองต่อเป้าหมายใหม่ เอื้ออำนวยให้เกิดทัศนคติทางบวกและสร้างความหวัง

3. เพิ่มแหล่งทรัพยากร ได้แก่ สร้างเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล การใช้กระบวนการกลุ่มสนับสนุนกันเอง เอื้ออำนวยการสื่อสารระหว่างสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วย เพิ่มแหล่งทรัพยากรทางกายภาพ เอื้ออำนวยให้เกิดความรู้และทักษะ สนับสนุนการตัดสินใจและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบ่งเป็น ผลลัพธ์ที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความหมายแก่ชีวิตและการมีความหวัง ความเชื่อมั่น ความรู้ และทักษะ การมองโลกในแง่ดี ผลต่อเนื้อที่มีต่อพฤติกรรม ได้แก่ ความมุ่งมั่นผูกพันต่อการรักษาพยาบาล การปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และความผาสุกทางจิต

องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ สรุปได้ 4 ประเด็น (คาร์ณี จามจุรี, 2545) คือ

1) คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่

- เจ้าหน้าที่สุขภาพใช้ทักษะวิชาชีพที่สำคัญ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะการใช้อำนาจในการรักษาพยาบาลในทางบวก
- ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ หน้าที่ความรับผิดชอบ และการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจ
- การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการที่บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพและมีความรับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพตนเอง ขณะเดียวกันที่เจ้าหน้าที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้ป่วยไม่ควรมองข้ามอิทธิพลของสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย

2) สิ่งที่เกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาล ได้แก่ การให้ความเคารพต่อความเชื่อค่านิยม ประสบการณ์ของบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความเชื่อในความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจการยอมรับในหน้าที่และการกระทำของผู้ป่วย ความมุ่งมั่นทุ่มเท ที่มีร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วยในการกระทำที่เกิดขึ้นในอนาคต

3) กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (The Process of Empowerment) จากการทบทวนองค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน

ขั้นที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ มีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทางด้านความคิด ด้านอารมณ์ และด้านพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนให้คืนสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ และการรับรู้ของพยาบาลเป็นเครื่องมือ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) สอดคล้องกับ Miller(1992) ที่กล่าวว่า การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการเป็นการสนับสนุนทางสังคมชนิดหนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้ได้รับการดูแลในภาวะที่ต้อง การการพึ่งพา หรือการช่วยเหลือทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสมกับบุคคลอื่น

ขั้นที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่พยาบาลช่วยให้ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง (Gibson , 1995) ซึ่งถือเป็นความคิดที่มีต่อตนเองในด้านบวก

และช่วยลดความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อตนเองได้ โดยการสนับสนุนให้ประเมินครรถองชีวิตของตนเองตามทักษะ ว่ามีมุมมองอย่างไรต่อสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง อะไรที่ชอบอะไรที่ไม่ชอบเกี่ยวกับสภาพปัญหานั้น มีความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงอะไรที่เกี่ยวกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือไม่ รวมทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ยอมรับหรือตระหนักรู้กับสภาพของตนเองได้ตามความเป็นจริง (Miller, 1992) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การที่มีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้านการตระหนักรู้ในตนเองนั้น เกิดจากการที่บุคคลสามารถค้นหาและประเมินภาวะกายและจิตใจของตนเองได้ตามความเป็นจริงซึ่งจะช่วยให้ได้ความรู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง

ขั้นที่ 3 การสะท้อนความคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นการช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือก โดยการพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ๆ ที่ช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างเหมาะสม (Gibson, 1995) จึงอาจกล่าวได้ว่า ขั้นตอนการสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณมีความสำคัญและสามารถนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหานั้น (สายฝน เอกวรากุล, 2542) และยังเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ได้พัฒนาความรู้สึกร่วมที่พลังที่จะใช้ในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การจัดการกับความต้องการประจำวัน การจัดการกับอารมณ์และความเครียด (Miller, 1992) รวมถึงการควบคุมตนเองหรือควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ (คารณิ จามจรี, 2545)

ขั้นที่ 4 การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และเพิ่มแหล่งทรัพยากร เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาและการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความต้องการ ข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรสำหรับการดำเนินชีวิต มีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของแผนที่ได้ตั้งไว้ (คารณิ จามจรี, 2545) การที่พยาบาลให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับปัญหาจะช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการตัดสินใจ และตระหนักถึงทางเลือกในการจัดการกับปัญหาได้โดยไม่ยอมแพ้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2532; Miller, 1992)

ขั้นที่ 5 ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมที่พยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วยดำเนินการตามแผนเพื่อแก้ไขปัญหานั้น หรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเองตามที่ตนเองได้ตัดสินใจเลือกวิธีที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งการแสวงหาแนวทางในการแก้ปัญหานั้นของผู้รับบริการจะต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไข (พนารัตน์ เจนจบ, 2542) ว่า 1) ต้องเป็นวิธีที่สามารถแก้ไขปัญหานั้นให้กับตนเองได้ 2) ไม่ขัดกับการรักษาของทีมสุขภาพ 3) ได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเอง 4) เป็นแนวทางที่ผ่านการปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ และ 5) เป็นวิธีที่ผู้รับบริการคนอื่น ๆ สามารถนำไปใช้ได้ เมื่อผู้รับบริการสามารถดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ได้ด้วยตนเอง จะช่วยให้รับรู้ถึงความสามารถ ศักยภาพทางด้านร่างกายและอำนาจที่จะใช้ในการควบคุมสถานการณ์บางอย่างได้ ซึ่งจะนำไปสู่การมองเห็นคุณค่าและการนับถือตนเองเพิ่มขึ้น

ขั้นที่ 6 การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจของผู้ป่วย เมื่อได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากพยาบาลตามขั้นตอนต่าง ๆ ข้างต้น จนกระทั่งผู้ป่วยรับรู้และตระหนักถึงความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้แล้ว ผู้ป่วยจะกระทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลและควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ด้วยตนเองได้มากขึ้น (พนารัตน์ เจนจบ, 2542) ตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพเพื่อสุขภาพของตนและบุคคลในความดูแลของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่องอีกด้วย (Gibson, 1995)

4) ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ

- การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้กันมากในการอธิบายลักษณะ และความเชื่อที่สะท้อนความรู้สึกรู้สึกของการควบคุม หรืออิทธิพลของบุคคลที่จะเคารพต่อพฤติกรรมที่แสดงออกที่หลากหลาย รวมถึงการควบคุมตนเอง และประสิทธิภาพในตน (Zimmerman, 1995) โดยอธิบายภาพรวมของผลลัพธ์ ได้แก่ การนับถือตนเอง (Self-esteem) ความสามารถในการควบคุมตน (Personal control) และความสามารถในตน (self-efficacy)

- การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นความรู้และทักษะ ที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถและปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคล ความสามารถของบุคคล ลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะ ความคิด ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์และกิจกรรมรวมกลุ่ม เป็นคำที่ใช้อธิบายการกระทำของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Suk Bling, 1998)

- การมีสุขภาพที่ดี (Well-being) เป็นสภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทาง ร่างกาย จิตใจ สังคม บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีได้แม้ว่าจะอยู่ในภาวะเปราะบางทางสุขภาพหรือการเจ็บป่วย (Orem, 1995) การมีสุขภาพที่ดี หมายถึง การยอมรับตามสภาพการเจ็บป่วยตรงตามความเป็นจริง เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตของตนเองได้ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ และเชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย (จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ, 2539)

สรุปว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่มุ่งเน้นความรู้ ทักษะ โดยการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคลความสามารถของบุคคล คุณลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะ ความคิด ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์และกิจกรรมกลุ่ม รวมถึงการช่วยให้บุคคลยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตามความเป็นจริงและทำความเข้าใจให้ถูกต้องตามข้อมูลข่าวสาร

3.4 บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท จะเกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายที่กำหนด พยาบาลที่ปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะต้องทราบถึงบทบาทของตนดังนี้

1) บทบาทในฐานะผู้เอื้ออำนวย ความสะดวก ให้การสนับสนุนทรัพยากรสำหรับผู้ป่วย เพื่อการจัดการกับปัญหาและการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ

2) บทบาทในฐานะผู้ช่วยเหลือในการเปลี่ยนแปลง จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจแนวคิดของการเปลี่ยนแปลง เป็นแหล่งข้อมูลต่างๆ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตและนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) บทบาทในฐานะผู้ช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนความคิด และทัศนคติที่มีต่อปัญหาและสภาวะสุขภาพของตนเอง บทบาทของพยาบาลนี้ในระหว่างกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนหรือความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือสิ่งที่เคยทำอยู่ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้รับบริการดำเนินการต่อไปจนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

4) บทบาทในฐานะผู้ให้คำปรึกษา ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกและความเข้มแข็งทางด้านจิตใจลดลง พยาบาลจะต้องส่งเสริมให้กำลังใจ สร้างความเชื่อมั่นในตัวเอง

5) บทบาทในฐานะผู้ให้ความรู้ และเป็นแหล่งข้อมูลความรู้ ในการให้ข้อมูลเพื่อประกอบในการตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติตนเพื่อสภาวะสุขภาพของตนเอง

6) บทบาทในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ พยาบาลจะต้องเป็นผู้พิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม มีอาการจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน อยู่ในชุมชน ให้ผู้ป่วยเสมือนมีสิทธิในความเป็นบุคคลเหมือนบุคคลทั่วไป

3.5 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ คาร์ณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยของเศรษฐพงศ์ บุญหมั่น (2548) มาพัฒนารูปแบบเพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยมีกิจกรรม 5 ขั้นตอน ได้แก่

1. การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือ และค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี (คาร์ณี จามจรี, 2544) เป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงการรับผิดชอบ ตัดสินใจและสร้างแรงจูงใจในการเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Gibson, 1995) ซึ่งแรงจูงใจเป็นหนึ่งในแหล่งพลังอำนาจที่สามารถสร้างเสริมให้เกิดขึ้นได้ (Miller, 2000) และเป็นการประเมินการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยตามทัศนะของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลทราบภาพรวมโดยทั่วไปของ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน ตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง สนใจดูแลตนเอง

2. การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพยายาม ทบทวนเหตุการณ์รอบด้านของตนเอง เพื่อการตัดสินใจและวางแผน การจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีพลังและความสามารถในการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ขั้นตอนนี้จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยกลับมามองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในแง่มุมมองต่าง ๆ และยังเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ได้พัฒนาความรู้สึกรวมพลังที่จะใช้ในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การจัดการกับความต้องการประจำวัน การจัดการกับอารมณ์และความเครียด (Miller, 2000) รวมถึงการควบคุมตนเองหรือควบคุมเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ (ดารณี จามจรี, 2545) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น

3. การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และเพิ่มแหล่งทรัพยากร โดยการสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ ทักษะ แหล่งทรัพยากรและสร้างแรงจูงใจ ส่งผลต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผลและเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษา และความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงจากยา (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536 ; ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540 ; จารุวรรณ จินตมวงคล, 2541) เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจ จึงเชื่อว่าการสนับสนุนให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษาและความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงจากยา จะส่งผลต่อการเพิ่มพลังอำนาจและความสามารถในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทได้

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง เป็นการกระทำการแก้ปัญหา ดำเนินการด้วยตัวเอง ใช้ความรู้และทักษะต่างๆตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด นำไปสู่เป้าหมาย (พนารัตน์ เจนจบ, 2542) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางบวกมากขึ้น (ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) จะช่วยให้รับรู้ถึงความสามารถศักยภาพ ทางด้านร่างกายและอำนาจที่จะใช้ในการควบคุมสถานการณ์บางอย่างได้ ซึ่งจะนำไปสู่การมองเห็นคุณค่าและการนับถือตนเองเพิ่มขึ้น

5. การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลได้กระทำอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ของตนเองมากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกรวมพลังถึงความสำเร็จของตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง การรับรู้ถึงการพัฒนาตนเอง การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต ตลอดจนมีความรู้สึกเป็นอิสระ ปลอดภัยมั่นคงในชีวิต รับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากสังคม

แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการศึกษาครั้งนี้ สามารถเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจ พยาบาลพึงระลึกเสมอว่า ผู้ป่วยต้องเป็นผู้

ตัดสินใจเลือกแนวทางในการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ที่เหมาะสมสำหรับตนเอง และด้วยตนเอง พยาบาลจะต้องแสดงบทบาทในการเป็นผู้สนับสนุนด้านความรู้ ผู้ให้คำปรึกษา และผู้กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจใน 3 ระยะคือ การประเมินความพร้อม การเปลี่ยนแปลงและการผสมผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิต สุขภาพเป็นเรื่องที่แต่ละบุคคลต้องรับผิดชอบตนเอง แพทย์และพยาบาลมีหน้าที่ในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพ การพัฒนาความต้องการการตอบสนองความต้องการของชีวิตนั้น จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับศักยภาพของบุคคล บุคคลต้องเสริมสร้างพลังอำนาจให้ตนเอง บุคลากรทางสุขภาพ จะช่วยเหลือโดยการกระตุ้นให้บุคคลใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด รับรู้สมรรถนะ และความสามารถของตนเองในการควบคุมตนเอง

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Suk Bling (1998) ได้ทำการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชาวจีนและบทบาทของกลุ่มสนับสนุนกันเอง คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย (1) กระบวนการสร้างแรงจูงใจ (2) กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ (3) กระบวนการของการแสวงหาทักษะและความรู้ (4) กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิด ซึ่งแต่ละกระบวนการมีความเกี่ยวข้องกัน และตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย การให้ความหมายต่อชีวิต ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ และความคิดทางบวก จากการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลองทำให้ได้ผลลัพธ์ที่มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมในด้านการให้ความหมายต่อชีวิต ความหวัง ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ การยอมรับความเจ็บป่วยและความคิดทางบวก รวมถึงความผาสุกทางจิต

จารุวรรณ จินดามงคล (2541) ได้ทำการศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภท สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม และความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ไพบรียทิพย์ กสิพันธ์ (2541) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 36 คน เป็นกลุ่มทดลอง 18 คน กลุ่มควบคุม 18 คน ภายหลังได้รับการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแล

ตนเองหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับการทดลอง และคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

พรทิพย์ ธรรมวงศ์ (2541) ศึกษาผลการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทชายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้ดูตัวแบบสัญลักษณ์ พบว่า คะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองกลุ่มทดลองหลังการทดลองมากกว่าคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองก่อนการทดลอง

พวงเพ็ญ เจียมปัญญารัช และคณะ (2542) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 117 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ทั้งชายและหญิง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลางในด้านอากาศ อาหาร น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อน และนันทนาการ การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่าง ๆ และอายุและจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 61.6 อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 37.6 พฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน ได้แก่ ด้านความสะอาดร่างกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่าง ๆ อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านอาหาร อากาศ น้ำ ด้านการพักผ่อนนันทนาการ และการออกกำลังกาย และด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง

สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ศึกษาวิจัยผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุนันท์ ทรงจรินทร์ (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา วัดอุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด

ไว้ โดยใช้แนวความคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับ โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

อัญชติ ศรีสุพรรณ (2545) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อ ความสามารถในการดูแลตนเองและพฤติกรรมทางลบของผู้ป่วยจิตเภท มีกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่ม ควบคุม 20 คน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจับคู่กันตามคะแนนอาการทางลบ กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผล การศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบ องค์รวมสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม อาการทางลบของผู้ป่วยหลังได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบองค์ รวมน้อยกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม และความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของกลุ่ม ทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สัมพันธ์ มณีรัตน์ (2546) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและ สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยจิตเภทก่อนกับหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และ เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ พบว่า โปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุภาวดี ชุ่มจิตต์ (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแล เด็กออทิสติกของบิดามารดา กลุ่มตัวอย่างคือ บิดา มารดาเด็ก ออทิสติก ที่ได้รับการรักษาแบบ Day care ที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 20 คน ผลการทดลองพบว่า คะแนน เฉลี่ยภาระการดูแลเด็กออทิสติกของบิดามารดาหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำ กว่าก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ยุวดี วงษ์แสง (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีกลุ่ม ทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน จับคู่ตามระยะเวลาการเจ็บป่วย กลุ่มทดลองได้รับการดูแล ตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ศิริวรรณ พอนบุญ (2548) ได้ทำการศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการ ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอ

บางพลี จังหวัดสมุทรปราการ โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล จำนวน 20 ครอบครัว พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

เศรษฐพงศ์ บุญหมั่น (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 คน ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจดีกว่าหลังได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการศึกษา

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท

ประกอบด้วย 5 กิจกรรมคือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือ และค้นหา
สถานการณ์จริงของผู้ป่วย

- สร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิก
- รวบรวมแหล่งพลังอำนาจ

กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์

- วางแผน เป้าหมายในกิจกรรม

กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุน เอื้ออำนวย ความรู้ทักษะและเพิ่ม
แหล่งทรัพยากร

- ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวตามแผนรักษา

กิจกรรมที่ 4 ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 5 การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง

- การพัฒนาการรู้จักตนเอง
- การติดต่อสื่อสารที่มี
ประสิทธิภาพ
- การใช้เวลาว่างที่มี
ประสิทธิภาพ
- การเตรียมการเผชิญปัญหา
- การดูแลตนเองโดยทั่วไป