บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้บ่อยประมาณ ร้อยละ 1 ของประชากรทั่วไป โรคนี้พบในคนทุกเชื้อชาติในอัตราที่ใกล้เคียงกัน (สมภพ เรืองตระกูล, 2542 : อรพรรณ ทองแตง, 2544 : และเธียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2542) ในสหรัฐอเมริกา ช่วงเวลา 1 ปีมีประชากรมารับการรักษาด้วยโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 0.025 - 0.05 (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994) โรคจิตเภทจึงเป็นโรคที่มีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโรงพยาบาลจิตเวช เพราะประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ในขณะที่อีกประมาณร้อยละ 60 – 70 ของผู้ป่วยในที่ยังไม่จำหน่ายก็เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทเช่นเดียวกัน (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) จากสถิติของกรมสุขภาพจิต พบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต เมื่อปีงบประมาณ 2548 ที่ผ่านมามีจำนวนถึง 37,871 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2549)

โรคจิตเภทมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง และไม่หายขาด ใช้ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนาน ลักษณะอาการเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปจนกระทั่งมีอาการรุนแรง จนในที่สุดทำให้เกิดความเสื่อมลงในด้านต่าง ๆ และเมื่อเป็นโรคนี้ผู้ป่วยจะไม่หายขาดเหมือนเดิม (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ซึ่งผลกระทบจากการเจ็บป่วยอย่างเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยสูญเสียบุคลิกภาพที่ดี สูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปมด้อย ขาดความมั่นใจในตนเอง คุณค่าในตัวเองลดลง เสียความรู้สึกด้านบวกต่อตนเองเพราะต้องพึ่งพาและเป็นภาระของผู้อื่น (สิรพัชร รัตแพทย์, 2535) ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำเป็นต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลกระทบต่ออาชีพการงานที่ผู้ป่วยเคยทำอยู่ ผู้ป่วยบางคนต้องออกจากงานหรือเปลี่ยนอาชีพให้เหมาะสมตนเอง ฐานะการเงินลดลง ในครอบครัวผู้ป่วยอาจไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอย่างเหมาะสมได้ (ปรียนันท์ สละสวัสดิ์, 2546) ผลกระทบเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันไป (Underwood, 1990 อ้างในพวงเพ็ญ ปัญญารัตน์ และคณะ, 2542)

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ซึ่งมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอย่างน้อย 2 ปี (ไพรัตน์ พฤกษชาติคุณากร, 2534) แต่จากการศึกษาติดตามผู้ป่วยในระยะเวลา 5 ปี พบว่า ภายหลังที่ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 25 จะยังคงมีพฤติกรรมแยกตัวเอง ไม่ทำกิจกรรมใด ๆ บกพร่องในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมช สุคนิชย์, 2539) แต่ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 5 ปี

มีโอกาสหายเป็นปกติได้ (Bleuler อ้างใน ภัทรา ถิรลาภ, 2530) ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ และมีการปรับตัวต่อการดำเนินโรค ซึ่งมีการเจ็บป่วยที่ยาวนานและมีโอกาสหายขาดได้น้อย ผู้ป่วยขาดความสนใจในการรักษาความสะอาดร่างกาย ขาดความสนใจด้านสุขภาพ ด้านการเรียน การทำงาน ชอบแยกตัวอยู่ตามลำพัง ใช้สารเสพติด (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) นอกจากนั้นลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังยังมีปัญหาในการดูแลตนเองอย่างมาก (รัชนี ศรีหิรัญ, 2544) ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในเรื่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การจัดเตรียมอาหาร ไม่สนใจรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การนอนหลับพักผ่อน (เพลิน เสี่ยงโชคอยู่, 2548) ด้านการรับประทานยา ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้แต่ยังไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะเรื่องการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา ผู้ป่วยมักหยุดยาเองจากสาเหตุหลายประการ เช่น ไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตได้ บางรายขาดความรู้โดยเชื่อว่าเมื่อตนเองอาการดีขึ้นแล้วไม่ต้องรับประทานยาต่อและเกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยา (สรินธร เชี่ยวโสธร, 2545; อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545; กาญจนา ชัยเจริญ, 2547; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547)

ปัจจุบันแนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเภทของกรมสุขภาพจิตเน้นการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาสั้น ๆ เพื่อควบคุมอาการให้ผู้ป่วยสงบลง ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่นเท่านั้น (จันทรา ธีระสมบูรณ์, 2543) เน้นการดำเนินชีวิตในชุมชน โดยถือว่าการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาน ๆ จะทำให้เกิดผลเสียต่อการดำรงชีวิตเดิมของผู้ป่วย (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัวและชุมชนขณะที่ยังไม่พร้อมในการดูแลตนเอง ไม่สามารถดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลได้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ เบื่อหน่าย จนกระทั่งปฏิเสธหรือทอดทิ้งผู้ป่วยได้ (จารุวรรณ จินดามงคล, 2541; นพรัตน์ ไชยชำนิ, 2544; สมคิด ตรีราภี, 2545; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547)

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ และมีการปรับตัวต่อการดำเนินโรคที่เรื้อรังและมีโอกาสหายขาดได้น้อย การรักษาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยจิตเภทสี่รายจะมีหนึ่งรายเท่านั้นที่จะฟื้นคืนสู่สภาพเดิม (Torgalsboen, 1999) นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องปรับตัวในการดำเนินชีวิตจากบทบาทหน้าที่ที่เคยปฏิบัติอยู่ ต้องดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต การดำเนินชีวิตในสังคม การเผชิญปัญหา จากการศึกษาเบื้องต้นถึงลักษณะผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย พบว่าผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมดีขึ้น สามารถประกอบอาชีพการงานได้ระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ไม่นานก็จะมีอาการกำเริบต้องกลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2542ก) โดยเฉพาะหลังจำหน่ายในระยะแรก ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากการดำเนินชีวิตในโรงพยาบาลที่มีแพทย์ พยาบาลให้การดูแล

ช่วยเหลือ สู่การดำเนินชีวิตในชุมชนที่ต้องรับผิดชอบการดูแลตนเองทั้งหมด โดยเฉพาะ 2 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เนื่องจากเกรงว่าจะไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ถ้าปราศจากการดูแลช่วยเหลือจากโรงพยาบาล (จินดารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ, 2542)

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง และช่วยเพิ่มพูนศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังออกจากโรงพยาบาล จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และแก้ไขความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และยังช่วยลดภาระแก่ครอบครัว สังคม แต่จากการศึกษาของ Clary, Dever & Schweizer (1992) ถึงเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยาในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 253 คน ร้อยละ 63 มีความรู้สึกว่าตนเองมีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องยาที่จะต้องรับประทานเพียงเล็กน้อยเท่านั้น และร้อยละ 37 ไม่ทราบอะไรเกี่ยวกับเรื่องยาเลย ถึงแม้ว่าจะได้รับความรู้จากการเข้ากลุ่มและการสอนเป็นรายบุคคลแล้วก็ตาม อาจเนื่องมาจากความแตกต่างด้านระดับอาการเจ็บป่วย ระดับการศึกษา และอายุของกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานอาจทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดน้อยลง จากการศึกษาของพวงเพ็ญ เจียมปัญญารัชและคณะ (2542) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยามีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเมื่อต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานาน ๆ ทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่ายในการดูแลตนเอง รู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจ คิดว่าตนเองไม่มี สมรรถภาพในการทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลง สูญเสียการควบคุมด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ไม่มีพลังอำนาจในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ซึ่งร่างกายเป็นแหล่งพลังอำนาจทางด้านพลังงานและความเข้มแข็งทางกายภาพ (Miller, 2000) และเมื่อผู้ป่วยต้องถูกควบคุมจากบุคคลอื่น ขาดความรู้ในโรคที่ตนเองเป็นอยู่ และขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับอำนาจในตนเองลดลง ขาดแหล่งพลังอำนาจส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ (Miller, 2000) ซึ่งในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก็มีลักษณะเช่นเดียวกัน ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บกพร่อง ตามแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจเชื่อว่าเกี่ยวข้องกับแหล่งพลังอำนาจในตัวเองลดลงทำให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ (Carpenito,1991) จากการศึกษาของทศพร พัฒนนิรมาน (2532) พบว่า จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กันภาวะไร้พลังอำนาจของผู้ป่วย และการศึกษาของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2531) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีภาวะไร้พลังอำนาจสูง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมของตนเองได้ และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เกิดภาวะไร้ซึ่งพลังอำนาจ (ชมพูนุท ศรีวิชัย, 2544)

การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยเกิดได้จากการขาดความรู้ ซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจหนึ่งของผู้ป่วย (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) การดำเนินของโรคจะส่งผลต่ออัตมโนทัศน์ ความเข้มแข็งทางกายภาพ ระบบความเชื่อและแรงจูงใจของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจในตนเองในการควบคุมสถานการณ์ รวมทั้งไม่กล้าซักถามข้อมูล ทำให้เกิดความเก็บกด ซึมเศร้า การขาดความรู้ความเข้าใจ ซึ่งเป็นการสูญเสียพลังอำนาจ (Miller, 2000) แหล่งของอำนาจตามแนวคิดของ Miller (2000) มี 7 แหล่ง คือ 1) พลังงาน 2) แรงจูงใจ 3) ระบบความเชื่อ 4) อัตมโนทัศน์เชิงบวก 5) ความอดทนทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม 6) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา และ 7) ความเข้มแข็งทางกายภาพ ซึ่งเชื่อว่าการสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาแหล่งเสริมสร้างพลังอำนาจนั้น จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น (ดารณี จามจุรี, 2544) โดยอำนาจที่สามารถพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพได้นั้น ประกอบด้วย แรงจูงใจ ความหวัง การสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้ พฤติกรรมของทีมสุขภาพ ทัศนคติต่อโรคที่เป็นอยู่และการยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้สามารถจัดการกับการเจ็บป่วยได้ (Stapleton, 1997)

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพื้นฐานความเชื่อที่มุ่งเน้นการนำศักยภาพทางสติปัญญาและพลังในบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2539) การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเป็นการเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสกำหนดแนวทางในการดูแลควบคุมสุขภาพร่วมกับทีมการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในจุดแข็งสามารถสร้างทางเลือกสำหรับการดูแลสุขภาพและพัฒนาแหล่งพลังอำนาจนั้น นอกจากนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการกระทำให้บุคคลรู้สึกมั่นใจ มั่นคง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและการกระทำภารกิจให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง บุคคลต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ได้รับการยอมรับสนับสนุนส่งเสริมและมีอิสระในการตัดสินใจกระทำ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2541)

การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่า มีความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น และได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข หากผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้เอง รับประทานยาสม่ำเสมอ ปรับตัวและแก้ปัญหาของตนเองได้นั้น จะทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างเสมอภาคกับผู้อื่น แต่หากผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้นั้นจะทำให้ครอบครัวและชุมชนรู้สึกเป็นภาระที่ต้องรับผิดชอบดูแล สร้างความเบื่อหน่ายให้กับครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ถูกล้อเลียน ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจในตนเองหรือรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นการรับรู้ว่าตนมีความสำคัญ มีความสามารถ มีความสำเร็จ มีประโยชน์ต่อสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือการรับรู้การประเมินของบุคคล

อื่นที่มีต่อตนเอง โดยคำพูดหรือการแสดงออกทางพฤติกรรม (Coopersmith's อ้างใน ภาวินี ธนบดีธรรมจารี, 2540) ถ้าบุคคลใดประสบเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่าตนเองหมดความสามารถ ไม่มีประโยชน์ และเหตุการณ์นั้นมีอิทธิพลต่อชีวิตตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะลดลง ผลที่ตามมาคือ ขาดความมั่นใจในตนเอง มีการรับรู้น้อยลง อ่อนไหวง่ายต่อการวิพากษ์วิจารณ์ หลีกเลี่ยงการพบปะผู้อื่น หรืออาจเบี่ยงเบนความเป็นจริง (Taylor Kozier,Erb & Bufalino อ้างในภาวินี ธนบดีธรรมจารี, 2540) ซึ่งในผู้ป่วยจิตเวชส่วนหนึ่งจะมีปัญหาในความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง อาจส่งผลให้ความมั่นใจในตนเองลดลงได้ ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาตนเองโดยการเสริมสร้างกำลังใจ มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมองโลกในแง่ดีและใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองและสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมต่อไปได้

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน ให้บริการทั้งในด้านการส่งเสริม รักษา ฟื้นฟู มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2549 พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้ในแผนกผู้ป่วยใน 4,220 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 2,324 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.07 (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2549) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเก่าที่เคยเข้ารับการรักษามาแล้ว ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้ต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานานคือ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ปัญหาการปรับตัว การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง การขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษาที่ถูกต้อง ขาดผู้ดูแลที่เหมาะสม กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาความขัดแย้ง การสื่อสารกับครอบครัว ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยจะใช้วิธีการในการแก้ปัญหาด้วยวิธีที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในที่สุด (เพชรี ดันธสายบัว, 2544) ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาส่วนใหญ่เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 6 – 10 ปี และเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้ง (ปรียนันท์ สละสวัสดิ์, 2546) ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินและการให้การบำบัดรักษาทางการพยาบาล ซึ่งกลุ่มการพยาบาลเป็นหน่วยงานหลักที่ได้มีการพัฒนางานการ ขณะนี้กลุ่มการพยาบาลได้มีการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการพยาบาลองค์รวม (Holistic nursing group) ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ลักษณะของการบำบัดจะใช้กลุ่มกิจกรรมเป็นหลัก โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในด้านต่างๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเข้าสังคม การแก้ปัญหา การคิดโดยใช้เหตุผลตามสภาพความเป็นจริง การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม และการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง แต่ยังพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ยังไม่สามารถดูแลตนเองในชุมชนได้กลับเข้ามารับการรักษาในสถาบันอีกเป็นจำนวนมาก

การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่อาจช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้มากยิ่งขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น มีศักยภาพในการดูแลตนอง มีความมั่นใจที่จะกระทำสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตนเอง สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับสู่ชุมชน และผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามอัตภาพ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีผลต่อการฟื้นหายของผู้ป่วย ผู้ป่วยมักประสบปัญหาการติดต่อสื่อสาร ไม่เข้าใจคำแนะนำของบุคลากร ไม่บอกญาติให้ทราบเมื่อมีอาการเตือน มีปัญหาการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และการปรับตัวเข้ากับญาติและสังคม (พวงเพ็ญ เจียมปัญญารัช และคณะ, 2542) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง ซึ่งจะสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของ Hill & Smith (1990) ที่เชื่อว่า การฟื้นหายของโรคขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละคน

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและรุนแรง มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้เป็นลักษณะเด่น มีการรักษาที่ยาวนาน ส่งผลให้แหล่งพลังอำนาจในตัวเองถูกรบกวน เช่น ขาดความรู้และแรงจูงใจ มีความเชื่อและมีอัตมโนทัศน์เชิงบวกต่อตนเองในทางลบ รู้สึกเป็นปมด้อย ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ ขาดความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วย (Breckman & Austin,1993) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง จึงจำเป็นต้องจัดการกระทำกับปัจจัยดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างปกติสุข ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการศึกษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ สัมพันธ์ มณีรัตน์ (2546), ยุวดี วงศ์แสง (2547) และ เศรษฐพงศ์ บุญหมั่น (2548) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของดารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งนำแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (2000) มาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจใน

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งหลังจากนั้น เศรษฐพงศ์ บุญหมั่น (2548) ได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ ดารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) มาสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสระแก้วราชนครินทร์ โดยในการศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จากเดิม 6 ขั้นตอนเป็น 5 ขั้นตอน เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนเมือง เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต โดยมีโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือ และการค้นหาสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนความคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ 3) การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และเพิ่มแหล่งทรัพยากร 4) การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง และ 5) การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ ในแต่ละขั้นตอนจะนำไปสู่ความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือ และค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี (ดารณี จามจุรี, 2544) เป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงการรับผิดชอบ ตัดสินใจและสร้างแรงจูงใจในการเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งแรงจูงใจเป็นหนึ่งในแหล่งพลังอำนาจที่สามารถสร้างเสริมให้เกิดขึ้นได้ (Miller, 2000) และเป็นการประเมินการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยตามทัศนะของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลทราบภาพรวมโดยทั่วไปของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน ตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง สนใจดูแลตนเอง

2. การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์รอบด้านของตนเอง เพื่อการตัดสินใจและวางแผน การจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีพลังและความสามารถในการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ขั้นตอนนี้จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยกลับมามองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่าง ๆ และยังเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ได้พัฒนาความรู้สึกมีพลังที่จะใช้ในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การจัดการกับความต้องการประจำวัน การจัดการกับอารมณ์และความเครียด (Miller, 2000) รวมถึงการควบคุมตนเองหรือควบคุมเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ (ดารณี จามจุรี, 2545) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น

3. การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และเพิ่มแหล่งทรัพยากร โดยการสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ ทักษะ แหล่งทรัพยากรและสร้างแรงจูงใจ ส่งผลต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผลและเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค

การดำเนินโรค การรักษา และความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงจากยา (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536 ; ทานตะวัน แย้มบุญเรือง. 2540 ; จารุวรรณ จินดามงคล. 2541) เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจ จึงเชื่อว่าการสนับสนุนให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษาและความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงจากยา จะส่งผลต่อการเพิ่มพลังอำนาจและความสามารถในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทได้

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง เป็นการกระทำการแก้ปัญหา การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด (พนารัตน์ เจนจบ, 2542: 29) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางบวกมากขึ้น (ดารณี จามจุรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) จะช่วยให้รับรู้ถึงความสามารถศักยภาพ ทางด้านร่างกายและอำนาจที่จะใช้ในการควบคุมสถานการณ์บางอย่างได้ ซึ่งจะนำไปสู่การมองเห็นคุณค่าและการนับถือตนเองเพิ่มขึ้น

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

เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 5 ขั้นตอนดังกล่าวแล้ว จะช่วยเพิ่มความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจของบุคคล ที่จะส่งผลถึงความสามารถในการดูแลตนเองและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ จากแนวคิดเหตุผลข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้ตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ ไว้ดังนี้

สมมติฐานการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ขอบเขตของการศึกษา

1. ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD 10 ซึ่งป่วยมาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี ระหว่างเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

2. ตัวแปรที่ศึกษาในการศึกษา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD 10 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี และเคยรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมากกว่า 1 ครั้ง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยผู้ป่วยต้องได้รับการจำแนกประเภทเป็นอยู่ในประเภทเร่งรัดบำบัดหรือบำบัดระยะยาว สามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลได้ถูกต้อง ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับผู้อื่นได้

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวกับตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีได้สำเร็จตามมาตรฐานที่ตั้งไว้ ตามแนวคิดการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจของ Hill & Smith (1985) และแนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองที่พัฒนามาจากของอัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) ประกอบด้วยความสามารถในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้

1. การดูแลตนเองด้านร่างกาย หมายถึง พฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำเพื่อความแข็งแรงทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย

1.1 การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเองด้านต่าง ๆ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารและน้ำ การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย เป็นต้น

1.2 ความพร้อมในการปฏิบัติตัวตามแผนการดูแลรักษาที่บ้าน หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล รวมทั้งการงดเว้นสารเสพติด

2. การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง พฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย

2.1 การรู้จักตนเอง หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการรู้จักรูปร่างลักษณะของตนเอง การเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วยและรับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง รวมทั้งความภาคภูมิใจในตนเอง

2.2 การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการใช้ภาษา การสร้างสัมพันธภาพ การบอกความต้องการของตนเอง และการเข้าใจภาษาของผู้อื่น

2.3 การเผชิญปัญหา หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการกล้าตัดสินใจในปัญหาที่เกิดขึ้น การบอกถึงวิธีการแก้ไขปัญหาและการผ่อนคลายตนเองจากความวิตกกังวล

2.4 การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการรักษาสัมพันธภาพกับครอบครัวและการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวในการแก้ปัญหา และการรับรู้ถึงสิทธิของตนเองที่พึงได้จากการรักษา

การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการให้ข้อมูล ความรู้ สนับสนุนให้เกิดการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจ และใช้กลวิธีของกระบวนการกลุ่มในผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ในระยะเร่งรัดบำบัดและบำบัดระยะยาว โดยการค้นหาแหล่งพลังอำนาจ เสริมสร้างแรงจูงใจ สร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังความสามารถในการจัดการกับปัญหา ซึ่ง ทำให้ผู้ป่วยควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเอง รู้สึกมีคุณค่า มีความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น และได้ใช้ความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ โดยใช้แนวคิดของดารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) เป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ณ หอผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือ และค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลโดยการสนทนา แนะนำตัวเอง ให้ข้อมูลเบื้องต้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือ และเป็นการให้ผู้ป่วยได้สำรวจปัญหาเพื่อประเมินพฤติกรรมการสูญเสียพลังอำนาจของตัวผู้ป่วยเอง รับรู้ถึงบทบาทของตนเอง ประเมินวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา

2) การสะท้อนความคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ หมายถึง การทบทวนปัญหาการสร้างพลังในการแก้ปัญหา เสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง โดยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข วางแผน และประเมินผลในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงสนับสนุนให้ความช่วยเหลือและยอมรับการรับตัดสินใจของผู้ป่วย

3) การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และเพิ่มแหล่งทรัพยากร หมายถึง การสนับสนุนผู้ป่วยโดยการให้ข้อมูล ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การรักษา การดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างแรงจูงใจให้กำลังใจผู้ป่วย

4) **ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง** หมายถึง การส่งเสริม และเอื้ออำนวยทรัพยากรต่าง ๆ ยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เป็นปัญหา และทดลองให้ผู้ป่วยแก้สถานการณ์ปัญหาด้วยตนเอง สร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และประเมินผลการปฏิบัติที่ได้ดำเนินการตามแผน

5) **การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ** หมายถึง การทบทวนความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง สิ่งที่ได้ปฏิบัติไปแล้วร่วมกับพยาบาล สร้างกำลังใจและแรงจูงใจ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยนำความรู้ความสามารถที่มีอยู่ไปใช้ในการจัดการกับสภาพปัญหาด้วยมั่นใจ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
2. ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น
3. เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปสู่การวิจัยต่อไป