

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ จากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสารแอมเฟตามีน
 - 1.1 ประวัติความเป็นมาของสารแอมเฟตามีน
 - 1.2 ลักษณะของสารแอมเฟตามีน
 - 1.3 การออกฤทธิ์ของสารแอมเฟตามีน
 - 1.4 ผลการออกฤทธิ์ของสารแอมเฟตามีน
 - 1.5 สาเหตุของการติดยาแอมเฟตามีน
 - 1.6 ผลกระทบของการติดยาแอมเฟตามีน
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 การวินิจฉัยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน
 - 2.3 ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน
 - 2.4 ดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน
 - 2.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน
 - 2.6 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน
3. แนวคิดเกี่ยวกับความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 ลักษณะของความสำนึกในคุณค่าแห่งตน
 - 3.3 องค์ประกอบของความสำนึกในคุณค่าแห่งตน
 - 3.4 ความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน
4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน
 - 4.1 ความหมาย
 - 4.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน
 - 4.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน
5. แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 5.1 ความหมาย
 - 5.2 แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย

5.3 ขั้นตอนและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

5.4 บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

6. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของต่อความสำนึกในคุณค่าแห่งตนและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสารแอมเฟตามีน

1.1 ประวัติความเป็นมาของสารแอมเฟตามีน

สารแอมเฟตามีน (Amphetamine) เป็นสารที่ถูกสังเคราะห์ขึ้นในปี ค.ศ. 1887 โดยนักวิทยาศาสตร์ชาวเยอรมันชื่อ เอเดียนรีช โน (Edeleno) ในรูปแบบของแอมเฟตามีนซัลเฟตต่อมาในปี ค.ศ. 1888 นักวิทยาศาสตร์ชาวญี่ปุ่นก็ได้สังเคราะห์อนุพันธ์ของแอมเฟตามีนอีกตัวหนึ่ง คือ เมทแอมเฟตามีน (Metamphetamine) ซึ่งมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางได้รุนแรงกว่าแอมเฟตามีน ในปี ค.ศ. 1932 มีการนำสารแอมเฟตามีนมาใช้ในรูปแบบยาอดเพื่อลดอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล และเป็นยาขยายหลอดลม ใช้รักษาโรคหอบหืด ค.ศ. 1937 มีการผลิตสารแอมเฟตามีนให้เป็นยาเม็ด เพื่อรักษาโรคเหงาหลับ (Narcolepsy) โรคสมาธิสั้น (Attention deficit) โรคซึมเศร้า ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 ได้มีการนำสารแอมเฟตามีนมาใช้ในกองทัพเพื่อเพิ่มการทำงานและลดความอ่อนล้าโดยเฉพาะกลุ่มทหารในสนามรบ ในประเทศไทยได้มีการแพร่ระบาดของสารแอมเฟตามีนใน พ.ศ. 2501-2510 (ค.ศ. 1958-1967) และในปี พ.ศ. 2523 พบว่ามีการนำยาเม็ดกระตุ้นประสาทที่เรียกกันว่า ยาม้า การระบาดในระยะนี้มักพบในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน และนักเรียน นักศึกษา ในรูปแบบของการกิน เพื่อเพิ่มความสามารถในการทำงาน ในปี 2539 การระบาดของเมทแอมเฟตามีนมีรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงไปไม่มีรูปแบบติดอยู่บนตัวเม็ดจนได้มีการเปลี่ยนชื่อจาก ยาม้า เป็น ยาบ้า และวิธีการใช้ในรูปแบบของการสูบและใช้เพื่อความสนุกสนาน ทำให้อารมณ์ดี เกิดการตื่นตัวไม่่วงนอน เพิ่มความสามารถในการทำงานจึงมักใช้ในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน คนขับรถบรรทุก หรือนักเรียนที่ต้องการอ่านหนังสือ และในปัจจุบันมีการนำสารแอมเฟตามีนมาใช้ด้านอื่นๆ เช่น ด้านกีฬา การอ่านหนังสือสอบ การลดน้ำหนัก และการใช้ในแหล่งบันเทิง ซึ่งมีการใช้กันอย่างแพร่หลายและพบในกลุ่มที่อายุน้อยลง จากการสำรวจพบว่ามีประชากรที่เคยเสพยาบ้ามากถึง 3,491,600 คน คิดเป็นร้อยละ 7.8 ของประชากรทั่วประเทศ มีประชากรที่เสพยาบ้าในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาถึง 1,092,500 คน (ร้อยละ 2.4) และมีประชากรที่ยังเสพยาบ้าในช่วง 30 วันที่ผ่านมาถึง 490,300 คน (ร้อยละ 1.1) (สมชาย จักรพันธ์และคณะ, 2545) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงสภาพการณ์การแพร่ระบาดของรุนแรงของสารแอมเฟตามีนในปัจจุบัน จนเป็นปัญหาระดับประเทศที่ต้องเร่งแก้ไข

1.2 ลักษณะของสารแอมเฟตามีน

สารแอมเฟตามีน (Amphetamine) เป็นวัสดุออกฤทธิ์ประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 และแก้ไขเปลี่ยนแปลงให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 เช่นเดียวกับเฮโรอีน ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 16 ตุลาคม 2539 เป็นต้นมา

แอมเฟตามีนและยาอื่นๆ ในกลุ่มนี้ ได้แก่ แอมเฟตามีน เด็กซ์โตรแอมเฟตามีน (dextroamphetamine) เมทแอมเฟตามีน (methamphetamine) เมทิลเฟนิเดต (methylphenidate) ฯลฯ ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง จึงเรียกรวมกันว่า Amphetamine Stimulants Type (AST)ฤทธิ์ของยาในกลุ่มนี้คล้ายคลึงกับฤทธิ์ของแอดรีนาลีน (adrenaline) หรือ เอพิเนฟริน (epinephrine) ซึ่งเป็นสารที่มีอยู่ในร่างกายการออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางทำให้รู้สึกตื่นกระฉับกระเฉงลดอาการง่วงซึม ลดความอยากอาหาร เนื่องจากแอมเฟตามีนมีฤทธิ์กระตุ้นทำให้อารมณ์เป็นสุข (euphoria) จึงมีการนำมาใช้ในทางที่ผิดกันมากเช่นผู้ขับรถบรรทุกและนักศึกษาใช้เพื่อมิให้เกิดความง่วงนอนในเวลาทำงาน โดยมีชื่อรู้จักกันทั่วไปว่า ยาบ้า ยาฆ่า ยาขยัน ฯลฯ

การดูดซึม การกระจาย การเปลี่ยนแปลง และการขับถ่าย แอมเฟตามีนถูกดูดซึมได้ดีจากทางเดินอาหาร การใช้แอมเฟตามีนจึงใช้ได้ทั้งวิธีกินและฉีดแอมเฟตามีนจะออกฤทธิ์ภายใน ½ - 1 ชั่วโมง หลังจากรับประทานเข้าไป แอมเฟตามีนที่พบแพร่ระบาดในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นเมทแอมเฟตามีนซึ่งดูดซึมได้ดีทั้งวิธีสูบและกิน หลังจากถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตจะไปออกฤทธิ์ที่สมอง มีบางส่วนจะถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับ แต่ส่วนใหญ่จะถูกขับออกจากร่างกายในรูปแบบเดิม ความเป็นกรด ด่างของปัสสาวะมีผลต่อการขับถ่ายแอมเฟตามีนออกจากร่างกายมาก ถ้าปัสสาวะเป็นด่าง แอมเฟตามีนจะอยู่ในสภาพไม่แตกตัวและถูกดูดซึมกลับได้มาก การขับถ่ายจึงเป็นไปอย่างช้าๆ การออกฤทธิ์จะเป็นไปได้ยาวนานขึ้น ในขณะที่ถ้าปัสสาวะเป็นกรดแอมเฟตามีนจะอยู่ในสภาพแตกตัวได้มาก ถูกดูดซึมกลับน้อย การขับถ่ายออกจากร่างกายจึงเร็วขึ้น ค่าครึ่งชีวิตของแอมเฟตามีนจึง ผันแปรได้มากระหว่าง 2 – 6 ชั่วโมง ไปจนถึงกระทั่งถึง 8 – 12 ชั่วโมง

1.3 การออกฤทธิ์ของสารแอมเฟตามีน

กลไกออกฤทธิ์ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของแอมเฟตามีนจะเกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมองประเภทแคเทคโคลามีน (catecholamines) ซึ่งประกอบด้วยระบบนอร์อิพิเนฟรินและระบบ โดปามีน (norepinephrine and dopaminergic systems) แอมเฟตามีนจะเพิ่มปริมาณของนอร์อิพิเนฟรินและโดปามีน โดยยับยั้งการเก็บกลับและเพิ่มการหลั่งโดยตรงที่ปลายประสาท ส่วนใหญ่แล้ว classic amphetamine (เช่น methamphetamine) จะออกฤทธิ์เกี่ยวข้องกับสารแคเทคโคลามีน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โดปามีน ในขณะที่ designer amphetamines (เช่น MDMA, MDEA, MDA) จะออกฤทธิ์เพิ่มการหลั่ง

ของทั้งแคทีโคลามีนและซีโร โตนิน (serotonin) ซีโร โตนินเป็นสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับอาการประสาทหลอน (hallucinogens) ดังนั้นผลการออกฤทธิ์ทางคลินิกของ designer amphetamines จึงเป็นแบบผสมระหว่าง classic amphetamines กับสารหลอนประสาท

1.4 ผลการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา

1. ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยมีผลต่อการทำงานของสารสื่อประสาท (neuro chemical) กระตุ้นการหลั่ง dopamine และ norepinephrine ขยับยั้งการดูดกลับ ของ catecholamine และการทำงานของ MAO แอมเฟตามีนบางชนิดเมื่อเข้าไปในเซลล์ประสาทของ Serotonin มีผลทำให้เกิดการปล่อย Serotonin ในปริมาณที่มากและทันทีทันใด ซึ่งสารดังกล่าวมีผลต่อการทำงานของสมองแอมเฟตามีน ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ลดความง่วงซึม ทำให้ออนไม่หลับ มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ให้ครึกครื้น รื่นเริง เป็นสุข ไม่เหนื่อย ขนาดสูงเกิดอาการมึนงง และอาจเกิดสภาวะตื่นกลัว (panic) และสภาวะโรคจิต (Psychosis) คือ มีอาการหวาดระแวง ประสาทหลอน คิดว่ามีคนมาทำร้ายตน พุดจาสับสน หลงผิด โกรธง่าย จิตใจหดหู่ ซึมเศร้า และอาจถึงขั้นฆ่าตัวตายได้

2. ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เร่งอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้เกิดอาการใจสั่น และจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ ถ้าใช้ในขนาดสูงทำให้การไหลเวียนของโลหิตล้มเหลว หัวใจเต้นผิดปกติและอาจเสียชีวิตได้ หรืออาจเสียชีวิตเนื่องจากเส้นเลือดในสมองแตกได้

3. ผลต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้อัตราการหายใจเร็วขึ้นและจังหวะการหายใจไม่ปกติ มีอาการเหนื่อย เหนือออกมาก ปากและจมูกแห้ง ริมฝีปากแตก ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น

4. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เบื่ออาหาร ไม่รู้สึกริว คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย เป็นตะคิวในช่องท้อง ปวดท้องอย่างรุนแรง ในบางรายที่ไม่รับประทานอาหารอาจทำให้กระเพาะอาหารทะลุได้

5. อื่นๆ มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ อาจไร้สมรรถภาพชั่วคราวเพิ่มการหลั่งของปัสสาวะ การไ้ชยาพวกแอมเฟตามีนเป็นประจำติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายได้มาก แอมเฟตามีนทำให้รู้สึกริว ทำให้ผู้ใช้ขาดอาหาร ขาดวิตามิน การกระตุ้นประสาท ทำให้ออนไม่หลับ จะทำให้ร่างกายไม่ได้พักผ่อน สุขภาพจึงทรุดโทรมลง ซึ่งก่อให้เกิดโรคได้ง่าย

1.5 สาเหตุการใช้สารแอมเฟตามีน

สาเหตุการใช้สารแอมเฟตามีนมีหลายเหตุผลหรือหลายสมมุติฐานผสมผสานกันไปในการอธิบายว่า ทำไมบุคคลบางคนจึงต้องใช้สารเสพติด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factors) เป็นการอธิบายจากผลการศึกษาทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เชื่อว่า

1.1 พันธุกรรม (genetic) มีส่วนส่งเสริมในการใช้สารเสพติด โดยพบว่าผู้ติดสุราส่วนมาก มักมีบิดา – มารดาเป็นโรคสุราเรื้อรัง (alcoholism) ซึ่งเป็นการศึกษาในบุตรที่เป็นฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน พบว่ามีความสัมพันธ์ของการใช้สุราสูงถึง ร้อยละ 54 และได้พบในการศึกษาผู้ใช้สารเสพติดประเภทอื่นๆ เช่นกัน

1.2 ชีวเคมี (biochemical) ในร่างกายของคนบางคน มีความเสี่ยงสูงในการพึ่งพาหรือติดสารเสพติดได้ง่าย เช่น คนบางคนได้รับสารเสพติดในปริมาณเล็กน้อยก็เกิดฤทธิ์ต่างๆ แต่บางคนต้องได้สารในปริมาณที่มากกว่าจึงจะเกิดฤทธิ์ต่างๆ ฉะนั้นคนที่ได้สารในปริมาณที่มาก จึงมีแนวโน้มจะติดสารเสพติดได้ง่าย

Neurochemical mechanism พบว่าเกี่ยวข้องกับ ระบบการตอบสนอง (reward system) ใน Limbic area โดยสารเสพติดจะกระตุ้นให้ผู้รู้รับรู้ว่าสารนี้เป็นเสมือนกับความต้องการที่เทียบกับความต้องการดั้งเดิม (innate drive) ของคนเรา เช่น ความหิว ความต้องการทางเพศ เป็นต้น ทำให้เกิดความติดใจ และต้องการเสพอยู่เรื่อยๆ จนบางครั้งมีความต้องการมากกว่าความต้องการดั้งเดิมเสียอีก ทำให้เกิดการเสพติดได้รุนแรงมาก เช่น ในพวกที่ติดโคเคน

Neurotransmitter พบว่า สารที่ใช้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง คือ มีการเพิ่มขึ้นหรือยับยั้งการหลั่งของสารเคมีบางกลุ่ม ซึ่งมีผลทำให้เกิดการติดยา (Dependence) ตามมา

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม (psychosocial factors) อธิบายจากการวิเคราะห์ทางจิตการประเมินบุคลิกภาพจากแบบทดสอบ และศึกษาพฤติกรรมการเรียนรู้ อธิบายว่า

2.1 ความขัดแย้งของจิตใจ (emotional conflicts) นักจิตวิเคราะห์อธิบายว่าบุคคลที่ใช้สารเสพติดมีความขัดแย้งในจิตใจ ที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก คือระยะ oral stage โดยที่คนส่วนมากพยายามกดเก็บความขัดแย้งเอาไว้ในจิตใต้สำนึกแต่ในบางคน เกิดความไม่มั่นใจหรือไม่อยากรับรู้ความขัดแย้งต่างๆ ในจิตใจของตนเอง จึงใช้สารเสพติดต่างๆ เข้ามาช่วยในการกดเก็บความรู้สึกที่ตนไม่ต้องการนั้น เพื่อเป็นการหลีกหนีความจริง

2.2 บุคลิกภาพประจำตัว (personally traits) กลุ่มบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial) และแบบก้ำกึ่ง (borderline) มักถูกกล่าวว่ามีแนวโน้มการใช้สารเสพติดสูงมากกว่าแบบอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มบุคคลบางลักษณะ เช่น บุคคลที่ไม่มั่นใจในตนเองหรือมีความภูมิใจในตนเองต่ำ บุคคลที่มีความอดทนต่อความขัดแย้งต่ำ บุคคลที่ไม่ยืดหยุ่น และบุคคลที่หลงตนเอง เป็นบุคคลที่เชื่อว่าเมื่อมีความไม่สบายใจ มักแก้ปัญหาโดยการใช้สารเสพติด

2.3 การเรียนรู้ (learned behavior) เนื่องจากสารเสพติดส่วนมาก มีฤทธิ์ทำให้ผู้เสพรู้สึกเป็นสุข อารมณ์แจ่มใส รู้สึกไร้กังวล มีพลังกำลังมากขึ้น มีความมั่นใจมากขึ้น และกระตุ้น

อารมณ์ทางเพศได้ดี ซึ่งส่วนมากเป็นฤทธิ์ของสารเสพติดที่ใช้ในระยะแรก และในปริมาณที่พอเหมาะ จึงทำให้ผู้เสพส่วนมากพอใจ อันเป็นแรงเสริมให้บุคคลกลับมาใช้สารที่ออกฤทธิ์ที่ทำให้ตนพอใจ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับความเครียด ความเบื่อหน่าย หรือความไม่สบายใจต่างๆ จากการเรียนรู้เช่นนี้ ส่งเสริมให้บุคคลติดสารเสพติดได้ง่าย

2.4 ด้านสังคม วัฒนธรรม (sociocultural factors)

การเรียนแบบ (social learning) มีบิดามารดา และเพื่อน ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดใช้สารเสพติดให้เห็น จึงชักจูงและผลักดันให้ผู้ที่ยังไม่เห็นเรียนแบบวัฒนธรรมและศีลธรรม (cultural and ethnic influences) ในสังคมบางแห่งการใช้สารบางอย่าง ซึ่งส่วนมากมีฤทธิ์ต่อจิตประสาท ถือว่าเป็นค่านิยมปกติหรือเป็นกติกาของสังคมนั้นๆ เช่น การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในประเทศแถบตะวันตกพิจารณาว่าเป็นประเพณี ไม่ได้เป็นข้อห้ามประการใด บุคคลสามารถซื้อหาได้ทั่วไป และไม่ผิดกฎหมายจึงทำให้ประเทศในแถบตะวันตก มีปัญหาผู้ป่วยโรคสุราเรื้อรังจำนวนมาก เช่นเดียวกับสารเสพติดบางชนิด ที่มีการนิยมนำมาใช้ในหมู่พวกของตน เพื่อการสมาคม ความสนุกสนานหรือในงานรื่นเริง

1.6 ผลกระทบจากการใช้สารแอมเฟตามีน

ผลกระทบจากการใช้สารแอมเฟตามีนมีผลทั้งต่อตนเอง ต่อครอบครัว และเศรษฐกิจและสังคมและต่อประเทศชาติ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นมีผลมากมายดังจะกล่าวต่อไปนี้ (นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2541; บังอร ดวงรัตน์, 2541)

1. ผลกระทบต่อบุคคล จะมีสุขภาพร่างกายทรุดโทรม เมื่อช่วงแรกที่เสพยาจะทำให้เกิดความรู้สึกว่ามีแรง สดชื่น มีความสุข ผ่อนคลายความเครียด แต่เมื่อเสพต่อไปจะเกิดอาการติดขามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ผู้เสพยาจะมีฟัน เหงือกอักเสบ ในระยะหนึ่งจะมีอาการริมฝีปากเขียวคล้ำตาและ ง่วงซึม แก้วตาหริ่ ไม่รู้สึกในเรื่องความหิว ร่างกายจะซูบผอม ตัวเหลือง ความรู้สึกเลือนลอย ซึ่พจรเต้นช้า หายใจช้า ในผู้ที่เสพยาจะมีบุคลิกภาพอยู่ไม่เฉย แก้วตาขยาย สำหรับผู้ที่เสพยาบ้าหรือแอมเฟตามีน มักคึกคัก ไม่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย ปากแห้ง เหงื่อออกมาก เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีผลต่อจิตใจด้วย ผู้เสพยาจะมีอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมเปลี่ยนไป มีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว โมโหง่าย ขาดความสนใจในตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ร่างกายทรุดโทรม สกปรก

2. ผลกระทบต่อครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวที่เปลี่ยนไป อาจทำให้บิดามารดาเกิดการทะเลาะเบาะแว้งกัน กล่าวโทษกันถึงสาเหตุที่ทำให้บุตรต้องเสพยาบ้า สมาชิกในครอบครัวเกิดความคับข้องใจ ความรู้สึกผิดและเสียใจ เกิดความอับอายแก่บุคคลอื่นในสังคม

3. ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ การเสพยาบ้า ผู้เสพยาจะต้องเพิ่มปริมาณยามากขึ้นตลอดเวลา และหยุดเสพยาไม่ได้ ทำให้ต้องเสียเงินทองในการซื้อยามาเสพ ประกอบกับเด็กบางคนยังต้องอยู่

ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของครอบครัว ไม่สามารถหาเงินได้ด้วยตนเองทำให้ครอบครัวจะต้องเพิ่มภาระเรื่องค่าใช้จ่ายมากขึ้น นอกจากนี้ครอบครัวยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในเรื่องการบำบัดรักษา นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติด้วยซึ่งต้องใช้งบประมาณในการปราบปรามยาเสพติดด้วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน

2.1 ความหมาย

กรมสุขภาพจิต (2546) ได้ให้ความหมายว่า โรคจิตจากสารแอมเฟตามีน หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการหูแว่วประสาทหลอน หวาดระแวง หลงผิด โดยไม่ได้อยู่ในช่วงเมายาหรือถอนพิษยา รวมทั้งไม่ใช่คนป่วยทางจิตที่เป็นมาก่อน

ตามความหมายของ ICD- 10 (International Statistical Classification of Disease and Related Health problem ICD-10) (อ้างในสถาบันสุขภาพจิต, 2537) ได้กล่าวว่า โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน หมายถึง กลุ่มอาการของโรคที่เกิดขณะเสพ หรือทันทีที่หยุดเสพเมทแอมเฟตามีนภายใน 48 ชั่วโมง โดยมักมีอาการประสาทหลอนที่ชัดเจน มักจะเป็นทางหู และมักจะมีประสาทสัมผัสมากกว่าหนึ่งชนิด จำผิด หลงผิด หรือ ความคิดระแวงว่าจะถูกปองร้ายการเปลี่ยนแปลงของระบบการเคลื่อนไหว และอารมณ์ที่ไม่ปกติ ซึ่งเป็นได้ตั้งแต่ความกลัวอย่างรุนแรงจนถึงภาวะเพ้อ ความผิดปกตินี้จะทุเลาลงบางส่วนภายใน 1 เดือน และหายปกติใน 6 เดือน

สรุปได้ว่าโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน หมายถึง การเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดจากการใช้สารแอมเฟตามีนหรือหยุดใช้สารแอมเฟตามีนทำให้เกิดอาการประสาทหลอน หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง

2.2 การวินิจฉัยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน

โรคจิตจากสารแอมเฟตามีน เป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มที่สัมพันธ์กับการใช้สาร (substance related disorders) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Disorders Fourth DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์ (American Psychiatric Association, 1994) การวินิจฉัยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน สามารถวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ครั้งที่ 4 (DSM-IV) ได้ดังนี้

1. มีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิดเด่นชัด
2. มีหลักฐานจากประวัติการตรวจร่างกาย หรือผลทางห้องปฏิบัติการ ดังข้อ 1 หรือ 2

1) อาการในข้อ 1 เกิดขึ้นระหว่าง หรือภายในช่วง 1 เดือน ที่ที่อาการพิษรุนแรงที่เกิดจากการเสพสารแอมเฟตามีน (amphetamine intoxication) หรือ อาการที่เกิดขึ้นจากการหยุดยาใช้สารแอมเฟตามีน (withdrawal)

2) การใช้สารแอมเฟตามีนเป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติดังกล่าว

3. ความผิดปกตินี้ไม่ได้เข้าได้ดีกว่ากับโรคจิต ที่มีได้เป็นผลจากสารแอมเฟตามีนหลักฐานที่ชี้ว่าอาการเหล่านี้เข้าได้ดีกว่ากับโรคจิตที่มีได้เป็นผลจากสารแอมเฟตามีน ได้แก่ มีอาการก่อนการใช้หรือติดสารแอมเฟตามีน อาการยังคงอยู่เป็นระยะเวลานาน หลังจากหมดภาวะพิษรุนแรงจากการใช้สารแอมเฟตามีน หรือมีอาการมากกว่าที่ควรจะเป็น เมื่อเทียบกับชนิด ปริมาณ หรือระยะเวลาที่ใช้สารแอมเฟตามีน หรือมีหลักฐานที่ไม่ขึ้นกับการใช้สารแอมเฟตามีน

