

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภทเรื้อรัง
 - 1.2 สาเหตุการเกิดโรค
 - 1.3 ลักษณะอาการและอาการแสดง
 - 1.4 การดำเนินโรค
 - 1.5 การรักษา
 - 1.6 ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
2. การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.1 แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง
 - 2.2 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.2 การสูญเสียพลังอำนาจ
 - 3.3 แนวคิดแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย
 - 3.4 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
4. การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

1.1 ความหมายโรคจิตเภทเรื้อรัง

คำว่า Schizophrenia หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยผู้ป่วย แสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติทางด้านการรับรู้แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่ไม่มีจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริง ๆ ความผิดปกติของกระบวนการคิด แสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพพบว่ามีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรม ถดถอย

โรคจิตเภทแบ่งตามระยะเวลาที่ป่วยได้เป็น 2 ระยะ คือ (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534)

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute schizophrenia) มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มผิดปกติ เกิดอาการแสดงต่าง ๆ ของความเจ็บป่วยต่อเนื่องติดต่อกัน ตั้งแต่ 6 เดือนถึง 2 ปี
2. ระยะเรื้อรัง (Chronic schizophrenia) มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มผิดปกติเกิดอาการแสดงต่าง ๆ ของความเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป

โดยทั่วไปถือว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็น โรคภายในเวลา 2 ปี ยังมีโอกาสรักษาให้ดีขึ้นได้ แต่ถ้าเป็นติดต่อกันนานกว่า 5 ปี โอกาสจะดีขึ้นเกือบไม่มีเลย (ภัทรา ธีรลาภ, 2530)

Bleuler (อ้างใน ภัทรา ธีรลาภ, 2530) ได้ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 500 ราย ในเวลา 15 ปี ได้สรุปการดำเนินโรค โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละประมาณ 1 ใน 4 ดังนี้

กลุ่มที่ 1 มีโอกาสดีขึ้นมาก หรือหายเป็นปกติ (ระยะเวลาป่วยภายในเวลา 5 ปี)

กลุ่มที่ 2 ดีขึ้น แต่ยังคงมีความผิดปกติของบุคลิกภาพอยู่บ้าง

กลุ่มที่ 3 ดีขึ้นบ้าง และมีความผิดปกติของบุคลิกภาพอยู่บ้าง

กลุ่มที่ 4 ไม่ดีขึ้น

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีโอกาสหายเป็นปกติมีน้อย ถึงแม้ผู้ป่วยเมื่อได้รับการรักษาและดีขึ้นแต่มีอาการหลงเหลืออยู่ และมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว เมื่อป่วยเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยจะมีความเสื่อมด้านความคิด และทักษะต่าง ๆ ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงาน ขาดสัมพันธภาพกับญาติพี่น้อง มีพฤติกรรมแปลก ๆ รวมทั้งอาการประสาทหลอนและหลงผิด และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ป่วยมามากกว่า 5 ปี ร้อยละ 50 จะมีความบกพร่องในด้านการดูแลตนเอง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

1.2 สาเหตุการเกิดโรค

ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

1) พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง

- ญาติสนิทของผู้ป่วย (บิดา มารดา พี่น้องและบุตร) มีโอกาสเป็นโรคด้วยสูงกว่าประชากรทั่วไป 10 เท่า

- พบความผิดปกติทางจิตเวชต่อไปนี้ในญาติสนิทของผู้ป่วยสูงกว่าอัตราที่พบในประชากรทั่วไป ได้แก่ โรค Schizoaffective และบุคลิกภาพชนิดแยกตัวเอง

- พบว่าบุตรบุญธรรมซึ่งมีมารดาแท้ ๆ เป็นโรคจิตเภทจะเป็นโรคจิตเภทด้วยร้อยละ 9 ในขณะที่บุตรบุญธรรมในกลุ่มควบคุมมีโอกาสเป็นโรคร้อยละ 1

2) ระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือสมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่าโรคนี้เกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ post-synaptic receptor เนื่องจากพบว่ายารักษาโรคจิตนั้นออกฤทธิ์โดยการปิดกั้น dopamine receptor type 2

3) กายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี ventricle กว้างกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น บางรายงานพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณ limbic และ periventricle

4) ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe

ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม

1) สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรคโดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อย ๆ พบว่า มีการใช้อารมณ์ต่อกัน (expressed-emotion) สูง ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional overinvolvement)

2) ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเป็นจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบบังคับทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมาก (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

ทราบจนปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภทเชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการ ซึ่งมีมาจากหลาย ๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

1.3 ลักษณะอาการและอาการแสดง

อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ ดังต่อไปนี้

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรมซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่

- 1) Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน
- 2) Disorganization dimension ได้แก่ disorganized behavior และ disorganized speech

อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยได้แก่ persecutory delusion, delusion of reference รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆ ที่พบบ้าง เช่น somatic delusion, religious delusion หรือ grandiose delusion เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจหรือเป็นไปไม่ได้เลย อาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider จัดว่าเป็น bizarre delusion

อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วยหรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้ยังเป็นเสียงอื่น ๆ ที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้าง เช่น tactile หรือ somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ auditory hallucination ที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider

Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านการพูดสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมาจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างอาการเช่น loose associations, incoherent speech หรือ tangentiality เป็นต้น

Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติไปอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปลก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปีสสาวะกลางที่สาธารณะ บางคนงู ๆ ก็ร้องตะโกนโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ได้แก่

- Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ
- Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจมียิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้างแต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลง
- Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉย ๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร
- Asociality เก็บตัว เฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

ในระยะอาการกำเริบอาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านลบ ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

จำแนกกลุ่มอาการที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท ไว้ 8 กลุ่มดังนี้

1) บกพร่องในรูปแบบของความคิด (Disturbances in form of thought) เช่น มีกระแสคำพูดไม่ต่อเนื่อง ข้อความขาดความสัมพันธ์กัน (looseness of associations) ทำให้ผู้ฟังไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด ข้อความที่พูดขาดคุณภาพและมีการใช้หลักภาษาผิด (poverty of content) หรือบางครั้งมีการใช้ภาษาที่แปลก ๆ ไม่ใช่ภาษาพูดที่บุคคลใช้ในการสื่อสารกัน โดยทั่วไป (neologisms) และอาจพบผู้ป่วยมีการใช้คำพูดบางคำซ้ำ ๆ หรือเป็นความคิดเดิม ๆ (preservation) ร่วมกับการหยุดพูดไปกะทันหัน (blocking) เหมือนนึกไม่ออกว่าจะพูดอะไรต่อไป

2) บกพร่องในเนื้อหาของความคิด (Disturbances in content of thought) ข้อมูลส่วนนี้ประเมินจากเนื้อหาที่ผู้ป่วยพูดออกมา มีเนื้อหาที่แสดงถึงความนึกคิดที่หลงผิด (delusion) ความคิดหลงผิดทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ตามจริง (lack of insight)

3) บกพร่องในด้านการรับรู้ (Disturbances in perception) เป็นอาการสำคัญที่บ่งชี้ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ที่ผิดปกติหรือที่เรียกว่าอาการประสาทหลอน (hallucination) เป็นการรับรู้สิ่งต่าง ๆ โดยไม่มีสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งต่างจากการแปลผิด (illusion) เพราะการแปลผิดมีสิ่งเร้าจริงแต่ผู้ป่วยแปลหรือเห็นเป็นอย่างอื่น เช่น ผู้ป่วยเห็นสายน้ำเกลือแล้วบอกว่าเป็นงูมาพันอยู่ที่ข้อมือ การรับรู้ผิดปกติพบได้ทางระบบประสาทการรับรู้ทั้ง 5 ระบบได้แก่

- ระบบการรับเสียง ผู้ป่วยบอกว่าได้ยินเสียงคนมาเรียก เสียงคนมาด่าว่า เรียกว่าอาการประสาทหลอนทางหู (Auditory hallucination) เป็นอาการทางจิตที่พบได้มากในผู้ป่วยจิตเภท

- ระบบการรับภาพ ผู้ป่วยบอกว่าหรือทำท่าที่เห็นว่าเห็นภาพบางอย่าง โดยไม่มีภาพจริงๆ เรียกว่าประสาทหลอนทางตา (Visual hallucination)

- ระบบรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนัง ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีบางสิ่งบางอย่าง เช่น แมลงตัวเล็กๆ มาเดินไต่อยู่ตามตัวหรือตามผิวหนัง เรียกว่าประสาทหลอนทางผิวหนัง (tactile hallucination)

- ระบบการรับกลิ่น ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้กลิ่นบางสิ่งบางอย่าง ส่วนมากเป็นกลิ่นแปลก ๆ ที่ไม่เคยได้กลิ่นมาก่อน เรียกว่าประสาทหลอนทางกลิ่น (Olfactory hallucination)

- ระบบการรับรส ผู้ป่วยรู้สึกว่าลิ้นของตนเองได้รับรสแปลกๆ ส่วนมากเป็นรสที่ตนเองไม่พอใจ เรียกว่าประสาทหลอนทางการรับรส (Gustatory hallucination)

4) การบกพร่องในด้านอารมณ์ (Disturbances in affect) มีการแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือสอดคล้องกับเหตุการณ์ (inappropriate affect) มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปมามาก (labile) ไม่แสดงออกของอารมณ์ ไม่แสดงความรู้สึก สีหน้าเรียบเฉย (blunt หรือ flat affect) หรือมีอาการไร้อารมณ์ (apathy)

ข้อควรระวังในการรวบรวมข้อมูลในส่วนนี้ คือ ต้องแยกแยะระหว่างอาการที่เกิดขึ้นจริง กับอาการที่เป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยา Neuroleptic เพราะยาในกลุ่มนี้มีผลข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยมีท่าทีเฉยเมยไม่แสดงอารมณ์ (masked face) และเคลื่อนไหวตัวแข็ง ๆ

5) บกพร่องในการรับรู้ตนเอง (Disturbances in sense of self) หรือสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง (loss of ego boundaries) ผู้ป่วยจะแสดงให้เห็นจากการกระทำที่ไม่เหมาะสมหรือแปลก การแก้ปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยไม่อาจทำนายได้ ผู้ป่วยทำกริยาเหมือนเอกลักษณ์ต่างๆ ของผู้อื่นที่อยู่รอบตัวมาผสมรวมเป็นกริยาของตนเอง ในบางครั้งผู้ป่วยอาจพูดบางสิ่งที่เหมือนว่าผู้ป่วยเป็นอีกคนหนึ่งที่ไม่ใช่คนเดิม (depersonalization) โดยตัวผู้ป่วยก็ไม่เข้าใจและไม่รู้ตัวจึงเหมือนผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในความเป็นจริง

6) บกพร่องในการเสริมสร้างกำลังใจ (Disturbances in volition) ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอย่างไม่มีความหมาย ไม่กระตือรือร้น ขาดความคิดริเริ่ม ขาดพลังผลักดัน ไม่รู้ว่าแต่ละวันควรทำหรือต้องทำอะไรบ้าง ซึ่งอาการเหล่านี้ มีผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ในการทำงานและการจัดสรรเวลาสำหรับกิจกรรมสันตนาการต่าง ๆ อาการเหล่านี้เกิดร่วมกับความรู้สึกที่เรียกว่าสองจิตสองใจ (ambivalence) ในลักษณะเข้าไปเผชิญหรือหลีกเลี่ยง (approach-avoidance) มีความรู้สึกสองอย่างเกิดขึ้นพร้อมกัน ทำนองเดียวกับรักและเกลียดในบุคคลคนเดียวกัน มีผลให้ผู้ป่วยสับสนตัดสินใจไม่ได้ ไม่รู้ว่าควรทำอะไร

7) **บกพร่องในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ (Disturbances in relationship)** ผู้ป่วยจะค่อยๆ สูญเสียความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัวความรู้สึกโดดเดี่ยวทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว (withdrawal) โดยแยกตัวเองออกจากสังคมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ สร้างโลกขึ้นมาเองในจินตนาการ ตอบสนองความต้องการทางจิตใจให้ตนเองด้วยความฝันหรือจินตนาการ (fantasy) เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยจะยิ่งปรับตัวเข้ากับผู้อื่นยากและมีความคิดเป็นแบบ autistic คือคิดหรือกำหนดสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองโดยไม่สนใจต่อกฎเกณฑ์หรือความเป็นจริงในสังคมรอบตัว

8) **บกพร่องในด้านการเคลื่อนไหว (Disturbances in motor behavior)** อาจเป็นแบบเคลื่อนไหวหรือมีการกระทำมาก (overactivity) และแบบไม่ขอมเคลื่อนไหว หรือไม่ต้องการทำอะไร (inactivity) มีการกระทำท่าทางเสริมแปลก ๆ (bizarre mannerisms) บางรายตื่นเต้นก้าวร้าว (aggressive) บางรายนั่งเฉย ๆ โยกตัวไปมาเป็นจังหวะ (pacing and rocking) หรือบางรายไม่พูดไม่เคลื่อนไหวหรือจับให้อยู่ทำอะไรก็อยู่เช่นนั้น (catatonic)

1.4 **การดำเนินโรค** การดำเนินของโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมช สุคนิษฐ์, 2539)

ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแยลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้องละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจนญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลแยลงเรื่อย ๆ

ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการเหมือนระยะเริ่มมีอาการ โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงคิดอาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังจะมีการกำเริบของอาการหลายครั้ง และแต่ละครั้งก็จะไม่หาย กลับคืนสู่สภาพเดิมเหมือนก่อนป่วย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และหากมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยังมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ อาการด้านบวกจะค่อย ๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี ผู้ป่วยจะมีโอกาสหายขาดได้น้อย

1.5 การรักษา

1.5.1 การรักษาด้วยยา

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

1) ระยะอาการเฉียบพลัน จุดประสงค์ของการให้ยาในระยะนี้คือ ให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นปกติโดยเร็วที่สุด เป็นการป้องกันอันตรายซึ่งอาจเกิดกับผู้ป่วยหรือผู้อื่น การเลือกชนิดของยามักเลือกยาที่มีอาการข้างเคียงที่น้อยที่สุดและผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อยาชนิดที่เลือกใช้

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

ระยะเวลาในการรักษานั้น ส่วนใหญ่เห็นว่าในผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกนั้น หลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอด

1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy)

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

1.5.3 การรักษาด้านจิตสังคม

การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้วปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการฉุนเฉียว หรือภาวะที่อึดอัดใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นต้องมีผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้าน มิใช่เป็นเพียงผู้รักษาโรคเท่านั้น

1.) จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคองผู้รักษาฟังตั้งเป้าหมายตามที่จริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่น ๆ ที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการ ในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขาทนไม่ได้ เป็นต้น

2.) การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (family counseling or psychoeducation) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะคนเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกลัวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค ทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะช่วยได้เป็นอย่างดี

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

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

1.6 ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรัง

1.6.1 สภาพปัญหาของผู้ป่วยเรื้อรัง

ปัญหาของผู้ป่วยเรื้อรังที่สำคัญและมีความต้องการความช่วยเหลือเป็นลำดับแรกคือ ปัญหาการปรับตัวด้านจิตใจ รองลงมาคือ ปัญหาการปรับตัวด้านอาชีพการงาน ด้านเพศ ด้านกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยเรื้อรังเมื่อมีอาการทุเลาลงแล้ว ผู้ป่วยจะยังคงมีอาการเกิดขึ้นเป็น ๆ หาย ๆ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องรับการรักษาและการช่วยเหลือดูแลที่ยาวนานตลอดชีวิต (ประกอบ อินทรสมบัติ อ่างใน อรพรรณ ลีอนุช วัชชัย และคณะ, 2544) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเรื้อรังทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ (อรพรรณ ลีอนุช วัชชัย และคณะ, 2544)

1.6.2 ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในทุกๆ ด้านดังนี้ (สิริพัชร รัตนแพทย์, 2535)

1) ด้านร่างกาย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ จนถึงการเสียอวัยวะนั้น ๆ ไปเลย ทำให้เสียภาพลักษณ์ เสียบุคลิกภาพที่ดี และอาจต้องทนทุกข์กับความเจ็บป่วยและอาการของโรค

2) ด้านจิตใจ จากการสูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปมด้อย พยายามแยกตัวขาดความมั่นใจของตนเอง สูญเสียเสถียรภาพทางจิตใจ คุณค่าในตัวเองลดลง เสียความรู้สึกด้านบวกต่อตนเอง เพราะต้องพึ่งพาและเป็นภาระของผู้อื่น หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวตาย กลัวการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต กลัวการตีจากของบุคคลรอบข้างหรือคนที่เป็นที่รัก หรือสูญเสียสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย กลัวเสียความรักจากครอบครัว และหมดหวังในที่สุด อารมณ์และความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะแสดงออกมาก็คือ วิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ หงุดหงิด กลุ้มใจ เสียใจ เศร้าแค้น และความรู้สึกสูญเสีย

3) ด้านอาชีพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเสื่อมสมรรถภาพของร่างกาย ต้องการการพักผ่อนหรือฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลกระทบต่ออาชีพการงานที่ผู้ป่วยกระทำอยู่ ผู้ป่วยบางรายต้องออกจากงาน หรือเปลี่ยนงานอาชีพให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ถ้าผู้ป่วยต้องขาดงานบ่อยหรือเกษียณก่อนเวลา ก็จะส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวอย่างมาก

4) ด้านสังคม ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความจำกัดในการเคลื่อนไหว สูญเสียภาพลักษณ์ และฐานะการเงินลดลง จะลดบทบาทของตนเองในครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทตำแหน่งในครอบครัวในฐานะสามี หรือภรรยา พ่อหรือแม่ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอย่างเหมาะสมได้ เนื่องจาก อึดมโนทัศน์ถูกรบกวน มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป สังคมจะไม่ยอมรับ และเกิดการแยกตัวจากสังคมมากขึ้น

1.6.3 ผลกระทบต่อสังคม

เมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องเผชิญกับปัญหา และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างมากมายเช่นนี้ย่อมจะต้องส่งผลกระทบต่อสังคมรอบข้างด้วย ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังในทางสังคมนั้น มีรายละเอียด ดังนี้ (ศิริพร จิรวัฒนกุล, 2536)

1) ปัญหาและความเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ทำให้ต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าอาหารพิเศษ เครื่องใช้บางอย่างที่จำเป็น เป็นต้น หากผู้ป่วยเป็นผู้เลี้ยงครอบครัว ต้องหยุดพักรักษาตัว จะทำให้ขาดรายได้ และผู้ป่วยจะถูกลมองเป็นภาระ นำความยุ่งยากมาสู่ครอบครัว

2) มีการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ทั้งนี้เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม เช่น ต้องแยกห้องผู้ป่วยออกจากผู้อื่น หรือการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและคนในครอบครัว เป็นต้น

3) มีการเปลี่ยนสถานภาพ บทบาท และหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวดำเนินต่อไป เช่น ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยลง ต้องหยุดพักรักษาตัว ทำให้ครอบครัวมีปัญหา แม่บ้านจำเป็นต้องรับภาระหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทน ซึ่งเป็นการเปลี่ยนสภาพและบทบาทในครอบครัว

4) เกิดปัญหาด้านอารมณ์ ซึ่งไม่เพียงแต่ผู้ป่วยเท่านั้นที่เกิดปัญหาด้านอารมณ์ขึ้น แต่สมาชิกในครอบครัวก็อาจมีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกโกรธง่าย หงุดหงิดบ่อย ทำอะไรไม่ถูกต้องไม่ถูกใจ มีความรู้สึกไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัวถูกรบกวน ฉะนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงสวัสดิการในครอบครัวเพื่อผ่อนคลายให้สมาชิกในครอบครัวถูกรบกวนกระทบน้อยที่สุด

5) ต้องมีงบประมาณค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจ โดยรัฐจัดบริการแพทย์และสาธารณสุข ประชาชนอาจต้องเสียภาษีเพิ่มขึ้น เพื่อจัดสร้างสถานบริการตามความเหมาะสม

6) ความเจ็บป่วยหรือพิการทำให้บุคคล ไม่อาจทำหน้าที่ทางสังคมตามปกติได้ เป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ด้วยเหตุนี้จึงต้องมีบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข เพื่อรักษาโรคและความพิการ

7) ความเจ็บป่วยทำให้เกิดความยุ่งยากเดือดร้อนแก่ครอบครัว ครอบครัวไม่มีความสุขตามปกติ ทำให้ชุมชนไม่มีความสุขและขาดความมั่นคงด้วย ความสุขและความมั่นคงของครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ เพราะครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั่นเอง ชุมชนหรือสังคมจึงต้องหาทางให้ความเจ็บป่วยหมดสิ้นไป หรือลดน้อยลงโดยเร็ว

1.6.4 ผลกระทบต่อจิตใจ

1) ความกลัวตาย ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูง และกลัวตายจากภาวะของโรค ความกลัวตายนี้จะมีผลกระทบกระเทือนไปถึงบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วย รวมทั้งการทำงานด้วย ผู้ป่วยจึงควรจะได้รับคำอธิบายให้ทราบว่าโรคเรื้อรังส่วนมากมิได้มีอันตรายร้ายแรงจนถึงแก่ชีวิต ในระยะเวลาอันสั้น หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขพอสมควร

2) ความกลัวความพิการ ไร้สมรรถภาพ ผู้ป่วยเรื้อรังมักจะกลัวเป็นคนพิการ ไร้สมรรถภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วย แพทย์และพยาบาลควรสร้างความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างดีที่สุด จะช่วยให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยได้เร็วขึ้น

3) ความกลัวความเจ็บป่วย ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความอดทนต่อความเจ็บปวดแตกต่างกัน ความเจ็บปวดเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย สำหรับบางโรคที่ทราบถึงระยะการดำเนินของโรคอย่างแน่ชัด แพทย์ควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงระยะเวลาที่อาจเกิดความเจ็บปวด และให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือบรรเทาอาการเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยทันทีที่มีอาการเจ็บปวด

4) ความกลัวความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยอาจกลัวว่าจะมีอาการเลวลง แพทย์ผู้ให้การรักษาควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า อาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในขณะนั้น อยู่ในระยะใดของการดำเนินของโรคหรือมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง และควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับอาการของโรค

5) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ป่วยอาจกลัวว่าจะต้องออกจากงาน หรือไม่สามารถทำงานได้เท่าเดิม หรืออาจมีหนี้สินจากภาวะความเจ็บป่วย

6) ภาวะทางด้านจิตใจของผู้ป่วย เมื่อเกิดความเจ็บป่วยและ ไร้สมรรถภาพ นอกจากจะมีผลกระทบกระเทือนต่อระบบต่างๆของร่างกายแล้ว จะมีผลกระทบกระเทือนต่อภาวะทางด้านจิตใจในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- อึดมโนภาพ (Body image) เป็นความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง ที่ได้รับอิทธิพลมาจากความรู้สึกของตนเองและบุคคลอื่นด้วย บุคคลเมื่อมีความเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นมักจะมองตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องเป็นภาระแก่ผู้อื่น ความรู้สึก เช่นนี้บางส่วน อาจเป็นผลจากอิทธิพลของการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยเรื้อรัง โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ พบว่าพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลจะแสดงความรังเกียจและไม่พอใจที่จะต้องทำความสะอาดให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกว่

ตนเองได้รับการดูแลเยียวยา นอกจากนี้ปฏิกิริยาของสมาชิกในครอบครัว และอิทธิพลของสังคมก็จะมีผลต่ออัตรานภาพของผู้ป่วยเช่นกัน

- ความละอาย (Shame) เป็นความรู้สึกทางด้านลบที่เกิดขึ้นขณะเจ็บป่วย หรือต่อการที่ต้องการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิต เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกละอาย ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองต่ำต้อยหรือด้อยกว่าผู้อื่น และผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสงสารตัวเอง

- ความรู้สึกสูญเสีย (Loss) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้น เมื่อต้องสูญเสียหรือต้องจากกับบุคคลที่ตนรัก หรือต้องสูญเสียทรัพย์สิน หน้าที่การทำงาน หรืออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ โดยปกติบุคคลจะสามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การเดิน การนั่ง การพูดคุย การอาบน้ำ แต่งตัว หรือ การรับประทานอาหาร แต่ในขณะที่เกิดความเจ็บป่วย หรือมีความพิการเกิดขึ้นผู้ป่วยก็จะไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสูญเสียในด้านต่าง ๆ เกิดขึ้น เช่น สูญเสียการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่น สูญเสียความมั่นใจในตัวเอง ไม่สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ หรือดำเนินตามบทบาทต่าง ๆ ของตนเองได้ เช่น การเป็น พ่อ แม่ และการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศ เป็นต้น

- ความเศร้าโศกเสียใจ (Grief) มิใช่จะเกิดขึ้นเฉพาะในกรณีที่บุคคลซึ่งเป็นที่รักต้องสูญเสียชีวิตจากไปเท่านั้น แต่อาจเกิดขึ้นเมื่อต้องสูญเสียบางสิ่งบางอย่างที่มีความสำคัญต่อชีวิต เช่น ต้องเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เช่น โรคจิตเภทซึ่งเมื่อป่วยแล้วมักจะเป็นเรื้อรัง และต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึก เบื่อ ท้อแท้ ซึมเศร้า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีปัญหาด้านความคิด การรับรู้ ด้านการสื่อความหมายและด้านการสังคม ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ที่ให้การพยาบาลจะต้องตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริงไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ (สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2545)

1.7.1 หลักการพยาบาลทั่วไป

1) การพยาบาลด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักมีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลาย ๆ วัน ไม่แปรงฟัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ผู้ป่วยบางคนมีพฤติกรรมหวาดระแวง อาจจะไม่ยอมรับประทานอาหารเช้า ไม่ดื่มน้ำ ไม่รับประทานอาหารเช้า ซึ่งอาจเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองและดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ

2) การพยาบาลด้านความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของ ผู้ป่วย การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้น จะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วย ที่สื่อ

ออกมาทางด้านพฤติกรรม (search for meaning) ได้มากขึ้น พยาบาลต้องให้ความจริงแก่ผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality) ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ เช่น เห็นภาพบางขณะที่ยาบาลไม่เห็นพยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยบรรยายภาพที่เห็น ในขณะที่เดียวกันก็จะบอกว่าพยาบาลไม่เห็นภาพนั้น เป็นต้น

3) การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ที่เห็นได้ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่าเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบเหตุการณ์ อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ไม่สบตา ภาวะนี้อาจจะทำให้พยาบาลหงุดหงิดและไม่พอใจ และพยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยอึดโดยไม่มีสาเหตุ ซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

4) การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและการแยกตัวอยู่คนเดียวของผู้ป่วย การไม่สนใจผู้อื่นและการไม่สนใจกิจกรรมของสังคม เป็นปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภทที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าปัญหาเหล่านี้จะต้องใช้ระยะเวลาในการปรับพฤติกรรม พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านการสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้บุคคลที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจผู้ป่วย เช่น การดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันของตนเอง พัฒนาทักษะสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม ควรมีการให้รางวัล การให้คำชมเชย เป็นต้น

1.7.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจะต้องใช้กระบวนการพยาบาล และต้องมีการประเมินสภาพผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยพิจารณาจากปัญหาที่ได้จากการประเมิน จำแนกปัญหาที่ได้ว่าเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ในระยะสั้นหรือระยะยาว และเป็นปัญหาที่ต้องใช้เวลาในการแก้ไขตามลำดับความสำคัญก่อนหลังของปัญหา การวางแผนการพยาบาล การให้การพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

1) การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินสภาพทั่วไปและอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย ประเมินความคิด การรับรู้และพฤติกรรมโดยทั่ว ๆ ไปของผู้ป่วย การประเมินสาเหตุทำให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

- ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป ประเมินด้านการแต่งกาย ความสะอาดทั่วไป ด้านสุขอนามัย เพื่อดูความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประเมินการแต่งกายว่าเหมาะสมกับสภาพการณ์หรือไม่ ประเมินความสะอาดของปากฟัน ความสะอาดของร่างกาย การได้รับอาหาร การพักผ่อน โดยสังเกตจากสีหน้า แววตา นอกจากนี้ควรประเมินว่ามีภาวะน้ำเป็นพิษหรือไม่

(water intoxication) การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้ยาต้านอาการทางจิต การได้รับยาชนิดนี้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคอแห้งกระหายน้ำ ผู้ป่วยจะดื่มน้ำบ่อย การดื่มน้ำบ่อยทำให้ผู้ป่วยได้รับน้ำมาก ทำให้การขับถ่ายน้ำไม่ทันเกิดภาวะน้ำเป็นพิษได้

- ประเมินความคิดของผู้ป่วย อาการสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทคือ ความผิดปกติด้านความคิด ดังนั้น สิ่งที่จะต้องทำในเบื้องต้นคือ การประเมินความคิดของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมีภาวะความหลงผิดหรือไม่ ภาวะหลงผิดมีลักษณะใด ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ประเมินความผิดปกติของการรับรู้ว่ามีหรือไม่ ลักษณะใด เช่น ประสาทหลอนทางหู ประสาทหลอนทางตา ประสาทหลอนทางจมูก ประสาทหลอนทางการลิ้มรส ประสาทหลอนทางการสัมผัส มีเป็นครั้งคราวหรือมีอยู่ตลอดเวลา ที่ทำให้ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับการสนองตอบต่อภาวะประสาทหลอนนั้น ๆ ภาวะประสาทหลอนของผู้ป่วยจะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเองและผู้อื่นอย่างไรบ้าง

- ประเมินพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วย เช่น การหนีผู้คน หลบซ่อนตัวเนื่องจากความกลัวว่าจะมีผู้คนจะมาทำร้ายนอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยอยู่หนึ่งไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มีพฤติกรรมวุ่นวายอยู่ไม่นิ่ง รบกวนผู้อื่นอาจทำให้ผู้อื่นรำคาญและทำร้ายผู้ป่วยได้ หรือพฤติกรรมผู้ป่วยอาจจะเป็นอันตรายต่อผู้อื่นเนื่องจากภาวะหลงผิดและประสาทหลอนได้

- ประเมินด้านสัมพันธภาพ ควรประเมินผู้ป่วยด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่นผู้ป่วยมีการรบกวนผู้อื่นหรือไม่อย่างไร มีปัญหาการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นหรือไม่พฤติกรรมที่เกิดจากความคิดหลงผิดและภาวะประสาทหลอนจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติ ถ้าการกระทำของผู้ป่วยรบกวนผู้อื่น ก็อาจจะเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยอื่นรำคาญและอาจทำร้ายผู้ป่วยได้ โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีแนวโน้มที่จะแยกตัวอยู่คนเดียวเป็นส่วนใหญ่ เพื่อที่จะช่วยผู้ป่วยในด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างราบรื่น พยาบาลควรต้องประเมินปัญหาด้านการอยู่ในสังคมที่ผู้ป่วยอาจจะมี เพื่อที่จะได้หาวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้อยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข

2) การวินิจฉัยการพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาลจะถูกต้องหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการประเมินสภาพและอาการทั่วไปที่ได้ทำในขั้นต้น การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นต่อมา โดยทั่วไปการวินิจฉัยทางการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับอาการ positive symptoms ซึ่งได้แก่ อาการประสาทหลอน อาการหลงผิด และอาการด้าน negative symptoms ได้แก่ อาการแยกตัว อาการความพร้อมด้านสังคม ซึ่งภาวะความแปรปรวนด้านความคิดและด้านสังคม จะมีผลต่อความสามารถของผู้ป่วยด้านการหาความสัมพันธ์ของเหตุและผล ด้านการแก้ปัญหา ด้านการตัดสินใจ

3) การวางแผนการพยาบาล แผนการพยาบาลประกอบด้วยแผนการพยาบาลระยะสั้น และแผนการพยาบาลระยะยาว ปัญหาและข้อวินิจฉัยพยาบาลบางข้อจำเป็นและต้องแก้ไขในเวลาอันสั้น ปัญหาบางปัญหาต้องใช้เวลา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนการพยาบาล เป็นแผนระยะสั้นและแผนระยะยาวเพื่อที่จะได้แนวทางการประเมินผลความสำเร็จด้านการพยาบาล

4) การปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยได้รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ควบคุมตนเองไม่ได้ และการอยู่ในชุมชนไม่มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและคนอื่น ๆ ในชุมชน การมี Clinical pathway จะช่วยทำให้การปฏิบัติการพยาบาลง่ายขึ้น

5) การประเมินผลการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงมีอยู่เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้น ๆ ตัวอย่างเช่น

ปัญหาเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงที่อาจจะเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไขก่อน ถ้าผู้ป่วยสื่อให้เห็นว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ควบคุมตนเองไม่ได้ เสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมอันตรายเนื่องจากภาวะประสาทหลอน หรือภาวะความคิดหลงผิดที่อาจอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น

ปัญหาความพร้อมในการดูแลตนเอง เป็นปัญหาสำคัญอันดับต่อมาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข พยาบาลจะกระตุ้นผู้ป่วยให้อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า แปรงฟันหลังอาบน้ำ ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยต้องใส่ใจในเรื่องสุขอนามัยของตนเอง การกระตุ้นอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยใส่ใจในเรื่องสุขอนามัย และสามารถดูแลตนเองได้ในที่สุด ในการประเมินพยาบาลประเมินว่าผู้ป่วยสนใจดูแลตนเองมากน้อยแค่ไหน

ปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ ปัญหานี้ควรได้มีการแก้ไขก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่าย ถ้าสาเหตุของปัญหาเกิดจากความไม่สมดุลทางด้านชีวเคมีในร่างกาย ภายหลังจากได้รับยารักษาในระยะหนึ่ง ภาวะประสาทหลอนควรหมดไป การรับรู้ผิด ๆ ที่ปรากฏให้เห็นได้ด้วยอาการประสาทหลอนควรลดลง มีน้อยครั้งลง และไม่มีอาการประสาทหลอนในที่สุด

ปัญหาการแยกตัวและอยู่คนเดียวเป็นส่วนใหญ่ ปัญหาการแยกตัวลดลง ประเมินได้จากการที่ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้มากขึ้นควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่นในขณะที่ผู้ป่วยมีเวลาเป็นของตัวเอง ให้สังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มมีเพื่อนที่สนิทกันและนั่งด้วยกันเป็นส่วนใหญ่ หรือผู้ป่วยยังคงแยกตัวอยู่คนเดียวในที่ห่างไกลผู้อื่น

กล่าวโดยสรุปว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้และด้านต่าง ๆ ผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ในทุก ๆ ด้าน วินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมิน วางแผนการ

พยาบาลและให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ รวมทั้งด้านสังคมและสุดท้ายต้องมีการประเมินผลทางการพยาบาล

1.7.3 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ยึดหลักการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) คือ

1) พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเบื้องต้น การพยาบาลมีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการจะได้รับเป็นสิ่งสำคัญ (Compassion) ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเป็นธรรมชาติเต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์ โดยผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข (Conscience)

2) พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้เข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้บริการ ธรรมชาติ ของการเจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นสภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย ตามมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาความรู้และความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ (Competence) สามารถแก้ปัญหาสุขภาพบรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบาย และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขในครอบครัวที่อบอุ่น และมีการสนับสนุนเอื้ออาทรกัน ในชุมชนที่เข้มแข็ง

พยาบาลจะต้องพัฒนาการรู้จักตนเพื่อการดำรงสติ มีสมาธิ เพื่อให้ตนเองสามารถใช้ความรู้และประสบการณ์ของตนในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ เพื่อการช่วยเหลือ ผู้ป่วยแก้ปัญหาสุขภาพ (Therapeutic Relationship) พยาบาลต้องมีสติ ไตร่ตรอง ผสมผสานความรู้ ความรู้สึกของตนในขณะนั้น (Empathy) พัฒนาและดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ

3) พยาบาลใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอน ดังนี้

- วินิจฉัยปัญหาหรือความต้องการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการใช้ไตร่ตรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ และองค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่างรอบคอบ
- กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์สำหรับผลลัพธ์นั้น ๆ

- กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการและครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางพยาบาลที่ตั้งไว้

- ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงและผลลัพธ์อื่น ๆ ที่ตามมา

- ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาล จากความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคุณค่าของผลลัพธ์อื่นๆ ที่เกิดขึ้นต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

- จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือ การมีสุขภาพดีหรือการมีชีวิตที่ปกติสุข

บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

สิ่งสำคัญของการพยาบาลคือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลแบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางมุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทุกคนในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอยู่ร่วมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวชขั้นสูง จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ โดยครอบคลุมบทบาท 6 บทบาท (สมจิต หนูเจริญกุล, 2547) คือ

1) บทบาทผู้ปฏิบัติที่ให้การพยาบาลโดยตรง (Direct Clinical Practice) คือ จะต้องเป็นผู้ให้การปฏิบัติการทางคลินิก ซึ่งเป็นการพยาบาลโดยตรงระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย มีลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอิสระ มีการขยายความรู้ด้านการพยาบาล มีการพัฒนาวิชาชีพให้การพยาบาลเฉพาะกลุ่มที่ซับซ้อน ต้องมีการใช้ความรู้และทักษะใหม่ ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงานขั้นสูง และแสดงบทบาทที่เด่นชัดในการให้การพยาบาลโดยตรง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและมีการบูรณาการผลการวิจัย ทฤษฎีทางการพยาบาล และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวทางในการตัดสินใจและให้บริการ (ทัศนีย์ ประสภกิตติคุณ, 2549)

2) บทบาทในการให้ความรู้ (Educator) ให้ความรู้กับผู้ป่วย ครอบครัว นักศึกษาและบุคลากรอื่น เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อปรับปรุงภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย และส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น ต้องมีความรู้ ความชำนาญ และทักษะในงานของตน และมีการสร้างเครือข่ายระหว่างผู้ที่มีความรู้ ความสามารถเฉพาะทาง เพื่อแลกเปลี่ยนสามารถถ่ายทอดความรู้ของตนได้ มีความสนใจที่จะติดตามหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลาในด้านการดูแล Best Practice ต้องทันสมัยและนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานต่อไป

3) บทบาทการเป็นผู้วิจัย / ใช้ผลงานวิจัย (Researcher) ผู้ปฏิบัติการขั้นสูง ต้องมีบทบาทเป็นผู้ดำเนินการวิจัย และมีส่วนร่วมในการวิจัย ติดตามงานวิจัยใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง เผยแพร่และนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล ประยุกต์งานวิจัยให้สอดคล้องกับงานด้านจิตเวช และนำผลการวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาโปรแกรมลงไปสู่การปฏิบัติอย่างมีรูปแบบ และใช้ Intervention ในการดูแลผู้ป่วยและญาติ

4) บทบาทด้านการเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Consultant) การเป็นผู้ให้คำปรึกษา เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้มีปัญหาทางจิต และใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตรุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความชำนาญเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ผู้ขอรับคำปรึกษาจะขอความช่วยเหลือในการแก้ปัญหา โดยเชื่อว่าปัญหานั้นอยู่ในขอบเขต ความเชี่ยวชาญของผู้ให้คำปรึกษา (Caplan, 1993 อ้างใน ปิยาณี คล้ายนิล, 2549) รวมทั้งวางแผนหรือเข้าร่วมในการประชุมปรึกษา หรือตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยกับบุคลากรในทีมสุขภาพ รวมไปถึงตัวผู้ป่วยและญาติ เป็นการประสานบทบาทผู้ชำนาญทางคลินิก ผู้ใช้ผลงานการวิจัย และถ่ายทอดความรู้ โดยใช้ทักษะการแก้ปัญหาที่มีเหตุผล โดยให้ผู้รับคำปรึกษามีแนวทางในการปฏิบัติที่เหมาะสม ต้องมีการพัฒนาทักษะต่างๆ โดยเฉพาะทักษะการให้คำปรึกษา ต้องมีความรู้ความชำนาญ ซึ่งการทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องใช้บทบาทการให้คำปรึกษาค่อนข้างมาก

5) บทบาทผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) การปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพ ต้องมีการพัฒนางานให้เกิดสิ่งใหม่ ๆ ที่ดีขึ้นกว่าเดิม และเกิดประโยชน์ต่อการทำงาน พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีความชำนาญและตัดสินใจในระดับที่ยากขึ้นในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ยากขึ้น ผู้นำในการเปลี่ยนแปลงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง ต้องมีมุมมองที่กว้าง มุ่งที่ระบบเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้ใช้บริการ มีความสามารถในการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ ประสานความร่วมมือในทีมสุขภาพ สามารถวิเคราะห์และแก้ไขปัญหา จัดการเก็บความขัดแย้ง ขอมรับกับความล้มเหลวที่อาจเกิดขึ้นได้

6) บทบาทด้านการประสานความร่วมมือ (Collaboration) บทบาทประสานความร่วมมือบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย มีการเลือกทีมงานที่เหมาะสม และเลือกบุคคลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้ ความเชี่ยวชาญ เพื่อนำไปสู่การวางแผน ดังนั้นจะต้องมีการพัฒนาบทบาทผู้ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันสำหรับทีมสุขภาพ และทีมสหวิชาชีพ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

7) บทบาทด้านการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical) การปฏิบัติการพยาบาลและการปฏิบัติโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณ วิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ในการปฏิบัติการพยาบาลมักจะประสบปัญหาเชิงจริยธรรมเสมอ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาบทบาทด้าน

จริยธรรม เพื่อให้เกิดความสามารถในการตัดสินใจอย่างเหมาะสม เมื่อเกิดปัญหาต้องมีการวางแผน
แก้ไข พัฒนาความรู้เชิงทฤษฎี หลักการจริยธรรมทางวิชาชีพ กฎหมายวิชาชีพและกฎหมายที่
เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้มแข็งเชิงจริยธรรม รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว

1.7.4 บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้รับบริการ จะเกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายที่กำหนด พยาบาล
ที่ปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจจะต้องทราบถึงบทบาทของตน ดังนี้

1) บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้เฝ้าอำนาจทรัพยากรสำหรับผู้รับบริการเพื่อการจัดการ
กับปัญหาและการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ

2) บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือในการเปลี่ยนแปลง จึงมีความจำเป็นที่พยาบาล
จะต้องมีความรู้ความเข้าใจแนวคิดของการเปลี่ยนแปลง และนำไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือ
ผู้รับบริการ ให้สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการ
รักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนความคิด และทัศนคติที่มีต่อ
ปัญหาและสภาวะสุขภาพของตนเอง

4) บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจในระหว่างกระบวนการ
เสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้รับบริการจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหรือความยากลำบากในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือสิ่งที่เคยทำอยู่ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ เพื่อให้
ผู้รับบริการดำเนินการต่อไปจนบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้

5) บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลที่ทำหน้าที่ผู้
พิทักษ์สิทธิจะต้องเป็นผู้ที่ผู้รับบริการไว้วางใจ เป็นบุคคลที่ผู้รับบริการเชื่อถือได้ และยินยอมให้
กระทำหรือพูดแทนตัวผู้รับบริการเอง

1.7.5 แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ

แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลในปัจจุบัน คือ การยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยยึดว่า
ผู้ป่วยมีสิทธิและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง ซึ่งแนวคิดนี้เป็นมิติใหม่ของการ
พยาบาล ซึ่ง สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2531) กล่าวว่า เป็นการรับแนวคิดของปรัชญามนุษยนิยมเข้า
ไว้ การพยาบาลจึงเน้นที่องค์รวม และคำนึงถึงปัจเจกบุคคล โดยเชื่อว่าผู้ป่วยทุกคนมีพลังอำนาจใน
ตัว มีความปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับชีวิต
ของเขา การให้สิทธิผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมนี้ จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้คุณภาพของการ
ให้บริการพยาบาลสูงขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องให้อำนาจแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาส

แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการเลือกและตัดสินใจในสิ่งที่จะได้รับหรือสิ่งที่เขาจะต้องปรับเปลี่ยนไป จะกล่าวได้ว่าการให้อำนาจแก่ผู้ป่วยนั้นถือเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยนั่นเอง

การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย ที่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ (กมลพรรณ หอมนาน, 2539)

1. ประเมินสาเหตุและปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดภาวะสูญเสียอำนาจ เช่น

1.1 ขาดความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหว และการทรงตัว การรับรู้ความรู้สึก การรับประทานอาหาร การพักผ่อน แบบแผนด้านเพศสัมพันธ์ การเขียน และสติปัญญา

1.2 ขาดความสามารถในการควบคุมด้านจิตใจ เช่น ไม่พึงพอใจในการรักษา กลวิธีในการเผชิญความเจ็บป่วยไม่เหมาะสม

1.3 ขาดความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อม เนื่องจากความไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม หรือกฎระเบียบของโรงพยาบาล และบทบาทของผู้ป่วย

1.4 ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษา เนื่องจากไม่เคยรับข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

2. ให้การพยาบาลเพื่อลดสาเหตุ และปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะสูญเสียอำนาจ พร้อมกับการส่งเสริมความมีอำนาจในตนเองของผู้ป่วย

2.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

2.2 เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกข้อใจต่างๆ ระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาล

2.3 ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย โดยให้การต้อนรับที่อบอุ่น ถ้อยคำสุภาพ แจ่มอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจและยินยอมก่อนให้การรักษาพยาบาลทุกครั้ง รวมทั้งคำนึงถึงความ เป็นบุคคลและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย สังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การแสดงออกอย่างสม่ำเสมอ

2.4 ให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับพยาธิสภาพ สรีรภาพของโรค อาการ แนวทางการรักษา รวมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน ให้ผู้ป่วยทราบอย่างสม่ำเสมอ

1) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายในคนที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล ควรให้ผู้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตนเอง

2) ในกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเอง พยาบาลจะต้องทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงความเชื่ออำนาจภายนอกให้เป็นความเชื่ออำนาจภายในตนเองมากขึ้น โดยใช้กลวิธีต่างๆ เช่น การสร้างสิ่งกระตุ้น การสร้างกิจกรรม สอนวิธีการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล

2.5 วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการควบคุม กระตุ้น การรับรู้ความรู้สึกที่ผิดปกติ ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ตามศักยภาพการเจ็บป่วย

2.6 จัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์กับบุคคลที่เจ็บป่วยในโรคเดียวกัน

2.7 ส่งเสริมให้ญาติ ได้มีโอกาสเกื้อหนุนผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ช่วยให้ผู้ป่วยมีขวัญกำลังใจ และความคุณค่าในตนเองอีกด้วย

1.7.6 การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถ

สำหรับแนวคิดในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) มีพื้นฐานความเชื่อที่มุ่งเน้นการนำศักยภาพทางสติปัญญาและพลังในบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2539) จากการศึกษาของคาร์ณี จามจรี (2544) ในการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (2000) เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย พบว่าการปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำที่ได้รับ ซึ่งส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการรับประทานยาเป็นอันดับแรกเกิดจากความเชื่อที่ว่า ยาสามารถที่จะควบคุมอาการหรือทำให้อาการของโรคทุเลาลงได้ ซึ่ง Miller กล่าวว่าพลังอำนาจคือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของบุคคล และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลในการควบคุมสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และมีผลต่อความสามารถในการจัดการความเจ็บป่วย

ตามอุดมการณ์ของการส่งเสริมสุขภาพได้ให้การยอมรับว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและควบคุมสุขภาพของตนเองด้วยการพัฒนาทักษะและจิตสำนึกให้เกิดขึ้น Mason Backer & Gecrges (1991) แสดงความคิดเห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีความหมายรวมถึง การเพิ่มความสามารถของบุคคลให้ตระหนักถึงจุดแข็งของตนเอง ความสามารถและอำนาจในตนเอง การใช้อำนาจร่วมกัน การให้ความเคารพต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ การบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเปรียบเสมือนการเพิ่มพูนประสบการณ์ด้วยการหมุนเวียนทรัพยากรและความสามารถในการเปลี่ยนแปลงในวิถีทางที่สร้างสรรค์ เมื่อบุคคลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ บุคคลมีประสบการณ์ที่จะมีความรู้สึกถึงความหวัง ความตื่นตัวและทิศทาง

การเสริมสร้างพลังอำนาจอาจจะดูเหมือนเป็นการกระจายความรับผิดชอบและการใช้อำนาจร่วมกันในศาสตร์ด้านการบริหารจัดการ แต่สำหรับ Chandler (1991) พบว่า การกระจายอำนาจหรือ

การมอบหมายอำนาจตามความรับผิดชอบไม่ใช่แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในมุมมองของการมีส่วนร่วม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นเสมือนการเพิ่มความสามารถให้กับผู้อื่นด้วยการเพิ่มแหล่งทรัพยากร ความสามารถและประสิทธิภาพ พร้อมทั้งเน้นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กัน เช่น การให้คำปรึกษา การสนับสนุน การเผชิญหน้า ด้วยเหตุนี้แนวคิดของการเพิ่มความสามารถจึงเปรียบเสมือนแนวคิดที่สำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ สำหรับการเพิ่มความสามารถเองนั้นได้มีการวิเคราะห์ว่าโดยตัวมันเอง หมายถึง ผลผลิตของการเสริมสร้างพลังอำนาจในขณะที่การเสริมสร้างพลังอำนาจตามคำจำกัดความตามพจนานุกรมจะหมายถึง กระบวนการของการเป็นหุ้นส่วนและการยอมรับในคุณค่าของบุคคล

การเสริมสร้างพลังอำนาจในฐานะเป็นกระบวนการของการเป็นหุ้นส่วน หมายถึง คุณสมบัตินี้เกิดขึ้นระหว่างบุคคลซึ่งอิทธิพลต่อการเพิ่มความสามารถด้านประสบการณ์ (Suk Bling, 1998) การเสริมสร้างพลังอำนาจใน โครงสร้างของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน และจะไม่ถูกทอดทิ้งให้ตัดสินใจตามลำพัง เจ้าหน้าที่สุขภาพสามารถแสดงความตั้งใจที่จะช่วยในการตัดสินใจของผู้ป่วย ด้วยการแสดงให้เห็นถึงสิ่งใดก็ตามที่เขาหรือเธอสามารถให้คำปรึกษาได้แต่ในที่สุดแล้วบุคคลที่จะทำหน้าที่ตัดสินใจคือผู้ป่วย

2. การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

Potter and Perry (1989) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลสมัครใจ ทำตามระดับความสามารถที่มีอยู่และการกระทำนั้นเกิดจากความตั้งใจของตนเอง โดยการแสวงหาคำแนะนำ คำชี้แจงหรือความรู้เพื่อนำมาปรับพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมยิ่งขึ้นและสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ในการดำเนินชีวิตอยู่อย่างปกติสุข หรือเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ ความเป็นอยู่ที่ดี การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการผสมผสานระหว่างประสบการณ์ การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคล การติดต่อสื่อสารและวัฒนธรรมในสังคม นอกจากนี้การดูแลตนเองยังช่วยส่งเสริมคุณค่าแห่งชีวิต ภาพลักษณ์ ซึ่งมีผลโดยตรงต่ออัตมโนทัศน์

Hill and Smith (1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการเรียนรู้ที่เป็นผลของการกระทำ โดยตรงต่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต การบูรณาการของการทำหน้าที่และความผาสุก นอกจากนี้การดูแลตนเองโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์กับความรับผิดชอบ ความมีอิสระ การดูแลจิตใจ ร่างกาย และจิตวิญญาณ การรักษาไว้ซึ่งสุขภาพะ รวมทั้งการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

Orem (1995) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจมีเป้าหมาย มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมี

ส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ ปัจจุบัน Orem (2001) ยังได้เน้นถึงจุดประสงค์ของการดูแลตนเองที่มีเป้าประสงค์สูงสุดเพื่อให้บุคคลมีความผาสุก

2.1 แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง

“ความสามารถ” ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายว่า “มีคุณสมบัติเหมาะแก่การจะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้”

เจียมจิตต์ จุฑาบุตร (2539) กล่าวว่า ความสามารถ หมายถึง คุณภาพหรือสภาวะของการกระทำหน้าที่ใดได้เพียงพอ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้และทักษะ

โพรยทิพย์ กสิพันธ์ (2541) กล่าวว่า ความสามารถ หมายถึง พฤติกรรม หรือ การกระทำ โดยรู้อยู่จะทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด เพื่อบรรลุตามมาตรฐานที่ตั้งไว้

สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) กล่าวว่า ความสามารถ หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล โดยใช้กระบวนการเรียนรู้และทักษะ ความสามารถนั้นจะถูกสร้างขึ้นในลักษณะที่สะสมทีละน้อย

อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ที่มีความซับซ้อนและเป็นการทำอย่างสมัครใจ มีการแสวงหาความรู้ มีแรงจูงใจ มีทักษะในการตัดสินใจ ใช้สติปัญญาของตนเองตามความสามารถที่จะดูแลตนเองเพื่อบรรลุผลสำเร็จ และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

สรุป ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ได้สำเร็จตามมาตรฐานที่ตั้งไว้

บุคคลใช้เวลาส่วนใหญ่ในชีวิตไปในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ริเริ่มโดยบุคคล เพื่อดำรงรักษาความมีสุขภาพดีของตนเอง และเป็นกิจกรรมส่วนบุคคลที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย เพื่อการทำหน้าที่ และการพัฒนาการของบุคคล ดังนั้นก่อนการกระทำการดูแลตนเอง บุคคลจะต้องมีการกระทำที่เป็นขั้นตอน โดยแสวงหาความรู้ ความหมายของเหตุการณ์ และจึงตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เป็นความจำเป็นที่บุคคลต้องกระทำเพื่อการดำรงและรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพ ดังนั้น ความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองจึงเป็นเครื่องบ่งชี้คุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น ๆ พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องช่วยเหลือ และส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง

การทำกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองนั้น จะพบว่า การที่จะแยกความสามารถในการดูแลตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจออกจากกันนั้นทำได้ยาก เพราะบุคคลคือหน่วยเดียว แยกจากกันไม่ได้ แต่มีความรับผิดชอบในการดูแลตนเองเพื่อสวัสดิภาพของตน ดังนั้น กิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถดูแลตนเองด้านจิตใจจึงต้องกระทำควบคู่กันกับกิจกรรมส่งเสริมให้บุคคลสามารถดูแลตนเองด้านร่างกายด้วย

2.2 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญมากต่อการฟื้นฟูของโรค แต่สิ่งที่สำคัญนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละบุคคล ซึ่งปัจจุบันแนวคิดการดูแลรักษาผู้ป่วยได้เปลี่ยนจุดเน้นมาที่ตัวบุคคลในการรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นการดูแลตนเองที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความสัมพันธ์ของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ดังนั้นบุคคลไม่สามารถแยกการดูแลตนเองออกเป็นส่วน ๆ ได้ ต้องดูแลไปพร้อม ๆ กันเสมอ (Hill and Smith, 1990)

จากการทบทวนถึงเครื่องมือในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองนั้น พบว่า เครื่องมือถูกสร้างขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเองได้ในระดับต่าง ๆ ดังนี้

2.2.1 การวัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง

นักวิจัยที่สร้างเครื่องมือวัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองนั้นมีความเชื่อว่าการวัดในระดับนี้เป็นการทำนายการกระทำดูแลตนเองได้ใกล้เคียงที่สุด และการวัดกิจกรรมย่อยในการดูแลตนเองทั้งหมดของแต่ละบุคคลไม่สามารถนำตัวเลขที่ได้มาเปรียบเทียบกันได้ เพราะกิจกรรมย่อยที่แต่ละคนปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของการรักษา อาจแตกต่างกันตามสิ่งแวดล้อมและปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล แม้ว่าเป้าหมายของการดูแลตนเองจะเหมือนกัน ซึ่งเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง ได้แก่ เครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเองที่สร้างโดย Ever et al. (1993) และเครื่องมือการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองที่สร้างโดย Keamey & Fleischer (1979)

2.2.2 การวัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง

นักวิจัยที่สร้างเครื่องมือวัดพลังความสามารถในการดูแลตนเองนี้ มีความเชื่อว่าการดูแลตนเองกันความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน แต่การดูแลตนเองกับการปฏิบัติดูแลตนเองมีลักษณะเหมือนกัน เครื่องมือที่ใช้วัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ เครื่องมือการวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ของ Hanson & Bickel (1985) และเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ของ Denyes (1981 cited by Gast et al., 1989)

การประเมินกิจกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความผาสุกทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณที่ทำ

ควบคู่กันไป จากแนวคิดการดูแลตนเองที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำต่อตนเองโดยตรง และไม่สามารถแยกจากการดูแลตนเองออกเป็นส่วน ๆ ได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำเสนอ การดูแลตนเองตามแนวคิด ทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจของ Hill and Smith (1990) ตลอดจนทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มานำเสนอเสนอเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย จิตเภท และใช้แนวคิดในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

1) การดูแลตนเองด้านร่างกาย

การดูแลตนเองด้านร่างกาย เป็นกิจกรรมที่แสดงถึงการดูแลตนเองเพื่อปกป้องร่างกายและ มีความสัมพันธ์กับทุกส่วนของการดูแล ร่วมกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือความพิการตลอดช่วยชีวิต (Hill and Smith, 1990) และเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพ ร่างกายที่ดี ซึ่งได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ความพร้อมในการปฏิบัติตัว ตามแผนการดูแลรักษา ประกอบด้วย เรื่องต่อไปนี้

- อาหาร ต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่า ครบถ้วน ตามหลักโภชนาการและความต้องการ ของร่างกาย โดยเลือกรับประทานอาหารสด หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีสารเสพติดทุกชนิด รับประทาน อาหารที่พอเหมาะ ทำให้ร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย

- น้ำ ควรดูแลตนเองให้ร่างกายได้รับน้ำอย่างเพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ

- อากาศ ควรดูแลให้ร่างกายได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกาย

- การออกกำลังกาย ในการออกกำลังกายจะมีอัตราเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตสูงขึ้น ฉะนั้นผู้ที่ออกกำลังกายอย่างจริงจังและสม่ำเสมอจะเกิดความปิติสุข ทำให้ร่างกายแข็งแรง สามารถ ด้านทานเชื้อโรคได้ ผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะไม่มี ความเครียดทางจิตประสาท (เฉก ณะศิริ, 2536 อ้างใน ศรีสุดา แซ่ลิ้ม, 2539)

- การพักผ่อน ควรดูแลตนเองในการพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก การนอนหลับเป็นวิธีการผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง การ นอนเป็นความจำเป็นของคน เพื่อพักผ่อนร่างกายจากการทำงาน ถ้านอนหลับไม่เพียงพอจะทำให้ เกิดความเครียด หงุดหงิด สมอมนิ่งง คิดอะไร ไม่ออก ร่างกายอ่อนเพลีย (ชูทิศย์ ปานปรีชา , 2531)

- การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ควรดูแลความสะอาดร่างกายของตนเองให้สะอาดเรียบร้อย อยู่เสมอ ในเรื่องการแต่งกาย การอาบน้ำ แปรงฟัน หวีผม ฯลฯ

- การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ควรดูแลตนเองในเรื่องการขับถ่ายได้

- ความพร้อมในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ควรมีความรู้ในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาพยาบาล และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพก่อนออกจากโรงพยาบาล และควรสนใจดูแลตนเองและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา

2) การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

การดูแลด้านสุขภาพจิต เป็นกิจกรรมที่บุคคลเริ่มกระทำด้วยตนเอง มีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความแข็งแรงด้านจิตใจ ซึ่งมีพื้นฐานมาจากการส่งเสริมสุขภาพจิตและมีการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

- การรู้จักตนเอง เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสุขภาพจิต การพัฒนาและการดำรงไว้ของการรู้จักตนเอง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต เป็นการยากที่จะปฏิบัติ การเข้าถึงต้องอาศัยความอดทน ความมุ่งมั่นและซื่อสัตย์ต่อตนเอง การรู้จักตนเองยังทำให้บุคคลทราบถึงความคิดและพฤติกรรมของตนเองที่มีผลกระทบต่อบุคคลอื่นและสถานการณ์ต่าง ๆ การรู้จักตนเองเป็นการที่บุคคลรู้ตัวเองในขณะนี้และเดี๋ยวนี้ มีผลทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองเป็นคนอย่างไร มีความคิด ค่านิยม ความเชื่อหรืออุดมการณ์อย่างไร ที่เป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล ทำให้บุคคลมีการปรับปรุงตนเองตลอดเวลา (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

- การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ คือ การติดต่อสื่อสารที่ทำให้ผู้ส่งและผู้รับข่าวสารรับรู้ความต้องการของกันและกัน ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ประกอบด้วยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร การมีความรู้สึกร่วมของผู้รับข่าวสาร การสนับสนุนแนวคิดและมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ที่เราสื่อสารด้วย และผู้สื่อสารทั้งสองฝ่ายมีความเท่าเทียมกันในความเป็นมนุษย์ (เรวดี ลือพงษ์ศักดิ์นา, 2535)

บุคคลจะมีสุขภาพจิตดีได้ จะต้องมีความสามารถส่งและรับข่าวสารที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้สึก ระหว่างคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่พึ่งพา กระบวนการที่บุคคลทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเองและความสามารถในการรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นเป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

- การเผชิญปัญหา หมายถึง การกระทำใด ๆ ที่บุคคลกระทำลงไปเมื่อเกิดปัญหา หรือเป็นกระบวนการของบุคคลที่พยายามจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้อยู่ในภาวะสมดุล ทั้งปัญหาส่วนตัว ครอบครัว การงาน และสังคมที่บุคคลประสบอยู่เป็นประจำ

ในขณะที่บุคคลเผชิญกับปัญหานั้น ทันทีที่มีเรื่องร้อนใจมากระทบหรืออยู่ในสถานการณ์ที่เครียดมาก อาจใช้วิธีการปรับเปลี่ยนบรรยากาศชั่วคราว แทนที่จะได้ตอบด้วยอารมณ์ ซึ่งอาจทำให้เรื่องลุกลามใหญ่โต ควรใช้การหลีกเลี่ยงไปชั่วคราวก่อน รอให้อารมณ์ดีแล้วค่อยมาเผชิญหน้ากัน

ใหม่ หรือรู้จักมองในหลายแง่มุม ไม่ควรเพิ่มความกดดันให้กับตนเองด้วยการมองในแง่ร้ายเพียงอย่างเดียว ให้มองในแง่มุมอื่นบ้าง เช่น มองรตติคิดว่าทำให้มีเวลาฟังข่าว ฟังเพลง มองการที่คนอื่นตำหนิเราว่า เป็นการช่วยให้เรามองเห็นตัวเองในแง่ที่ต้องปรับปรุง ถ้าเราไม่ควนโกรธและลองคิดทบทวนด้วยเหตุผล จะทำให้เราแก้ไขข้อบกพร่องของตัวเองให้หมดไปและพัฒนาตัวเองให้ดีขึ้น

- การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการปรับตัวหรือการสนองตอบต่อภาวะเครียดของบุคคล โดยที่การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะผู้ดูแลในด้านการบรรเทาความรุนแรงของปัญหา เช่น ผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูลคำแนะนำในการดูแลจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ ทำให้เกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ปัญหาในการดูแล

กิจกรรมพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมได้แก่ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

- 1) สร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนอย่างน้อย 1 คน ซึ่งตนเองสามารถไปปรึกษาหารือหรือสนทนาได้ในช่วงภาวะวิกฤติ
- 2) รู้จักเพื่อนบ้านอย่างน้อย 1 ครอบครัว เป็นอย่างดีพอที่จะเรียกให้ช่วยเหลือเมื่อถึงภาวะวิกฤติ
- 3) ศึกษาข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับ กลุ่มสนับสนุนต่างๆที่มีอยู่แล้วในชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงินยามฉุกเฉิน ศูนย์บริการแนะนำหรือให้คำปรึกษาในด้านสุขภาพจิตในชุมชน
- 4) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในระดับที่เหมาะสมพร้อมที่จะเผชิญปัญหาหรือไม่ โดยใช้แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนทางสังคม
- 5) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองมีจุดเด่นหรือข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล

3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

การสร้างพลังอำนาจเป็นกลวิธีหนึ่งที่ได้รับคามนิยมในการนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชซึ่งถูกตัดสิน ว่าด้อยความสามารถและขาดความสามารถในการควบคุม การคิด และตัดสินใจ ดังนั้นการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้จึงต้องมีการพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่จะให้การพยาบาล

3.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Rappaport (1894 อ้างใน สุพิศ กิตติรัชดา, 2538) ได้กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า “เรามักจะพบปัญหาเกี่ยวกับการให้คำจำกัดความของ “การเสริมสร้างพลังอำนาจ” จนกว่าเราจะได้สัมผัสกับมันอย่างแท้จริง ด้วยเหตุนี้จึงไม่น่าแปลกที่จะพบความลำบากในการให้คำนิยามเชิง

ปฏิบัติการของ “การเสริมสร้างพลังอำนาจ” ซึ่ง Rappaport ได้สรุปความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นความสามารถของบุคคลที่จะแสดงออกมาเมื่อได้รับการส่งเสริมและได้รับโอกาส และได้มองการเสริมสร้างพลังอำนาจในแง่การพัฒนา ซึ่งทำให้บุคคล ครอบครัวยุวมชนก้าวหน้าและมีศักยภาพเพิ่มขึ้น

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

Miller (2000) กล่าวว่า พลังอำนาจคือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจสำหรับบุคคล โดยรูปแบบพลังอำนาจมีอยู่ 7 แหล่งด้วยกัน คือ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก 4) พลังงาน 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา 6) แรงจูงใจ และ 7) ระบบความเชื่อ

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2541) กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการพยายามที่จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่า มั่นใจ ยึดมั่นต่อกันและมุ่งมั่นในการบรรลุเป้าหมายของตนเอง เพื่อการปฏิบัติหรือกระทำภารกิจหนึ่งให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง ในการที่บุคคลจะเกิดความรู้สึกมีคุณค่าทางจิตใจ ยึดมั่น ผูกพันต่อตนเองหรือหน่วยงานเพื่อให้สามารถกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง บุคคลจะต้องเชื่อมั่น ในความสามารถของตนเองว่า ตนเองสามารถกระทำภารกิจต่าง ๆ ได้สำเร็จ บุคคลจะต้องได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมทั้งกำลังกาย กำลังใจ กำลังความคิด และมีอิสระในการตัดสินใจกระทำต่าง ๆ ด้วยตนเอง

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

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นพอจะสรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการในการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการควบคุมการดำเนินชีวิต

ของตนเอง เสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความรู้สึกมั่นใจ เป็นตัวของตนเอง มีอิสระ และรู้สึกชีวิตมีคุณค่าสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 การสูญเสียพลังอำนาจ

Miller (2000) กล่าวถึงการสูญเสียพลังอำนาจว่า เป็นการที่บุคคลรับรู้ว่าจะไม่สามารถมีอิทธิพลต่อสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความคาดหวังได้ ไม่ว่าจะเกิดขึ้นเป็นประจำหรือไม่คาดคิด

Robert (1986) กล่าวถึงการสูญเสียพลังอำนาจว่า หมายถึงการที่บุคคลรับรู้ว่าจะไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมของตนเองให้เป็นไปตามที่ต้องการ แต่ถูกควบคุมจากบุคคลอื่น หรือสิ่งเร้าที่อยู่นอกตัว

Roy (1991) กล่าวถึงภาวะสูญเสียพลังอำนาจว่า เป็นสภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองได้

สรุปได้ว่า ภาวะสูญเสียพลังอำนาจ หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าตนไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ เหตุการณ์ สิ่งแวดล้อม ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับตน ต้องปฏิบัติตามผู้อื่นที่ควบคุม หรือสิ่งเร้าที่อยู่ภายนอก

สาเหตุการสูญเสียพลังอำนาจ

สาเหตุการสูญเสียพลังอำนาจสามารถเกิดขึ้นได้จากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ การขาดความสามารถในการควบคุม (Loss of control) และการขาดความรู้ (Lack of knowledge)

1. การขาดความสามารถในการควบคุม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1) ขาดความสามารถในการควบคุมด้านร่างกาย จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเริ่มมีอาการของโรค โดยก่อนที่จะเกิด การเจ็บป่วย บุคคลจะมีพลังอำนาจเหนือตนเอง แต่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือระบบใดระบบหนึ่งของร่างกายถูกควบคุมโดยความเจ็บป่วย ทำให้สมรรถภาพการทำงานที่ของร่างกายและการรักษาสมดุลในร่างกายลดลง ไม่สามารถกิจกรรมใด ๆ ได้ตามความคาดหวังและความต้องการของตนเอง ทำให้บุคคลเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ บางคนเคยมีความรู้สึกภาคภูมิใจในร่างกายของตน เมื่อเกิดการเจ็บป่วย พยาธิสภาพของโรค หรือภาวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อาจทำให้บุคคลรู้สึกอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ หรือเจ็บปวด ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ การขาดความสามารถในการควบคุมร่างกายนี้มีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยโดยตรง เนื่องจากสูญเสียความเป็นตัวเองไป

2) ขาดความสามารถในการควบคุมจิตใจ จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะเกิดความเจ็บป่วยขึ้น รวมถึงการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสาเหตุการสูญเสียการควบคุมทางด้าน

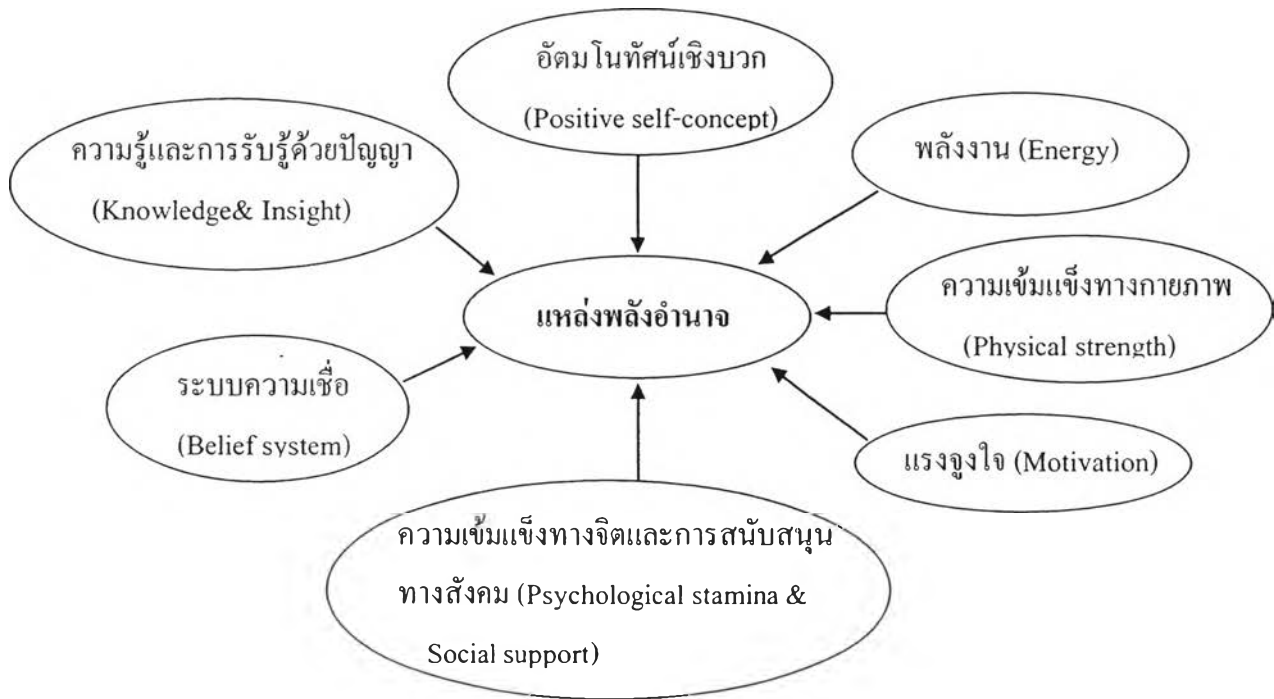
จิตใจ เนื่องจากต้องปฏิบัติตามกฎของโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลเป็นผู้ควบคุมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การถูกจำกัดเวลาเยี่ยม หรือไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง เมื่อผู้ป่วยสูญเสียอิสระในการตัดสินใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้ เนื่องจากไม่สามารถยื่นหยัดความเป็นตัวของตัวเองได้

3) ขาดความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อม การที่ผู้ป่วยรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวเองได้ เป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสูญเสียพลังอำนาจ

2. การขาดความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล ความรู้เป็นแหล่งพลังอำนาจอย่างหนึ่ง เมื่อมีความรู้จะเพิ่มความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ บุคคลส่วนใหญ่ไม่เคยคิดว่าตนเองจะต้องเจ็บป่วย และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน จึงไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางในการรักษาที่จะได้รับ ทำให้บุคคลไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง และสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะนี้จะสามารถอธิบายได้อย่างไร ซึ่งการขาดความรู้นี้อาจเกิดจากการที่บุคคลไม่ได้รับการบอกเล่าเกี่ยวกับอาการ หรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเขา หรืออาจเกิดจากการได้รับการบอกเล่าแต่ไม่เข้าใจ ไม่กล้าซักถาม หรืออาจได้รับคำอธิบายโดยใช้ศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยจะไม่เข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลตามที่ต้องการที่จะทำการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเอง

พยาบาลสามารถช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะไร้พลังอำนาจได้โดยการหาสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจดังกล่าว และช่วยเหลือโดยการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยช่วยให้ผ่านขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.3 แนวคิดแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย



ภาพประกอบแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย

ที่มา : Miller, J.F.(1992) Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness : p.8.

แหล่งพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (2000) ประกอบไปด้วย

3.3.1 ความเข้มแข็งทางกาย (Physical strength) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพทางกายและเต็มตามพลังสะสมทางกาย (Physical reserve) เมื่อระบบร่างกายเกิดการเจ็บป่วย พลังอำนาจในการกระทำการใด ๆ ของบุคคลก็จะลดลง

3.3.2 ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) ความเข้มแข็งทางจิตใจ หมายถึง ความยืดหยุ่นของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วย หรือความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ซึ่งบางครั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเหตุของความไม่สมดุลทางจิตใจ ความวิตกกังวลและซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรัง ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรังจึงต้องการการช่วยเหลือให้ดำรงไว้ซึ่งความคิดในด้านบวก การป้องกันความวิตกกังวลภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกรอคอยที่อาจจะเกิดขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ การบูรณาการทางสังคม โอกาสสำหรับการดูแล ความเชื่อมั่นในคุณค่า บุคคลที่ให้การดูแล นอกจากนั้นยังรวมถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือที่สัมผัสจับต้องได้ (Tangible support) เช่น

การสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) และการสนับสนุนทางข้อมูล (Information support)

3.3.3 อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-concept) หมายถึง ความคิด และความรู้สึกที่มีต่อตนเอง องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ในตนประกอบด้วย ภาพลักษณ์ การทำหน้าที่ของตน ความเป็นตัวของคนได้แก่ คุณธรรม ความคิด และความคาดหวังส่วนบุคคล และการนับถือตนเอง (self-esteem) การนับถือตนเองเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของอัตมโนทัศน์ในตน การเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ในตน เป้าหมายในการสร้างอัตมโนทัศน์ในตนขึ้นมาใหม่ คือ การรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับร่างกายไปสู่อัตมโนทัศน์ในตนในทางบวก โดยการทำความเข้าใจว่าความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพอยู่ในตนเอง

3.3.4 พลังงาน (Energy) ความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคล ศักยภาพของพลังงานคือ พลังงานที่เก็บสะสมไว้ซึ่งควรที่จะสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป แหล่งของพลังงานได้แก่ อาหาร น้ำ การพักผ่อนและแรงจูงใจ พลังงานที่ใช้ในการสะสมหรือฟื้นฟูสภาพทางกาย หรือใช้ในการจัดการกับความต้องการประจำวัน รวมถึงการจัดการกับความเครียด นอกจากนี้พลังงานยังใช้ในการเติบโต ในการเรียนรู้ทำงาน และทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วย

3.3.5 ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight)

1) ความรู้ หมายถึง สิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจ ในการสร้างทางเลือกและการลงมือกระทำ ความรู้ถือเป็นสิ่งสนับสนุนที่ช่วยลดความไม่แน่นอน การขาดความรู้นำไปสู่ความท้อแท้และนิ่งเฉย ซึ่งเป็นลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจ

2) การรับรู้ด้วยปัญญา หมายถึง ความสามารถที่จะค้นหาและประเมินภาวะทางกายและทางจิตเพื่อนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการ และการดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของจิตใจ

3.3.6 แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง แรงผลักดันที่ซ่อนอยู่ภายใน ช่วยให้บุคคลรู้สึกถึงสมรรถนะและการพิจารณาตนเอง ในผู้ป่วยเรื้อรังแรงจูงใจมีความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพส่งเสริมบทบาททางสังคมและการทำงาน และพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง แรงจูงใจมีส่วนช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา

3.3.7 ระบบความเชื่อ (Belief system) หมายถึง ระบบความเชื่อของบุคคล ความเชื่อในแผนการรักษา ความเชื่อในเจ้าหน้าที่ ความเชื่อในตนหรือความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รวมถึงความเชื่อทางศาสนา การสร้างความเข้มแข็งและความสามารถในการจัดการกับความเครียดและเอาชนะต่อปัญหาสำหรับวัยรุ่นซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างนั้นพบว่ามีความพร้อมของแหล่งพลังอำนาจ

ด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ การพร้อมแหล่งพลังอำนาจด้านการสนับสนุนทางสังคมกล่าวคือ การที่ครอบครัวของวัยรุ่นมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่ดี ทำให้ครอบครัวต้องดิ้นรนทำมาหากิน บิคา มารดา มีอาชีพรับจ้างทั่วไปและทำนา บางส่วนต้องจากครอบครัวเพื่อไปทำงานอยู่ในกรุงเทพฯ ทำให้ไม่มีเวลาเอาใจใส่ดูแลบุตรหลาน และครอบครัวมีสภาพที่ไม่ราบรื่น มักทะเลาะเบาะแว้งกันเป็นประจำ ซึ่งจะส่งผลให้วัยรุ่นเหล่านี้ขาดความรักความอบอุ่น สัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ไม่ดีต่อกัน และการที่ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัววัยรุ่นที่ไม่ดียังทำให้การสนับสนุนด้านอุปกรณ์หรือการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันที่ไม่ดีอีกด้วย และพบว่าบุคลิกภาพบางส่วนของวัยรุ่นกลุ่มนี้ไม่กล้าแสดงออก ไม่มั่นใจ นั่นเป็นความพร้อมของแหล่งพลังอำนาจในด้านระบบความเชื่อและแรงจูงใจ

3.4 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2539) ได้กล่าวถึงความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า จะต้องมีความเชื่อมั่นต่อไปนี้

1) การเสริมสร้างพลังอำนาจ มุ่งเน้นที่การนำเอาศักยภาพทางสติปัญญาและพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น

2) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดที่เกี่ยวเนื่องอย่างชัดเจนกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องครบวงจรในองค์การ

3) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการสร้างสถานการณ์และการเริ่มต้นใหม่ ที่มากกว่าการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม (Participative Management) หรือในการมีส่วนร่วมของบุคลากร (Employee Involvement)

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2549) ได้กล่าวสรุปถึงความสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ดังนี้

1) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพัฒนาศักยภาพของมนุษย์ ในการทำงานให้มีประสิทธิภาพเพื่อผลผลิตขององค์การ สร้างความรักและยึดมั่นผูกพันต่อหน่วยงานของตนเอง

2) การใช้เทคนิคการเสริมสร้างพลังอำนาจในบุคคล จะนำไปสู่ความมีคุณค่าแห่งตน รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ มีคุณค่า ช่วยให้บุคคลมีความแข็งแกร่ง เข้าใจชีวิต เข้าใจเศรษฐกิจและสังคมได้ดี อันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมในทางที่ดี มีความสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้เป็นผลสำเร็จ

จากการประมวลแนวคิดและวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ได้องค์ประกอบและกระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยสรุปได้ดังนี้

Funnell et al. (1991) กล่าวว่า กระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย

1) ข้อมูลและการให้ความรู้ (Information and Education) ได้แก่ ความรู้ที่พอเพียงต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผล การควบคุมแหล่งทรัพยากรที่พอเพียงต่อการลงมือปฏิบัติตามที่ตัดสินใจและประสบการณ์ในการประเมินประสิทธิภาพของการตัดสินใจ

2) ความรู้ (Knowledge) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะได้รับการตระหนักไว้ในตนเกี่ยวกับคุณค่า ความต้องการ เป้าหมายและแรงบันดาลใจในตนเอง ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพและความผาสุก มีความรู้ ทักษะ ทักษะคิด และการตระหนักไว้ในตนที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลซึ่งมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ สรุปได้ 4 ประเด็น (คาร์นิ จามจรี, 2545) คือ

1. คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่

1) เจ้าหน้าที่สุขภาพใช้ทักษะวิชาชีพที่สำคัญ ได้แก่ ทักษะการสื่อสารทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะการใช้อำนาจในการรักษาพยาบาลในทางบวก

2) ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ หน้าที่ความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจ

3) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการที่บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพและมีความรับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพตนเอง ขณะเดียวกับที่เจ้าหน้าที่ที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้ป่วย ไม่ควรมองข้ามอิทธิพลของสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย

2. สิ่งที่เกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาล ได้แก่ การให้ความเคารพต่อความเชื่อค่านิยม ประสบการณ์ของบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความเชื่อในความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจการยอมรับในหน้าที่และการกระทำของผู้ป่วย ความมุ่งมั่นทุ่มเท ที่มีร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วยในการกระทำที่เกิดขึ้นในอนาคต

3. ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ ได้แก่

1) การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้กันมากในการอธิบายลักษณะและความเชื่อที่สะท้อนความรู้สึกรู้สึกของการควบคุม หรืออิทธิพลของบุคคลที่จะเคารพต่อพฤติกรรมการแสดงออกที่หลากหลายรวมถึงการควบคุมตนเองและประสิทธิภาพในตน (Zimmerman, 1995) โดยอธิบายภาพรวมของผลลัพธ์ได้แก่ การนับถือตนเอง (Self – esteem) ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Personal control) และความสามารถในตน (Self – efficacy)

2) การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เน้นความรู้และทักษะที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถและปฏิบัติต่อกัน

ระหว่างบุคคล ความสามารถของบุคคล คุณลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะความคิด ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์ และกิจกรรมกลุ่มเป็นคำที่ใช้อธิบายการกระทำของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Suk bling, 1998)

สรุปว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่มุ่งเน้นความรู้ทักษะโดย การเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคลความสามารถของบุคคล คุณลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะ ความคิด ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์และกิจกรรมกลุ่ม รวมถึงการช่วยให้บุคคลยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตามความเป็นจริงและทำความเข้าใจให้ถูกต้องตาม ข้อมูลข่าวสาร

จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของนักวิชาการหลายท่านที่กล่าวมาแล้ว พบว่า การให้ความรู้ หรือการให้การศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต Facire (1974) ได้ทำการพัฒนาและนำการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ โดยมีความเชื่อว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้นโดยกระบวนการทางสังคม การให้มีส่วนร่วมในสังคม การให้กำลังใจ จะทำให้บุคคลสามารถควบคุมการดำเนินของตนเองได้ดีขึ้น การยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีความเกี่ยวข้องกับชีวิตของบุคคล การเจ็บป่วยทางจิตมีผลต่อทักษะในการแก้ปัญหา นิสัยในการทำงาน การเข้าสังคม กิจกรรมในเวลาว่าง และการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ดังนั้นพยาบาลจึงควรเห็นความสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้เจ็บป่วยทางจิต โดยการให้ผู้ป่วยมีโอกาสดูแลตนเอง แสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในสังคม เสริมสร้างทักษะในการแก้ปัญหา พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งการให้ความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ ดาร์ณี จามจรีและจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) ซึ่งศึกษาต่อเนื่องจากแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (2000) โดยเชื่อว่า พลังอำนาจ คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำเนินชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของบุคคลและเป็นความสามารถที่มีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน โดยแหล่งของพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (2000) มีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่ง ได้แก่ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ, 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม, 3) อุดมโนทัศน์เชิงบวก, 4) พลังงาน, 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา, 6) แรงจูงใจ, และ 7) ระบบความเชื่อ โดยมีขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 5 ขั้นตอน ลักษณะของเนื้อหาใน โปรแกรมจะเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะสูญเสียพลังอำนาจ โดย

พัฒนาแหล่งพลังอำนาจในตัวบุคคลของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีศักยภาพและสามารถดูแลตนเองได้ มีขั้นตอน ดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือ และค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการร่วมมือ ไม่ได้เกิดขึ้นแต่เพียงฝ่ายเดียว ลักษณะการดำเนินการเป็นไปในลักษณะการมีผลประโยชน์ร่วมกัน ขั้นตอนนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในพยาบาลและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม โดยการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับ เป็นการสร้างบรรยากาศเพื่อนำไปสู่การเปิดเผยตนเอง รวมถึงมีค้นหาปัญหาและระบุปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยการรวบรวมแหล่งพลังอำนาจ ค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย ค้นหาปัญหาการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การจัดการกับปัญหาเหล่านั้น การแสดงออกทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด การสูญเสียพลังอำนาจ ประเมินวิเคราะห์ สถานการณ์จริงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา

2) การสะท้อนและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาในการดูแลตนเองด้วยการสะท้อนคิด และส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย การสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาการดูแลตนเองด้วยการสะท้อนความคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ โดยสร้างแรงจูงใจว่าผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และพยาบาลต้องยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเลือกแนวทางแก้ไขจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ซึ่งบทบาทของพยาบาล คือ เสนอแนวทางที่เหมาะสมและเป็นไปได้ แต่ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกไปปฏิบัติตามความคิดเห็นของตนเอง ซึ่งขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา รวมถึงรู้ถึงบทบาทของตนเองในการวางแผนจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

3) การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร โดยการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การดูแลตนเองของผู้ป่วย ทักษะต่าง ๆ เช่น การสื่อสาร การเผชิญความเครียด เป็นต้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งกันและกัน โดยมีการประเมินจากความรู้เดิมของผู้ป่วยในกลุ่ม แล้วพยาบาลให้ความรู้เสริมในส่วนที่ขาด โดยในช่วงสุดท้ายมีการมอบคู่มือการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองและทราบถึงแหล่งสนับสนุนในการขอความช่วยเหลือได้

4) ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง กิจกรรมนี้เป็นการให้ผู้ป่วยใช้ความรู้และทักษะต่าง ๆ จากการเข้ากลุ่ม นำมาแก้ไขปัญหาหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด นำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งหากผู้ป่วยเป็นผู้ดำเนินการในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมให้แก่ตนเอง สามารถเลือกที่จะปฏิบัติได้ตามความคิดของตนเอง เป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เกิด

ประโยชน์ได้จริง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีทัศนคติต่อตนเองในทางบวกมากขึ้น รวมถึงมีการให้ผู้ป่วยได้จัดารับประทานด้วยตนเองซึ่งเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้องและเป็นการลดภาระของญาติในการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

5) การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ เป็นการวางแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการออกไปดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมั่นใจ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ดำเนินการโดยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าของตนเองในความสามารถจัดการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง และให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกรับรู้ของตนเองต่อการดูแลตนเอง จากนั้นเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยและประเมินแหล่งพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมแนวทางหนึ่งซึ่งเชื่อว่าจะสามารถพัฒนาความสามารถดูแลตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดี

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศรีรัตนา สุภพิทยากุล (2534) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความทนทาน พฤติกรรมเผชิญสถานการณ์ชีวิต กับระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ศึกษากลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การบริหารเวลา การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองโดยทั่วไป ความทนทาน ได้แก่ ความยึดมั่น ความสามารถในการควบคุม และความท้าทาย และพฤติกรรมเผชิญปัญหาชีวิต ตัวอย่างประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 371 คน พบว่า การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเครียด และเมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การบริหารเวลา การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียด

Roger and other (1997 cited in Corrigan, 1998) ได้ทำการศึกษา การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้รับบริการทางจิตเวชและเครื่องมือที่ใช้วัด จากตัวอย่างผู้รับบริการทางจิตเวชจำนวน 261 คน พบว่า โครงสร้างของการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความสัมพันธ์กับ 7 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสูญเสียพลังอำนาจ การรู้สึกรับรู้คุณค่าในตนเอง ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง การมองโลกในแง่ดี ความมีคุณธรรม และปฏิบัติของกุ่มหรือชุมชน ปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวมานี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ทำให้

มีเจตคติในทางที่ดี มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อในตนเองว่ามีความสามารถ มองอนาคตในทางที่ดี และการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อชุมชน ได้แก่ มีผลต่อตราบาปของผู้ป่วยในสังคม เกิดพลังในสังคม ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงและส่งเสริมการมีปฏิภริยาในชุมชน

วราภา จันทรโชติ (2540) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการฝึกอบรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาเจตคติ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถของตนเองในนักศึกษาพยาบาล เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มทดลอง 34 คน กลุ่มควบคุม 34 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกอบรมการเสริมสร้างพลังต่อการพัฒนาเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ติดต่อกัน 3 วัน ติดตามผลเพื่อกระตุ้น สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมไม่มีการจัดกระทำ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเอง เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

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

โปรยทิพย์ กสิพันธ์ (2541) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 36 คน เป็นกลุ่มทดลอง 18 คน กลุ่มควบคุม 18 คน ภายหลังได้รับการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับการทดลอง และคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

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

ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองหลังการทดลองมากกว่าคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองก่อนการทดลอง

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

อัญชลี ศรีสุพรรณ (2545) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและพฤติกรรมทางลบของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจับคู่กันตามคะแนนอาการทางลบ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อาการทางลบของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สุภาวดี ชุ่มจิตต์ (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลเด็กออทิสติกของบิดามารดา ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ บิดา มารดาเด็ก ออทิสติก ที่ได้รับการรักษาแบบ Day care ที่โรงพยาบาลยุวประสาททวาทโยปถัมภ์ จำนวน 20 คน ผลการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลเด็กออทิสติกของบิดามารดาหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ยุวดี วงษ์แสง (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน จับคู่ตามระยะเวลาการเจ็บป่วย กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ศิริวรรณ พอนบุญ (2548) ได้ทำการศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอ บางพลี จังหวัดสมุทรปราการ โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล จำนวน 20 ครอบครัว พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

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

กรอบแนวคิดในการศึกษา

