

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาสำคัญทางจิตเวช เพราะเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงที่สุด ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติทางด้านความคิดและการรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม โดยที่ความรู้สึกรู้ตัวและเข้าใจปัญหาอย่างปกติ (WHO, 1992) พบได้บ่อยประมาณ ร้อยละ 1 ของประชากรทั่วไป โรคนี้พบในคนทุกเชื้อชาติในอัตราที่ใกล้เคียงกัน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2536) อัตราความชุกประมาณร้อยละ 11.5 ของประชากรโลก (Kaplan & Sadock, 1998) โรคจิตเภทจึงเป็นโรคที่มีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโรงพยาบาลจิตเวช เพราะประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ในขณะที่อีกประมาณร้อยละ 60 – 70 ของผู้ป่วยในที่ยังไม่จำหน่ายก็เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทเช่นเดียวกัน (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536) ดังจะเห็นได้จากรายงานสถิติผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเวชของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 100,142 คน และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20,197 คน (กรมสุขภาพจิต, 2549) นอกจากนี้ยังพบว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่และการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นทุกปี (พหล วงศาโรจน์, 2541) โดยมีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่รักษาได้ผลดีไม่กลับเป็นซ้ำอีก ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความบกพร่องในหน้าที่ต่าง ๆ อย่างมาก ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานานหรือต้องการการดูแลตลอดชีวิต (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี, 2536)

สาเหตุของการเจ็บป่วยซ้ำ ส่วนใหญ่มาจากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยเฉพาะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บกพร่อง (Sadock & Sadock, 2000) ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย โดยสาเหตุที่พบมากที่สุดคือ การที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ซึ่งการรับประทานยาต้องใช้ระยะเวลายาวนานและมีอาการข้างเคียงของยาทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจในการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว (อำพัน หิรัญอุทก, 2547) สอดคล้องกับที่ Heyes, et al (1980) ได้กล่าวว่า ปัจจัยของความไม่ร่วมมือในการรักษาสำหรับผู้รับบริการได้แก่การขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษา และจากลักษณะอาการของโรคจิตเภทที่เป็นโรคเรื้อรัง มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำสูง ทำให้เกิดการเสื่อมถอยด้านสุขภาพ และการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ก่อให้เกิดผลกระทบหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือ เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ การดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ คือ ไม่สนใจ

รับประทานอาหาร ไม่อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและไม่ยอมทำงาน (จินดารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) ผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอและเกิดผลเสียต่อสุขภาพ (รัชนีกร อุปเสน, 2541) เนื่องจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการเรื้อรัง และมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมทำให้เกิดความกดดันต่อผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีโอกาสมีความผิดปกติทางจิตสูง (Salleh, 1994) รวมถึงเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มาครั้งแรก (วิวัฒน์ ขณภูฐานนท์และคณะ, 2538) ผลกระทบทางสังคมพบว่า อาจเป็นเหยื่อทางเพศหรือติดสารเสพติด (จินตนา ลีละไกรวรรณ, 2542 อ้างใน ทูลภา บุญผาสังข์, 2545) ดังการศึกษาของมาแลท (Mallakh, 1998) ที่พบว่าร้อยละ 51 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการติดสุราหรือสารเสพติด ส่วนผลกระทบต่อประเทศชาติพบว่า รัฐต้องขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ และสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเป็นจำนวนเงินมากกว่า 200 ล้านบาทต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2541) ในทางเศรษฐศาสตร์นับว่าเป็นการสูญเสียทั้งทางตรง และทางอ้อม คิดเป็นการสูญเสียถึงร้อยละ 11 ของการสูญเสียจากการเจ็บป่วยทั้งหมด (สมชาย จักรพันธุ์, 2543)

ปัจจุบันนโยบายของประเทศสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ ตามแนวคิดที่เน้นการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลให้สั้นที่สุด (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2542) ส่งผลให้ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลสั้นลงและให้มารับการรักษาต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอกแทน(ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่กับครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตัวเองได้ ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถกลับไปทำงานได้ทันที มีข้อจำกัดในการปฏิบัติ กิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ครอบครัวและชุมชนในขณะที่ยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทบางรายที่กลับบ้าน ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ มีการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เป็นเหตุให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น (มนัสสินิตย์ บุญยทรัพย์, 2536)

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า สาเหตุปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมคือเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค และการจัดการกับอาการ(ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล, 2540) การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามบทบาทของตนที่เคยกระทำลดน้อยลง เกิดความรู้สึกลดทอนตัวเอง ค้อยลง (ศิริพร ทองบ่อ และคณะ, 2542) รวมทั้งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และ แหล่งสนับสนุนทางสังคม ก็เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง (เพชร คันธสายบัว, 2544) จากสาเหตุปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวข้างต้น มีผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

โรงพยาบาลบางปะอิน เป็นโรงพยาบาลคุณภาพ(HA )ขนาด 60 เตียง มีการพัฒนามาตรฐานบริการและวิชาการงานจิตเวชระดับปฐมภูมิ ระบบบริการผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก

ของโรงพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล มีการดูแลเฝ้าระวังความเสี่ยง เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการสื่อสารที่เหมาะสมและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน แต่จากรายงานสถิติผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลบางปะอินพบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษา ในปี 2550 มีจำนวน 592 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภท 123 คน คิดเป็นร้อยละ 20.77 จากการใช้แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางปะอิน พบว่าเป็นผู้ป่วยเก่าที่กลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 94.7 ในจำนวนนี้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการใช้เวลา ด้านการเผชิญปัญหา รวมถึงความไม่พร้อมในการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมและ จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า สาเหตุปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค และการจัดการกับอาการ การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามบทบาทของตนที่เคยกระทำลดน้อยลง เกิดความรู้สึกว่าศักยภาพตนเองด้อยลง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไม่เหมาะสมเชื่อว่าเป็นเพราะเวรกรรม รวมทั้งขาดแหล่งสนับสนุนทางด้านสังคมเช่นญาติเพื่อนำผู้ป่วยไม่สนใจติดตามการรับประทานยาเป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของพลวงศาโรจน์ (2541) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นทุกปี โดยผู้ป่วยที่ป่วยครั้งเดียวหรือ 2-3 ครั้งแล้วหายขาดกลับคืนสภาพเดิมก่อนป่วยพบได้น้อย ส่วนใหญ่หลงเหลืออาการอยู่บ้างและไม่กลับสู่สภาวะปกติ (มาโนช หล่อตระกูล, 2544)

การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มขึ้นในสถานการณ์หนึ่งๆ และกระทำด้วยตนเอง เพื่อที่จะดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพและความผาสุกอย่างต่อเนื่อง บุคคลที่ถือว่าเป็นผู้ดูแลตนเองได้จะต้องมีความสามารถที่จะคิดริเริ่มและจงใจกระทำพฤติกรรมอย่างมีจุดประสงค์ เพื่อมุ่งหวังให้เกิดประโยชน์ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยการควบคุมปรับเปลี่ยนปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ (Orem, 2001) ซึ่งการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีความแตกต่างจากการดูแลตนเองขณะอยู่ โรงพยาบาล เมื่ออยู่ในชุมชนผู้ป่วยจะต้องมีการจัดระบบการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในเรื่องความจำเป็นทางด้านร่างกายทั่วไปและความจำเป็นในการจัดการกับอาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่ โดยสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยจิตเภทต้องเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุดภายใต้ขีดจำกัด ต้องปรับบทบาททางสังคมที่อาจเปลี่ยนแปลงไปจากขณะก่อนป่วยและต้องปฏิบัติบทบาทปกติให้ได้มากที่สุดตามกำลังความสามารถ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตน (ปรีวัตร ไชยน้อย, 2546) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง และช่วยเพิ่มพูนศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ปัญหาการมีอาการกำเริบ การกลับป่วยซ้ำ บ่อยมลดลง สอดคล้องกับ จันทรฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ซึ่งกล่าวไว้ว่า พฤติกรรมดูแลตนเอง

ของผู้ป่วยจิตเภท มีอิทธิพลต่อการกำเริบและการกลับป่วยซ้ำ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง

ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ๆ ทำให้เสียความสามารถในด้านการดูแลตนเอง สมรรถภาพในการทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลง สูญเสียการควบคุมด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม เช่น การดำเนินของโรค ระบบการบริการ อาการแทรกซ้อนจากการรักษา เป็นต้น ซึ่งร่างกายเป็นแหล่งพลังอำนาจทางด้านพลังงานและความเข้มแข็งทางกายภาพ (Miller, 1992) และเมื่อผู้ป่วยต้องถูกควบคุมจากบุคคลอื่น ขาดความรู้ในโรคที่ตนเองเป็นอยู่ และขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับอำนาจในตนเองลดลง ขาดแหล่งพลังอำนาจส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ (Miller, 1992) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองบกพร่อง ตามแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับแหล่งพลังอำนาจในตัวเองลดลงทำให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) (Carpenito, 1991) จนเป็นสาเหตุต้องเข้ามารับบริการรักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำ จากการศึกษาของทศพร พัฒนนิรมานพบว่า จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับภาวะไร้พลังอำนาจของผู้ป่วย (ทศพร พัฒนนิรมาน, 2532) ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำจะมีภาวะการไร้พลังอำนาจสูง (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และคณะ 2539)

การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยเกิดได้จากการขาดความรู้ ซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจหนึ่งของผู้ป่วย (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) การดำเนินของโรคจะส่งผลต่ออึดมโนทัศน์ ความเข้มแข็งทางกายภาพ ระบบความเชื่อและแรงจูงใจของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจในตนเองในการควบคุมสถานการณ์ รวมทั้งไม่กล้าซักถามข้อมูล ทำให้เกิดความเก็บกด ซึมเศร้า การขาดความรู้ความเข้าใจ ซึ่งเป็นการสูญเสียพลังอำนาจ (Miller, 1992) แหล่งของอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) มี 7 แหล่ง คือ พลังงาน แรงจูงใจ ระบบความเชื่อ อึดมโนทัศน์เชิงบวก ความอดทนทางจิต และการสนับสนุนทางสังคม ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา และความเข้มแข็งทางกายภาพ ซึ่งเชื่อว่าการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยพัฒนาแหล่งเสริมสร้างพลังอำนาจนั้น จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น (ดารณี จามจรี, 2544) โดยอำนาจที่สามารถพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพได้นั้น ประกอบด้วย แรงจูงใจ ความหวัง การสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้ พฤติกรรมของทีสุขภาพ ทศนคติต่อโรคที่เป็นอยู่และการยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้สามารถจัดการกับการเจ็บป่วยได้ (Stapleton, 1997)

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพื้นฐานความเชื่อที่มุ่งเน้นการนำศักยภาพทางสติปัญญาและพลังในบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น (จินตนา ชุณิพันธุ์, 2539) การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเป็นการเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีโอกาส

กำหนดแนวทางในการดูแลควบคุมสุขภาพพร้อมกับทีมการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในจุดแข็ง สามารถสร้างทางเลือกสำหรับการดูแลสุขภาพและพัฒนาแหล่งพลังอำนาจนั้น

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ได้มีการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท คือ จารูวรรณ จินตมางคล (2541) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาที่ดีขึ้น สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และยุวดี วงศ์แสง (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ดังนั้นผู้ศึกษาซึ่งปฏิบัติงานพยาบาลในโรงพยาบาลบางปะอิน แผนกผู้ป่วยนอก ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นตัวแทนผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลบางปะอิน ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองบกพร่อง ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มาใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย มีทักษะในการดูแลตนเองขณะอยู่ในชุมชน

อย่างไรก็ตามการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจและสามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตตนเองได้มากขึ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ซึ่งพยาบาลมีความแตกต่างจากวิชาชีพอื่นๆ ในทีมจิตเวช คือ พยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาให้ผู้ใช้บริการมีศักยภาพในฐานะบุคคลแบบองค์รวม โดยใช้ศาสตร์ทางการแพทย์และศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการดูแลช่วยเหลือ บำบัด ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้กระบวนการพยาบาล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ด้วยเหตุผลดังกล่าว การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นแนวทางการพัฒนาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพในทางที่ดีขึ้น โดยใช้ศาสตร์ทางการแพทย์สุขภาพจิตและจิตเวชรวมทั้งศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยหลักการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การสร้างความตระหนักในตนเอง การสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการดูแลตนเอง เพื่อที่จะสามารถเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองในทางที่ดี โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการป่วยซ้ำ และมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมดูแลตนเอง

การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพให้เป็นที่ดี เป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมร่างกาย

จิตใจตนเองได้ มีความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ขณะ อยู่ในชุมชน ซึ่งจะช่วยลดภาระของญาติ และผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามอัตภาพ ส่งผลให้อัตราการป่วยซ้ำลดน้อยลง

### วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจ

### แนวเหตุผลและสมมติฐาน

การส่งเสริมการดูแลตนเอง เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล สุขภาพและการรักษา มุ่งพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 2001; Hill & Smith, 1990; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลัง อำนาจของ Miller (1992) ซึ่งกล่าวว่าพลังอำนาจคือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏ อยู่ในตัวของบุคคลเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลในการควบคุมสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และมี ผลต่อความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย นอกจากนี้ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2541) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการกระทำให้บุคคลรู้สึกมั่นใจ มั่นคง ยึดมั่นและผูกพัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและการกระทำภารกิจให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง บุคคลต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ได้รับการยอมรับ สนับสนุนส่งเสริม และมี อิสระในการตัดสินใจกระทำ

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ ดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992) หลังจากนั้น เศรษฐพงศ์ บุญหมั่น (2548) ได้นำแนวคิดนี้ มาปรับใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสระแก้วราชชนครินทร์ ใน การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของเศรษฐพงศ์ บุญหมั่น มา ประยุกต์จากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งเดิมมี 6 ขั้นตอน เป็น 5 ขั้นตอน การพัฒนา โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งนี้ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล บางปะอิน โดยศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันที่ดำเนินการอยู่และปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกับ พิจารณาความเป็นไปได้จริงในการดำเนินการ ไม่กระทบต่อการปฏิบัติงานประจำและประโยชน์ที่ ผู้ป่วยได้รับ ลักษณะเนื้อหาในโปรแกรมจะเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะสูญเสียพลังอำนาจ โดย พัฒนาแหล่งพลังอำนาจในตัวบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ลักษณะกิจกรรมเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ คิดพิจารณาสิ่งที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัญหาอุปสรรคต่างๆที่ทำให้ไม่สามารถ ดูแลตนเองได้ และยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการที่จะแก้ไขปัญหาคิดขึ้นซึ่งผู้

ศึกษาสามารถให้การสนับสนุนความรู้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และฝึกทักษะเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้จริงเมื่อต้องประสบกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ดังนั้นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นนี้จึงมีความเหมาะสมในการดำเนินการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลบางปะอิน โดยขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 5 ขั้นตอนจะนำไปสู่ความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนี้

1.) การสร้างสัมพันธ์ภาพ ความร่วมมือ และค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี (คารณี จามจรี, 2544) เป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงการรับผิดชอบ ตัดสินใจและสร้างแรงจูงใจในการเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Gibson, 1995) ซึ่งแรงจูงใจเป็นหนึ่งในแหล่งพลังอำนาจที่สามารถสร้างเสริมให้เกิดขึ้นได้ (Miller, 2000) และเป็นการประเมินการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยตามทักษะของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลทราบภาพรวมโดยทั่วไปของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน ตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง สนใจดูแลตนเอง

2.) การสะท้อนความคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์รอบด้านของตนเอง เพื่อการตัดสินใจและวางแผน การจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีพลังและความสามารถในการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ขั้นตอนนี้จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยกลับมามองปัญหาประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่าง ๆ และยังเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ได้พัฒนาความรู้สึกรับพลังที่จะใช้ในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การจัดการกับความต้องการประจำวัน การจัดการกับอารมณ์และความเครียด (Miller, 2000) รวมถึงการควบคุมตนเองหรือควบคุมเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ (คารณี จามจรี, 2545) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น

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

4.) การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง เป็นการกระทำการแก้ปัญหา ดำเนินการด้วยตัวเอง ใช้ความรู้และทักษะต่างๆตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุดนำไปสู่เป้าหมาย (พนารัตน์ เจนจบ, 2542) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีทัศน

ตนเองในทางบวกมากขึ้น (คารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) จะช่วยให้รับรู้ถึงความสามารถศักยภาพ ทางด้านร่างกายและอำนาจที่จะใช้ในการควบคุมสถานการณ์บางอย่างได้ ซึ่งจะนำไปสู่การมองเห็นคุณค่าและการนับถือตนเองเพิ่มขึ้น

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

เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 5 ขั้นตอนดังกล่าวแล้ว ความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจของบุคคลจะเพิ่มขึ้นและจะส่งผลถึงความสามารถในการดูแลตนเองและเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้

จากแนวคิดเหตุผลข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้ ตั้งสมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ไว้ดังนี้

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

#### ขอบเขตการศึกษา

โครงการศึกษาอิสระครั้งนี้เป็นการศึกษา “การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบางปะอิน” โดยทำการศึกษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปะอิน โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้

1. ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD 10 ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปะอิน

2. ตัวแปรที่ศึกษาในการศึกษา

3.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

#### คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรมโดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD.10 คือ F.20 ถึง F.29 รับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปะอิน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอยู่ในระยะอาการสงบ ประเมินโดยแบบวัดระดับอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ได้คะแนน



ไม่เกิน 36 คะแนน ถ้ามามากกว่า 36 จะเป็นอุปสรรคในการเรียนรู้ (Overall J.E and Gortham D.R, 1962 อ้างถึงในโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2547)

การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ที่ใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการให้ข้อมูล ความรู้ สนับสนุนให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจและใช้กลวิธีของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท โดยการค้นหาแหล่งอำนาจพลังอำนาจ ประเมินพฤติกรรมภาวะสูญเสียอำนาจ เสริมสร้างแรงจูงใจ สร้างเสริมความมั่นใจ และคงไว้ซึ่งพลังความสามารถในการจัดการกับปัญหาของพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยใช้แนวคิดของคาร์ณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งเดิมมี 6 ขั้นตอน เป็น 5 ขั้นตอน เป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ประกอบด้วยกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังนี้

1.) การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือ และค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย หมายถึง การปฏิบัติกรพยาบาลโดยการสนทนา แนะนำตัวเอง ให้ข้อมูลเบื้องต้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือ และเป็นการให้ผู้ป่วยได้เล่าสำรวจปัญหาเพื่อประเมินพฤติกรรมการสูญเสียพลังอำนาจของตัวเอง รับรู้ถึงบทบาทของตนเอง ประเมินวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา

2.) การสะท้อนความคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ หมายถึง การทบทวนปัญหาการสร้างพลังในการแก้ปัญหา เสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเอง โดยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข วางแผน และประเมินผลในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงสนับสนุนให้ความช่วยเหลือและยอมรับการรับตัดสินใจของผู้ป่วย

3.) การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร หมายถึง การสนับสนุนผู้ป่วยโดยการให้ข้อมูล ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การรักษา การดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างแรงจูงใจให้กำลังใจผู้ป่วย

4.) ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง หมายถึง การส่งเสริม และเอื้ออำนวยทรัพยากรต่างๆ ยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เป็นปัญหา และทดลองให้ผู้ป่วยแก้สถานการณ์ปัญหาด้วยตนเอง สร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และประเมินผลการปฏิบัติที่ได้ดำเนินการตามแผน

5.) การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ หมายถึง การทบทวนความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลตนเอง มองเห็นคุณค่าของตนเอง ปรับเปลี่ยนความคิดทัศนคติ เป็นแรงสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยนำความรู้ความสามารถที่มีอยู่ไปใช้ในการจัดการกับสภาพปัญหาด้วยความมั่นใจ

พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง หมายถึงการที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเกี่ยวกับตนเอง และลงมือกระทำด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดี ประเมินจากแบบวัดพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของ เพซรี คันทายบัว (2544) ซึ่งสร้างตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) การดูแลตนเองด้านจิตใจและการดูแลตนเองด้านร่างกายของ Hill & Smith (1990) ร่วมกับนำแบบวัดพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำเครื่องมือชุดนี้มาปรับใช้โดยปรับให้เหลือ 5 ด้าน เช่นเดียวกับ การศึกษาของอรรพรรณ วงศ์สุนทร(2550) ที่ศึกษาพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญาใน 5 ด้าน ดังนี้

- 1.) การพัฒนาการรู้จักตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ในการที่จะรู้จักรูปร่าง ลักษณะของตนเอง การเข้าใจ ขอมรับและรับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง รวมทั้งความภาคภูมิใจในตนเอง
- 2.) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ในการใช้ภาษา การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อความต้องการของตนเอง รวมทั้งเพื่อให้รับรู้ถึงความคิด ความรู้สึกและความต้องการของผู้อื่น ได้อย่างถูกต้องตรงกัน
- 3.) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในการที่จะสามารถจัดแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้เหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุด ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง
- 4.) การเตรียมการเผชิญปัญหา หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ในการกล้าตัดสินใจต่อปัญหาที่เกิดขึ้น การบอกถึงวิธีในการแก้ไขปัญหาและผ่อนคลายตนเองจากความกังวล
- 5.) การดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ในการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อสร้างความแข็งแรงของร่างกายและความเข้มแข็งของจิตใจ เป็นการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่เน้นการดูแลตนเองเพื่อการกลับสู่ชุมชนที่มีประสิทธิภาพ
2. ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองเพิ่มขึ้น
3. เป็นแนวทางในการศึกษาด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท