

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทชายที่มีคุณค่าในตนเองต่ำ

ภาวิณี สถาพรธีระ, พยม.¹

กฤตยา แสงเจริญ, ศศ.ด.²

บทคัดย่อ

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่มีความรุนแรงเรื้อรังและทำให้ผู้ป่วยไร้ความสามารถมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทจะมีภาวะทุพพลภาพของการทำหน้าที่ด้านต่างๆ (functional disability) และเรื้อรังจากอาการของโรค การฟื้นตัวกลับมาเป็นปกติพบได้น้อยมาก ผู้ป่วยเกือบทุกรายต้องรักษาแบบโรคเรื้อรัง (chronic treatment) หรือต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวเกิดความเครียดมีทัศนคติที่ไม่ดีกับผู้ป่วยและรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ ในบางครอบครัวถึงกับทิ้งผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลตลอดชีวิต ไม่ยอมรับผู้ป่วยกลับไปดูแล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานทางจิตใจ ต่ำหนืดตนเอง ที่ไม่มีใครต้องการ หรือคิดว่าถูกกลั่นโหมย ส่งผลต่ออัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทชาย เนื่องจากเพศชายมีระดับความมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าเพศหญิงโดยส่วนใหญ่ สังคมและวัฒนธรรม มักยกย่องให้เพศชายอยู่ในภาวะผู้นำหารายได้เลี้ยงครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ไร้พลังอำนาจ ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน พบว่าการรักษาโรคจิตเภทด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมได้ผลลัพธ์ดีกว่าการรักษาด้วยยาอย่างเดียว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีงานนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตและจิตเวชได้ แต่มีจำนวนจำกัด และมีเฉพาะในกลุ่มของคนป่วยทางกาย และบุคคลทั่วไป ทำให้ผู้เขียนมีความสนใจอย่างยิ่งในการเขียนบทความดังกล่าว เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตน เพิ่มศักยภาพ ความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทชายช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: โรคจิตเภท, พลังอำนาจ, คุณค่าในตนเองต่ำ

¹นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²รองศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Empowerment for Male Schizophrenia with Low Self-Esteem

Pawinee Stapornteera, MNS.¹

Kritaya Sawangchareon, Ph.D.²

Abstract

Schizophrenia is known to cause the most disorientation to mental illness patients due to its severe emotional distress and functional disability that interrupt to person's community and social roles. A fully recovery was reported as rare cases. In this way, the needs of continuing caring and difficult processes of chronic treatment have a significant negative impact on their caregivers and/or family members. During a long-term care, their caregivers are under the burden of stress, bad attitudes and negative perception of caring. This results in abandon such patients at the hospitals. Consequently, patients develop suffering and self-criticism as an unwanted or punished person. This feeling had a negative affects to the patients' self-concept, particularly male patients as it is observed that they develop higher self-esteem compare to females. Generally, males are appreciated by societies due to their greater incomes compare to those of female. With chronic illness, earning becomes rather impossible and thus leads to a perception of self-unvalued, lack of self-esteem, lack of self-confidence and powerless.

In present, treating Schizophrenia patients with a combination of psychosocial treatment was found to be more effective than that of medications solely. Various literatures reported that an empowerment intervention was recommended for mental illness and psychiatric problems. However empowerment was done at a limited scale and only on healthy people and physical illness patients. Thus, empowerment intervention was determined to fill this gap in order to help Schizophrenia patients enhance their self-esteem, potentials and self-care management. The ultimate goal is to improve quality of life of Schizophrenia patients.

Keywords: Schizophrenia, Empowerment, Low self- esteem

¹Student of Master degree, Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

²Associate Professor, Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชทั้งหมด (อรพรรณ ลีอนุชวรัชชย์, 2554) เป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลายที่เกิดจากความแปรปรวนของการทำหน้าที่ของสารเคมีในสมอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติด้านต่างๆ หลายด้าน เช่น ความผิดปกติของความคิด ร่วมกับความผิดปกติของอารมณ์ การรับรู้ ประสาทสัมผัสพฤติกรรม การตัดสินใจ มีความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม โรคจิตเภทจึงเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่มีความรุนแรงเรื้อรังและทำให้ผู้ป่วยไร้ความสามารถมากที่สุดเพราะในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทจะมีภาวะทุพพลภาพของการทำหน้าที่ด้านต่างๆ (functional disability) มีความเรื้อรังที่เกิดอาการของโรค การฟื้นตัวกลับมาเป็นปกติจึงพบได้น้อยมาก ดังนั้นผู้ป่วยเกือบทุกรายต้องรักษาแบบโรคเรื้อรัง (chronic treatment) หรือต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง (ชัชชัย ลีพานาจ, 2552) มักมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน และมีอาการกำเริบซ้ำหลายครั้งในระหว่างนี้ยังอาการเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ศักยภาพในการดำเนินชีวิตแทบทุกด้านของผู้ป่วยก็จะยิ่งเสื่อมถอยลงเรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยไร้ความสามารถที่สุดในกลุ่มโรคทางจิตเวช (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) มีผลการศึกษาของกรมสุขภาพจิตพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นเรื้อรังมีประมาณ ร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด ก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง ยากแก่การเข้าใจ และรักษา (สมภพ เรืองตระกูล, 2553)

ผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแล เกิดความเครียด วิตกกังวล มีทัศนคติไม่ดีกับผู้ป่วย และรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ บางครอบครัว

ถึงกับทิ้งผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลไว้ตลอดชีวิต ไม่ยอมรับกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานทางจิตใจ ต่ำหนืดตนเอง ที่ไม่มีใครต้องการ หรือคิดว่าถูกลงโทษ ส่งผลต่ออัตมโนทัศน์ของผู้ป่วย ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ขาดความมั่นใจตนเอง และมองตนเองไร้ซึ่งความสามารถ (Ying, Wolf, & Wang, 2013) ท้อแท้สิ้นหวัง ไร้พลังอำนาจ (Yanos, Roe, Markus, & Lysaker, 2008) ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง (Razali, Hussein, & Ismail, 2010) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง (Brohan et al., 2010; Corrigan & Rao, 2012) มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยการประกอบอาชีพ รวมทั้งการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย (อุบลรัตน์ สิงห์เสนี, 2552)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน ถึงแม้จะพบว่าการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น แต่จากการศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว กับการรักษาด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม พบว่าการรักษาโรคจิตเภทด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมได้ผลลัพธ์ดีกว่าการรักษาด้วยยาอย่างเดียว (Dyck et al., 2002 อ้างใน พิเชฐ อุคมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ทำให้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาพยาบาลจะต้องคำนึงถึงด้านจิตใจ และสังคมเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกด้าน เพราะถ้าหากผู้ป่วยได้รับการพัฒนาให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหา หรือความกดดันของจิตใจดีขึ้น จะเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีความบกพร่องหรือความเสื่อมเพิ่มมากขึ้นและ สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ไม่เป็นภาระให้สังคม

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทชายที่มา
รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชแห่ง
หนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีอาการทาง
จิตสงบ จำนวน 10 ราย ถึงความรู้สึกที่มีต่อการ
เจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้
กับการเจ็บป่วยที่เป็นมานาน รักษาไม่หายขาด
ต้องเป็นภาระแก่ญาติในการดูแล บางคนรู้สึกเบื่อ
หน่ายท้อแท้ถึงขั้นไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป หมด
หวังกับชีวิต ณ ปัจจุบันที่ไม่สามารถดำเนินชีวิต
ได้เหมือนคนปกติทั่วไป ยกตัวอย่างคำพูดเช่น
“คิดว่าตนเองเป็นภาระกับญาติที่ต้องมาดูแล”
“ไม่อยากมีชีวิตอยู่เพราะเป็นภาระกับญาติ”
“ญาติคงไม่อยากดูแลผม” “ป่วยมานานไม่หาย
สักที” “ทำอะไรซ้ำลงทำให้ถูกกรรขยาบ่นให้”
“ชีวิตคงดีขึ้นถ้าไม่ต้องให้ใครมาดูแล” “แต่ก่อน
เคยทำงานได้ ตอนนี้จะไปทำงานแบบเดิมก็ไม่ได้”
จากคำพูดดังกล่าว บ่งบอกถึงความรู้สึกว่า
ตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความภาคภูมิใจ ขาดพลังใน
ตนเอง ขาดความมั่นใจ มองตนเองไร้ความสามารถ
ไม่มีพลังอำนาจ และส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่า
ในตนเองลดลง

ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชนั้น
เป็นปฏิบัติการที่อยู่บนพื้นฐานของความเชื่อแนว
มนุษยนิยม (Humanistic Approach) ด้วยความเชื่อ
ว่ามนุษย์มีธรรมชาติที่ดีงาม มีพลังผลักดันที่พัฒนา
ศักยภาพของตนเองให้สมบูรณ์เต็มที่ พยาบาลเป็นผู้
ช่วยเหลือผู้ป่วยให้เห็นคุณค่าของตนเอง สามารถ
เผชิญปัญหาและแก้ปัญหาของตนเองได้ สำหรับ
กิจกรรมการพยาบาลจิตเวช ที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย
ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลแบ่งเป็น 2
ลักษณะ คือ กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป และ
กิจกรรมการดูแลด้านจิตสังคม สำหรับกิจกรรม

การดูแลด้านจิตสังคม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ
เพื่อการบำบัดการทำจิตบำบัดประคับประคอง การ
ทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดตามปัญหาเฉพาะของผู้ป่วย
เช่น กลุ่มการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
(Cognitive –Behavior Therapy) การบำบัดโดย
การแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy) กลุ่ม
การจัดการกับหิวแหว่ การให้คำปรึกษาและ การจัด
สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดทางจิต (Milieu Thera-
py) เป็นต้น กิจกรรมทั้งหมดนี้ ถ้าพยาบาลปฏิบัติ
ได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ จะเป็นการปฏิบัติ
กิจกรรมการพยาบาลที่มีคุณภาพ คือ ครอบคลุม
ปัญหาและความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ
และสังคมของผู้ป่วย เพื่อประคับประคองจิตใจ
ให้สามารถเผชิญปัญหาด้วยจิตใจที่เข้มแข็งและ
สามารถปรับตัวได้

การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชโดยการ
สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด หรือการทำ
จิตบำบัดประคับประคอง มักมีการเสริมสร้าง
ความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยร่วมด้วย เมื่อ
พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำ
ลง แต่เนื่องจากการดำเนินการต่างๆต้องใช้เวลา
นานและต่อเนื่อง ผู้ป่วยบางคนไม่ได้รับการบำบัด
อย่างครบกระบวนการก่อนจำหน่ายออกจากโรง
พยาบาล หรือยังไม่มีรูปแบบที่เป็นกระบวนการ
อย่างชัดเจน ในการแก้ไขปัญหาคณะเฉพาะสำหรับ
ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จากการ
ทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีกรนำแนวคิดการ
เสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหา
ทางสุขภาพจิตและจิตเวชได้ เพื่อเป็นการช่วย
เหลือให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า หรือมีความภาคภูมิใจ
ในตนเอง ตามแนวคิดทฤษฎีของ Miller (1992)
พบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ซึ่งโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาด้านจิตใจเฉพาะอย่างหนึ่ง โดยใช้เทคนิคของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การติดต่อสื่อสารเพื่อการบำบัด การให้คำปรึกษาอย่างเป็นขั้นตอน เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นแบบแผนถูกต้อง ชัดเจน จะสามารถทำให้การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีระบบสมบูรณ์ และมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งพลังอำนาจขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจ ประกอบด้วยความเข้มแข็งทางกายภาพ ความเข้มแข็งทางจิตใจ การสนับสนุนทางสังคม อัตมโนทัศน์ทางบวก พลังงานในร่างกาย ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา แรงจูงใจ และความเชื่อ

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการพัฒนา และเสริมสร้างความสามารถของบุคคล ในการควบคุมปัจจัยต่างๆต่อสุขภาพ และการดำเนินชีวิตของตนเอง เป็นการส่งเสริมความสามารถของบุคคล ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง มั่นใจ มีความเชื่อมั่น เป็นตัวของตนเอง สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

มีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992) และกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของคาร์นิจามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) มาใช้ร่วมในการดำเนินกิจกรรม และการให้คำปรึกษาเพื่อการ

เสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่

1) การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ เป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน ที่จะส่งผลต่อการจัดการกับภาวะเจ็บป่วย และดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม

2) การค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น กับตนเองตามความเป็นจริง (Gibson, 1995) ซึ่งถือเป็นความคิดที่มีต่อตนเองในด้านบวก และลดความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อตนเองได้ โดยการสนับสนุนให้ประเมินตนเองว่ามีมุมมองอย่างไรต่อ สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง อะไรที่ชอบ อะไรที่ไม่ชอบ เกี่ยวกับปัญหานั้น ความต้องการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ยอมรับหรือตระหนักรู้กับสภาพของตนเองได้ตามความเป็นจริง (Miller, 1992) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า การที่บุคคลสามารถค้นหา และประเมินภาวะกายและจิตใจของตนเองได้ตามความเป็นจริง จะช่วยให้รู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเอง

3) การสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วย ได้ทบทวนเหตุการณ์รอบด้านของตน สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหาการแสวงหาทางเลือก โดยการพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ ขั้นตอนนี้จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา และยังเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ได้พัฒนาความรู้สึกมีพลังที่จะใช้ในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การจัดการกับความต้องการประจำวัน การจัดการกับอารมณ์

และความเครียด (Miller, 1992) รวมถึงการควบคุมตนเอง หรือควบคุมเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น

4) การสนับสนุนเอื้ออำนวย ข้อมูลความรู้ ทักษะ และเพิ่มแหล่งทรัพยากร เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหา และการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความต้องการ ข้อมูล ความรู้ ทักษะ และทรัพยากร สำหรับการดำเนินชีวิต มีความสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่พยาบาลให้ความรู้ และข้อมูลที่ถูกต้อง เหมาะสมเกี่ยวกับปัญหา จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจ และตระหนักถึงทางเลือกในการจัดการกับปัญหาได้โดยไม่ยอมแพ้

5) การดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง เป็นการกระทำการแก้ปัญหา การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด เมื่อผู้ป่วยสามารถดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ได้ด้วยตนเอง จะช่วยให้รับรู้ถึงความสามารถ ศักยภาพทางร่างกายและอำนาจที่จะใช้ในการควบคุมสถานการณ์บางอย่างได้ ซึ่งจะนำไปสู่การมองเห็นคุณค่า และการนับถือตนเองมากขึ้น

6) การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนข้างต้น จนผู้ป่วยรับรู้ ตระหนักถึงความสามารถของตน ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนได้แล้ว ผู้ป่วยก็จะกระทำกิจกรรมนั้นๆอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้มีความมั่นใจ ในการดูแล และควบคุมสถานการณ์ต่างๆด้วยตนเองได้มากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทชายที่มีคุณค่าในตนเองต่ำ จำนวน 4 คน ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 29-37 ปี ระยะเวลาของการป่วยเฉลี่ย 13 ปี ซึ่งได้นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มาใช้ในการดำเนินโปรแกรม ซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนาและดัดแปลงมาจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทของ หทัยรัตน์ ปฎิพัทธภักดี (2554) ซึ่งนำแนวคิดของอรพรรณ ลีอนุชวรัชชัย (2541) และแนวคิดของ ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) ซึ่งนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยของ Miller (1992) มาประกอบการจัดทำโปรแกรม โดยนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทหญิงเรื้อรังที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ที่ไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้มีระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลเฉลี่ย 8 ปี และมีข้อจำกัดหรือขาดความสามารถในบทบาทพื้นฐานชีวิตประจำวันอย่างน้อย 3 ใน 6 ด้านจึงมีทั้งหมด 11 กิจกรรม โดยมีกิจกรรมในด้านฝึกทักษะการทำงาน การขายของ เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสื่อม และอาการหลงเหลือค่อนข้างมาก ผู้ศึกษาจึงได้นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมาปรับใช้เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทชายที่ยังสามารถดูแลตนเอง และประกอบอาชีพเลี้ยงดูตนเองได้

ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยจิตเภททั้ง 4 คน คือมี ค่าคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง สูงเท่ากับ 2.8, 3, 3.34, 2.9 ตามลำดับ มีอาการทางจิตดีขึ้น ไม่มีอาการกำเริบ โดยนอกจากจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ยังแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นซึ่งสามารถ

อภิปรายผลได้ดังนี้

จากแนวคิดทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ (Halter, 2014) ที่กล่าวว่ามนุษย์มีแนวโน้มที่จะมีความต้องการอันใหม่ที่สูงขึ้น เมื่อความต้องการพื้นฐานได้รับการตอบสนอง เช่น กินอิ่ม นอนหลับ ความมั่นคง ปลอดภัย ความต้องการอย่างอื่นก็จะเข้ามาแทน เป็นพลังจูงใจให้ทำพฤติกรรม แรงจูงใจของคนมาจาก ความต้องการ พฤติกรรมของเรามุ่งไปสู่การตอบสนอง ความพอใจ จะเห็นได้ว่ากลุ่มเป้าหมายทั้ง 4 คน ต่างมีความต้องการพื้นฐานแตกต่างกัน เช่น ความปลอดภัย ความรัก แต่ยังไม่สามารถก้าวผ่านเข้าสู่ความต้องการการยกย่อง นับถือ (Esteem need) ได้ จากการประเมินความมีคุณค่าในตนเองซึ่งพบว่ามีความมีคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งมีหลายสาเหตุแตกต่างกัน เช่น จากคำพูดของผู้ป่วย

ผู้ป่วยคนที่ 1 “มีคนว่าให้ นอนหลายงานการกะบ่อเฮ็ด ป่วยทางจิตทำให้ทำงานไม่ได้เต็มที อยากรักษาหรือทำไม่ได้ ป่วยมานาน รู้สึกท้อแท้” ค่าคะแนนความมีคุณค่าในตนเองต่ำ (เท่ากับ 2.3)

ผู้ป่วยคนที่ 2 “ทำให้พ่อแม่ทุกขใจเพราะตนเองไปเล่นการพนัน อยากรับคนดีให้พ่อแม่ภูมิใจ ในมากกว่านี้ อยากรไปทำงานกรุงเทพก็ไปไม่ได้” ค่าคะแนนความมีคุณค่าในตนเองต่ำ (เท่ากับ 2.4)

ผู้ป่วยคนที่ 3 “ผมป่วยเป็นโรคจิตเลย มีเรื่องทะเลาะกับคนข้างบ้านและต้องกลับมาโรงพยาบาล” ค่าคะแนนความมีคุณค่าในตนเองต่ำ (เท่ากับ 2.15)

ผู้ป่วยคนที่ 4 “น้อยใจแม่ ขอเงินไม่ได้” ทั้ๆที่เป็นเงินของตนเองฝากไว้ เลยรู้สึกขาดแรงจูงใจ กำลังใจ เลยคิดอยากผูกคอตาย เวลามายอยู่

โรงพยาบาลญาติก็ไม่มารับตามนัดสักครั้ง” ค่าคะแนนความมีคุณค่าในตนเองต่ำ (เท่ากับ 2.3)

ซึ่งในผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Miller (1992) พบว่าผู้ป่วยมีความพร้อมของแหล่งพลังอำนาจในตนเอง ทำให้อยู่ในสภาวะไร้พลังอำนาจ การนำศักยภาพของตนออกมาใช้ เป็นสิ่งที่ยาก ผู้ป่วยมักไม่รู้ว่าตนเองมีความสามารถ ภายหลังจากผู้ป่วยเข้าสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนชัดเจน แต่ละคนพบว่าจะมีแหล่งพลังอำนาจที่ถูกกระตุ้นขึ้นมาอย่างชัดเจนในผู้ป่วยทั้ง 4 คน เช่น

คนที่ 1 ได้แก่ ความเข้มแข็งทางกาย ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา แรงจูงใจ

คนที่ 2 ได้แก่ ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา แรงจูงใจ

คนที่ 3 ได้แก่ ความเข้มแข็งทางกาย ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อ แรงจูงใจ ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา

คนที่ 4 ได้แก่ ความเข้มแข็งทางกาย ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา

ซึ่งตามแนวคิดของ Miller (1992) เชื่อว่าพลังอำนาจคือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่มีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีความเข้มแข็งของพลังอำนาจก็จะนำไปสู่ความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยความเข้มแข็งทางกาย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยได้ ความเข้มแข็งทางจิต

ช่วยในการดำรงความคิดบวก ป้องกันความวิตกกังวล ท้อแท้และสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลในเวลาผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือหรือพึ่งพา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น (Shamsunnisah & Hasanah, 2008) การมีอัตมโนทัศน์เชิงบวก จะช่วยผู้ป่วยในการรับรู้เกี่ยวกับตนเองว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองได้ ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญาช่วยในการตัดสินใจ การเลือกและการลงมือกระทำที่เหมาะสมในการดูแลตนเองเพิ่มขีดความสามารถและรับรู้คุณค่าในตนเอง (ยุวดี วงษ์แสง, 2548) แรงจูงใจ การเสริมสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตน สามารถตัดสินใจที่จะดำเนินการทำพฤติกรรมด้วยความมั่นใจ (รัชณี อุทัยพันธ์, 2555) คำพูดของผู้ป่วย “ผมจะลด ละ เลิกสิ่งที่ไร้สาระ เช่น เหล้า บุหรี่ เพราะมันไม่ดีต่อตัวเอง ยาก็จะกินต่อเนื่อง จะได้นอนหลับได้และทำงานได้ต่อเนื่อง” (ผู้ป่วยคนที่1) “ผมจะเลิกเล่นการพนัน เพราะมันมีแต่เสีย พ่อแม่ก็ทุกข์ใจ จะตั้งใจทำงานหาเงินมาซ่อมบ้านให้พ่อแม่” (ผู้ป่วยคนที่2)

“ถ้าเพื่อนมาชวนกินเหล้าผมจะปฏิเสธ และบอกว่าป่วย กินไม่ได้ ถ้ายังเข้าซี้จะเดินหนี เข้าบ้าน จะได้ไปทำงานหาเงินให้แม่และน้องใช้” (ผู้ป่วยคนที่4)

และด้านความเชื่อ การมีความเชื่อที่ดีจะส่งผลให้เกิดความหวัง การมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางที่ดี ทำให้เกิดพลังในการแสวงหาวิธีจัดการกับปัญหา

ซึ่งการศึกษาคั้งนี้ได้นำหลักการ การให้คำปรึกษา (counseling) มาใช้กับผู้ป่วย เนื่องจาก การให้คำปรึกษาคือการให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจ

เลือกวิธีการแก้ปัญหาด้วยตัวเอง การมีอำนาจการตัดสินใจ (Having decision-making power) การมีอำนาจตัดสินใจด้วยตัวเอง เป็นหลักการที่จะขาดไม่ได้ในการที่จะทำให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเพราะจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าตนมีพลังอำนาจในการที่จะตัดสินใจทำอะไร ถ้าการตัดสินใจนั้นๆ ถูกส่งหรือชี้นำก็จะไม่มีความเข้มแข็ง หรือไม่เกิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ (เนตรนภา ขุมทอง, 2553) รวมทั้งการนำหลักการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) แก่ผู้ป่วยจิตเภท มาใช้ในการดำเนินกิจกรรม ช่วยในการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และการจัดการกับปัญหา เป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ช่วยให้โรคและการเจ็บป่วยดีขึ้น มีเป้าหมายให้ผู้ป่วย มีความเสมอภาคในชุมชน สามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามปกติ มีคุณภาพชีวิตและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ จินตมางค และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2542) ที่กล่าวไว้ว่า การให้ความรู้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นที่สำคัญ การที่ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในสิ่งที่ เป็นปัญหากับตนเอง จะช่วยในการเลือกและตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง มั่นใจในตนเองมากขึ้น เพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเอง (Sibitz, Unger, Woppmann, Zidek, & Amering, 2011; วรรษา จำปาศรี, 2554) และการส่งเสริมความรู้ทำให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเอง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ยอมรับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น มีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนความมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นทุกคนทั้งในระยะหลัง

ทำ และระยะติดตามผล 1 เดือน (ก่อนเข้าร่วมมีค่าคะแนนความมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำทุกคน (2.3, 2.4, 2.15 และ 2.3 ตามลำดับ) และหลังเข้าร่วมและระยะติดตามผล 1 เดือน มีค่าคะแนนความมีคุณค่าในตนเองระดับสูงทุกคน (2.8, 3, 3.34 และ 2.9 ตามลำดับ)) สอดคล้องกับความคิดของ Miller (1992) ที่กล่าวไว้ว่า พลังอำนาจ คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และจะเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน โดยเป็นการพัฒนาความเข้มแข็งอดทนของจิตใจ แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับคำแนะนำจากผู้ที่ไว้วางใจหรือผู้ที่ให้การดูแล และมีอัตมโนทัศน์แห่งตนในทางที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งการรู้จักตนเอง ยอมรับความจริง ควบคุมตนเองได้ เกิดความมั่นใจและพยายามหาวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสมเกิดความรู้สึกที่ดี เห็นคุณค่าในตนเอง และมีความคิดเชิงบวก ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น

บทสรุป

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบไปด้วยกระบวนการ 6 ขั้นตอน 1) การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ 2) การค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย 3) การสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ 4) การสนับสนุน เอื้ออำนาจ ข้อมูลความรู้ ทักษะ และเพิ่มแหล่งทรัพยากร 5) การดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง 6) การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทชาย มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ส่งผลต่อการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ทั้งนี้

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้น มุ่งเน้นการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจ ในผู้ป่วย ซึ่งมี 7 แหล่ง คือ 1) ความเข้มแข็งทางกาย 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก 4) พลังงาน 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา 6) แรงจูงใจ 7) ระบบความเชื่อ โดยการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจในตนเองตามแนวคิดของ Miller (1992) เพื่อให้มีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น รวมทั้งเป็นรูปแบบการให้บริการพยาบาลตามแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่เน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อีกทั้งยังเป็นการลดการสูญเสียทั้งด้านบุคคล สังคม และเศรษฐกิจได้

เอกสารอ้างอิง

- คาร์ณี จามจรี, และจินตนา ยูนิพันธ์. (2545). *รายงานการวิจัยการศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ธวัชชัย ลิพหานาจ. (2552). การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค. ใน พิเศษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์. *ตำราโรคจิตเภท*. (หน้า 271-280). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เนตรนภา ชุมทอง. (2553). Empowerment. ใน *เอกสารประกอบการประชุมสำนักงานศูนย์*, กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- พิเศษฐ อุดมรัตน์, และสรยุทธ วาสิกานานนท์. (บรรณาธิการ). (2552). *ตำราโรคจิตเภท*.

- สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิตย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยูวดี วงษ์แสง. (2548). *ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชณี อุทัยพันธ์. (2555). *ผลของการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อ ความร่วมมือใน การรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรษยา จำปาทอง. (2554). *ผลของกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองต่อการรับรู้ตราบาป ในผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์ พื้นฐานและโรคทางจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2541). การเสริมสร้างพลังอำนาจการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 12, 14-23.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุบลรัตน์ สิงห์เสณี. (2552). *ปัจจัยคัดสรรที่มี ความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปใน ผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Gibson, C.H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1201-1210.
- Miller, J.F. (1992). *Coping with Chronic illness : Overcoming Powerlessness (2nd ed.)*. Philadelphia :F.A.Davis.
- Razali, S.M., Hussein, S., & Ismail, T.A.T. (2010). Perceived stigma and self-esteem among patients with Schizophrenia. *International Medical Journal*, 17(4), 255-260.
- Shamsunnisah, A.B., & Hasanah, C.I. (in press). Self-Esteem Of Out-Patients With Schizophrenia: The Association Of Self-Esteem And Socio-Demographic And Clinical Characteristic
- Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T., and Amering, M. (2011). Stigma Resistance in Patients with Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 316-323.
- Ying L., Wolf, A., & Wang, X. (2013). Experience stigma and self- stigma in Chinese patients with schizophrenia. General Hospital. *Psychiatry*, 35, 83-88.
- Yonos, P.T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P.H. (2008). Pathway between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric services*, 59(2), 1437-1442.