4. ความผิดปกตินี้มีได้เกิดแต่เฉพาะในช่วงของ delirium

การวินิจฉัยภาวะ โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน โดย ICD- 10 (Internation Statistical Classification of Disease and Related Health problem ICD-10) (อ้างใน สถาบัน สุขภาพจิต , 2537) โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดขณะเฉพ หรือทันทีที่หยุดเสพเมทแอมเฟตามีนภายใน 48 ชั่วโมง โดยมักมีอาการประสาทหลอนที่ชัดเจน (มักจะเป็นทางหู และมักเกิดกับประสาทสัมผัสมากกว่าหนึ่งชนิด) จำผิด หลงผิด และ/หรือ ความคิดระแวง (เช่นว่าจะถูกปองร้าย) การเปลี่ยนแปลงของระบบการเคลื่อนไหว (มากกว่า หรือน้อยลง) และอารมณ์ที่ไม่ปกติ ซึ่ง เป็นได้ตั้งแต่ความกลัวอย่างรุนแรงจนถึงภาวะเพ้อ ความผิดปกตินี้จะทุเลาลงบางส่วนภายใน 1 เดือน และหายปกติใน 6 เดือน

2.3 ลักษณะอาการของโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน

โรคจิตจากสารแอมเฟตามีนมีลักษณะอาการคล้ายโรคจิตเภทแบบหวาดระแวง (paranoid schizophrenia) Bell Ds (1973) ได้ทดลองให้ สารเมทแอมเฟตามีน ไฮโดรคลอไรด์ (methamphetamine hydrochloride) แบบฉีดเข้าเส้นในผู้เสพติดแอมเฟตามีน พบว่าทำให้เกิดอาการโรคจิตอย่างรวดเร็วหลังฉีด โดยมีอาการหลงผิดแบบหวาดระแวงคล้ายผู้ป่วยโรคจิตเภท ร่วมกับมีหูแว่วหรือภาพหลอนขณะที่ระดับความรู้สึกตัวปกติและไม่พบความผิดปกติของรูปแบบความคิด ในขณะที่ Jonsson L.E. และ Djostrom K (1970) ได้ทดลองให้แอมเฟตามีน ในรูปแบบกินในผู้เสพติดแอมเฟตามีน พบว่าสามารถทำให้เกิดอาการโรคจิตคล้ายโรคจิตเภทด้วยเช่นกัน โดยอาการเด่นที่พบคือ ไม่มีสมาธิ ไม่หลงผิดแบบหวาดระแวง และกระสับกระส่าย โดยอาการทั้งหมดจะหายไปภายใน 2 วัน แม้ว่าหลังจากนั้นจะยังพบสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะอยู่ก็ตาม จนกระทั่งได้มีการถือเอาโรคจิตจากแอมเฟตามีนเป็นต้นแบบ (model) ของการศึกษาโรคจิตเภท เพราะนอกจากจะมีอาการโรคจิตคล้ายโรคจิตแล้วยังตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาในกลุ่ม phenothiazine เช่นกัน ทำให้คำนึงถึงบทบาทของสารโดปามีนและนอร์อิพิเนฟรินที่มีผลต่อการเกิดอาการโรคจิตดังกล่าว

ลักษณะอาการ โรคจิตอาจจะพบได้หลายรูปแบบอาการที่พบบ่อยที่สุดคือ อาการความคิดหวาดระแวง ซึ่งอาจจะเริ่มต้นเพียง มีความคิดว่ามีคนอื่นพูดพาดพิงถึงตน (Ideas of reference) จนถึงมี

อาการหลงผิดอย่างเป็นเรื่องเป็นราวชัดเจน (extremely well- formed delusional structure) โดยในระยะแรกผู้ป่วยมีอาการสงสัย ระแวงระวัง ตื่นตัวกับสิ่งแวดล้อม พยายามตรวจสอบเบื้องหลังสิ่งที่สงสัย มีความรู้สึกที่คนอื่นคอยเฝ้ามองหรือติดตามตนเอง และเริ่มมีความรู้สึกไวต่อสิ่งเร้าภายนอกยิ่งขึ้น และต่อมาก็เริ่มเกิดอาการประสาทหลอน จนถึงระดับที่มีอาการทางจิตรุนแรงผู้ป่วยจะมีลักษณะหลงผิดอย่างชัดเจน และมีความเชื่อว่าสิ่งนั้นเกิดขึ้นจริงสูญเสียความหยั่งรู้ในตนเอง (loss of insight) จากลักษณะอาการดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างฉับพลัน (violence) หรือมีอาการทำร้ายตนเอง หรือทำร้ายบุคคลอื่นได้ (suicide or homicide) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนยังอาจมีพฤติกรรมรูปแบบซ้ำ ๆ (stereotyped behavior patterns) ที่ซ้ำซ้อนเช่น รื้อ และ ช่อม วิทยู รถยนต์หรือเครื่องบินแล้วประกอบใหม่ทำเช่นนี้ซ้ำ ๆ แม้ว่าผู้ป่วยจะรู้ว่าพฤติกรรมดังกล่าวไม่มีความหมายหรือจุดหมายชัดเจน แต่ไม่สามารถหยุดทำได้ และถ้าถูกบังคับให้หยุดทำ ผู้ป่วยจะรู้สึกหงุดหงิด ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่ามีความสุข ไม่รู้สึกวิตกกังวล ในระหว่างที่มีกิจกรรมดังกล่าวในระยะแรกที่เสพ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกมีความสุขอย่างมาก และเริ่มมีการเสพมากขึ้นเรื่อย ๆ จนมีการเสพหนักเป็นช่วงๆและเมื่อเสพนานขึ้นผู้ป่วยจะเริ่มมีพฤติกรรมและบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เริ่มแยกตัวออกจากสังคมมีพฤติกรรมแปลกๆ และเกิดความคิดระแวงขึ้น อาการ โรคจิตจะเป็นๆ หายๆ เป็นพักๆและถ้าใช้ต่อไปเรื่อยๆอาการ โรคจิตจะเด่นชัดขึ้นมีพฤติกรรมก้าวร้าวและขาดการหยั่งรู้ในพฤติกรรมของตนเองจนเกิดอันตรายขึ้น

2.4 การดำเนินโรคของโรคจิตจากแอมเฟตามีน

ลักษณะการดำเนิน โรคของโรคจิตจากแอมเฟตามีนตามหลักฐานทางการแพทย์เชื่อว่าโรคจิตจากสารในกลุ่มแอมเฟตามีนมักพบในระยะสั้นอาการจะดีขึ้นภายใน 1 สัปดาห์ และตอบสนองต่อการรักษาในด้าน โรคจิตในระยะสั้น แต่หลังจากลักษณะการระบาศและรูปแบบการเสพที่เปลี่ยนไปพบรายงานการศึกษาโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนที่ผู้เสพมีอาการ โรคจิตเรื้อรังนานหลายเดือน จนหลายปีได้ทั้งที่ไม่มีอาการเสพเมทแอมเฟตามีน Nakatani Y และคณะ(1989) ได้ศึกษาข้อมูลย้อนหลังในโรงพยาบาล Metropolitan Matsuzuwa ระหว่างปี ค.ศ. 1978-1987 พบผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนจำนวน 132 คน (216 ราย) ที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเฉลี่ยในการนอนโรงพยาบาล 823 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการจำหน่ายภายใน 2 เดือน ในขณะที่ร้อยละ 24 ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนานกว่า 61 วัน ในจำนวนนี้ 17 ราย ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนานกว่า 101 วัน โดยมี 1 ราย ที่มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานถึง 2,423 วัน เพราะยังคงมีอาการหูแว่วตลอดจากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงกลุ่มโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนที่อาจมีลักษณะการดำเนิน โรคคงอยู่นานหลายเดือนจนถึงหลายปี นอกเหนือจากกลุ่มโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนที่อาการหายภายใน 1 สัปดาห์ตามความเห็นของ Connell

Sato และคณะ (1992) ได้ศึกษาการดำเนินโรคของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน โดยทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากรายงานการศึกษาในญี่ปุ่นและเสนอว่าสามารถแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนหลังจากหยุดเสพแล้วได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) transient type: อาการโรคจิตดีขึ้นภายใน 10 วัน 2) prolonged type: อาการดีขึ้นใน 11-30 วัน และ 3) persistence type: อาการโรคจิตคงอยู่นานกว่า 30 วัน

จากข้อมูลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า โรคจิตจากสารแอมเฟตามีนมีลักษณะการดำเนินโรคได้หลายรูปแบบทั้งรูปแบบฉับพลันอาการจะหายในระยะสั้น และแบบเรื้อรังที่อาจมีอาการโรคจิตคงอยู่ได้นานเป็นเดือนหรือเป็นปี

2.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนเป็นการให้การพยาบาลที่ดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจะแตกต่างกับผู้ป่วยทางกายเนื่องจากผู้ป่วยมักมองไม่เห็นปัญหาการเจ็บป่วยของตนเองในการใช้สารเสพติดและไม่ต้องการบำบัดรักษา ดังนั้นการให้การพยาบาล ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนจึงมีความแตกต่างจากผู้ป่วยทางกาย ซึ่งการดูแลประกอบไปด้วยการดูแลทางร่างกาย ขณะบำบัดด้วยยา และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การสังเกตอาการทางจิต การให้คำปรึกษาทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ และการติดตามหลังการบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดซ้ำ (สุกุมมา แสงเดือนฉาย , 2544)

1. ด้านร่างกาย ในระยะ 2 - 3 วันหลังจากหยุดการใช้ยาเสพติด เป็นช่วงที่ร่างกายผู้ป่วยทรุดโทรม ย่อมมีภาวะการขาดสารอาหาร ดังนั้นในการช่วยให้สมรรถภาพของผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพปกติ จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพ บำรุงสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง พยาบาลต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย บางครั้งอาจต้องให้อาหารเสริมที่ประกอบด้วย วิตามิน เกลือแร่

2. การประเมินอาการทางจิต เช่น อาการหูแว่วประสาทหลอน อาการหวาดระแวง การทำร้ายตนเองและผู้อื่น หรือมีประวัติฆ่าตัวตายหรือไม่ และสังเกตจากการพูดคุย พฤติกรรม และ อารมณ์ และให้การพยาบาลตามมาตรฐาน การพยาบาล ซึ่งพยาบาลต้องระวังเรื่องการสื่อสารกับ ผู้ป่วย คำพูดควรอ่อนโยน สุภาพ ไม่ใช่คำพูดที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์รุนแรง เช่น คำพูดในลักษณะ บังคับ กล่าวติเตียน เป็นต้น

3. การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมซึ่งกิจกรรมแต่ละกิจกรรมจะมีวัตถุประสงค์แตกต่างกันออกไปซึ่งลักษณะของกิจกรรมจะเป็นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมให้กับผู้ป่วย เช่น การใช้กลุ่มจิตสังคมบำบัดแบบ Matrix Program เป็นกิจกรรมที่ให้ความรู้ ปรับความคิด การฝึกทักษะในการป้องกันยาเสพติด เป็นต้น

4. การให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มสำหรับผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหา ขอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งให้กำลังใจซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งจะหาทางแก้ไขปัญหามีความหวังกลับไปสู่สังคมได้อย่างมีความสุข

5. การวางแผนการจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและญาติโดยการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการทางจิต มีหูแว่วภาพหลอน พูดคนเดียว เดินไปมานอนไม่หลับ ให้มาพบแพทย์ การปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน เช่น การคบเพื่อน การรับประทานยาต่อเนื่อง วิธีการจัดการกับอารมณ์ต่างๆ วิธีการป้องกันยาเสพติด และการวางแผนการดำเนินชีวิต เป็นต้น และ การวางแผนเรื่องการศึกษาและการประกอบอาชีพซึ่งมีความสำคัญทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า มีประโยชน์ มีความรับผิดชอบ ช่วยเหลือหาเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้

6. การติดตามผลการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนเป็นสิ่งที่ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญในการบำบัดรักษาเนื่องจากผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลไปอยู่ในสังคม สิ่งแวดล้อมเดิม ซึ่งอยู่ใกล้กับยาเสพติด ทำให้ผู้ป่วยอาจกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำได้ ดังนั้นระยะติดตามผลจึงมีความสำคัญในการช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ โดยมีวิธีการดังนี้

1. การนัดให้ผู้ป่วยมาตรวจตามทีนัดไว้ โดยการที่ทางโรงพยาบาลให้ใบนัดกับ ผู้ป่วยทุก 1 เดือน เป็นเวลาประมาณ 6 เดือน เพื่อดูสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ รวมทั้งปัญหาความเครียดที่อาจเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ผ่านมา

2. การเยี่ยมบ้าน เป็นวิธีติดตามผลวิธีหนึ่งซึ่งช่วยให้พยาบาลได้ทราบถึงสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยสมาชิกในครอบครัว ความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย ทำให้ผู้บำบัดรักษาสามารถประเมินผู้ป่วยถึงแนวโน้มการกลับมาเสพติดซ้ำได้

3. การติดตามทางจดหมายและ โทรศัพท์ กรณีที่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถไปเยี่ยมบ้านได้ เช่น ผู้ป่วยอยู่ต่างจังหวัด อาจติดต่อผู้ป่วยโดยทางจดหมายหรือโทรศัพท์เพื่อทราบความเป็นอยู่ และความต้องการในการขอความช่วยเหลือของผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนเป็นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) คือเป็นการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมซึ่งเป็นบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน พยาบาล ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะ ประสบการณ์ และมีทัศนคติที่ดีกับผู้ป่วยซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำได้ต่อไป

2.6 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนเป็นกระบวนการแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน โดยมีขั้นตอน 5 ขั้นตอน การประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล

1. การประเมินสภาพปัญหา เป็นการรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรให้ความสำคัญ คือข้อมูลเกี่ยวกับสารเสพติดแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยใช้เพราะสารแต่ละชนิดมีผลต่อผู้ป่วยแตกต่างกัน ฉะนั้นข้อมูลที่ควรรวบรวม ได้แก่ ชนิดของสารเสพติดที่ผู้ป่วยเคยใช้ และใช้ก่อนที่จะมาขอรับการรักษาในครั้งนี้ วิธีที่ผู้ป่วยใช้ในการนำสารเข้าสู่ร่างกาย เช่น การสูบบุหรี่ การดม การกินหรือการฉีดเข้าเส้นเลือด ปริมาณสารเสพติดที่ใช้ในแต่ละครั้ง ระยะเวลา ความถี่ในการใช้สารและหลังสุด ผู้ป่วยใช้สารเสพติดเมื่อไหร่ ในสภาพการณ์ใดที่ผู้ป่วยต้องใช้สารเสพติดนั้น ๆ ขณะเมื่อใช้สารเสพติดต่าง ๆ ผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์อะไร ที่เกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ทางร่างกายและจิตใจ

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ใช้สารเสพติดมีปัญหาทางการพยาบาลมากมาย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เช่นวิธีการที่ใช้ในการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม เช่นการใช้สารเสพติดพยายามหลีกเลี่ยงปัญหาโดยการปฏิเสธความจริง ไม่ยอมรับปัญหาที่แท้จริงของตนเอง การได้รับสารอาหารแปรปรวนส่วนมากขาดสารอาหาร(malnutrition)เสี่ยงกับการติดเชื้อทั้งแบบเฉพาะที่และติดเชื้อในระบบร่างกายทั่วไป ไม่มีความภาคภูมิใจในตนเองเหมือนคนไม่มีคุณค่า ขาดความรู้ในการจัดการปัญหาของตนเองอย่างเหมาะสม มีความบกพร่องในการปฏิบัติตามบทบาท เช่น การทำงาน การเรียน เสี่ยงกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น การรับรู้ทางระบบประสาทสัมผัสต่าง ๆ แปรปรวน นอกจากนี้ยังมีปัญหาในภาวะฉุกเฉิน เช่น เมื่อเกิดอาการเป็นพิษ เมื่อได้สารเกินขนาดและเมื่อขาดสารเสพติดต่าง ๆ

3. การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลในผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาค่อนข้างยาวนาน โดยเริ่มจากขั้นตอนการถอนพิษสารเสพติด (detoxification) ไปจนถึงขั้นตอนที่ผู้ป่วยหยุดใช้สารเสพติดได้จริงๆ สำหรับพยาบาลจิตเวช การวางแผนการพยาบาลต่าง ๆ มีเป้าหมายในการช่วยเหลือ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1. เป้าหมายในระยะสั้น (short-term objectives)

ก. ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในขณะที่ถอนพิษสารเสพติด

ข. ประเมินสถานะอันอาจเกิดจากการเจ็บป่วยทางร่างกาย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ หรือบางกรณีต้องใช้ยาอื่นทดแทนสารเสพติดที่ผู้ป่วยต้องถอนออกไป

ค. ให้กำลังใจและจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พัก

2. เป้าหมายในระยะกลาง (intermediate objectives) ประเมินอาการต่างๆที่เกิดในตอนนอนพิษ สารเสพติดพร้อมกับกำหนดระยะเวลาการช่วยเหลือและแจ้งผลของการรักษาต่อผู้ป่วยและครอบครัว กระตุ้นผู้ป่วยให้เข้าร่วมในโครงการรักษาต่อไปและส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสารเสพติดร่วมกับการต้องพึ่งพาสารเสพติดต่าง ๆ

3. เป้าหมายในระยะยาว(long-termobjectives)กระตุ้นผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในแผนการรักษา และมุ่งเน้นให้เกิดความเข้าใจในปัญหาของตนเองที่ต้องใช้สารเสพติดประเมินสภกความเครียดและแรงกดดันต่าง ๆ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดอีกสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยหรือบอกได้ถึง แรงจูงใจต่าง ๆ ที่ทำให้เขาต้องใช้สารเสพติดพร้อมกับช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหาวิธีการแก้ปัญหาต่างๆมี แรงจูงใจและการร่วมมือในการรักษาต่อไป หลีกเลี่ยงการกลับไปใช้สารเสพติดอีก

4. การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายนั้น ใช้แนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยทาง ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมทั้งระยะสั้นและระยะยาวโดยเฉพาะในช่วงของการนอนพิษสารเสพติด ร่วมกับการช่วยเหลือตามวิธีการของการพยาบาลจิตเวช แล้วแต่ว่าพยาบาลผู้นั้น ปฏิบัติงานอยู่ใน ขั้นตอนใดของการช่วยเหลือผู้ป่วย ฉะนั้นพยาบาลควรมีความสามารถในการช่วยผู้ป่วย โดยวิธีจิต บำบัดเป็นรายบุคคล (Individual psychotherapy) จิตบำบัดเป็นกลุ่ม (group psychotherapy) พฤติกรรม บำบัด (behaviour therapy) กิจกรรมบำบัด (group therapy) และการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการบำบัด (milieu therapy) นอกจากนี้พยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ติดยาเสพติด ควรมีความเข้าใจและรู้วิธีการที่จะ ช่วยเหลือในพฤติกรรมบางประการที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้นำมาใช้ อันทำให้เกิดอุปสรรคในการช่วยให้ผู้ป่วย เลิกใช้สารเสพติดได้

5. การประเมินผลการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนได้รับการดูแลเพื่อบรรลุเป้าหมายของการ พยาบาลที่ได้ตั้งไว้หรือไม่พยาบาลได้ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลไว้หรือไม่ โดยกระบวนการของการ ประเมินผลสามารถทำได้หลายรูปแบบคือ การประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยโดยกระทำภายหลัง การพยาบาลทุกครั้ง การประเมินผลจากบันทึกรายงานการรักษาพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติ การพยาบาล การประเมินตนเองของพยาบาลเพื่อให้มีการพัฒนาตนเองตามความเหมาะสม

สรุปได้ว่ากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนเป็นศาสตร์และศิลป์ที่ต้อง มีทฤษฎีการพยาบาลเป็นพื้นฐาน โดยการปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยที่ได้มาจากกระบวนการ 5 ขั้นตอน คือ การประเมินสภาพปัญหา การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การ ปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการ

การพยาบาลจะส่งผลต่อผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างมีคุณภาพและผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ต่อไป

3. การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.1 ความหมาย

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอยู่ในแต่ละบุคคล ซึ่งมีผู้ให้คำจำกัดความไว้ดังนี้

Rogers (1969) กล่าวว่า การรู้สึกว่าคุณค่าเป็นความรู้สึกในทางบวก ความรู้สึกในทางบวกเป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองซึ่งก่อให้เกิดความภาคภูมิใจและจะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองตามมา

Maslos (1970) กล่าวว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าคุณค่า มีคุณค่า มีความเข้มแข็ง ก็สมรรถภาพในการกระทำสิ่งต่างๆ มีความเชี่ยวชาญและมีความสามารถ

Coopersmith (1981) กล่าวว่า การที่บุคคลพิจารณาและประเมินตนเองแล้วแสดงออกในแง่ของการยอมรับตนเองหรือไม่รับตนเอง โดยแสดงให้เห็นถึงขอบเขตของความเชื่อของแต่ละบุคคลที่มีต่อตนเอง ซึ่งเป็นเรื่องอัตวิสัยซึ่งบุคคลอื่นสามารถรับรู้ได้จากคำพูดและท่าทีที่บุคคลนั้นแสดงออกมา

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองหมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง โดยผ่านการประเมินตนเองในเรื่องคุณค่าของตนเองในด้านความแนบบุคคล ความสามารถ ความมั่นใจในตนเอง ความสำเร็จ การนับถือตนเองรวมทั้งการสามารถยอมรับการเห็นคุณค่าของผู้อื่นที่มีต่อตนเอง

3.2 ลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงและต่ำ

Coopersmith (1981) กล่าวว่า บุคคลจะแสดงระดับการเห็นคุณค่าที่แตกต่างกันออกมาอย่างรู้ตัวและไม่รู้ตัว ทางลักษณะท่าทาง น้ำเสียง คำพูดและพฤติกรรม ดังนั้นการแสดงระดับการเห็นคุณค่าในตนเองที่ต่างกันจะมีผลต่อบุคคลดังนี้

1. บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูง จะมีความสอดคล้องกลมกลืนในส่วนทั้งหมดของตนรับรู้คุณค่าของตนเองความเป็นจริง ตระหนักถึงศักยภาพทั้งหมดของตนเอง มีจิตใจที่เปิดกว้างและยอมรับในสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งสามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม บุคคลเหล่านี้จะมีความ กระตือรือร้น เชื่อมั่นในตนเองว่ามีความสามารถในการทำงานให้ประสบผลสำเร็จ มักเป็นผู้นำในอภิปราย มีความสามารถในการทำงานให้ประสบผลสำเร็จ มักเป็นผู้นำในการอภิปราย มีความคิดสร้างสรรค์มองโลกในแง่ดี มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะวิจารณ์ มีความคิดสร้างสรรค์มองโลกในแง่ดี มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้า ตลอดทั้งเป็นผู้ที่มีความสร้างสรรค์มองโลกในแง่ดี มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้า ตลอดทั้งเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจ

เคารพและประทับใจในตนเอง บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงจะตระหนักถึงความรับผิดชอบทั้งต่อตนเองและต่อผู้อื่นรวมทั้งสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมได้

2. บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะอยู่ในภาวะความไม่สอดคล้องกลมกลืนของตน มักใช้กลไกในการป้องกันตนเอง รับรู้ว่าคุณค่าหรือมีคุณค่าเกินความเป็นจริงซึ่งส่งผลให้บุคคลเหล่านั้นเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย วิตกกังวล เก็บตัว ไม่ชอบการแสดงตน แสวงหาการยอมรับจากบุคคลอื่นเพื่อให้เกิดการยอมรับตนเอง บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำมักแสดงความขื่นขื่นให้ปรากฏออกมาเสมอๆ แต่แท้จริงแล้วบุคคลเหล่านั้นจะมีความรู้สึกหวาดกลัว ท้อแท้ ไม่มั่นใจในตนเอง มั่นคงอยู่ภายใต้อิทธิพลของบุคคลอื่น หวั่นไหวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ มีความยุ่งยากในการแก้ไขปัญหาและไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ ได้

