

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาสำคัญทางจิตเวช เพราะเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงที่สุด ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติทางด้านความคิดและการรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม โดยที่ความรู้สึกรู้ตัวและเขารู้ปัญหาที่ยังปกติ (WHO, 1994) พบได้บ่อยประมาณ ร้อยละ 1 ของประชากรทั่วไป โรคนี้พบในคนทุกเชื้อชาติในอัตราที่ใกล้เคียงกัน (สมภพ เรื่องตระกูล, อรพรรณ ทองแดง, เกียรติกร แก้วผณีกรังสี, แสงจันทร์ วุฒิกานนท์ และเชียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2536) อัตราความชุกประมาณร้อยละ 11.5 ของประชากรโลก (Kaplan & Sadock, 1998) โรคจิตเภทจึงเป็นโรคที่มีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโรงพยาบาลจิตเวช เพราะประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ในขณะที่อีกประมาณร้อยละ 60 – 70 ของผู้ป่วยในที่ยังไม่จำหน่ายก็เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทเช่นเดียวกัน (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) ดังจะเห็นได้จากรายงานสถิติผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเวชของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลทั้งหมด 100,142 คน และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20,197 คน (กรมสุขภาพจิต, 2549) สอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ก็พบผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในทำนองเดียวกันกล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2549 มีสถิติผู้ป่วย นอกจำนวน 113,747 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 57,879 คน คิดเป็นร้อยละ 50.9 สำหรับแผนกผู้ป่วยในมีจำนวนผู้ป่วยรับไว้รักษาจำนวน 6,581 คน เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 4,794 คน คิดเป็นร้อยละ 72.8 (รายงานประจำปีโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2549) นอกจากนี้ยังพบว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่และการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นทุกปี (พหล วงศาโรจน์, 2541) โดยมีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่รักษาได้ผลดีไม่กลับเป็นซ้ำอีก ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความบกพร่องในหน้าที่ต่าง ๆ อย่างมาก ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานานหรือต้องการการดูแลตลอดชีวิต (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี, 2536)

ทั้งนี้มีสาเหตุการกลับเป็นซ้ำเกิดจากหลาย ๆ สาเหตุประกอบกัน แยกได้เป็นสาเหตุทางร่างกาย ซึ่งรวมถึงกรรมพันธุ์และความผิดปกติทางชีวเคมีในสมอง สาเหตุทางจิตใจ ทางบุคลิกภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุเฉพาะบุคคลและสาเหตุทางสังคมหรือสิ่งแวดล้อม ต่างก็มีผลกระทบต่อกันและกันอย่างสลับซับซ้อน (อุษา ชูชาติ และคณะ, 2536) ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่เกิดจากตัวผู้ป่วย ญาติ และชุมชน แต่สาเหตุของการเจ็บป่วยซ้ำ ส่วนใหญ่มาจากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยเฉพาะมี

พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองที่บกพร่อง (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 ไม่สนใจรับประทานอาหาร ไม่อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและไม่ยอมทำงาน (จิรารัตน์ พิมพ์คิด, 2541) ผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอและเกิดผลเสียต่อสุขภาพ (รัชนิกร อุปเสน, 2541) เนื่องจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการเรื้อรัง และมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมทำให้เกิดความกดดันต่อผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีโอกาสมีความผิดปกติทางจิตสูง (Salleh, 1994) รวมถึงเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มาครั้งแรก (วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์และคณะ, 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)

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องการให้ผู้ป่วยกลับเข้าไปอยู่กับครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลเน้นให้การรักษาโรคในระยะเฉียบพลัน และรุนแรงเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตัวเองได้ จะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถกลับไปทำงานได้ทันที มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ครอบครัวและชุมชนในขณะที่ยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง โดยผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางรายที่กลับบ้าน ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ มีการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เป็นเหตุให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น(มนัสสินิตย์ บุญยธรรมพ, 2536) และต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีก ประกอบกับปัจจุบันการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตมีประสิทธิภาพสูง ช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติอย่างรวดเร็ว (สุนันท์ ทรงจรินทร์, 2548)

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า สาเหตุปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมคือเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค และการจัดการกับอาการ(ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล, 2540; ชุติมา ผังชัยมงคล, 2544; จันทนา ทองชื่น, 2545) การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามบทบาทของตนที่เคยกระทำลดน้อยลง เกิดความรู้สึกว่าศักยภาพตนเองด้อยลง (ศิริพร ทองบ่อ และคณะ, 2542) รวมทั้งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และ แหล่งสนับสนุนทางสังคม ก็เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534; เพชรี คันทสาขบัว, 2544; เสวิกุล จำสนอง, 2546) จากสาเหตุปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวข้างต้น มีผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

โรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ มุ่งมั่นในการพัฒนามาตรฐานบริการวิชาการ ส่งเสริมสุขภาพ บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชสู่ชุมชน มีการพัฒนาดูแลผู้ป่วยในรูปแบบหลากหลาย โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวสามารถดูแลตนเองและดูแลกันเองในชุมชนได้อย่างมีความสุขอย่างยาวนานที่สุด ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทจัดเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (Baker, 1989) การจัดการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ให้การดูแลตามมาตรการการเฝ้าระวังความเสี่ยงของโรงพยาบาล โดยเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย ลดการกระตุ้น การผูกมัด การฉีดยาสงบอาการ หรือการรักษาด้วยไฟฟ้า และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการจัดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆ สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง มีการดำเนินการจัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างถูกวิธี โดยใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มของ Marram (1975) ที่พัฒนาโดย สุนันท์ ทรงจรินทร์ (2548) แต่จากรายงานสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีธัญญาพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลในปี 2548-2549 ยังมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 3,987 คน เป็น 4,794 คน ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองยังมีอยู่อย่างต่อเนื่อง

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญามีปัญหาทั้งในด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการใช้เวลา ด้านการเผชิญปัญหา รวมถึงความไม่พร้อมในการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ สุนันท์ ทรงจรินทร์ (2548) ที่ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองบกพร่องจากการขาดความรู้ ขาดความเข้าใจในเรื่องโรค และการปฏิบัติตัวอย่างถูกวิธี ไม่สามารถสังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบที่ต้องมาพบแพทย์ การขาดความรู้นำไปสู่การปฏิเสธการเจ็บป่วยและการขาดความสนใจในการดูแลตนเอง ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ที่ได้ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทแผนก

ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการดูแลตนเองในเรื่องการซักถามบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรมหรืองานต่างๆในบ้าน ขาดความสามารถในการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยาและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน นอกจากนี้ อุ่น พยุงธรรม และ คณะ (2547) ได้ศึกษาพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าพฤติกรรมทางสังคมมีค่าเฉลี่ยต่ำ คือ ด้านการติดต่อทางสังคมและด้านการติดต่อสื่อสาร โดยผลการศึกษาดังที่กล่าวมา แสดงให้เห็นถึงความบกพร่องในเรื่องพฤติกรรมดูแลตนเองด้านต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อการทำหน้าที่และพัฒนาการของบุคคล (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) Hill and Smith (1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองต้องเกิดจากความสมัครใจในการกระทำเพื่อดูแลตนเอง โดยใช้ศักยภาพความสามารถของตนเอง การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มขึ้นในสถานการณ์หนึ่งๆ และกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและความผาสุกอย่างต่อเนื่อง บุคคลที่ถือว่าเป็นผู้ดูแลตนเองได้ จะต้องมีความสามารถที่จะคิดริเริ่มและจงใจกระทำพฤติกรรมอย่างมีจุดประสงค์ เพื่อมุ่งหวังให้เกิดประโยชน์ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยการควบคุมปรับเปลี่ยนปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ (Orem, 2001) ซึ่งการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีความแตกต่างจากการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาล เมื่ออยู่ในชุมชนผู้ป่วยจะต้องมีการจัดระบบการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในเรื่องความจำเป็นทางด้านร่างกายทั่วไปและความจำเป็นในการจัดการกับอาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่ โดยสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยจิตเภทต้องเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุดภายใต้ขีดจำกัด ต้องปรับบทบาททางสังคมที่อาจเปลี่ยนแปลงไปจากขณะก่อนป่วยและต้องปฏิบัติตามบทบาทปฏิบัติให้ได้มากที่สุดตามกำลังความสามารถ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตน (ปริวัตร ไชยน้อย, 2546) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง และช่วยเพิ่มพูนศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ปัญหาการมีอาการกำเริบ การกลับป่วยซ้ำย่อมลดลง สอดคล้องกับ จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ซึ่งกล่าวไว้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีอิทธิพลต่อการกำเริบและการกลับป่วยซ้ำ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง

ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลาานาน ๆ ทำให้เสียความสามารถในด้านการดูแลตนเอง สมรรถภาพในการทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลง สูญเสียการควบคุมด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม เช่น การดำเนินของโรค ระบบการบริการ อาการแทรกซ้อนจากการรักษา เป็นต้น ซึ่งร่างกายเป็นแหล่งพลังอำนาจทางด้านพลังงานและความเข้มแข็งทางกายภาพ (Miller, 1992) และเมื่อผู้ป่วยต้องถูกควบคุมจากบุคคลอื่น ขาดความรู้ในโรคที่ตนเองเป็นอยู่ และขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับอำนาจในตนเองลดลง ขาดแหล่งพลังอำนาจ

ส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ (Miller, 1992) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองบกพร่อง ตามแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับแหล่งพลังอำนาจในตัวเองลดลงทำให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) (Carpenito, 1991) จนเป็นสาเหตุต้องเข้ามาใช้บริการรักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำ จากการศึกษาของทศพร พัฒนนิรมานพบว่า จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับภาวะไร้พลังอำนาจของผู้ป่วย (ทศพร พัฒนนิรมาน, 2532) ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีภาวะการไร้พลังอำนาจสูง (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และคณะ 2539) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมของตนเองได้ และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจ (ชมพูนุท ศรีวิชัย, 2544)

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

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพื้นฐานความเชื่อที่มุ่งเน้นการนำศักยภาพทางสติปัญญาและพลังในบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2539) การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเป็นการเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสกำหนดแนวทางในการดูแลควบคุมสุขภาพพร้อมกับทีมการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในจุดแข็ง สามารถสร้างทางเลือกสำหรับการดูแลสุขภาพและพัฒนาแหล่งพลังอำนาจนั้น

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ได้มีการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทคือ จารุวรรณ จินตมวงคล (2541) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาที่ดีขึ้น สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

การเสริมสร้างพลังอำนาจ และบุคลิก วงศ์แสง (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ดังนั้นผู้ศึกษาซึ่งปฏิบัติงานพยาบาลในโรงพยาบาลศรีธัญญา แผนกผู้ป่วยใน ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหน่วยคุณภาพชาย 8 ซึ่งให้บริการรับผู้ป่วยใหม่ อายุ 15-59 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภทและให้การดูแลจนกระทั่งมีอาการทางจิตสงบ และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พร้อมกันนี้ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหน่วยคุณภาพหญิง 2 ให้การดูแลผู้ป่วยรับย้าย อายุ 15-59 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยเรื้อรัง หรือมีประวัติเข้ารับการรักษารักษา ที่มีอาการทางจิตสงบ รอจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นตัวแทนผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา โดย 2 หน่วยงานนี้ยังไม่มีให้นำโปรแกรมที่เฉพาะเจาะจงไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองบกพร่อง ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มาใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย มีทักษะในการดูแลตนเอง ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนกลับไปสู่ชุมชน

อย่างไรก็ตามการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจและสามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตตนเองได้มากขึ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ซึ่งพยาบาลมีความแตกต่างจากวิชาชีพอื่นๆในทีมจิตเวช คือ พยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาให้ผู้ใช้บริการมีศักยภาพในฐานะบุคคลแบบองค์รวม โดยใช้ศาสตร์ทางการแพทย์และศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการดูแลช่วยเหลือ บำบัด ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้กระบวนการพยาบาล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ด้วยเหตุผลดังกล่าว การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นแนวทางการพัฒนาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพในทางที่ดีขึ้น โดยใช้ศาสตร์ทางการแพทย์สุขภาพจิตและจิตเวชรวมทั้งศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยหลักการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง การสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการดูแลตนเอง เพื่อที่จะสามารถเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองในทางที่ดี โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการป่วยซ้ำ และมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมดูแลตนเอง

การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น เป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมร่างกายจิตใจตนเองได้ มีความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับสู่ชุมชน ซึ่งจะช่วยลดภาระของญาติ และผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามอัตภาพ ส่งผลให้อัตราการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลลดน้อยลง

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

## แนวเหตุผลและสมมติฐาน

การส่งเสริมการดูแลตนเอง เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและการรักษา มุ่งพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 2001; Hill & Smith, 1990; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992) ซึ่งกล่าวว่าพลังอำนาจคือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของบุคคลเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลในการควบคุมสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และมีผลต่อความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย นอกจากนี้ อรพรรณ ถิ่นบุญชัย (2541) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการกระทำที่บุคคลรู้สึกมั่นใจ มั่นคง ยึดมั่นและผูกพัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและการกระทำภารกิจให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง บุคคลต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ได้รับการยอมรับ สนับสนุนส่งเสริม และมีอิสระในการตัดสินใจกระทำ

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ คาร์ณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992) หลังจากนั้น เศรษฐพงศ์ บุญหมั่น (2548) ได้นำแนวคิดนี้ มาปรับใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสระแก้วราชนครินทร์ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของเศรษฐพงศ์ บุญหมั่น มาประยุกต์จากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งเดิมมี 6 ขั้นตอน เป็น 5 ขั้นตอน การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งนี้ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีรัชัญญา โดยศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันที่ดำเนินการอยู่ และปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกับพิจารณาความเป็นไปได้จริงในการดำเนินการ ไม่กระทบต่อการปฏิบัติงานประจำและประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ ลักษณะเนื้อหาในโปรแกรมจะเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะสูญเสียพลังอำนาจ โดยพัฒนาแหล่งพลังอำนาจในตัวบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ลักษณะกิจกรรมเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้คิดพิจารณาสิ่งที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัญหาอุปสรรคต่างๆที่ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ และยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการที่จะแก้ไขปัญหาคิดขึ้นซึ่งผู้ศึกษาสามารถให้การสนับสนุนความรู้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และฝึกทักษะเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้จริงเมื่อต้องประสบกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ดังนั้น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นนี้จึงมีความเหมาะสมในการดำเนินการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย

จิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 5 ขั้นตอนจะนำไปสู่ความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนี้

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

2. การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์รอบด้านของตนเอง เพื่อการตัดสินใจและวางแผน การจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีพลังและความสามารถในการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ขั้นตอนนี้จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยกลับมามองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่าง 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 เข้มบุญเรือง, 2540 ; จารุวรรณ จินตมางคล, 2541) เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจ จึงเชื่อว่าการสนับสนุนให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษาและความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงจากยา จะส่งผลต่อการเพิ่มพลังอำนาจและความสามารถในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทได้

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง เป็นการกระทำการแก้ปัญหา ดำเนินการด้วยตัวเอง ใช้ความรู้และทักษะต่างๆตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด นำไปสู่เป้าหมาย (พนารัตน์ เจนจบ, 2542) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีทัศนคติต่อตนเองในทางบวกมากขึ้น (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 ตั้งสมมุติฐานในการศึกษาครั้งนี้ ไว้ดังนี้

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

#### ขอบเขตการศึกษา

โครงการศึกษาอิสระครั้งนี้เป็นการศึกษา “การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา” โดยทำการศึกษา ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้

1. ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD 10 ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา

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 และอยู่ระหว่างรับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอยู่ในระยะอาการสงบ ประเมินโดยแบบวัดระดับอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ได้คะแนนไม่เกิน 36 คะแนน ถ้ามากกว่า 36 จะเป็นอุปสรรคในการเรียนรู้ (Overall J.E and Gortham D.R, 1962 อ้างถึงในโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2547)

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ที่ใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการให้ข้อมูล ความรู้ สนับสนุนให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และใช้กลวิธีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท โดยการค้นหาแหล่งอำนาจพลังอำนาจ ประเมินพฤติกรรมภาวะสูญเสียอำนาจ เสริมสร้างแรงจูงใจ สร้างเสริมความมั่นใจ และคงไว้ซึ่งพลังความสามารถในการจัดการกับปัญหาของพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยใช้แนวคิดของ คาร์ณี 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 เสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง 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

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง หมายถึงการที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเกี่ยวกับตนเอง และลงมือกระทำด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดี ประเมินจากแบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของ เพชรี คันธสาขบัว (2544) ซึ่งสร้างตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) การดูแลตนเองด้านจิตใจและการดูแลตนเองด้านร่างกายของ Hill & Smith (1990) ร่วมกับนำแบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ใช้วัดในผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง 7 ด้าน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาสนใจศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองใน 5 ด้าน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองประกอบไปด้วย 5 ด้านดังนี้

1. การพัฒนาการรู้จักตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ในการที่จะรู้จักรูปร่าง ลักษณะของตนเอง การเข้าใจ ขอมรับและรับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง รวมทั้งความภาคภูมิใจในตนเอง

2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ในการใช้ภาษา การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อความต้องการของตนเอง รวมทั้งเพื่อให้รับรู้ถึงความคิด ความรู้สึกและความต้องการของผู้อื่นได้อย่างถูกต้องตรงกัน

3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในการที่จะสามารถจัดแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้เหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุด ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

4. การเตรียมการเผชิญปัญหา หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ในการกล้าตัดสินใจต่อปัญหาที่เกิดขึ้น การบอกถึงวิธีในการแก้ไขปัญหาละและผ่อนคลายตนเองจากความกังวล

5. การดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ในการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อสร้างความแข็งแรงของร่างกายและความเข้มแข็งของจิตใจ เป็นการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่เน้นการดูแลตนเองเพื่อการกลับสู่ชุมชนที่มีประสิทธิภาพ
2. ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น
3. เป็นแนวทางในการศึกษาด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท