

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับดังนี้คือ

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา
3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท
4. แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อความสามารถเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Rappaport (1984 อ้างถึงใน สุพิศ กิตติรัชดา,2538) ได้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นความสามารถของบุคคล ที่จะแสดงออกมาเมื่อได้รับการส่งเสริมและได้รับโอกาส Rappaport มองการเสริมสร้างพลังอำนาจในแง่การพัฒนา ซึ่งทำให้บุคคล ครอบคลุมชุมชน ก้าวหน้าและมีศักยภาพเพิ่มขึ้น

Simon & Parson (1983 อ้างถึงใน Gibson,1991) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นขบวนการที่ทำให้บุคคลมีความสามารถในการ ใช้อำนาจกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว และสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง

Kieffer (1984 อ้างถึงใน Gibson,1991) กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการของการปรับเปลี่ยน และพัฒนาทักษะการมีส่วนร่วม ตลอดจนความสามารถของบุคคลในการที่จะจัดการกับสภาวะแวดล้อมต่าง ๆ โดยตัดสินใจด้วยตนเอง มุ่งเน้นการหาทางออกทางแก้ปัญหา มากกว่าที่ตัวปัญหา เน้นที่ความแข็งแกร่ง สิทธิ และความสามารถของบุคคล มากกว่าข้อจำกัดหรือจุดอ่อนของบุคคล

Steiner (1986 อ้างถึงใน รัตนา ลีอวานิช ,2539) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการช่วยเหลือให้ผู้อื่นมีความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง เป็นการยินยอมให้ผู้อื่นได้เติบโตและพัฒนาความสามารถ

Wallerstein & Bernstein (1988 อ้างถึงใน Gibson,1991 : 355) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจจะนำไปสู่การเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเสริมสร้างความสามารถส่วนบุคคลในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมด้วย

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

Clifford (1992 อ้างถึงใน ชูลิพร ปิยสุทธิ) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวทางหรือกระบวนการพัฒนาชีวิตของผู้ที่ไม่มีอำนาจในตนเอง ให้มีความรู้สึกมั่นใจ เป็นตัวของตัวเอง มีความเป็นอิสระ และรู้สึกชีวิตมีคุณค่า

Isarel and Other (1994 อ้างถึงใน รัตนา ลีอวานิช ,2539) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในบุคคล (Individual หรือ Psychosocial Empowerment) เป็นความสามารถของบุคคลในการตัดสินใจและควบคุมตนเองหรือควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเอง เป็นการพัฒนาอัตมโนทัศน์ของตน (Self - concept) หรือความสามารถของบุคคลและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

Corrigan (1997) ได้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การเสริมสร้างความสามารถของบุคคล การมีอิสระในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการรักษาและสถานการณ์ของการดำรงชีวิต

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นพอจะสรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการในการพัฒนา และเสริมสร้างความสามารถของบุคคล ในการควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเอง เสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความรู้สึกมั่นใจ เป็นตัวของตัวเอง มีความเป็นอิสระ และรู้สึกชีวิตมีคุณค่าสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยตัวเองอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Hawks (1992 อ้างถึงใน รัตนา ลีวานิช , 2539) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลสองคนขึ้นไป ซึ่งประกอบด้วยบุคคลที่เป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจและผู้ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการประยุกต์ใช้หลักปรัชญา หลักการเรียนรู้ หลักการสอนเข้าด้วยกัน และใช้กรอบแนวคิดของ Murrell (1985) และ Vogt & Murrell (1990) ในการอธิบายการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยเสนอเป็นทฤษฎี Murrell - Armstrong Empowerment Matrix ประกอบด้วยวิธีต่าง ๆ 6 ขั้นตอน คือ

- 1) การให้ความรู้หรือการศึกษา (Education) เป็นการแบ่งปันข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือผู้อื่นในการเรียนรู้การใช้ข้อมูล หรือคิดสร้างสรรค์ข้อมูลใหม่ ๆ
- 2) การเป็นผู้นำ (Leading) เป็นการชักนำผู้อื่นให้ตัดสินใจ
- 3) การเป็นที่เลี้ยง (Mentoring) / การเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุน (Supporting) เป็นการให้การช่วยเหลือสนับสนุนและให้คำชี้แนะแก่ผู้อื่น เพื่อช่วยให้บรรลุถึงเป้าหมายได้เร็วขึ้น
- 4) การเตรียมการ (Providing) มีการเตรียมทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ เพื่อความสำเร็จ
- 5) มีการจัดโครงสร้าง (Structuring) รวมถึงการส่งเสริมจัดองค์การ หรือข้อจำกัดในกิจกรรม
- 6) การดำเนินการ (Actualizing) เป็นการอาศัยประสบการณ์ในอดีต หรือวิธีการเดิมที่เกี่ยวข้องกับบุคคล และองค์การ ในการเตรียมดำเนินการให้ดีที่สุด

ทั้ง 6 ขั้นตอนนี้ มุ่งสู่เป้าหมายในการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือบุคคลจะมีความสามารถมากขึ้น สามารถกำหนดเป้าหมาย และบรรลุเป้าหมายเพื่อตนเองและสังคม

Gibson (1995) ได้กล่าวถึงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในลักษณะของการดูแลผู้ป่วย มีขั้นตอน 4 ขั้นตอนดังนี้

- 1) การค้นหาความจริง (Discovering reality) หมายถึงการจัดให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมในการผ่อนคลายความคับข้องใจ ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น และตัดสินใจได้ถูกต้อง
- 2) พิจารณาและไตร่ตรอง (Critical reflection) หมายถึงการจัดการให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ระบุปัญหาและความต้องการของตนเองรวมทั้งแนวทางการแก้ไข
- 3) ความสามารถเป็นผู้ดำเนินการ (Taking charge) หมายถึงการจัดให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงการปฏิบัติต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อมเพื่อที่จะตอบสนองความต้องการของตน และจัดการกับปัญหาของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) การรักษาความรู้สึกมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ (Holding on) หมายถึงการจัดให้ผู้ป่วยได้มีความมั่นใจที่จะดำเนินชีวิตด้วยตนเอง

กระบวนการดังกล่าวเป็นกระบวนการส่วนบุคคล ซึ่งแต่ละขั้นตอนประกอบด้วย

- 1) ได้รับความรู้ที่จำเป็น
- 2) เพิ่มพูนความสามารถและความมั่นใจ
- 3) มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นความรู้สึก
- 4) ได้รับการยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน
- 5) ได้ฝึกฝนการแสดงความสามารถที่จำเป็นจากพยาบาล

นอกจากนี้ Corrigan (1997) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการเพิ่มความสามารถของบุคคล ในการตัดสินใจได้โดยอิสระเกี่ยวกับการรักษา และสถานการณ์ของการดำเนินชีวิต ซึ่งมีปัจจัยในการให้การพยาบาลทางจิตสังคม ที่ทำให้เกิดความอิสระในการตัดสินใจ และเพิ่มพลังอำนาจของบุคคล 5 ประการ ดังนี้คือ

- 1) จัดเตรียมสถานที่ปลอดภัยสำหรับการตัดสินใจ (Empowering intervention provide a safe place for decision making to occur.)
- 2) จัดหาทางเลือกหลาย ๆ ทางให้ (Empowering intervention provide the person with more choice.)
- 3) ทำให้บุคคลดำรงชีวิตโดยอิสระ (Empowering intervention enable the person to live independency.)
- 4) จัดหาแหล่งสนับสนุนให้บุคคลสามารถตัดสินใจได้ (Empowering intervention provide resources that support individual decision making .)
- 5) ฝึกฝนการควบคุมตนเอง (Empowering intervention foster self- control over the person's decision making .)

1.4 แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ

แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลในปัจจุบัน คือ การยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยยึดถือผู้ป่วยมีสิทธิ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง ซึ่งแนวคิดนี้เป็นมิติใหม่ของการพยาบาล ซึ่ง สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2537) กล่าวว่า เป็นการรับแนวคิดของปรัชญามนุษยนิยม เข้าไว้ การพยาบาลจึงเน้นที่องค์รวม และคำนึงถึงปัจเจกบุคคล โดยเชื่อว่าผู้ป่วยทุกคนมีพลังอำนาจในตัว มีความปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของเขา การให้สิทธิผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมนี้ จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คุณภาพของ

การให้บริการพยาบาลสูงขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องให้อำนาจแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการเลือกและตัดสินใจในสิ่งที่เขาจะได้รับหรือสิ่งที่เขาจะต้องปรับเปลี่ยนไป จะกล่าวได้ว่าการให้อำนาจแก่ผู้ป่วยนั้นถือเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยนั่นเอง

ในการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นข้อปฏิบัติที่พยาบาลควรยึดถือและนำไปปฏิบัติ ซึ่งจะใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ (Gibson ,1991)

1) ภาวะสุขภาพของบุคคล บุคคลมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่ใช่แพทย์ โรงพยาบาล และสังคม แม้ว่าพยาบาลและแพทย์มีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพ แต่ไม่มีสิทธิในภาวะสุขภาพแต่เพียงผู้เดียว

2) บุคคลต้องการการยอมรับในการเป็นผู้ใหญ่ และสามารถตัดสินใจด้วยตัวเอง บุคคลมีความสามารถที่จะตัดสินใจ และกระทำในสิ่งที่ดีของตนเอง ถึงแม้ว่าบางครั้งอาจต้องการข้อมูลข่าวสารและความช่วยเหลือในการทำสิ่งนั้น บุคคลมีศักยภาพที่จะแสดง หรือ ความเป็นไปได้ทั้งศักยภาพภายในและภายนอก บุคคลจะทราบว่าจะอะไรทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและสามารถวางจุดหมายของตนเอง

3) การดูแลสุขภาพโดยพยาบาล ไม่สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจบุคคลได้ บุคคลเท่านั้นที่สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้ตนเอง อย่างไรก็ตาม พยาบาลสามารถช่วยให้มีการพัฒนา ปลอดภัย และการใช้ทรัพยากร ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความสามารถในการควบคุม ส่งเสริมสมรรถภาพของตนเอง

4) การดูแลสุขภาพโดยพยาบาล จำเป็นต้องให้ความเป็นอิสระในการควบคุม และนำมาใช้ในการปฏิบัติตน ที่จำเป็นในชุมชน ทักษะคติที่พยาบาลรู้ว่าเป็นสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนได้ดีที่สุด คือ การให้ความเป็นอิสระ พยาบาลต้องให้คุณค่าของการปฏิสัมพันธ์ของผู้รับบริการ และเตรียมพร้อมที่จะยอมรับการตัดสินใจของผู้รับบริการ ซึ่งแตกต่างจากการตัดสินใจของพยาบาลและพยาบาลจำเป็นต้องยอมรับการปฏิเสธความช่วยเหลือ ความสำเร็จนั้นไม่สามารถทำให้ชัดเจนในทางเดียวได้ ต้องกำหนดโดยบุคคลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

5) กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่เกิดขึ้น ต้องยอมรับซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ สัมพันธภาพไม่เป็นในทางเดียว ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นส่วนที่ต่อยกว่าหรือไม่มีศักยภาพ และอีกส่วนหนึ่งคือส่วนที่ดีกว่า หรือมีศักยภาพมากกว่า ปฏิสัมพันธ์จะเกิดประโยชน์ซึ่งกันและกัน และมีการแบ่งปันของอำนาจ ทั้งพยาบาลวิชาชีพ และผู้รับบริการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความร่วมมือเป็นอย่างยิ่ง

6) ความไว้วางใจ เป็นสภาพการณ์ที่สำคัญมากในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การให้การพยาบาล เพื่อที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้รับบริการได้มีประสิทธิภาพนั้น ต้องมีรูปแบบที่ชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้ ซึ่ง Gibson (1991) ได้กำหนดรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาลไว้ ดังนี้

| จุดเน้นของผู้รับบริการ | ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและพยาบาล | บทบาทพยาบาล |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - การตัดสินใจด้วยตัวเอง (Self-determination) - การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) - สามารถควบคุมตนเองได้ (Sense of control) - มีแรงจูงใจ (Motivation) - การพัฒนาตนเอง (Self-development) - การเรียนรู้ (Learning) - การเจริญเติบโต (Growth) - รู้สึกมีความสำเร็จ (Sense of mastery) - มีความสัมพันธ์ที่ดี (Sense of connectedness) - คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Improved quality of life) - สุขภาพดีขึ้น (Better health) - มีเหตุผล (Sense of social justice) | <ul style="list-style-type: none"> - ความไว้วางใจ (Trust) - ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) - มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participatory decision-making) - ร่วมกันกำหนดจุดมุ่งหมาย (Mutual goal-setting) - ปฏิบัติงานร่วมกัน (Co-operation) - มีความสัมพันธ์กัน (Collaboration) - การเจรจา (Negotiation) - ผ่านพ้นอุปสรรค (Overcoming organizational barriers) - การรวมกำลัง การจัดองค์การ (Organizing) - การแนะนำ ชักชวน (Lobbying) - ให้สิทธิตามกฎหมาย (Legitimacy) | <ul style="list-style-type: none"> - เป็นผู้ช่วยเหลือ (Helper) - ผู้ประคับประคอง (Support) - ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) - ผู้สอน (Educator) - แหล่งรับคำปรึกษา (Resource consultant) - แหล่งรวบรวม (Resource mobilizer) - ผู้ให้ความสะดวก (Facilitator) - ผู้เสริมสร้าง (Enabler) - ผู้สนับสนุน (Advocate) |
| สิ่งแวดล้อม (บุคคล ครอบครัว สังคม ระบบการดูแลสุขภาพ) | | |

การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย ที่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ (กมลพรรณ หอมนาน ,2538)

1) ประเมินสาเหตุ และปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดภาวะสูญเสียอำนาจ เช่น

1.1) ขาดความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหว และการทรงตัว การรับรู้ความรู้สึก การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนด้านเพศสัมพันธ์ การพูด การเขียน และสติปัญญา

1.2) ขาดความสามารถในการควบคุมด้านจิตใจ เช่น ไม่พึงพอใจในการรักษาพยาบาล กลวิธีในการเผชิญความเจ็บป่วยไม่เหมาะสม

1.3) ขาดความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อม เนื่องจากความไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม หรือกฎระเบียบของโรงพยาบาล และบทบาทของผู้ป่วย

1.4) ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษา เนื่องจากไม่เคยได้รับข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

2) ให้การพยาบาลเพื่อลดสาเหตุ และปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะสูญเสียอำนาจ พร้อมกับการส่งเสริมความมีอำนาจในตนเองของผู้ป่วย

2.1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

2.2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกข้อใจต่าง ๆ ระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาล

2.3) ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย โดยให้การต้อนรับที่อบอุ่น ถ้อยคำสุภาพ แจ่มอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ และยินยอมก่อนให้การรักษาพยาบาลทุกครั้ง รวมทั้งคำนึงถึงความเป็นบุคคล และความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย สังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การแสดงออกอย่างสม่ำเสมอ

2.4) ให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับพยาธิ สรีรภาพของโรค อาการ แนวทางการรักษาพยาบาล รวมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ให้ผู้ป่วยทราบอย่างสม่ำเสมอ

2.4.1) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล ควรให้ผู้ป่วยตัดสินใจ เลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตนเอง

2.4.2) ในกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน พยาบาลจะต้องทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงความเชื่ออำนาจภายนอก ให้เป็นความเชื่ออำนาจภายในตนเองมากขึ้น โดยใช้กลวิธีต่าง ๆ เช่น การสร้างสิ่งกระตุ้น การสร้างกิจกรรม สอนวิธีการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล

2.5) วางแผนร่วมกับผู้ป่วย และญาติ เกี่ยวกับการควบคุม กระตุ้นการรับรู้สิ่งที่ผิดปกติ ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ตามศักยภาพการเจ็บป่วย

2.6) จัดให้ผู้ป่วยมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์กับบุคคลที่เจ็บป่วยในโรคเดียวกัน

2.7) ส่งเสริมให้ญาติ ได้มีโอกาสเกื้อหนุนผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ช่วยให้ผู้ป่วยมีขวัญ กำลังใจ และความมีคุณค่าในตนเองอีกด้วย

จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของนักวิชาการหลายท่าน ที่กล่าวมาแล้ว พบว่า การให้ความรู้ หรือการให้การศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต Antony & Liberman (1986 cited in Schofield,1998) ได้กล่าวว่า Freire (1974) ได้ทำการพัฒนาและนำการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ โดยมีความเชื่อว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้นโดย กระบวนการทางสังคม การให้มีส่วนร่วมในสังคม การให้กำลังใจ จะทำให้บุคคลสามารถควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเองได้ดีขึ้น การยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีความเกี่ยวข้องกับชีวิตของบุคคล การเจ็บป่วยทางจิตมีผลต่อ ทักษะในการแก้ปัญหา นิสัยในการทำงาน การเข้าสังคม กิจกรรมในเวลาว่าง และการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ดังนั้นพยาบาลจึงควรเห็นความสำคัญในการเสริมพลังอำนาจผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต โดยการให้ผู้ป่วยมีโอกาสคิด แสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในสังคม เสริมสร้างทักษะในการแก้ปัญหา พัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหา รวมทั้งการให้ความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

2. แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา

2.1 ความหมายของการเผชิญปัญหา

มีผู้สนใจทำการศึกษา และให้ความหมายของการเผชิญปัญหา (Coping) ไว้หลายท่าน ดังนี้

Bruner (1966 ,cited in Miller, 1992) กล่าวว่า ในมุมมองของด้านการศึกษา การเผชิญปัญหาคือ การแก้ปัญหา เผชิญหน้ากับความจริงของปัญหา เพื่อที่จะรักษาความมั่นคง ของการทำงานของร่างกาย

Lipowski (1970, cited in Miller, 1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา คือ การที่ผู้ป่วยใช้ความคิดและการกระทำ เพื่อที่จะรักษาความมั่นคงของร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะครอบคลุมถึงการฟื้นฟูการทำงานที่ผิดปกติ และเป็นการชดเชยการทำหน้าที่ของร่างกายที่สูญเสียไปและไม่สามารถกลับคืนเป็นปกติได้

Garland & Bush (1982 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ จรัสอุไรสิน,2539) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาคือ กระบวนการที่บุคคลพยายามที่จะบรรเทาหรือขจัดความเครียดหรือสิ่งคุกคาม อาจประกอบด้วยพฤติกรรมทั้งที่เปิดเผย และไม่เปิดเผยหลายลักษณะ โดยเป็นการแสดงออกอย่างต่อเนื่อง

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา เป็นความพยายามของบุคคล ในการใช้ทั้งความคิดและการกระทำที่จะจัดการกับความเครียดทั้งภายนอกและภายใน โดยต้องใช้กำลังความสามารถและแหล่งประโยชน์มากมาย

Kleinke (1991) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา คือ การที่บุคคลพยายามที่จะจัดการกับสถานการณ์ โดยมีการประเมินอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ หรือความเครียด

Miller (1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาคือ การจัดการกับสถานการณ์ที่มีลักษณะคุกคามของบุคคล เพื่อขจัดหรือแก้ไขความรู้สึกไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความโศกเศร้า หรือความรู้สึกผิด

สรุปได้ว่า การเผชิญปัญหา คือ การที่บุคคลพยายามใช้ทั้งความคิดและการกระทำ ในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียดของจิตใจ หรือคลี่คลายปัญหาหลง เพื่อที่รักษาความมั่นคงของร่างกายและจิตใจไว้

2.2 กระบวนการเผชิญปัญหา

กระบวนการเผชิญปัญหา เป็นขั้นตอนของการตอบสนองต่อความเครียดหรือสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหา กระบวนการดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาต่อเนื่องกันไป กระบวนการนี้จะมีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างมีขั้นตอน ประกอบด้วย 8 ขั้นตอนคือ (Scott, Oberst, & Dropkin, 1982 อ้างถึงใน ศิริพร โอภาสวัตชัย ,2530)

1) ภาวะเครียด (Stress)

ภาวะเครียดเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลแปลความหมายสิ่งกระตุ้นว่าเป็นอันตราย คุกคาม หรือ ทำร้าย โดยทั่ว ๆ ไป สถานการณ์ที่เป็นความเครียดทำให้บุคคลรู้สึกที่มีความจำเป็นต้องนำแหล่งประโยชน์ของตนเองมาใช้ในการแก้ไข ซึ่งได้แก่ความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือญาติ ความสามารถของตนเอง หรืออาจจะเป็นทรัพย์สินเงินทอง สิ่งที่ยังคับให้บุคคลต้องแก้ไขบางสิ่งบางอย่างนั้น อาจจะเป็นความกีดกันทางด้านสังคม วัฒนธรรม ความกดดันที่เกิดจากร่างกาย หรือจิตใจของบุคคลเอง แต่โดยพื้นฐานแล้ว ความกดดันนั้น ทำให้ความสมดุลระหว่างความกดดัน กับความสามารถที่จะจัดการกับมัน ที่เคยมีอยู่เดิมนั้นเสียไป

2) การประเมิน (appraisal)

การประเมินสถานการณ์ ซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม การประเมินสถานการณ์ มี 3 ขั้นตอน คือ

2.1) การประเมินขั้นที่หนึ่ง (primary appraisal) คือการที่บุคคลใช้สติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ ประเมินสถานการณ์เพื่อตัดสินใจว่า สิ่งใดไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง สิ่งใดเกี่ยวข้องกับตนเองในทางที่ดี สิ่งใดเป็นอันตรายกับตนเอง ถ้าประเมินขั้นที่หนึ่งแล้วบุคคลตัดสินใจว่า สิ่งแวดล้อมนั้นมีสิ่งเป็นอันตรายต่อตนเอง บุคคลจะพิจารณาตัดสินใจว่า อันตรายอยู่ในระดับใด ใน 3 ระดับนี้

2.1.1) อันตรายนั้นจะเกิดขึ้นอย่างแน่นอน ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

2.1.2) อันตรายนั้นได้เกิดขึ้นแล้ว และสงบลงแล้ว

2.1.3) อันตรายอาจจะเกิดขึ้นภายหลัง แต่คาดการณ์ว่าสามารถจะจัดการกับสถานการณ์ได้

2.2) การประเมินขั้นที่สอง (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือก โดยประเมินทางเลือกที่สามารถกระทำได้ และเลือกวิธีเผชิญปัญหาซึ่งจะก่อให้เกิดความสำเร็จ หรือผลลัพธ์ตามต้องการ รวมทั้งประเมินผลจากการใช้วิธีเผชิญปัญหาเดิมที่ผ่านมา การประเมินทุกข้อมูมิไม่จำเป็นต้องตามหลังการประเมินปฐมภูมิ แต่อาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันได้

2.3) การประเมินซ้ำ (reappraisal) หลังจากที่บุคคลพยายามที่จะกำจัดอันตรายทั้งทางรูปธรรมและทางความคิดแล้ว บุคคลจะประเมินสถานการณ์ซ้ำเพื่อพิจารณาอันตรายนั้นยังมีอยู่หรือลดลง หรือได้ถูกกำจัดไปแล้ว ขั้นตอนนี้ถือได้ว่าเป็นการเริ่มวงจรการประเมินสถานการณ์ขั้นที่หนึ่งใหม่ได้ ถ้าผลการประเมินซ้ำนี้ บุคคลรู้สึกว่ายังมีอันตรายอยู่ หรือเกิดอันตรายขึ้นใหม่

การประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดรุนแรงมากน้อยแค่ไหน ขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้าและปัจจัยด้านตัวบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) ดังนี้

ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า

1) ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต เช่น การเป็นโรคมะเร็ง หรือโรคเอดส์ บุคคลย่อมประเมินว่าเป็นอันตรายและสูญเสียอย่างมากทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

2) ลักษณะของเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด บุคคลโดยทั่วไปจะรู้สึกว่าการณ์ซึ่งสามารถทำนายได้นั้นทำให้เกิดความเครียดน้อยกว่าเหตุการณ์ที่ไม่สามารถทำนายได้

3) ความรู้สึกไม่แน่นอนในเหตุการณ์ ถ้าเหตุการณ์นั้นมีความคลุมเครือไม่แน่นอน จะทำให้บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียดเพิ่มขึ้น

4) ระยะเวลาของเหตุการณ์ ซึ่งมีผลกระทบต่อระดับของความเครียด เหตุการณ์ซึ่งเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน มักทำให้เครียดกว่าเหตุการณ์ซึ่งยังไม่ถึง นอกจากนี้เหตุการณ์ซึ่งมีช่วงเวลาอันยาวนาน เช่นโรคเรื้อรัง ก็มีผลทำให้ความเครียดรุนแรงขึ้น และคงอยู่เป็นระยะเวลาต่อเนื่องกัน

ปัจจัยด้านตัวบุคคล

1) ข้อผูกพัน (commitment) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสำคัญ และมีความหมายต่อคุณคณั้นมากน้อยเพียงใด ถ้ามีมากอาจประเมินว่าเป็นความเครียดที่คุกคามต่อสวัสดิภาพของตนเองเป็นอย่างมากได้

2) ความเชื่อ (belief) ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ ความเครียดจะปรากฏในลักษณะเป็นเหตุการณ์ที่ทำหายความสามารถของตน

3) การทำงานของสมอง (Neurocognitive activation)

ในการประเมินสถานการณ์ขั้นที่หนึ่ง ขั้นที่สอง และการประเมินสถานการณ์ซ้ำแต่ละครั้ง สมองจะต้องทำงานโดยใช้ระบบต่าง ๆ ของสมอง ทำการวิเคราะห์เชิงเหตุผล โดยการคิดแบบขบวนการแก้ปัญหา เพื่อให้สามารถตัดสินใจในการประเมินสถานการณ์แต่ละขั้นได้

4) ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางอารมณ์ (Emotional response to stress)

ปฏิกริยาทางอารมณ์นี้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการประเมินสถานการณ์อย่างมาก การรับรู้สถานการณ์แตกต่างกัน พบว่าทำให้มีอาการเกิดขึ้นในตัวบุคคลแตกต่างกัน และพบว่าอารมณ์ต่าง ๆ นี้ มีความสัมพันธ์กับการใช้กลไกทางจิต และพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ตามมา เช่น อารมณ์เศร้า จะมีความสัมพันธ์กับการใช้กลไกทางจิตแบบชดเชย และจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมค้นหาสิ่งที่จะทดแทนการสูญเสียของตนเองได้ เป็นต้น

ภายหลังการประเมินขั้นที่หนึ่ง ปฏิกริยาทางอารมณ์จะเป็นแบบทั่ว ๆ ไป ได้แก่ ความวิตกกังวล เมื่อเวลาผ่านไป บุคคลได้พิจารณาสถานการณ์ และได้ประเมินสถานการณ์ครั้งที่ 2 ปฏิกริยาทางอารมณ์จะเปลี่ยนไปเป็น แบบที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น ความโกรธ ความกลัว การคาดการณ์สถานการณ์ เมื่อบุคคลได้ประเมินสถานการณ์นี้ซ้ำถึงประสิทธิภาพของพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดของคนแล้ว ปฏิกริยาทางอารมณ์นี้จะเปลี่ยนแปลงเป็นทัศนคติได้

5) ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางร่างกาย (Physiological response to stress)

ปฏิกริยาทางร่างกายต่อความเครียดจะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับปฏิกริยาทางอารมณ์ และมีความสัมพันธ์กับปฏิกริยาทางอารมณ์ด้วย ภายหลังการประเมินขั้นที่หนึ่ง ปฏิกริยาทางร่างกายจะเป็นแบบทั่ว ๆ ไป คือต่อมพิทูอิทารี และต่อมหมวกไต จะทำงานมากขึ้น แต่ภายหลังการประเมิน

ขั้นที่สอง และการประเมินซ้ำ ปฏิกริยาทางร่างกายจะเป็นผลรวมของการที่ฮอริโมนทั้งหมดถูกกระตุ้น ระบบประสาทถูกกระตุ้น และอวัยวะเป้าหมายที่ถูกกระตุ้นจะมากขึ้น

6) ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางพฤติกรรม (Behavior response)

ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางพฤติกรรม หมายถึง พฤติกรรมทั้งหมดของบุคคลที่สังเกตได้ หรือบุคคลรายงานออกมาได้ อาจจะเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นขณะสมองกำลังทำงาน เกิดขึ้นจากปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางร่างกาย เกิดขึ้นจากปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางอารมณ์ หรือเป็นพฤติกรรมซึ่งเกิดจากการเลือกหนทางที่ดีที่สุดในการแก้ไขอันตรายก็ได้

7) การเผชิญปัญหา (Coping)

การเผชิญปัญหา เป็นตัวเชื่อมระหว่างผลกระทบของสิ่งกระตุ้นกับการปรับตัวได้ การเผชิญปัญหา เกิดขึ้นจากการใช้สติปัญญา พิจารณาไตร่ตรอง ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางร่างกาย ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางอารมณ์ ทั้งสามส่วนนี้มีความสัมพันธ์กัน มีเป้าหมายจัดการกับความเครียด และรักษาความมั่นคงของตนเองไว้

8) การปรับตัวได้ (Adaptation)

การปรับตัวได้ คือ ผลลัพธ์ ของความพยายามที่จะรักษาความมั่นคงของตนเองไว้ ด้วยการสร้างสมดุลระหว่างแรงกดดันกับความสามารถที่จะจัดการกับแรงกดดันนั้น ผลลัพธ์ที่ถือว่าปรับตัวได้ คือการมีความสามารถที่จะพิจารณาสิ่งแวดล้อม แล้วพลิกแพลงให้เหมาะสมกับตนเอง การมีความเจริญงอกงามทางปัญญา มีการเรียนรู้ใหม่ ๆ หรือสามารถประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย

2.3 รูปแบบการเผชิญปัญหา

การเผชิญปัญหา หลังจากบุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นปัญหาหรือความเครียด ไม่ว่าจะอยู่ในลักษณะการเกิดอันตรายหรือสูญเสีย ภาวะคุกคาม หรือการทำหาย บุคคลจะเลือกวิธีการหรือกลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อจัดการแก้ปัญหา และแสดงออกทางความรู้สึกนึกคิด หรือการกระทำในลักษณะต่าง ๆ ซึ่งเรียกว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ซึ่งสามารถแบ่งตามลักษณะหน้าที่กว้าง ๆ เป็น 2 รูปแบบดังนี้ (Lazarus & Folkman, 1984 : อ้างถึงใน นพัยรัตน์ จรัสสุโรสิน ,2539) ดังนี้

1) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) มีลักษณะคล้ายคลึงกับการแก้ปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์ คือ มีการกำหนดปัญหา หาวิธีหรือทางเลือกในการแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี ซึ่งนำหนักทางเลือกโดยพิจารณาผลดีผลเสีย แล้วจึงเลือกวิธีที่เหมาะสม แล้วดำเนินการแก้ไขปัญหา Jaloweic and Other (1984 : 157-158) ได้รวบรวมพฤติกรรมกรการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหาไว้ 15 พฤติกรรม คือ

1. การยอมรับปัญหา
2. การค้นหาความหมายของสถานการณ์
3. การแยกแยะสถานการณ์ออกเป็นส่วนตัว
4. การตั้งเป้าหมาย
5. การอภิปรายปัญหา
6. การพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์
7. การควบคุมสถานการณ์บางส่วนที่สามารถทำได้
8. การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา
9. การพิจารณาปัญหาอย่างใจเป็นกลาง
10. การนำประสบการณ์เดิมมาช่วยแก้ปัญหา
11. การคิดวิธีแก้ปัญหาไว้หลาย ๆ วิธี
12. การทำทุกสิ่งทุกอย่างที่พอจะแก้ปัญหาได้
13. การใช้วิธีแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี
14. การให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการแก้ปัญหา
15. การเริ่มต้นทำสิ่งที่ดีที่สุดในขณะนั้น

2) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotion-focus coping) บุคคลจะใช้พฤติกรรมนี้มากเมื่อประเมินว่าไม่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขภาวะคุกคามหรือสิ่งแวดล้อมได้ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