3.3 องค์ประกอบของความสำนึกในคุณค่าแห่งตน

องค์ประกอบความสำนึกในคุณค่าแห่งตนมีผู้ศึกษาไว้ดังนี้ เกตส์ (Gates as cited in Barry, 1989) ได้แบ่งความสำนึกในคุณค่าแห่งตนออกเป็น 4 องค์ประกอบคือ 1) ความรู้สึกต่อร่างกายตนเอง (the body self) หมายถึง บุคคลคิดและรู้สึกต่อรูปร่างและหน้าที่ของร่างกายจนความสามารถของหน้าที่พื้นฐานของร่างกาย 2) ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น (the interpersonal self) เป็นส่วนหนึ่งของความสำนึกในคุณค่าแห่งตน ที่บุคคลคิดและรู้สึกเกี่ยวกับวิธีที่เขามีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นคนสนิทสนมคุ้นเคยหรือบุคคลที่พบกันโดยบังเอิญ 3) ความสำเร็จของตนเอง (the achieving self) หมายถึงสิ่งที่บุคคลคิดและรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถของเขาที่จะนำเขาไปสู่ความสำเร็จในชีวิตครอบครัว การทำงานและสิ่งแวดล้อมภายในโรงเรียน 4) ความเป็นเอกลักษณ์แห่งตน (the identification self) เป็นความรู้สึกทางนามธรรมและพฤติกรรมที่สนใจในทางศีลธรรมและจิตวิญญาณ

คูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1981) ได้แบ่งองค์ประกอบพื้นฐานของความรู้สึกในคุณค่าแห่งตนไว้ 4 องค์ประกอบได้แก่ 1) ความสำคัญ (significance) เป็นแนวทางที่บุคคลรู้สึกเกี่ยวกับตนเองต่อการได้รับการยอมรับ การมีคุณค่า และการเป็นที่รักของบุคคลอื่น รวมทั้งมีประโยชน์ต่อครอบครัวต่อสังคม 2) ความสามารถ (competence) เป็นแนวทางที่บุคคลได้พิจารณาถึงความมีคุณค่าจากผลของการกระทำที่ได้รับความสำเร็จ ตามเป้าหมายและความสามารถในการเผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ด้วยความมั่นใจตลอดจน ความสามารถในการปรับตัวได้ดี 3) คุณความดี (virtue) เป็นแนวทางที่บุคคลได้กระทำหรือปฏิบัติตนอย่างถูกต้องและเหมาะสมอย่างสอดคล้องกับค่านิยมของวัฒนธรรม สังคม ประเพณี จริยธรรมและศีลธรรมโดยการรับรู้คุณค่าของตนเองตามความเป็นจริง มองโลกในด้านดี และมีความพึงพอใจในสภาพที่เป็นอยู่ 4) พลังอำนาจ (power) เป็นสิ่งสำคัญต่อตนเองบุคคลอื่นๆ และต่อสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่อยู่รอบตัวตนรวมทั้งมีความเชื่อมั่นต่ออำนาจการกระทำของตนเองว่าจะก่อให้เกิดผลคาดหวังและมีความสามารถในการจัดกระทำสิ่งต่างๆ ให้บรรลุผลตามที่คาดหวัง

คูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1984) ได้สรุปการเพิ่มสำนึกในคุณค่าตนไว้ว่าการสร้างเสริมให้บุคคลมีความสำนึกในคุณค่าแห่งตนเพิ่มสูงขึ้นคือ 1) การได้รับการยอมรับ ได้รับเกียรติ ได้รับความสะดวกใจเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง 2) การประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ 3) การได้กระทำในสิ่งที่สอดคล้องกับค่านิยมและความปรารถนาของตนเอง 4) การปกป้องความสำนึกในคุณค่าแห่งตนที่มีอยู่ คอยการไม่ใส่ใจต่อที่จะทำให้ความสำนึกในคุณค่าแห่งตนลดลงเช่นการไม่สนใจต่อคำวิจารณ์ของคนอื่นๆ นอกจากนี้บรูโน (Bruno, 1983) ได้กล่าวถึงวิธีการเพิ่มความสำนึกในคุณค่าแห่งตนไว้ 4 ประการคือ 1) ใช้การเสนอแนะ หรือให้ข้อคิดโดยตรง (direct suggestion) อาจจะเป็นการให้ข้อคิดหรือข้อเสนอแนะโดยผู้อื่นหรือโดยตนเอง วิธีนี้เป็นการให้ข้อมูลที่ส่งผลให้เกิดกำลังใจและสร้างความสำนึกในคุณค่าแห่งตนได้ 2) สร้างผลสำเร็จให้กับตนเองมากขึ้น 3) ลดความหวังลงเป็นการลดความอยากได้ หรือความคาดหวังต่างๆ 4) การยุติการประเมินค่าของตนเอง เชื่อว่าความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของบุคคลจะเพิ่มขึ้นได้ ถ้าบุคคลนั้นเลิกพิจารณาตัดสินค่าของตนเอง

3.4 ความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน

ผู้ป่วยโรคสารแอมเฟตามีนมักมีลักษณะบุคลิกภาพแปรปรวน และมีความรู้สึกขาดความปลอดภัยมีอาการทางจิตคล้ายผู้ป่วยจิตเภท (วสุ จันทรศักดิ์, 2543) และมีบุคลิกภาพแบบพึ่งพิง การตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา มักเป็นแบบไม่กล้าเผชิญปัญหาซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่มั่นใจ ไม่ยอมรับความเป็นจริง จนทำให้ขาดความเชื่อถือตนเองไม่เป็นที่ยอมรับในสังคมและมีความรู้สึกไวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ มีความเชื่อว่าคนอื่นมองตนเองในแง่ที่ไม่ดี ไม่ยอมรับคำพูดของบุคคลอื่นที่กล่าวถึงตนเองในแง่ลบ ไม่สามารถที่จะปกป้องตนเองได้ หวั่นไหวต่ออิทธิพลของสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (จีรังกุล ญูรังสี และ กาญจนานุสวาทเนียม, 2545) และจากการศึกษาผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนและที่ติดสารเสพติดพบว่า ผู้ป่วยมักมองตนเองในแง่ลบ คิดว่าตนเองด้อยค่า ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเองและยากต่อการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ (Kaplan & Sadock, 1993) มีปัญหาด้านการปรับตัวมีพฤติกรรมคล้ายตามผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสจะกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (Dielman, Campanelli, Shope & Butchart, 1987) และ สาเหตุสำคัญทางจิตใจชักนำให้ติดสารเสพติด คือ บุคลิกภาพพื้นฐานซึ่งเป็นผลมาจากการเลี้ยงดูของครอบครัวในวัยเด็ก สภาพครอบครัวที่ขาดความอบอุ่น นับว่าเป็นความกดดันทางด้านจิตใจที่ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำอันจะเป็นผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมโดยการหันไปใช้ยาเสพติด จากการศึกษาของดิเอลแมนและคณะ (Dielman et al. 1987 : 207-220) ที่พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการใช้สิ่งเสพติดชนิดต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของแคปแลน (Kaplan 1975 cited in Dielman et al. 1987 : 208) ซึ่งพบว่าเจตคติในทางลบต่อตนเองมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดและ พฤติกรรมเบี่ยงเบนต่างๆทำให้มีโอกาสจะใช้และติดสาร

เสพติดได้ง่าย จากปัจจัยต่างๆที่กล่าวข้างต้นส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนส่วนมากเป็นผู้ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และ ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำส่งผลต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำจนอาจเกิดอาการทางจิตและต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีก

จะเห็นได้ว่าความสำคัญในคุณค่าแห่งตนมีความสำคัญกับผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนเพราะเมื่อผู้ป่วยมีความสำคัญในคุณค่าแห่งตนต่ำ ทำให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเองและความเชื่อมั่นในตนเองต่ำจะส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำได้ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนต่อไป

4. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

4.1 ความหมาย

พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีผู้ที่ให้ความหมายไว้ดังนี้

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

Orem (2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด

สรุป การดูแลตนเอง หมายถึง กระบวนการที่บุคคลกระทำกิจกรรมด้วยความตั้งใจ สมัยใจเกิดจากแรงจูงใจในตนเองที่มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพสวัสดิภาพและความผาสุกของตน

4.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง Hill & Smith (1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองประกอบด้วย การรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสาร การเตรียมเผชิญภาวะวิกฤติและการสูญเสีย การบริหารเวลา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองโดยทั่วไป ตามแนวคิดของ Orem เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำโดยธรรมชาติ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะมีอำนาจ และการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามสภาพที่เป็นจริงทั้งในสิ่งแวดล้อมที่คงที่หรือเปลี่ยนแปลงไป และการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจ มีเหตุผลในการควบคุมทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ที่มีผลต่อการกระทำหน้าที่และกระบวนการพัฒนา หรือสนับสนุนให้มีความผาสุก

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เป็นการกระทำที่มีลำดับเหตุการณ์และมีแบบแผน ในการสนับสนุนส่งเสริมแนวทางที่เฉพาะในการรวมตัวกันของโครงสร้างการทำงานที่ และพัฒนาการของมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Orem, 2001)

Orem (1995) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นศักยภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคล ในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจโดยทั่วไป คือความสามารถที่จะรู้(knowing) กับความสามารถที่จะทำ (doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จเป้าหมายของการกระทำ

ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) ซึ่งเป็นพลังความสามารถที่เชื่อมการรับรู้ของบุคคลกับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป ได้แก่ ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหว การใช้เหตุผลและแสวงหาความรู้ มีแรงจูงใจมีทักษะในการตัดสินใจใช้สติปัญญา สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเองและมีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

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

จากการศึกษาของ เพซรี คันทสยบัว (2544) ที่พัฒนาแนวคิดการดูแลตนเองโดยทั่วไปของ โอเร็ม (Orem, 2001) ทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจของฮิลและสมิท (Hill and Smith, 1990) และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) มานำเสนอเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

1. การพัฒนาการรู้จักตนเองของผู้ป่วย (self awareness) คือความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ ทั้งด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม จุดเด่นจุดด้อย และความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสุขภาพจิต การพัฒนาและการดำรงไว้ของการรู้จักตนเอง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต เป็นการปฏิบัติที่ยาก การเข้าถึงต้องอาศัยความอดทน ความมุ่งมั่นและซื่อสัตย์ต่อตนเอง รวมทั้งไม่ควรวิพากษ์วิจารณ์ ตนเองมากเกินไป ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองมีประโยชน์มากในกระบวนการดังกล่าว (Hill and Smith, 1990)

บุคคลที่มองเห็นตนเองได้ตรงกับความเป็นจริงจะสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เพราะเป็นคนเปิดเผยจริงใจ คนอื่นก็สามารถรู้จักบุคคลนั้นตามความเป็นจริง การพัฒนาการรู้จักตนเองเป็นกระบวนการตลอดชีวิต และสามารถพัฒนาได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534)

2. การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ การสื่อสารเป็นกิจกรรมต่อเนื่องของการถ่ายทอดข้อมูลแลกเปลี่ยนข้อมูลและกระบวนการของข้อมูล การตีความหมายของข้อมูล และเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวและการตัดสินใจระหว่างคน 2 คน หรือมากกว่า ในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเพื่อแลกเปลี่ยนหรือถ่ายทอดข้อมูลด้านความรู้สึก และความหมายในการดำเนินชีวิต การสื่อสารเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม ช่วยสร้างสรรค์และรักษาความสัมพันธ์ของชีวิตในสังคมให้คงอยู่ต่อไป บุคคลจะมีการสื่อสารตลอดเวลาทั้งการสื่อสารกับผู้อื่นและกับตนเอง ปัญหาสุขภาพจิตส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการติดต่อสื่อสารที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมภายในครอบครัว การไม่สามารถสื่อความคิด ความรู้สึกและความเชื่อของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้โดยตรงไปตรงมาทำให้ต้องเก็บระดับความรู้สึก ความคิดนั้นไว้ด้วยความคับข้องใจ จนกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตได้ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนำไปสู่การมีทักษะในการดูแลตนเอง (เพชรี คันธสายบัว, 2544) และมีการศึกษาพบว่าผู้ที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอธิบายถึงอาการและอาการแสดงของตนเองได้อย่างถูกต้องนั้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้น สามารถคาดเดาถึงความรุนแรงของการป่วยซ้ำได้ และรับรู้ถึงสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดอาการป่วยซ้ำจนกระทั่งสามารถค้นพบอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำได้ (Baker, 1995)

3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับการพัฒนา และดำรงไว้ซึ่งความสามารถใน การจัดการกับเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ เวลานั้นเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับทรัพยากรอื่นๆ ในชีวิต และช่วยให้บุคคลมีความพึงพอใจ เมื่อสามารถทำงานได้สำเร็จตามเวลาที่กำหนดไว้ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อจิตใจของบุคคล (เพชรี คันธสายบัว, 2544) การวางแผนการใช้เวลา เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีความสนใจต่อองค์ประกอบของสุขภาพจิตที่ลืมหรือละเลยได้ง่ายในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการทำให้สังคมมีความสำคัญมากขึ้น (Hill and Smith, 1990: 143) การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับการใช้เวลาอย่างยิ่ง ซึ่งจะเป็นประโยชน์มากหาก ผู้ป่วยสามารถวางแผนเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันได้ เช่น การออกกำลังกาย การมีส่วนร่วมกับกิจกรรมทางสังคมการพักผ่อนซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจถูกละเลยได้ง่ายหากขาดประสิทธิภาพในการใช้เวลา

4. การเตรียมการเผชิญกับปัญหา การเผชิญปัญหาเป็นการกระทำใดๆ ของบุคคลเมื่อเกิดปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวันเมื่อเกิดปัญหาคงจะรู้สึกเครียด เริ่มวิตกกังวล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) และจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจทำให้บุคคลไม่เป็นสุข กังวลใจเป็นทุกข์ ภาวะเครียดที่มากเกินไปจะนำไปสู่ภาวะเหนื่อยหน่ายใจและนำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์ได้ ถ้าแก้ไขปัญหาได้ก็จะเกิดความสุข แต่ถ้าบุคคลแก้ไขปัญหามาไม่ได้จะเกิดภาวะกดดัน รู้สึกถูกคุกคาม เครียด และถ้าไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ในระยะเวลาที่เหมาะสม ก็จะทำให้บุคคลเข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งแสดงออกในลักษณะของการเจ็บป่วยทางกาย หรือการเจ็บป่วยทางจิตใจ (Hill & Smith, 1985)

5. การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคล ทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง รวมถึงความใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยสิ่งของ แรงงาน คำแนะนำ ข้อมูลป้อนกลับและการมีส่วนร่วม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียดโดยประมิณ เหตุการณ์เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง และช่วยลดหรือจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอสามารถป้องกันการเกิดพยาธิสภาพต่างๆจากภาวะวิกฤตได้

ระบบสนับสนุนทางสังคม ซึ่งรวมถึงโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม ย่อมมีผลต่อการเตรียมการเผชิญ ปัญหาที่มีประสิทธิภาพของผู้ป่วยในชุมชน โดยเฉพาะการดำเนินชีวิตในสังคม ต้องมีการพึ่งพาอาศัยกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเองด้วยตนเอง หากเกิดปัญหาขึ้นการ สนับสนุนทางสังคมจะเป็นแหล่งเอื้อประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างยิ่ง สอดคล้องกับที่ เพชร คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการที่ผู้ป่วย มีการติดต่อกับ บุคคลใกล้ชิด หรือหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้เมื่อมีอาการทางจิต รวมทั้งสามารถให้ความ ช่วยเหลือผู้อื่น ได้เมื่อผู้อื่นได้รับความเดือดร้อน

6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การนับถือศาสนา เป็นความคิด ความเชื่อ เป็นจิตวิญญาณ ของบุคคลที่จะนับถือสิ่งที่ตนเองและสังคมที่อาศัยอยู่มีความเคารพ ศรัทธา เพื่อให้เป็นที่ยึดมั่นของจิต ใจ ศาสนานับเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของบุคคลในผู้ป่วยการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานับเป็นการ พัฒนาการรู้จักตนเอง ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหา รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลง และหากมีอะไรทำให้ไม่สบายใจ ก็สามารถที่จะขจัดสิ่งเหล่านั้นออกไปได้ รู้จักปล่อยวาง ขอมรับและตระหนักถึงสภาพความเป็นจริง พร้อมทั้งจะแก้ไขปัญหาได้อย่างมีสติ ซึ่งสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตในสังคมได้และไม่เกิดปัญหาทางจิต อัน ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

7. การดูแลตนเองด้านร่างกาย การดูแลตนเองด้านร่างกายเป็นกิจกรรมที่แสดงถึงการดูแลเพื่อปกป้องร่างกาย และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนของการดูแลร่วมกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดภาวะ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความพิการตลอดช่วงชีวิต และการดูแลตนเองเป็นทักษะที่มีความสัมพันธ์

ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม ได้โดยไม่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติด สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมต่างๆของชุมชนได้ตามศักยภาพของตน พยาบาลเป็นบุคคล สำคัญในการศึกษาหาวิธีการที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย

4.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาประยุกต์การศึกษาของ เพชร กัณธสายบัว (2544) ที่พัฒนาขึ้น ตามแนวคิดการดูแลตนเองโดยทั่วไปของโอเร็ม (Orem, 2001) ทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจของ ฮิลล์ และสมิท (Hill and Smith, 1990) และจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) มานำเสนอเกี่ยวกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

1. การพัฒนาการรู้จักตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนมีลักษณะอาการทางจิตซึ่งมีอาการคล้ายโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (กิตติพงษ์ สานิชวรรณกุล และคณะ, 2542) ความจำบกพร่อง ไม่มีสมาธิ กระบวนการคิด ตัดสินใจไม่เหมาะสมและผู้ป่วยรู้สึกด้อยคุณค่า ไม่ยอมรับว่าตนเองต้องพึ่งยาเสพติดหรือเป็นผู้ติดสารเสพติด ปฏิเสธการเจ็บป่วย ปฏิเสธความจริง ไม่ยอมรับการบำบัดรักษา (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

2. การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ ด้านการติดต่อสื่อสารที่บกพร่องเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทางจิตโดยพบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนมักมีอาการทางจิตในลักษณะต่างๆ คือ การตัดสินใจผิดพลาด ก้าวร้าว นอนไม่หลับ หวาดระแวง พฤติกรรมพิลึก ประสาทหลอน สับสน และอารมณ์ผิดปกติ ซึ่งมีอาการคล้ายโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (อรรณพ วิสุทธิมรรค, 2541; กิตติพงษ์ สานิชวรรณกุล และคณะ, 2542) มีความจำบกพร่องไม่มีสมาธิ กระบวนการคิดและการตัดสินใจไม่เหมาะสม (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2536)

3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนผู้ป่วยขาดการส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน เพราะช่วงก่อนป่วยผู้ป่วยหมกมุ่นกับการใช้ยา (สุชาติ เลาบรีพัตร, 2541) ไม่ใส่ใจในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเองด้านการใช้ชีวิตประจำวัน

4. การเตรียมการเผชิญกับปัญหา ด้านการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนผู้ป่วยมีความรู้สึกอายจากการเจ็บป่วยทางจิต และยังเมื่อต้องเสพซ้ำบ่อยๆ จะทำให้อาการรุนแรงและเรื้อรัง และพบว่าผู้ป่วยยาเสพติดจะไม่ค่อยยอมรับความจริงหลีกเลี่ยงปัญหา มักใช้วิธีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมเช่นการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

5. การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนพบว่าผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) และนอกจากนี้การเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยครอบครัวที่ไม่สร้างความอบอุ่นให้แก่เด็กครอบครัวแตกแยก ผู้ปกครองไม่มีเวลาเอาใจใส่หรือเข้มงวดหรือตามใจมากเกินไปทำให้ผู้เสพเกิดความว้าเหว่ขาดความมั่นคงทางอารมณ์ ขาดแบบอย่างที่ดีของบิดาและมารดาให้เลียนแบบ ทำให้หันไปใช้แอมเฟตามีนตามกลุ่มเพื่อน (พิมพ์พรณ ศิลปสุวรรณ, 2543) ไม่เป็นที่ยอมรับของชุมชนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้และกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนผู้ป่วยขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ขาดที่พึ่งทางใจ ด้านการปฏิบัติตนตามหลักความเชื่อทางศาสนาพบว่า ผู้ป่วยขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ขาดที่พึ่งทางใจ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

7. การดูแลตนเองด้านร่างกาย ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน ผู้ป่วยยังบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดจะมีลักษณะของ Poor hygiene และไม่สนใจดูแลทำความสะอาดร่างกาย (สุกมา แสงเดือนฉาย , 2544) และพบว่าสารเสพติดมีผลกระทบต่อร่างกายของผู้เสพ คือ ปวดศีรษะ หนาวสั่น ปากแห้ง ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้ อาเจียนเป็นต้น (สำเนา มากแบน, 2546)

จากความพร้อมในการดูแลตนเองดังกล่าวข้างต้นหากเปรียบเทียบกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ทั้ง 7 ด้านของ เพชรี คันธสายบัว(2544)กับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน ยังมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บกพร่องพยาบาลผู้ซึ่งมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและเลิกยาเสพติดได้ไม่กลับมารักษาซ้ำ

5. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

5.1 ความหมาย

Miller (1992) กล่าวว่า พลังอำนาจคือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจสำหรับบุคคล โดยสรุปรูปแบบพลังอำนาจมีอยู่ 7 แหล่งด้วยกันคือ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength) 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) 3) อึดมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self concept) 4) พลังงาน (Energy) 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight) 6) แรงจูงใจ (Motivation) 7) ระบบความเชื่อ (Belief system)

Gibson (1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของบุคคลที่จะใช้พัฒนาและใช้ความรู้ที่จำเป็น ความสามารถและความเชื่อมั่นที่จะทำให้ความคิดของตนเองมีความหมาย เป็นกระบวนการทางสังคม ที่ให้การยอมรับ ส่งเสริม และพัฒนาความสามารถของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตน เป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกรับรู้คุณค่าของตนเอง และสร้างประสิทธิภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2539) กล่าวถึงความเชื่อพื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมุ่งเน้นที่การนำเอาศักยภาพทางปัญญา และพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

แก่ตนเองและผู้อื่น เป็นแนวคิดที่มีความต่อเนื่องอย่างชัดเจนกับการพัฒนาคุณภาพอย่างครบวงจรอย่างต่อเนื่องและเป็นการสร้างสถานการณ์ การเริ่มต้นมากกว่าการมีส่วนร่วมของคุณ

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2541) กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพยายามที่จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง มั่นใจ ยึดมั่นผูกพันและมุ่งหวังในการบรรลุเป้าหมายของตนเอง เพื่อการปฏิบัติหรือกระทำการกิจหนึ่งให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง ในการที่บุคคลจะเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ยึดมั่นผูกพันต่อตนเองหรือหน่วยงานเพื่อให้สามารถกระทำ กิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง บุคคลจะต้องเชื่อมั่นในตนเองว่าตนเองสามารถกระทำการกิจกรรม ต่างๆ ได้สำเร็จ บุคคลต้องได้รับการสนับสนุนส่งเสริมทั้งกำลังกาย กำลังใจ กำลังความคิด และมีอิสระในการตัดสินใจกระทำการต่างๆ ด้วยตนเอง

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคล ในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ต่อสุขภาพและชีวิตในการดำเนินชีวิตของตนเอง เพื่อให้เขาเหล่านั้นมีพลังมีความผาสุกและมีอำนาจในการตัดสินใจเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความรู้สึกมั่นใจเป็นตัวของตัวเอง สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.2 แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย

แหล่งพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) ประกอบไปด้วย

5.2.1 ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพทางกายและเต็มตามพลังสะสมทางกาย (Physical reserve) เมื่อระบบร่างกายเกิดการเจ็บป่วย พลังอำนาจในการกระทำการใดๆ ของบุคคลก็จะลดลง

5.2.2 ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) ความเข้มแข็งทางจิตใจหมายถึง ความยืดหยุ่นของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วย หรือความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ซึ่งบางครั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสาเหตุของความไม่สมดุลทางจิตใจ ความวิตกกังวลและซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่ม โรคเรื้อรัง ดังนั้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงต้องการความช่วยเหลือให้ดำรงไว้ซึ่งความคิดในด้านบวกการป้องกันความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกหมดหวังที่อาจจะเกิดขึ้น การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สัมพันธภาพในการปฏิสัมพันธ์ การบูรณาการทางสังคม โอกาสสำหรับการดูแล ความเชื่อมั่นในคุณค่า บุคคลที่ให้การดูแล นอกจากนั้นยังรวมถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือที่สัมผัสจับต้องได้ (Tangible support) เช่น การสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) และการสนับสนุนทางข้อมูล (Information support)

5.2.3 อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-concept) หมายถึง ความคิด และความรู้สึกที่มีต่อตนเอง องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ในตนประกอบด้วย ภาพลักษณ์ การทำหน้าที่ของตน ความเป็นตัวของ

บุคคล ได้แก่ คุณธรรม ความคิด และความคาดหวัง ส่วนบุคคล และการนับถือตนเอง (Self-esteem) การนับถือตนเองในองค์ประกอบ ที่สำคัญของอัตมโนทัศน์ในการเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลต่ออัตมโนทัศน์ในตน เป้าหมายของการสร้างอัตมโนทัศน์ในตนขึ้นมาใหม่ คือ การรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับร่างกายไปสู่อัตมโนทัศน์เกี่ยวกับตนในทางบวก โดยการทำความเข้าใจว่าความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพอยู่ในตนเอง

5.2.4 พลังงาน (Energy) หมายถึง ความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคล ศักยภาพของพลังงานคือ พลังงานที่เก็บสะสมไว้ซึ่งควรที่จะสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป แหล่งของพลังงาน ได้แก่ อาหาร น้ำ การพักผ่อน และแรงจูงใจ พลังงานที่ใช้ในการสะสมหรือฟื้นฟูสภาพทางกาย หรือใช้ในการจัดการกับความต้องการประจำวัน รวมถึงการจัดการกับความเครียด นอกจากนี้พลังงานยังใช้ในการเติบโต ในการเรียนรู้ ทำงาน และทำกิจกรรมต่างๆด้วย

5.2.5 ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight)

5.2.5.1 ความรู้ หมายถึง สิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจในการสร้างทางเลือกและการลงมือกระทำ ความรู้ถือเป็นสิ่งสนับสนุนที่ช่วยลดความไม่แน่นอน การขาดความรู้นำไปสู่ความท้อแท้และนั่งเฉย ซึ่งเป็นลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจ

5.2.5.2 การรับรู้ด้วยปัญญา หมายถึง ความสามารถที่จะค้นหาและประเมินภาวะทางกายและทางจิตเพื่อนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการ และการดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของจิตใจ

5.2.6 แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง แรงผลักดันที่ซ่อนอยู่ภายในช่วยให้บุคคลรู้สึกถึงสมรรถนะและการพิจารณาตนเอง ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังแรงจูงใจมีความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพ ส่งเสริมบทบาททางสังคมและการทำงาน และพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง แรงจูงใจมีส่วนช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา

5.2.7 ระบบความเชื่อ (Belief system) หมายถึง ระบบความเชื่อของบุคคล ความเชื่อในแผนการรักษา ความเชื่อในเจ้าหน้าที่ ความเชื่อในตนหรือในความสามารถในตน รวมถึงความเชื่อทางศาสนา สร้างความเข้มแข็งและความสามารถในการจัดการกับความเครียดและเอาชนะต่อปัญหา

5.3 ขั้นตอนและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากการศึกษาแนวคิดและวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่างๆสามารถสรุปกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยได้ดังนี้

Suk Bling (1998 อ้างถึงใน สรินทร เชี่ยวโสธร, 2546) กล่าวว่า คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยกระบวนการสร้างแรงจูงใจ กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ การแสวงหาความรู้และทักษะ และกระบวนการของการปรับเปลี่ยนความคิด สิ่งที่ต้องเกิดก่อนคือ การสร้างแรงจูง

ใจให้กับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการมุ่งมั่นทุ่มเท รับรู้ถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ ความสนใจและความหวัง โดยมีกระบวนการ 3 ขั้นตอนคือ

1) การค้นหาสิ่งกระตุ้นความเครียด ความสนใจและจุดแข็ง ได้แก่ ค้นหาเป้าหมาย ความสนใจของผู้ป่วยจากทัศนคติของผู้ป่วย ลดปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย ตระหนักถึงจุดแข็งของผู้ป่วย และปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคล

2) เอื้ออำนวยการปรับเปลี่ยนความคิด ได้แก่ กระตุ้นให้เกิดความมีส่วนร่วมในการแก้ช่วยผู้ป่วยในการต่อรองเป้าหมายใหม่ เอื้ออำนวยให้เกิดทัศนคติทางบวก และสร้างความหวัง

3) เพิ่มแหล่งทรัพยากร ได้แก่ เครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล การใช้กระบวนการกลุ่ม สนับสนุนกันเอง เอื้ออำนวยการสื่อสารระหว่างสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วย เพิ่มแหล่งทรัพยากรทางกายภาพ เอื้ออำนวยให้เกิดความรู้และทักษะ สนับสนุนการตัดสินใจ และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบ่งเป็น ผลลัพธ์ที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความหมายแก่ชีวิตและการมีความหวัง ความเชื่อมั่น ความรู้ทักษะ การมองโลกในแง่ดี และผลต่อเนื้อที่มีต่อพฤติกรรม ได้แก่ ความมุ่งมั่นผูกพันต่อการรักษาพยาบาล การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และความผาสุกทางจิต

คารณี จามจรี (2545) ได้สรุปกระบวนการเสริมสร้างพลังเป็นขั้นตอนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ขั้นตอนดังนี้

1) การสร้างความร่วมมือ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกันในอันที่จะให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การค้นหาสภาพการจริงของผู้ป่วย เป็นการประเมินครองชีวิตของผู้ป่วยตามทัศนคติของผู้ป่วยเอง ว่าผู้ป่วยมีมุมมองอย่างไรต่อภาวะสุขภาพดีและไม่ดี อะไรที่ชอบหรือไม่ชอบเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ขั้นตอนนี้จะทำให้พยาบาลทราบภาพโดยทั่วไปของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และความปรารถนาของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและสร้างพฤติกรรมใหม่ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของตน รวมถึงช่วยให้นักกลยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนตามความเป็นจริง และทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง (Gibson, 1995)

3) การสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจสถานการณ์ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์ รอบด้าน เพื่อการตัดสินใจและการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง และเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแลที่ได้รับ จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้ออกมาพิจารณาปัญหา ประเมินและวิเคราะห์ถึงสิ่งที่เกิดขึ้น ในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงที่ดียิ่งขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาคำรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง จากเดิมที่คิดว่าตนเองไม่สามารถดู

แลตนเองได้ ไปสู่ความคิดที่ว่าตนไม่ได้ไร้ความสามารถทุกอย่าง บุคคลจะมีทางเลือกในการปฏิบัติ ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตน ความสามารถ ความถูกต้องของตน เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะของตนในการดูแลตนเองมากขึ้น กล่าวได้ว่า ขั้นตอนนี้นำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้ บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถ และมีพลังมากขึ้น (Gibson, 1995: 1203)

4) การสนับสนุนเอื้ออำนวย ข้อมูล ความรู้ ทักษะ แหล่งทรัพยากร และสร้างแรงจูงใจ ที่ส่งผลถึงการตัดสินใจที่มีเหตุผล และเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติ ตามที่ได้ตัดสินใจ และสามารถประเมินการตัดสินใจ โดยความต้องการการสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรนั้น เกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเอง ที่มองเห็นว่า สิ่งเหล่านั้นเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ และดำเนินการที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง บทบาทของพยาบาลไม่ใช่ ผู้จัดการให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะ ตามที่พยาบาลเห็นว่าเหมาะสม ต่อโรคหรือสภาพความเจ็บป่วย แต่บทบาทของพยาบาล คือการร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ถึงสิ่งที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) การดำเนินการด้วยตนเอง ในขั้นตอนนี้บุคคลจะดำเนินการแก้ปัญหาหรือกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งมีหลายวิธีการ ขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไข

6) การปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลได้กระทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจะช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ของตนด้วยตนเองมากขึ้น ตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพ เพื่อสุขภาพของตนและบุคคลในความดูแลของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่องอีกด้วย (Gibson, 1995)

ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ (คาร์นิ จามจูรี, 2545) ได้แก่

1) การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้กันมากในการอธิบายลักษณะและความเชื่อที่สะท้อนความรู้สึกของการควบคุม หรืออิทธิพลของบุคคลที่จะเคารพต่อพฤติกรรมการแสดงออกที่หลากหลายรวมถึงการควบคุมตนเองและประสิทธิภาพในตน (Zimmerman, 1995) โดยอธิบายภาพรวมของผลลัพธ์ ได้แก่ การนับถือตนเอง (Self-esteem) ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Personal-control) และความสามารถในตน (Self-efficacy)

2) การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นความรู้ และทักษะที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถและปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคล ความสามารถของบุคคล คุณลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะ ความคิด ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์ และกิจกรรม รวมกลุ่มเป็นคำที่ใช้อธิบายการกระทำของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Suk bling, 1998)

3) การสุขภาวะที่ดี (Well being) เป็นภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม บุคคลจะมีสุขภาวะที่ดีได้แม้อยู่ในภาวะเปราะบางทางสุขภาพหรือการเจ็บป่วย (Orem, 1995) การมีสุขภาวะที่ดีหมายถึงการที่ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาพการเจ็บป่วยตรงตามความเป็นจริง เชื่อว่าตนสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆในชีวิตตนเองได้ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ ซึ่งผลลัพธ์ต่อเนื่องของการเสริมสร้างอำนาจ ส่งผลต่อสุขภาวะที่ดี นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Suk bling, 1998)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาประยุกต์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของ ดารณี จามจรีและจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) โดยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Miller (1992) ซึ่งมีความสอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยที่เป็นลักษณะ โรคเรื้อรัง และมีอาการหลงเหลือแม้อาการจะดีขึ้นแล้ว ครอบครัว ชุมชน เห็นถึงความบกพร่องในผู้ป่วย กลัวในพฤติกรรมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่มีพลังอำนาจในการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ทั้งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและชุมชน ซึ่งตามแนวคิดของ Miller (1992) เชื่อว่าเกิดจากความบกพร่องของแหล่งพลังอำนาจ

5.4 บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมพลังอำนาจในผู้รับบริการ จะเกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายที่กำหนด พยาบาลที่ปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจจะต้องทราบถึงบทบาทของตนดังนี้

1. บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้เฝ้าอำนาจทรัพยากรสำหรับผู้รับบริการเพื่อการจัดการกับปัญหาและการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ
2. บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือในการเปลี่ยนแปลงจึงมีความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจแนวคิดของการเปลี่ยนแปลง และนำไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้รับบริการให้สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนความคิด และทัศนคติที่มีต่อปัญหาและสถานะสุขภาพของตนเองบทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้การสนับสนุนทางด้าน จิตใจ ในระหว่างกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้รับบริการจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหรือความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือสิ่งที่เคยทำอยู่ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้รับบริการดำเนินการต่อไปจนบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้

6. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสำคัญในคุณค่าแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อพัฒนาความสำคัญในคุณค่าแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ ดาร์ณี จามจรีและจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งศึกษาต่อเนื่องจากแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) โดยเชื่อว่า พลังอำนาจ (power) คือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำเนินชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคนและเป็นความสามารถที่มีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน โดยแหล่งของพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) มีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่ง ได้แก่ ความเข้มแข็งทางกายภาพ ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม อัตมโนทัศน์เชิงบวก พลังงาน ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา แรงจูงใจ และระบบความเชื่อ

โดยมีขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ขั้นตอน ลักษณะของเนื้อหาในโปรแกรมจะเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะสูญเสียพลังอำนาจ โดยพัฒนาแหล่งพลังอำนาจในตัวบุคคลของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีศักยภาพและสามารถดูแลตนเองได้ มีขั้นตอนดังนี้

1) การสร้างความร่วมมือ สัมพันธภาพและแรงจูงใจ กับ ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการร่วมมือ ไม่ได้เกิดขึ้นแต่เพียงฝ่ายเดียว ลักษณะการดำเนินการเป็นไปในลักษณะการมีผลประโยชน์ร่วมกัน ขั้นตอนนี้ดำเนินการโดย แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์และและประโยชน์ที่จะได้รับ เพื่อให้สมาชิกรู้จักกัน มีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่ม สร้างบรรยากาศให้เกิดความไว้วางใจเพื่อนำไปสู่การเปิดเผยตนเองในขั้นต่อไป

2) ค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยการรวบรวมแหล่งพลังอำนาจและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ จากการสร้างความร่วมมือสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการร่วมมือไม่ได้เกิดขึ้นแต่เพียงฝ่ายเดียวลักษณะการดำเนินการเป็นไปในลักษณะการมีผลประโยชน์ร่วมกัน ขั้นตอนนี้ดำเนินการโดย แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น โดยค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย ค้นหาปัญหา การดูแลตนเองด้านต่างๆทั้งร่างกาย และจิตใจ การจัดการกับปัญหาเหล่านั้น การแสดงออกทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ ประเมินวิเคราะห์สถานการณ์จริงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา

3) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณกับผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน ใช้กระบวนการกลุ่ม สร้างพลังในการแก้ไขปัญหาในการดูแลตนเองด้วยการสะท้อนคิด และส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยขั้นตอนนี้ดำเนินการโดย แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เพื่อให้สมาชิกรู้จักกัน มีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่ม สร้างบรรยากาศให้เกิดความไว้วางใจเพื่อนำไปสู่การเปิดเผยตนเอง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ คือ

การสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาการดูแลตนเองด้วยการสะท้อนความคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ โดยสร้างแรงจูงใจว่าผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้ด้วยตนเอง และพยาบาลต้องยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเลือกแนวทางแก้ไขจัดการกับปัญหาต่างๆ ซึ่งบทบาทของพยาบาลคือเสนอแนวทางที่เหมาะสมเป็นไปได้ แต่ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกไปปฏิบัติ

4) การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร โดยการให้ความรู้เรื่องโรคจิตจากสารเสพติด การดูแลตนเองของผู้ป่วย ทักษะต่างๆ เช่น การสื่อสาร การเผชิญความเครียด การป้องกันการใช้สารเสพติดซ้ำ เป็นต้น โดยประเมินจากความรู้เดิมของผู้ป่วยในกลุ่ม แล้วพยาบาลเสริมในส่วนที่ขาด โดยในช่วงสุดท้ายมอบคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วย

5) การดำเนินการด้วยตนเอง คือการให้ผู้ป่วยใช้ความรู้ และทักษะต่างๆจากการเข้ากลุ่มในการแก้ไขปัญหาหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด นำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นหากผู้ป่วย เป็นผู้ดำเนินการในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมแก่ตนเอง เลือกที่จะปฏิบัติ เป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์ได้จริง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและอัตโนมัติส่วนตัวตนเองในทางบวกมากขึ้น

6) การปรับเปลี่ยนความคิดในการสร้างควมมีคุณค่าและการวางแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคจิตจากสาร แอมเฟตามีนในด้านต่างๆ ดำเนินการเป็น โดยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าของตนเอง ในความสามารถจัดการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง โดยประเมินจากแบบประเมินทักษะการดูแลตนเองและให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกของตนต่อการดูแลตนเอง จากนั้นเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆแก่ผู้ป่วยและประเมินแหล่งพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ดังนั้นการส่งเสริมพัฒนาความสำนึกในคุณค่าแห่งตนและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน แนวทางที่เหมาะสมแนวทางหนึ่งคือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งผู้ศึกษาได้สร้าง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสำนึกในคุณค่าแห่งตนและพฤติกรรมดูแลตนเองของ ซึ่งเชื่อว่าจะสามารถพัฒนาความสำนึกในคุณค่าแห่งตนและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ มีสุขภาวะที่ดีและลดปัญหาการกลับมาป่วยซ้ำได้

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กัลยา ธรรมคุณ และ ปราณี ภาณุมาศ (2540) ศึกษาปัจจัยการหายขาดและการติดเชื้อของผู้เสพติดยาบ้าที่เข้ารับการรักษา เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐจำนวน 50 คน และพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 20 คน โดยใช้แบบสอบถามพบว่า จากการติดตามผลผู้ป่วยหลังจำหน่าย มีผู้ป่วยเสพติดยาบ้าซ้ำ 18 คน และหายขาดจากการเสพติดยาบ้า 32 คน และพบว่าสภาพปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการบำบัดรักษาพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มผู้หายขาดจากการเสพติดยาบ้ามีปัจจัยด้านความรู้และการปฏิบัติตนที่เกี่ยวกับการเสพติดยาบ้าดีกว่ากลุ่มผู้ติดยาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชาคริต ก.สุริยะมณี และคณะ (2529) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการติดยาเสพติดยาของวัยรุ่นพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีสภาพจิตใจอ่อนแอเมื่อประสบอยู่กับเงื่อนไขต่างๆ เช่น การนี้ถึงรสชาติของยา การทนต่อกลุ่มอาการหยุดยาไม่ได้ การอาศัยอยู่ในแหล่งขายหรือยาเสพ และความรู้สึกเจ็บเหงา ว่าเหว่รู้สึกไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมและคิดคล้อยตามการชักชวนของเพื่อน ทำให้กลับไปเสพซ้ำได้

ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2542) ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ป่วยรายใหม่ที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐด้วยภาวะผิดปกติจากการใช้ยาบ้าและเฮโรอีน พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสพยาบ้าและเฮโรอีนของผู้ป่วยคือปัญหาคือปัญหาครอบครัว ความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง การมีเพื่อนที่ใช้การชักชวน สามารถหาซื้อยาเสพติดได้ง่ายและสภาพปัญหาทางจิตใจ

อรธณพ วิสุทธีมรรค (2541) ศึกษาผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญาจำนวน 27 ราย ในระยะเวลา 1 เดือน พบว่าเป็นเพศชาย 25 ราย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 24 ปี (ร้อยละ 29) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 48.2) อาชีพว่างงาน (ร้อยละ 37.1) เสพโดยวิธีสูบ (ร้อยละ 74.0) เสพมานาน 1 - 2 ปี (ร้อยละ 40.8) ลักษณะอาการทางจิตที่พบคือ การตัดสินใจผิดพลาด ก้าวร้าว นอนไม่หลับ หวาดระแวง พฤติกรรมพิลึก ประสาทหลอน สับสน และอารมณ์ผิดปกติตามลำดับ บางอาการคล้ายคลึงกับอาการของโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง

Srisurapanont M และคณะ (2001) ศึกษาผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนจำนวน 50 ราย ในระยะเวลา 7 เดือนผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยเพศชาย 41 ราย หญิง 9 ราย อายุเฉลี่ย (SD) 25.34(7.33) ปี ส่วนใหญ่มีสภาพสมรสโสด และ อาศัยอยู่กับผู้ปกครองอายุ ที่เริ่มเสพครั้งแรกเฉลี่ย (SD) 19.8 (6.6) ปี ส่วนใหญ่ใช้วิธีการสูบ และไม่พบวิธีการสูดหรือฉีด จำนวนเมทแอมเฟตามีนที่เสพต่อวันอยู่ในช่วง 0.5 - 30 เม็ด อาการทางจิตที่พบมากที่สุดคือ หลงผิดแบบหวาดระแวง จำนวน 49 ราย และพบมีความสัมพันธ์กับอาการทางลบของผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาวิณี อยู่ประเสริฐ (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารติคของนักเรียนวัยรุ่นใน กรุงเทพมหานคร จำนวน 1,050 ราย พบว่า การใช้สารเสพติดของเพื่อน การใช้สารเสพติดของบุคคลในครอบครัว ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในชีวิต รายได้ของนักเรียน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการใช้สารเสพติดของนักเรียนที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสำหรับความเชื่อเรื่องสารเสพติด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสัมพันธ์ในครอบครัว .01 และเมื่อหาความสัมพันธ์โดยทดสอบไคสแควร์ พบว่าการใช้เวลาว่างที่ไม่มีประโยชน์ของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของนักเรียนนัยสำคัญทางสถิติ .01 แต่สภาพแวดล้อมบริเวณบ้านพักอาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของนักเรียน

พิชิตพงษ์ อริยวงศ์ (2545) ศึกษากลไกทางจิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเยาวชนที่ถูกจับเนื่องจากเสพยาบ้า พบว่า กลุ่มเยาวชนมีแนวโน้มการใช้แบบที่บรรลุมิภาวะน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยรวมและรายได้ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

จิรัฐ ฌฐรังสี และ กาญจนา สิริธิเนียม (2545) ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน จำนวน 180 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 87.8 มีอายุระหว่าง 21 – 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.9 สถานภาพโสดสูงที่สุด คือ ร้อยละ 63.9 ส่วนใหญ่อยู่กับผู้ปกครองร้อยละ 75 และมีอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 30.6 และส่วนใหญ่มีการทำงานเต็มเวลา ร้อยละ 30.6 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 78.5 และส่วนใหญ่มีความเพียงพอและพอใช้ ร้อยละ 50.6 ระดับศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา / ปวช คิดเป็นร้อยละ 50 มีระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.2 และพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล คือ รายได้ มีความสัมพันธ์กับความมีคุณค่าในตนเองในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่า การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองระหว่างผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนระยะสั้นกับระยะยาว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยโรคจิตระยะยาวมีการรับรู้การเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าโรคจิตระยะสั้น

ชนิกรรดา ไทยสังคม (2545) ศึกษาการใช้จิตบำบัดกลุ่มในการเพิ่มความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ติดยาแอมเฟตามีน จำนวน 10 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดยาแอมเฟตามีนภายหลังได้เข้าร่วมจิตบำบัดกลุ่มมีคะแนนความสำนึกในคุณค่าแห่งตนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมจิตบำบัดกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุกมา แสงเดือนฉาย (2542) ศึกษาประสิทธิผลของการสร้างพลังเพื่อป้องกันการติดยาของผู้เสพยาแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง 14 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 16 คน ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง ผู้เสพยาแอมเฟตามีนกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของแอมเฟตามีนมีความสามารถในการป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติส่วนการเห็นคุณค่าในตนเองทั้งสอง

กลุ่มไม่พบความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ.05 ในระยะติดตามผลผู้ใส่แอมเฟตามีนกลุ่มทดลองมีการเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของแอมเฟตามีน ความสามารถในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ และผลการตรวจหาสารแอมเฟตามีนในปีสภาวะไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

นิตยา เพ็ญศิริรักษา (2542) ศึกษาผลของการศึกษาเพื่อการสร้างพลังในโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 962 คน ผู้นำนักเรียนจำนวน 48 คน ผลการวิจัยพบว่าการสร้างพลังในโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ มีผลทำให้การนับถือตนเอง ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อการไม่สูบบุหรี่ของผู้นำนักเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผลรวมทั้งสามารถป้องกันการพฤติกรรมสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้นำนักเรียนได้ แต่ไม่พบว่าความเชื่อในความสามารถด้านทานการสูบบุหรี่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลการวิจัยในกลุ่มนักเรียนทั่วไปพบว่าภายหลังการทดลองนักเรียนในกลุ่มทดลองมีการนับถือตนเอง ความเชื่อในความสามารถในการต้านทานการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมสูบบุหรี่เปลี่ยนแปลงไปในทางบวกมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นประจำต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในทางบวกน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ณัฐพล หาญโสภี (2540) ศึกษาโปรแกรมการสร้างพลังในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเสพแอมเฟตามีนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดสระบุรี โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเฉพาะกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างพลังจากผู้วิจัยที่กำหนดไว้ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ ความภาคภูมิใจในตนเอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตนในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนดีกว่าก่อนการทดลองและ ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าความภาคภูมิใจในตนเอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จารุวรรณ จินดามงคล (2542) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทแผนผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญาจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยทำการทดลองเป็นรายบุคคลโดยใช้เวลาในการทดลอง 3 สัปดาห์ๆละ 2 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรินทร เชื้อวโสธร (2545) ได้ทำการศึกษาวิจัยผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ

Miller (1992) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 4 กลุ่มๆละ 5 คนรวม 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ซึ่งใช้เวลาในการทดลอง 3 สัปดาห์ๆละ 2 ครั้ง โดยพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สัมพันธ์ มณีรัตน์ (2546) ได้ทำการศึกษาวิจัยผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Miller(1992)และสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของ Peplau (1952) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 4 กลุ่ม รวม 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ใช้เวลาในการทดลอง 6 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้ารับ โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

Suk Bling (1998) ได้ทำการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยชาวจีนและบทบาทของกลุ่มสนับสนุนกันเอง คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 1) กระบวนการสร้างแรงจูงใจ 2) กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ 3) กระบวนการของการแสวงหาทักษะและความรู้ 4) กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดซึ่งแต่ละกระบวนการมีความเกี่ยวข้องและต่อบังชี้ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย การให้ความหมายแก่ชีวิต ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ และความคิดทางบวก จากการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลองทำให้ได้ผลลัพธ์ที่มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมในด้าน การให้ความหมายต่อชีวิต ความหวัง ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ การยอมรับความเจ็บป่วย ความคิดทางบวก รวมถึงความผาสุกทางจิต

กรอบแนวคิดในการศึกษา