2.1) รูปแบบซึ่งใช้กระบวนการทางความคิด ทำให้อารมณ์ตึงเครียดลดลง ซึ่งเป็นรูปแบบส่วนใหญ่ของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ วิธีเผชิญปัญหาเหล่านี้ ได้แก่ การหลีกเลี่ยง การทำให้เห็นเป็นเรื่องเล็ก การพยายามอยู่ห่างจากเหตุการณ์นั้น การเปรียบเทียบในแง่ดี และการมองหาคุณค่าในสิ่งนั้น

2.2) รูปแบบซึ่งใช้กระบวนการทางความคิดทำให้อารมณ์เครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งมีจำนวนไม่มาก โดยอาจต้องการให้มีความเครียดก่อนในระยะแรก เพื่อทำให้อารมณ์เครียดลดลงหรือพบสถานการณ์ที่ดีกว่าในภายหลัง วิธีดังกล่าวคือ การตำหนิหรือการกระทำบางสิ่งในลักษณะลงโทษตัวเอง ตัวอย่างที่แสดงให้เห็นได้แก่ นักกีฬาซึ่งจงใจเพิ่มความเครียดให้กับตนเองเพื่อที่จะได้มีแรงผลักดันในการต่อสู้แข่งขันเพื่อชัยชนะ เป็นต้น

2.3) รูปแบบอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้ใช้กระบวนการทางความคิด แต่เป็นการกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา ได้แก่ การทำสมาธิ การดื่มเหล้า การระบายความโกรธ เป็นต้น

Jaloweic and Other (1984) ได้รวบรวมพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไข
 อารมณ์ไว้ 25 พฤติกรรม คือ

1. การกังวล
2. การร้องไห้
3. การทำกิจกรรม / การออกกำลังกาย
4. การใช้อารมณ์ขัน
5. การรับประทาน / สูบบุหรี่
6. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
7. การรับประทานยา
8. การมองโลกในแง่ดี
9. การฝันกลางวัน
10. การมองโลกในแง่ร้าย
11. การจุนเจียว / แข่งด่า
12. การสวดมนต์ ไหว้พระ
13. การหยุดนิ่ง
14. การปิดปัญหาออกจากความคิด
15. การตำหนิผู้อื่น
16. การระบายความเครียดกับผู้อื่น
17. การแยกตัวเอง
18. การยอมแพ้ต่อสถานการณ์ / หมดหวัง
19. การปล่อยให้สถานการณ์คลี่คลายไปเอง
20. การหาความสบายใจจากคนใกล้ชิด
21. การหนีจากสถานการณ์
22. การฝึกสมาธิ
23. การยอมแพ้ต่อสถานการณ์เพราะคิดว่าเป็นชะตากรรม
24. การนอนหลับ
25. การไม่กังวล

การเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยการผสม
 ผสานระหว่างการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญห และ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์
 ซึ่งทั้งสองรูปแบบนี้อาจให้ทั้งผลดีและผลเสีย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลและในแต่ละสถานการณ์

เช่น ผู้ที่เจ็บป่วยและบาดเจ็บอย่างรุนแรง ต้องสูญเสียอวัยวะหรือมีความพิการ หรืออาจต้องสูญเสียชีวิตนั้น การปฏิเสธในระยะแรกเป็นการตอบสนองที่ปกติ และถือเป็นพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เพราะในระยะนี้ผู้ที่เจ็บป่วยมักสับสนและอ่อนแอเกินกว่าที่จะเผชิญกับความจริงได้ การปฏิเสธอาจช่วยทำให้มีความหวัง แต่เมื่อเวลาผ่านไปหากยังคงใช้การปฏิเสธตลอดเวลา ก็จะเกิดผลเสียและทำให้ไม่สามารถมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาอื่น ๆ ที่เหมาะสม หรือเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพได้ ในทางตรงข้ามผู้ป่วยมะเร็งที่ยอมรับความจริงจนกระทั่งหมดสิ้นความหวังทั้งหมดนั้น ถือว่าเป็นพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม สมจิต หนูเจริญกุล ,2534)

2.4 การวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหา

Jalowiec and Other (1984) ได้สร้างเครื่องมือวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ซึ่งเรียกว่า Jalowiec coping scale (JCS) ในปี 1979 แบ่งพฤติกรรมการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 รูปแบบ 40 พฤติกรรม ประกอบด้วย การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบจัดการกับอารมณ์ และได้พัฒนาเครื่องมือ ใช้วัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหา จากแบบวัดชุดเดิมประกอบด้วย 40 ข้อ แบ่งเป็น 3 รูปแบบ ของพฤติกรรมการเผชิญปัญหา คือ 1.เผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping) 2. การแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด (Emotive Coping) และ 3. การบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด (Palliative Coping) ต่อมาในปี 1987 Jalowiec ได้ปรับปรุงแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหา (JCS) ใหม่ มีจำนวน 60 ข้อ แบบวัดนี้ได้นำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงได้ .88 - .94 (Jalowiec,1989 cited in Downe-Wamboldt and Melansan ,1995) และนำไปใช้อย่างแพร่หลาย แบบวัดชุดใหม่นี้ แบ่งเป็น 8 รูปแบบ คือ (Jalowiec and Other ,1987 cited in Guo Guifang,1996 :19-20, Downe-Wamboldt and Melansan ,1995)

1) การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping) คือการพยายามแก้ไขปัญหามองหน้ากับสถานการณ์ หันหน้าเข้าหาปัญหา ใช้กลยุทธ์หาข้อมูลและพยายามแก้ไขปัญห

2) การหนีปัญหา (Evasive Coping) คือ ปฏิเสธหลีกเลี่ยงหรือพยายามหนีออกจากปัญหา

3) การมองเหตุการณ์ในแง่ดี (Optimistic Coping) คือ การใช้แนวคิดในทางที่ดี มองในแง่ดี การเปรียบเทียบในทางที่ดี พยายามมองหาในแง่บวกที่ดีของสถานการณ์ หรือพยายามใช้อารมณ์ขัน ทำให้อารมณ์ดี

4) การมองเหตุการณ์ในแง่ร้าย (Fatalistic Coping) คือ การมองเหตุการณ์ในทางไม่ดี สิ้นหวัง สามารถควบคุมสถานการณ์ได้น้อย บอกตัวเองว่าโชคร้าย

5) การแก้ไขอารมณ์ดึงเครียด (Emotive Coping) คือ การปลดปล่อยอารมณ์ ลดความดึงเครียดของอารมณ์ ระบายความรู้สึกที่มีความวิตกกังวลกับปัญหา หรือระบายความดึงเครียดกับผู้อื่น

6) การบรรเทาอารมณ์ดึงเครียด (Palliative Coping) คือ การพยายามลดหรือควบคุมความทุกข์ โดยทำให้รู้สึกดีขึ้น เช่น การทำงานหนักขึ้น

7) การใช้การประคับประคอง (Supportant Coping) คือ การใช้ระบบประคับประคอง เช่น บุคคล ผู้ชำนาญ ผู้รู้ เช่น การพูดคุยปัญหากับครอบครัว หรือเพื่อน

8) การพึ่งพาตนเอง (Self-reliant Coping) พึ่งพาตนเองมากกว่าผู้อื่น ทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตัวเอง

2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหา

การประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการทางความคิด เป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดรูปแบบพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และจะประสบผลสำเร็จหรือไม่เพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยที่อาจเป็นทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในตัวบุคคลนั้น ๆ ซึ่งสามารถสรุปเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ได้ดังนี้ (Burke & Flaherty,1993; Garland & Bush,1982; Lazarus & Floke,1984 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ จรัสอุไรสิน ,2539)

1) ลักษณะของความเครียดหรือสถานการณ์นั้น เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่ได้คาดคิดหรือค่อยเป็นค่อยไป ระดับความรุนแรงของสถานการณ์ ระยะเวลาที่เกิดสถานการณ์ และเป็นความเครียดเพียงเรื่องเดียวหรือหลายเรื่องพร้อมกัน ซึ่งทั้งหมดจะมีผลต่อการรับรู้ของแต่ละบุคคลและมีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาต่างกัน เช่น บุคคลหนึ่งอาจสามารถเผชิญปัญหาหรือความเครียดที่รุนแรงเรื่องหนึ่งได้ แต่ประสบความล้มเหลวเมื่อเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกันหลาย ๆ เรื่อง แม้ว่าจะมีความรุนแรงน้อยกว่า หรือบุคคลหนึ่งอาจสามารถทนหรือต้านทานต่อความเครียดที่รุนแรงแต่มีระยะเวลานั้น มากกว่าความเครียดที่รุนแรงน้อยกว่าแต่ระยะเวลาที่ยาวนานเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจาก ในภาวะเรื้อรังบุคคลจะต้องใช้พลังงานในการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นอีกได้ง่ายจากสิ่งกระตุ้นอื่น ๆ ซึ่งถ้าความเครียดหรือปัญหามีทั้งความรุนแรงและเรื้อรัง บุคคลมักจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมอย่างถาวร ในภาวะโรคเรื้อรังมักทำให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลง

2) ประสบการณ์ในอดีต เป็นศักยภาพของแต่ละบุคคลซึ่งช่วยในการตัดสินใจหรือจัดการกับปัญหา ที่เกิดขึ้นบุคคลมักจะนำรูปแบบพฤติกรรมการเผชิญปัญหาเดิมที่เคยใช้ได้ผลมาใช้จัด

การกับปัญหา ซึ่งถ้าไม่ประสบผลสำเร็จก็จะหาวิธีใหม่ นอกจากนี้ประสบการณ์ในอดีตมักทำให้เพิ่มความทนต่อความเครียดอีกด้วย

3) อายุ จะมีผลต่อพฤติกรรมและการเผชิญปัญหา โดยอายุที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้ความรอบคอบในการพิจารณาทางเลือก เช่น ในวัยสูงอายุจะผ่านการดำเนินชีวิตมาหลายรูปแบบ และมีประสบการณ์จัดการกับความเครียด

4) ระดับการศึกษา ถือเป็นปัจจัยส่วนบุคคลอย่างหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการเผชิญปัญหา ระดับการศึกษาที่ดีกว่าจะทำให้บุคคลสามารถเลือกเลือกปัจจัยเกี่ยวข้องได้เหมาะสม ตลอดจนใช้ประโยชน์จากความรู้ หรือผลสะท้อนจากพฤติกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติมาพิจารณาใช้เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก

5) ทักษะในการแก้ปัญหา เป็นความสามารถเฉพาะของแต่ละบุคคล ที่จะนำเอาประสบการณ์ สติปัญญา และความรู้มาใช้ในการแก้ปัญหา เช่น ความสามารถในการค้นหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ การจำแนกวิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนทางเลือกที่เหมาะสม

6) ทักษะทางสังคม เนื่องจากมนุษย์ทุกคนมีหน้าที่ หรือบทบาทในสังคม ทักษะทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเผชิญปัญหา ซึ่งจะชี้ถึงความสามารถในการติดต่อขอความเห็น ขอความช่วยเหลือ และความร่วมมือจากบุคคลอื่น ทำให้มีความสะดวกหรือความง่ายในการจัดการแก้ปัญหา

7) ภาวะสุขภาพและพลังงาน ถือเป็นแหล่งประโยชน์ทางด้านร่างกายที่มีผลต่อพฤติกรรมและการเผชิญปัญหา บุคคลซึ่งเจ็บป่วยอ่อนแอ ย่อมมีพลังงานซึ่งจะนำมาใช้ประโยชน์ในการเผชิญปัญหาน้อยกว่าบุคคลที่สุขภาพดี แข็งแรง

8) ค่านิยมและความเชื่อ บุคคลจะมีความเชื่อแตกต่างกันออกไป และจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการเผชิญปัญหา ความเชื่อในทางที่ดี เช่น เชื่อว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ได้ เชื่อและศรัทธาต่อแพทย์ ตลอดจนแผนการรักษาว่ามีประสิทธิภาพ เชื่อในความยุติธรรมหรือพระเจ้า จะทำให้บุคคลเกิดความหวังและมีความพยายามที่จะต่อสู้หรือเผชิญปัญหาได้ แต่ความเชื่อบางอย่าง เช่น เชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นการลงโทษของพระเจ้า จะทำให้บุคคลนิ่งเฉย ไม่ยอมคิดหรือปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อควบคุมหรือจัดการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น หรือความเชื่อซึ่งมาจากการอบรมเลี้ยงดูปลูกฝังค่านิยมบางอย่าง อาจส่งผลให้บุคคลไม่กล้าที่จะกระทำหรือแสดงความรู้สึกออกมาตามความต้องการ เนื่องจากเกรงว่าอาจถูกประณามหรือว่ากล่าว เช่น ไม่กล้ายอมรับความช่วยเหลือ จากบุคคลซึ่งมีความเต็มใจ เพราะกลัวถูกกล่าวหาว่าไร้ความคิด หรือหมัดหนทางช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

9) การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจจะได้รับในรูปของความรู้ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ การสนับสนุนหรือให้กำลังใจหรือสิ่งของ ความช่วยเหลือและความร่วมมือต่าง ๆ จากการศึกษาของ

Mcnet (1986 อ้างถึงใน นัทยรัตน์ จรัสอุไรสิน ,2539) พบว่าการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีอย่างเพียงพอ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพของการเผชิญปัญหา

10) แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ ได้แก่ เงิน สิ่งของ และสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต บุคคลซึ่งมีแหล่งอำนวยความสะดวกสบาย โดยเฉพาะถ้าใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมมีทางเลือก และมีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหามากกว่าบุคคลที่ขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวก (Lazarus & Folkman,1984) ดังจะเห็นได้จากอุบัติการณ์ของความผิดปกติทางจิต ซึ่งพบมากในกลุ่มบุคคลซึ่งมีเศรษฐกิจต่ำนั้น เชื่อว่ามีสาเหตุสำคัญประการหนึ่งมาจากการต้องประสบกับปัญหาและความเครียดในการดำเนินชีวิตมากขึ้น

2.6 ผลของการเผชิญปัญหา

เมื่อบุคคลผ่านการประเมินสถานการณ์และกระบวนการเผชิญปัญหาแล้ว สิ่งสำคัญที่จะแสดงให้เห็นประสิทธิภาพหรือความสำเร็จของการใช้กระบวนการเผชิญปัญหาคือการปรับตัว ซึ่งจะแสดงผลเป็นพฤติกรรม 3 ประการ (นัทยรัตน์ จรัสอุไรสิน ,2539)

1) การทำหน้าที่ในสังคม หมายถึง แนวทางในการปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละบุคคล และความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมไปถึงทักษะที่จำเป็นในการดำรงบทบาทและสัมพันธภาพในสังคม โดยส่วนใหญ่มักจะใช้การประเมินสถานการณ์ และการจัดการกับปัญหา หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล เป็นตัวกำหนดว่าเขาเหล่านั้นสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ซึ่งความล้มเหลวไม่แน่ใจ และภาวะอารมณ์ทุกข์โศกเป็นสิ่งที่ขัดขวางทำให้บุคคลไม่สามารถทำหน้าที่ในสังคมได้สำเร็จ

2) ขวัญหรือความพึงพอใจในชีวิต เป็นผลของการปรับตัวที่เกิดขึ้นในระยะยาวควบคู่ไปกับผลในระยะสั้น คือ อารมณ์ที่แสดงออกแตกต่างกันไปแล้วแต่สิ่งที่มีมากระทบ รวมทั้งสะท้อนให้เห็นถึงการประเมินสถานการณ์ว่าบรรลุเป้าหมายเพียงใด และบุคคลเหล่านั้นมีความพึงพอใจต่อผลของการเผชิญปัญหาหรือไม่ การประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นการทำนายอาจทำให้มีขวัญหรือความพึงพอใจในชีวิตดีขึ้น

3) ภาวะสุขภาพ ความเครียดและอารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์โกรธหรือกลัว จะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับผลของการปรับตัวในด้านภาวะสุขภาพแตกต่างกัน เช่น บุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมอย่างหนึ่งคือ ควรมีการควบคุมอารมณ์ ที่ดี ไม่โกรธหรือโมโหง่าย

2.7 การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

การเผชิญปัญหาจะได้ผลดีนั้น Miller (1992) กล่าวว่าเกิดขึ้น เมื่อสามารถจัดความรู้สึกไม่สุขสบาย ซึ่งเกิดจากภาวะที่เป็นอันตรายหรือภาวะสูญเสีย สามารถรักษาความมั่นคงของบุคคลไว้ได้ และรักษาความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ในเรื่องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น บทบาทของชีวิต ดำรงไว้ซึ่งความคิดถึงตนเองในแง่บวก (Miller 1992)

การเผชิญปัญหามีประสิทธิภาพเมื่อ

- 1) สามารถเก็บความเศร้าโศก เสียใจ ให้อยู่ในระดับที่สามารถจัดการได้
- 2) ทำให้เกิดกำลังใจและความหวัง
- 3) ดำรงรักษาไว้ หรือมีความรู้สึกในทางบวกกลับคืนมา
- 4) ดำรงรักษาไว้ หรือสามารถสร้างสัมพันธภาพ กับผู้ที่มีความสำคัญในชีวิต เกิดใหม่อีกครั้ง
- 5) เพิ่มความหวังในสถานการณ์ที่เป็นประโยชน์ (ระหว่างบุคคล สังคม และเศรษฐกิจ)

Caplan (1963 cited in Miller ,1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เป็นการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาตามความเป็นจริงอย่างมีประสิทธิภาพ และค้นหาข้อมูล แสดงอย่างอิสระทั้งความรู้สึกในแง่บวก และแง่ลบ และมีความอดทนอดกลั้นในความขัดแย้ง ยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น หยุดปัญหา เท่าที่สามารถทำได้ ตระหนักในความเหนื่อยล้า และความไม่เป็นระเบียบแบบแผน ความพยายามต่อสู้กับปัญหา ควบคุมอารมณ์เมื่อเป็นไปตามความต้องการ และยอมรับเมื่อไม่เป็นอย่างที่คิด นับถือไว้วางใจตนเอง และผู้อื่น และมองโลกในแง่ดี เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

Banyard & Hayes (1994) กล่าวว่า หนทางที่จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การใช้ Cognitive Therapy มีพื้นฐานความเชื่อคือ การเปลี่ยนแปลงความเชื่อของบุคคล เจตคติ และความเชื่อเกี่ยวกับความเป็นไปของโลก และช่วยให้กระทำในทางบวกมากยิ่งขึ้น

ในทัศนะของ Beare & Myers (1994 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ จรัสชูโรสิน ,2539) การเผชิญปัญหาที่เหมาะสมหรือมีประสิทธิภาพคือ การกระทำในลักษณะส่งเสริมภาวะสุขภาพ ขณะเดียวกันก็ทำให้บุคคลสามารถจัดหรือบรรเทาความเครียดได้สำเร็จ ส่วนการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมหรือไม่มีประสิทธิภาพคือ การกระทำในสิ่งที่เป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพ แม้จะสามารถทำให้ความเครียดลดลงได้เป็นครั้งคราว เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงปัญหา การรับประทานมากเกินไปปกติ และการดูดาเกี่ยวข้องกับผู้อื่น เป็นต้น บุคคลซึ่งมีสุขภาพดีเป็นสิ่งบ่งชี้ให้เห็นได้อย่างหนึ่งว่ามีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทหมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติด้านการรับรู้แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่ไม่มีจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริง ๆ ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพ พบว่ามีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอย และมีพฤติกรรมแปลก ๆ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

3.2 สาเหตุ

โรคจิตเภท เกิดได้จากหลายปัจจัย ในที่นี้จะกล่าวถึงในรายละเอียดในเรื่องปัจจัยด้านชีวภาพ และปัจจัยด้านจิตสังคม ดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยด้านชีวภาพ ซึ่ง มาโนช หล่อตระกูล (2540) ได้อธิบายไว้ดังนี้

1.1) พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง

1.2) ระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมุติฐานที่ยอมรับกันคือ สมมุติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่าโรคนี้เกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ post-synaptic receptor เนื่องจากพบว่ายารักษาโรคจิตนั้นออกฤทธิ์โดยการปิดกั้น dopamine receptor type 2

1.3) กายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น บางรายงานพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณ limbic และ periventricle

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

2) ปัจจัยด้านจิตสังคม ประกอบด้วย 4 ด้าน โดย อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) ได้อธิบายไว้ดังนี้

2.1) ด้านความขัดแย้งภายในจิตใจ บุคคลไม่สามารถจัดการตนเองหรือไม่สามารถสนองความต้องการของตนเองได้ จึงเกิดความขัดแย้งระหว่างความต้องการ และ

แรงขับที่เกิดจากแรงผลักดันภายใน ที่เรียกว่า สัญชาตญาณ (instinctual) เป็นผลให้เกิดความไม่เหมาะสมในการทำหน้าที่ของตนในจิตใจ (ego function deficits) ร่วมกับการใช้กลไกทางจิตชนิดที่ไม่ช่วยแก้ปัญหา (primitive defense mechanisms) เช่น projection denial regression และ splitting จากสิ่งเหล่านี้มีผลให้เกิดความแปรปรวนทางจิตใจขึ้น

2.2) ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดา-ทารกที่ผิด จากคำอธิบายที่ว่าทารกแรกเกิดช่วยตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถสนองความต้องการให้กับตนเองได้ ฉะนั้นผู้เลี้ยงดูหรือมารดาจะเป็นบุคคลที่สนองความต้องการให้ทารกทุกอย่าง บุคคลทั้งสองจึงมีความสัมพันธ์ต่อกันเป็นความผูกพัน ความไม่ปกติเกิดจากการที่เด็กควรพัฒนามาช่วยตัวเองได้ แต่กลับไม่สามารถแยกจากมารดาได้ ต้องคอยพึ่งพาอาศัยมารดาตลอด พบได้ในกรณีที่ผู้เลี้ยงดูหรือมารดาแสดงให้เด็กเห็นว่า ตนเองมีอำนาจเหนือเด็ก เด็กจึงไม่มั่นใจ ไม่เป็นตัวของตัวเอง ยึดติดมารดามากขึ้น มีผลให้เด็กไม่พัฒนาในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับคนอื่น ไม่ช่วยตนเอง และมีพฤติกรรมถดถอย

2.3) ด้านการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในครอบครัว เชื่อว่าการที่บุคคลเจริญเติบโตมาในสภาพแวดล้อม หรือครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกัน หรือการสื่อสารต่อกันแบบไม่สม่ำเสมอ ไม่คงเส้นคงวา โดยเฉพาะการโต้ตอบที่เป็นแบบคำพูด และไม่ใช้คำพูด ที่ไม่ตรงไปตรงมา หรือมีข้อมูลแอบแฝงอยู่ ทำให้คนรับข้อมูลแปลไม่ได้ว่าการพูดเช่นนี้ หรือการยิ้มแบบนี้ จะมีความหมายเช่นเดียวกับการพูดหรือการยิ้มให้ครั้งที่เคยผ่านมาหรือไม่ สร้างความสับสนให้กับบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะเด็กที่กำลังเจริญเติบโต ทำให้เด็กมีความยุ่งยากในการแยกแยะความจริง ไม่รู้ว่าควรปฏิบัติอย่างไรให้คนอื่น ๆ พอใจ เกิดเป็นความไม่ไว้วางใจ และมีท่าทีระมัดระวัง ขาดความมั่นใจในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับคนอื่น ๆ ในสังคม

2.4) ด้านครอบครัวที่มีพยาธิสภาพ เด็กเกิดมาในครอบครัวที่ผู้เลี้ยงดูหรือบิดา มารดา มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น มีบุคลิกภาพแปรปรวน ติดสุรา หรือติดยาเสพติด ซึ่งเชื่อว่ามีผลต่อคุณภาพในการเลี้ยงดูบุตร ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของบุตรทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม และในบางครั้งพบว่าเด็กถูกกระทำรุนแรงทั้งทางด้านร่างกายและทางเพศ เด็กกลุ่มนี้จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะมีปัญหาทางสุขภาพจิตเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่

3.3 ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการแสดงของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ ดังต่อไปนี้ (มานิช หล่อตระกูล, 2539)

1) กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่

1.1) Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน

1.2) Disorganization dimension ได้แก่ Disorganized behavior และ Disorganized speech

อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ persecutory delusion delusion of reference

อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยได้แก่ auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่น ๆ ที่ไม่มีความหมาย

Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงให้เห็นโดยการพูด อาการที่แสดงออกมานี้ต้องเป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปลก บางคนปัสสาวะกลางที่สาธารณะ เป็นต้น

2) กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ได้แก่ พูดน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ การแสดงออกด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งเฉย ๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร เก็บตัว เฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรม ที่สนุกสนาน

ในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านลบ ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้น มักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

3.4 การจำแนกกลุ่มย่อย

โรคจิตเภท แบ่งออกตามลักษณะอาการทางคลินิก ออกเป็น 5 กลุ่มย่อย ได้แก่

1) Catatonic type เป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติเด่นด้านการเคลื่อนไหว ได้แก่ stupor negativism rigidity excitement หรือ posturing

2) Disorganized type ลักษณะสำคัญ คือ ความคิดกระจัดกระจาย ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน แสดงออกมาทางคำพูดหรือท่าทาง มีพฤติกรรมเรื่อยเปื่อย วุ่นวาย นอกจากนี้ การแสดงออกด้านอารมณ์จะเรียบเฉย หรือไม่เหมาะสมอย่างเห็นได้ชัด

3) Paranoid type ลักษณะสำคัญ คือ มีความหมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิด หรือ หูแว่ว

4) Undifferentiated type เป็นผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับโรคจิตเภท แต่ไม่สามารถจัดกลุ่มได้อย่างชัดเจนว่าเป็นชนิดใด

5) Residual type ผู้ป่วยเคยป่วยมีอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 ครั้ง ในขณะที่ประเมินไม่พบอาการด้านบวก หรืออาจมีแต่ไม่ใช่อาการเด่น ลักษณะอาการที่หลงเหลืออยู่ส่วนใหญ่เป็นอาการด้านลบ เช่น เก็บตัว เฉื่อยชา ไม่สนใจตนเอง เป็นต้น

ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจำแนกเป็นกลุ่ม ๆ ดังได้กล่าวมาแล้ว ซึ่งในแต่ละกลุ่มจะมีอาการผิดปกติเบื้องต้น เป็นอาการหลัก เหมือนกันอยู่ 4 อาการ และมีอาการร่วม 2 ประการ คือ (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534 ; อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541))

1) อาการหลัก ประกอบด้วย

1.1) ความผิดปกติของความต่อเนื่อง ของความคิด (associative disturbance) หมายถึง มีความคิดไม่ต่อเนื่อง และความคิดไม่เชื่อมโยงหรือไม่สัมพันธ์กัน

1.2) ความผิดปกติของอารมณ์แสดงออก (affective disturbance) หมายถึง มีการแสดงออกของอารมณ์แปรปรวน ไม่เหมาะสมหรือสอดคล้องกับสถานการณ์

1.3) หมกมุ่นในจินตนาการโดยไม่สนใจโลกภายนอก (autism) หมายถึง การสร้างเรื่องของตนเองขึ้นมา จึงอยู่ในโลกของตนเอง

1.4) มีอาการหรือความคิด สองจิตสองใจ (ambivalence) หมายถึง มีความลังเล ตัดสินใจไม่ได้ ไม่รู้จะทำอะไร

2) อาการร่วม ประกอบด้วย

2.1) อาการประสาทหลอน (hallucination)

2.2) อาการหลงผิด (delusion)

3.5 การดำเนินโรค

การดำเนินโรคทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

1) ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขภาพ อนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งอาจมีพฤติกรรมแปลก ๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน

2) ระยะกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการ ส่วนใหญ่มีอาการด้านบวก

3) ระยะเวลาหลังเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ หรืออาจเสื่อมลงมากกว่า อาการประสาทหลอน หรือหลงผิดอาจยังคงเหลืออยู่ แต่มิได้มีผล ต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก ในระยะอาการหลังเหลือ ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้าน จิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ แยกตัว วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง

ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วย ครั้งเดียว หรือ 2-3 ครั้ง แล้วหายขาด กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย พบได้น้อย ส่วนใหญ่จะยังคงมีอาการหลังเหลืออยู่บ้าง และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อย ครั้งอาการหลังเหลือจะยิ่งมากขึ้น หรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ อาการด้านบวกจะค่อย ๆ ลดความรุนแรง ลง อาการเด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า ในการติดตามผลในระยะเวลา 5 ปี พบ ได้ดังต่อไปนี้

- 1) มีอาการเพียงครั้งเดียว แล้วหายขาด พบได้ 22%
- 2) มีอาการหลายครั้ง โดยกลับสู่ภาวะปกติหรือเกือบปกติ พบได้ 35%
- 3) มีความบกพร่องหลังจากการป่วยครั้งแรก และมีอาการกำเริบเป็นระยะ โดยไม่กลับสู่ ภาวะปกติ พบได้ 8%
- 4) มีความบกพร่องเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ หลังการป่วยแต่ละครั้ง โดยไม่กลับสู่ภาวะปกติ พบได้ 35%

จากข้อมูลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอาการครั้งเดียว หรือหลายครั้ง สามารถ กลับคืนสู่ภาวะปกติ หรือเกือบปกติได้ถึง 57 %

3.6 การรักษา

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทนั้น มาโนช หล่อตระกูล (2539) ได้กล่าวไว้ดังนี้คือ

1.การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อควบคุมอาการด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่ กลับมีอาการซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา

ระยะเวลาในการรักษานั้น ส่วนใหญ่เห็นว่าผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกนั้นหลังจาก อาการของโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่ 2 ควรให้ ยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอด

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยไฟฟ้าผู้ป่วยจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการ รักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วย

ไฟฟ้าร่วมไปด้วย นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

3) การรักษาด้านจิตสังคม การรักษาด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษามีได้สนใจแก้ไข นอกจากนี้ อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่คอยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยทุก ๆ ด้าน การรักษาด้านจิตสังคมมีดังต่อไปนี้

3.1) จิตบำบัด ใช้วิธีจิตบำบัดประคับประคอง ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้

3.2) การให้การแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง และอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยนานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้ การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยให้ได้อย่างยิ่ง

3.3) กลุ่มบำบัด เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

3.4) นิเวศน์บำบัด เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยการทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทมาทั้งหมดแล้วนั้นสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช และโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านทรัพยากรบุคคล สาเหตุเกิดจากด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม การรักษาต้องผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกาย คือการใช้ยา และการรักษาด้านจิตสังคมเข้าด้วยกันจึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาวะปกติได้มากที่สุด และการรักษาด้านจิตสังคมเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลจิตเวช เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

3.5 เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยทางจิต

การจำแนกประเภทผู้ป่วย เป็นการให้ค่าความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในรูปปริมาณ ตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละคน โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็นประเภทต่าง ๆ 5 ประเภท (กรมสุขภาพจิต, ม.ป.ป.)

- 1) ผู้ป่วยประเภทฉุกเฉิน
- 2) ผู้ป่วยประเภทวิกฤติ
- 3) ผู้ป่วยประเภทแรกรับ
- 4) ผู้ป่วยประเภทเร่งรัดบำบัด
- 5) ผู้ป่วยประเภทบำบัดระยะยาว

เกณฑ์ที่ใช้บ่งชี้ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภท พิจารณาตามสภาพและลักษณะของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยตัวบ่งชี้ใหญ่ ๆ 3 หมวด คือ 1) การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล 2) การจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออกของตน และ 3) ศักยภาพส่วนบุคคล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล เป็นการประเมินความสามารถของบุคคลในการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและโลกภายนอก ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างตนเอง สิ่งแวดล้อม เช่น เวลาในอดีตและปัจจุบัน สถานที่ที่เกี่ยวข้อง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ด้วยทั้งในลักษณะความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและไม่ใกล้ชิด

2) การจัดการกับความคิด อารมณ์และการแสดงออกของตน เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับวิธีการคิด การควบคุมอารมณ์ และการแสดงออกของพฤติกรรม ที่ให้บรรลุเป้าหมายของตนเอง ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชจะรวมถึงอาการและอาการแสดงของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

3) ศักยภาพส่วนบุคคล เป็นความสามารถของบุคคลที่จะดำรงชีวิตของตนได้อย่างปกติ เช่นบุคคลทั่วไป ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

3.1) การดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน เป็นความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการพื้นฐานของร่างกาย เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การดูแลการเคลื่อนไหวร่างกาย การช้ถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ ฯลฯ

3.2) การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม เป็นความสามารถของบุคคลที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่อยู่รอบข้าง รวมถึงการมีกิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วย

3.3) การมีสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัด เป็นการประเมินความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ในลักษณะการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการรักษาระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

3.4) สมรรถภาพทางกาย เป็นความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะภายในร่างกายที่จะตอบสนองให้ บุคคลสามารถดำรงชีพอยู่ได้โดยอิสระตามธรรมชาติของร่างกายของบุคคลแต่ละคน

คำจำกัดความ

ผู้ป่วยทางจิต หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรม โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นผู้มีความผิดปกติทางจิต หรือป่วยเป็นโรคจิต

การรับรู้ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและโลกภายนอก ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างตนกับสิ่งแวดล้อม เช่น เวลา สถานที่ บุคคล เป็นต้น

การจัดการกับความคิด อารมณ์และการแสดงออกของตน หมายถึง กระบวนการคิดเกี่ยวกับ ความคิด อารมณ์ และการกระทำพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของตน ตลอดจนรวมถึงอาการ และอาการแสดงของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

ศักยภาพส่วนบุคคล หมายถึง ความสามารถของบุคคล ในเรื่องการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด และสมรรถภาพทางกาย

ภาวะแทรกซ้อน / ผลกระทบจากการรักษาทางชีวภาพ หมายถึง ภาวะที่ไม่พึงประสงค์/ผลกระทบจากการรักษา จากจิตเภสัชบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า การจำกัดพฤติกรรม

พยาธิสภาพทางกาย หมายถึง โรคแทรกซ้อนทางกายของผู้ป่วย เช่น โรคใช้สมองอักเสบ TB Advanced Stage ฯลฯ

มีอันตรายเสี่ยงต่อ ABC หมายถึง มีอันตราย / เสี่ยงต่อทางเดินหายใจ (Air Way) การหายใจ (Breathing) หัวใจและหลอดเลือด (Cardio Vascular)

เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยทางจิตและปัญญาอ่อน

| ประเภท เกณฑ์ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|--|--|---|
| | ผู้ป่วยฉุกเฉิน | ผู้ป่วยวิกฤติ | ผู้ป่วยแรกรับ | ผู้ป่วยเรื้อรัง | ผู้ป่วยบำบัด ระยะยาว |
| 1. การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล | ถูกต้อง/ ไม่ถูกต้อง | ไม่ถูกต้อง | สับสน | ถูกต้องในเรื่อง ใกล้ตัว | + ถูกต้องใน เรื่องใกล้ตัว + ในเรื่องไกลตัว |
| 2. การจัดการกับความ คิด อารมณ์ และแสดง ออกของตน (การควบคุม ตนเอง) | *เป็นอันตราย ต่อผู้อื่น ตน เอง และ/หรือ ทำลายทรัพย์สิน | *เป็นอันตราย ต่อตนเอง ผู้ อื่น และ/หรือ ทำลายทรัพย์สิน | *มีแนวโน้ม (เสี่ยง) ที่จะ เป็นอันตราย ต่อตนเอง ผู้ อื่น และ/หรือ ทำลายทรัพย์สิน | เป็นอันตราย ต่อความเป็น ตนเอง ในส่วน คุณค่าและ การทำหน้าที่ | ไม่เป็นอันตราย แต่ไม่เป็นประ โยชน์(สร้างสรรค์) ต่อตนเอง ผู้ อื่น และสิ่ง แวดล้อม |
| 3. ศักยภาพส่วนบุคคล | ต้องการการ ทำให้อำนาจ ได้เองบางส่วน | ต้องการ การทำให้อำนาจ | ดูแลตนเองได้ โดยมีการช่วย ทำให้อำนาจ | ดูแลตนเองได้ โดยมีการ ประคับประคอง สนับสนุนอย่าง ใกล้ชิด(บอกซ้ำ) | ดูแลตนเองได้ โดยการ ประคับประคอง สนับสนุนสอน จัดสิ่งแวดล้อม เป็นครั้งคราว |
| 3.1 การดูแลตนเอง เรื่องกิจวัตรประจำวัน | | | | | |
| 3.2 การดำรงตนใน ฐานะสมาชิกของสังคม | | | | | |
| -การร่วมกิจกรรม การ อยู่ร่วมกัน | X | X | ± | ได้โดยไม่ต้อง รับผิดชอบ | ได้และร่วมรับ รับผิดชอบ |
| -การพูดคุยทักทายใน กลุ่มเพื่อน บุคลากร | X | X | ± | ได้ แต่ไม่มีการ ริเริ่ม | ได้โดยเริ่มต้น เอง |
| 3.3 การมีสัมพันธ ภาพเชิงบำบัด | | | | | |
| -ไว้วางใจพยาบาล | X | X | ✓ | ✓ | ✓ |
| -ฟัง ได้ตอบ | X | X | X | ± | ✓ |
| -คิด แสดงความคิด | X | X | X | ± | ± |
| -บอกความรู้สึกของ ตนเอง | X | X | X | X(±) | ± |
| 3.4 สมรรถภาพ ทาง กาย | | | | | |

| ประเภท เกณฑ์ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------------------|---|--|--|---|---|
| | ผู้ป่วยฉุกเฉิน | ผู้ป่วยวิกฤติ | ผู้ป่วยแกร็บ | ผู้ป่วยเร่งรัด | ผู้ป่วยบำบัด ระยะยาว |
| -พยาธิสภาพทางกาย | *อุบัติเหตุมี ภาวะเสี่ยงที่ จะเป็น อันตรายต่อ ชีวิต (ABC) *มีพยาธิ สภาพเกี่ยวกับ Vital organ | *มี เสี่ยงต่อ ชีวิต ABC | มี ไม่มีเสี่ยงต่อ ชีวิต | มี ไม่รุนแรง | ไม่มี |
| -ผลกระทบจากการ รักษาทางกาย | *มีอันตรายต่อ ชีวิต *มีพยาธิ สภาพเกี่ยวกับ Vital organ (Unstable) | *มีเสี่ยงต่อ ชีวิต *มีพยาธิ สภาพเกี่ยวกับ Vital organ Vital signs (Unstable) | มี /ไม่มีเสี่ยงต่อ ชีวิต Vital signs (Unstable) | มีเสี่ยงปาน กลางต่อการ เกิดภาวะ แทรกซ้อน | มี แต่ไม่เสี่ยง ต่อชีวิต - ไม่มีพยาธิ สภาพเกี่ยวกับ Vital organ |

- หมายเหตุ
- X หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมตามที่ระบุไม่ได้
 - ± หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมตามที่ระบุได้เป็นครั้งคราว
 - ✓ หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมตามที่ระบุได้เกือบตลอดเวลา

3.6 การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

การเผชิญปัญหาในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน และจะมีคุณภาพหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะภายในของบุคคล ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ (สวเนียร์ เกียวกิงแก้ว, 2527) เพราะเมื่ออายุมากขึ้น ได้ผ่านวิกฤต ผ่านประสบการณ์ และมีวุฒิภาวะสูงขึ้น จะทำให้สามารถเลือกการเผชิญปัญหาได้ดี (Lazarus & Folkman, 1984) สำหรับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเป็นผู้ที่มีความผิดปกติในด้านความคิด และอารมณ์ โดยผู้ป่วยสูญเสียความสามารถด้านการตัดสินใจ การแสดงออกของพฤติกรรม และไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง และไม่สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Hedlund and Jeffy, 1993) การเผชิญปัญหาอย่างไม่เหมาะสม ได้แก่การใช้กลไกทางจิตมากเกินไป หรือมีพฤติกรรมที่อ้อมค้อม ค่อนข้างซับซ้อนในระดับจิตไร้สำนึก ซึ่งนอกจากจะไม่สามารถแก้ไขภาวะเครียดที่ต้นเหตุแล้ว ยังนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตประสาทได้ (Stuart & Sundeen, 1979 อ้างถึงใน ศิริพร โอภาสวัตชัย, 2531)

คำหวน วิสเพทย์ (2540) กล่าวว่า การที่บุคคลเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหา (Coping) แบบใดแบบหนึ่งนั้น มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่สะสม และพัฒนาเป็นรูปแบบของพฤติกรรมของแต่ละบุคคล และพอสรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมแยกตัวเองมักการเผชิญปัญหาแบบ การถดถอย (Regression) และ การเพ้อฝัน (Fantasy) ผู้ป่วยซึมเศร้ามักเผชิญปัญหาแบบ เก็บกด (Repression) และโทษตัวเอง (Introjection) ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมหวาดระแวง มักใช้การเผชิญปัญหาแบบโทษผู้อื่น (Projection)

จากการวิจัยของ Bell (1977 : 136-140 อ้างถึงใน ศิริพร โอภาสวัตชัย, 2531) พบว่า ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตใช้พฤติกรรมเผชิญปัญหาระยะสั้นมากกว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตดี การใช้พฤติกรรมเผชิญปัญหาระยะสั้นเป็นการมุ่งจัดการกับอารมณ์ ไม่มีการแก้ไขปัญหาที่แท้จริง ปัญหานั้นไม่หมดไป ซึ่ง ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2540) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาระยะสั้นได้แก่ พฤติกรรมต่อไปนี้ คือ ร้องไห้ หัวเราะ นอนหลับ ผีนกลางวัน สูบบุหรี่จัด ดื่มเหล้า เที่ยวเตร่มากขึ้น รับประทานจุ ไปหาหมอดู ไหว้พระ บนบานศาลกล่าว สร้างความหวัง แสดงความโกรธ กลัว ปฏิเสธ เป็นต้น

ดังนั้นพอสรุปได้โรคจิตเภท สาเหตุหนึ่งเนื่องมาจากการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหา หรือไม่สามารถปรับตัวได้ ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตขึ้น และผู้ป่วยจิตเภทนั้นมักใช้การเผชิญปัญหาระยะสั้น ซึ่งมุ่งจัดการกับอารมณ์ เป็นการเผชิญปัญหาแบบไม่เหมาะสม ผู้ป่วยจิตเภทจึงควรได้รับการรักษาพยาบาลเพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดีขึ้นได้

4. แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

Arnold M.S. et al. (1995) กล่าวว่า รูปแบบการรักษาทางยาที่เป็นที่นิยมโดยทั่วไป มักจะมองข้ามทางด้านอารมณ์ จิตวิญญาณ สังคม และความรู้เกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วย โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการดูแลด้านจิตสังคม โดยจะช่วยให้บุคคลพัฒนาทักษะ และความตระหนักรู้ในตนเอง ในการกำหนดเป้าหมาย การแก้ปัญหา การจัดการกับความเครียด การเผชิญปัญหา

Meller (1992) กล่าวว่า แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย (Patient's Power Resource) คือสิ่งที่จะสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วยที่จะเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย แหล่งของพลังอำนาจ พอสรุปได้ดังนี้

1) ความแข็งแรงของร่างกาย (Physical strength) ประกอบด้วย

1.1) ความสามารถในการทำงานของร่างกาย

1.2) ความสามารถของร่างกายที่จะคงความสมดุลทางกายภาพ

ความแข็งแรงของร่างกาย จะมีอิทธิพลต่อพลังอำนาจของผู้ป่วย เมื่อระบบของร่างกายถูกรบกวนโดยความเจ็บป่วย พลังอำนาจของบุคคลจะลดลง

2) ความเข้มแข็งอดทนของจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม (Psychologic Stamina and Social Support)

ความเข้มแข็งอดทนของจิตใจ หมายถึง ความยืดหยุ่นของบุคคล ความสามารถที่จะรักษาความสมดุลของจิตใจได้

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สัมพันธภาพ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โอกาสที่ได้รับการดูแล การมีหลักประกันที่เหมาะสม ความรู้สึกผูกพันอย่างแท้จริง และการได้รับคำแนะนำจากผู้ที่ไว้ใจ หรือผู้ที่ให้การดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย แรงสนับสนุนที่จับต้องได้ คือ การช่วยเหลือในกิจกรรมในการดำรงชีวิต และการสนับสนุนทางอารมณ์ และการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการประสบความสำเร็จในการเผชิญปัญหา

3) การมีมโนทัศน์แห่งตนในทางที่ดี (Positive Self-concept) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การมีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า (Self-esteem) จะสนับสนุนในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาของ Corrigan et al.(1997) พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสัมพันธ์กับการรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า ดังนั้นการพัฒนาการมีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าจะเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วย และ Haber et al (1992 cited in Meller 1992) กล่าวไว้ว่า ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตจะรู้สึก

ว่าตนเองไม่มีคุณค่า และมีส่วนเกี่ยวข้องกับการสูญเสียหน้าที่ของการเผชิญปัญหาด้วย ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท จึงเป็นการพัฒนาการมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และจะมีผลต่อการเผชิญปัญหาที่ดีขึ้นด้วย ได้เห็นว่า บุคคลต้องการมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถ และมีความรัก ซึ่งเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับผู้อื่น การตั้งใจ ความสำเร็จ และความรู้สึกว่าตนเองมีค่า รวมทั้งมีพลังอำนาจ

4) พลังงาน (Energy) พลังงานเป็นส่วนที่ระบบใช้ในการทำงาน ซึ่งต้องสมดุลระหว่างพลังงานที่สร้างขึ้น และใช้ไป แหล่งของพลังงานมาจาก อาหาร น้ำ การพักผ่อน และแรงจูงใจ

พลังงานเป็นสิ่งที่เก็บไว้ หรือนำมาใช้ในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ใช้ในการเผชิญปัญหา ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และใช้ในการเผชิญปัญหา พลังงานจะใช้สำหรับการเจริญเติบโต การเรียนรู้ การทำงาน และการเล่น Folkman & Lazarus (1984) กล่าวถึงพลังงานและภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา ถ้าบุคคลอ่อนแอ ป่วย เหนื่อย อ่อนเพลีย จะมีพลังในการเผชิญปัญหาน้อยกว่าบุคคลที่สุขภาพดี

1) ความรู้และการหยั่งรู้ (Knowledge and Insight) มีความรู้และการหยั่งรู้เกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถควบคุมและบรรเทาความวิตกกังวลลงได้ ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการตัดสินใจ และการตระหนักรู้ในการเลือก และการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงผลที่จะเกิดขึ้นของแต่ละทางเลือก

2) แรงจูงใจ (Motivation) ทฤษฎีแรงจูงใจ มีรากฐานจากความสามารถและการตัดสินใจ เป็นการพัฒนาความรู้สึกรู้จักของผู้ป่วยที่จะควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อม

3) ความเชื่อ (Belief System) ความเชื่อทำให้บุคคลมีความเข้มแข็ง และสามารถที่จะเผชิญปัญหา และจัดการกับปัญหาได้ ความเชื่อในกฎเกณฑ์ของสิ่งแวดล้อม ความเชื่อในการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ความเชื่อในผู้ดูแล และความเชื่อในตนเองซึ่งจะเป็นความเชื่อในความสามารถของตนเอง ถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อที่หนักแน่นในตัวผู้ดูแล โดยเชื่อในการสนับสนุน จะสามารถเผชิญกับปัญหาได้ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งเกิดขึ้นจากการสร้างสรรค์ของพยาบาลที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วย การดูแลทั้งหมดคือการช่วยเหลือ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะเป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย

ดังนั้นกลยุทธ์ในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภท คือ การพัฒนาส่วนประกอบของแหล่งของพลังอำนาจ การเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง ความหวัง การเสริมสร้างพลังงานที่พร่องไป และการพัฒนาความสามารถ เช่น การสร้างแรงจูงใจ และความรู้ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหา จัดการกับความเครียดได้ สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภิญญา หนูภักดี (2533) ได้ทำการศึกษาการเผชิญภาวะวิกฤติของคูชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และกลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายการเผชิญภาวะวิกฤติของคูชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งตัวพยากรณ์ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งของคู่สมรสที่เข้ารับการรักษานในซีซียู การดูแลคู่สมรสก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคม แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ และการประเมินสถานการณ์ ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคม แหล่งการสนับสนุนทางสังคม และประโยชน์ทางวัตถุ และการประเมินสถานการณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญภาวะวิกฤติแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญภาวะวิกฤติแบบมุ่งใช้อารมณ์

ศรีรัตนา ศุภพิทยากุล (2534) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความทนทาน พฤติกรรมเผชิญสถานการณ์ชีวิต กับระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ศึกษากลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การบริหารเวลา การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองโดยทั่วไป ความทนทาน ได้แก่ ความยืดหยุ่น ความสามารถในการควบคุม และความท้าทาย และพฤติกรรมเผชิญปัญหาชีวิต ตัวอย่างประชากร ได้แก่พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 371 คน พบว่า การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเครียด และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การบริหารเวลา การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียด

อุมาพร รัชชทิพย์ (2537) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ที่มารับคำปรึกษาจากพยาบาลกับปัจจัยบางประการ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการตรวจเลือดและวินิจฉัยว่าติดเชื้อ เอชไอวี และมารับคำปรึกษาจากพยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 60 ราย ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดโดยรวมของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ระดับการศึกษา และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลใน

ครอบครัว พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว

นงลักษณ์ บุญเยี่ยม (2537) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัด และสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และหาปัจจัยร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการเผชิญความเครียด ในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 50 ราย ผลการวิจัยพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ด้านการเผชิญหน้าปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพศและสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ด้านจัดการกับอารมณ์ และเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านแก้ปัญหาทางอ้อม

วรภา จันทริโชติ (2540) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการฝึกอบรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาเจตคติ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถของตนเองในนักศึกษาพยาบาล เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มทดลอง 34 คน กลุ่มควบคุม 34 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกอบรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ติดต่อกัน 3 วัน ติดตามผลเพื่อกระตุ้น สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมไม่มีการจัดกระทำ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล การเห็นคุณค่า ในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

Roger and other (1997 cited in Corrigan,1998) ได้ทำการศึกษา การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้รับบริการทางจิตเวชและเครื่องมือที่ใช้วัด จากตัวอย่างผู้รับบริการทางจิตเวช จำนวน 261 คน พบว่า โครงสร้างของการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความสัมพันธ์กับ 7 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสูญเสียพลังอำนาจ การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง การมองโลกในแง่ดี ความมีคุณธรรม และปฏิกิริยาของกลุ่มหรือชุมชน ปัจจัย ทั้งหมดที่กล่าวมานี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ ทำให้มีเจตคติในทางที่ดี มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อในตนเองว่าตนมีความสามารถ มองอนาคตในทางที่ดี และการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อชุมชน

ได้แก่ มีผลต่อ ตราบาปของผู้ป่วยในสังคม เกิดพลังในสังคม ทำให้มีการเปลี่ยนแปลง และส่งเสริมการมีปฏิภริยาในชุมชน

Corrigan (1998) ได้ทำการศึกษา เรื่อง โครงสร้างของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้รับบริการในหน่วยงานจิตเวช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่รับการรักษาในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ชิคาโก จำนวน 35 คน ตัวแปรที่ศึกษา คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ คุณภาพชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อาการทางจิตเวช ความต้องการและแหล่งประโยชน์ การปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง และเซา์ปัญหา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อตัวเอง และมีผลต่อชุมชน และการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อตัวเอง กับ คุณภาพชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และอาการทางจิต มีความสัมพันธ์กัน ส่วนการเสริมสร้าง พลังอำนาจมีผลต่อตัวเอง กับ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แหล่งประโยชน์ เซา์ปัญหา และเชื้อชาติ มีความสัมพันธ์กัน

Schofield (1998) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการให้การศึกษา เป็นรายบุคคล สำหรับผู้ป่วยทางจิตที่มีอาการรุนแรง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้ทำการศึกษา ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง จำนวน 13 คน ที่พักรักษาในสถานที่ดูแลผู้ป่วยในเมือง ใช้เวลา สัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง มีการบันทึกเทป และอภิปรายภายในกลุ่มอย่างไม่เป็นทางการ เวลาทั้งสิ้น 6 เดือน กระบวนการประกอบด้วย 6 ระยะ ดังนี้คือ ระยะที่1 การระบุประเด็น (Identifying the issue) การที่กลุ่มพัฒนาความไว้วางใจ การเล่าเรื่องที่ทําให้รู้สึกหมดพลังอำนาจภายในกลุ่ม ระยะที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Collecting information) คือการเก็บรวบรวมประสบการณ์ที่ทําให้หมดหวัง หมดพลังอำนาจ ระยะที่ 3 การวางแผนในการปฏิบัติ (Planning action) การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น การให้ความรู้กับผู้ป่วย ในระยะนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก เกิดพลังอำนาจ ระยะที่ 4 การสังเกตและการประเมินการกระทำ (Observing or evaluating the action) การสังเกตกันภายในกลุ่ม และการสังเกตประเมินตนเอง ระยะที่ 5 การคิดไตร่ตรอง (Reflecting) การคิดพิจารณาถึงตนเอง และอธิบายการเปลี่ยนแปลงของตนเองว่าเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการให้การศึกษา ทําให้บุคคลที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตสามารถค้นพบจุดมุ่งหมาย ความต้องการในชีวิต สามารถแก้ปัญหาด้วยตัวเอง สามารถควบคุมตนเองได้ เพิ่มความสัมพันธ์กับผู้อื่น นำไปประยุกต์ใช้ในการทํางาน การคิดพิจารณาถึงตัวเองสามารถสร้างจุดมุ่งหมายของชีวิตได้ มีความรับผิดชอบในชีวิตตนเองมากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

