

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในหัวข้อดังนี้

1. โรคจิตเภท
2. ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผลกระทบที่เกิดจากการดูแล
3. ความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ
5. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

โรคจิตเภท

ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท เป็นโรคเรื้อรัง ที่ทำให้เกิดความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ความจริง อารมณ์และสังคม จึงทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสม อาการผิดปกติจะปรากฏชัด เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน และมีอาการคงอยู่นานกว่า 6 เดือน (American Psychiatric Association, 1994) การดำเนินโรค โดยทั่วไปจะแบ่งการดำเนินโรคออกเป็น 3 ระยะ (APA, 1994) คือ 1). ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียน การทำงานแย่ลง เก็บตัว หลงใหลเรื่องสุขอนามัยและการแต่งกาย มีพฤติกรรมที่แปลกๆ แต่อาการยังไม่เด่นชัด 2.) ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการของโรคจิตชัดเจน เช่น หลงผิด ประสาทหลอน รูปแบบการพูดเสียระบบ มีพฤติกรรมที่แปลกประหลาด มักมีอาการรุนแรง ก้าวร้าว ทำร้ายสิ่งของ ทำร้ายตนเองและผู้อื่น 3.) ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการหรือเสื่อมลงมากกว่า ระยะนี้จะมีอาการเสื่อมทางจิตใจ

และสังคมมากกว่า (WHO, 1992) เช่น พุดน้อย เนื้อขาว ไร้อารมณ์ แยกตนเองออกจากสังคม ขาดความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ ไม่สนใจดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลตนเอง บางรายมีซึมเศร้าร่วม

การดำเนินโรคในแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งเป็นเพียงครั้งเดียวแล้วหายขาดหรือเป็น 2-3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมเหมือนก่อนมีอาการ แต่พบได้น้อย พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่หลังจากอาการกำเริบทุเลาลง จะยังคงหลงเหลืออาการอยู่บ้างและมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ บางคนเป็นๆ หายๆ ในขณะที่บางคนเป็นเรื้อรัง ส่วนการดูแลจะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หากมีอาการหลงเหลืออยู่ไม่มากผู้ดูแลมักไม่ต้องให้การช่วยเหลือมากนัก โดยอาจเป็นลักษณะของการเตือนหรือกระตุ้นและหากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทยังมีอาการหลงเหลืออยู่มาก ผู้ดูแลจำเป็นต้องช่วยเหลือหรือปฏิบัติให้เกือบทั้งหมด (รัชนิกร อุปเสน, 2541)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีเหตุปัจจัยหลายด้านที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท ได้แก่

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factor) เช่น

1.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetics factors) จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางพันธุกรรมพบว่าญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลทั่วไป (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; กิตติวรรณ เทียมแก้ว, 2544; Kaplan & Sadock, 1998)

1.2 ปัจจัยทางชีวเคมี (biological factors) เชื่อว่าเกิดจากความแปรปรวนของสารเคมีประสาทในสมอง (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) เช่น

1.2.1 สมมติฐานของโดปามีน (dopamine hypothesis) เชื่อว่าการเกิดโรคจิตเภทเกิดจากการที่สารโดปามีน (dopamine) ทำงานมากเกินไป แต่กลไกการทำให้เกิดโรคค่อนข้างซับซ้อน ยังไม่สามารถอธิบายได้

1.2.2 สมมติฐานของสารนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine hypothesis) พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีสารนอร์อิพิเนฟรินมากกว่าประชากรทั่วไป และโดยเฉพาะในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง

1.2.3 สมมติฐานของซีโรโตนิน (serotonin hypothesis) ต้านนิยฐานว่าในโรคจิตเภทมีความผิดปกติของภาวะสมดุลระหว่างซีโรโตนินกับโดปามีน โดยพบว่า อาการชนิดบวกสัมพันธ์กับการทำงานมากเกินไปของโดปามีน ส่วนอาการชนิดลบ (negative symptoms) สัมพันธ์กับการทำงาน

น้อยลงของซีโรโตนิน

1.2.4 ความผิดปกติของโครงสร้างสมองพบว่า สมองส่วนลิมบิก (limbic system) มีขนาดเล็กกว่าปกติ เซลล์ประสาทในไฮโปแคมปัส (hippocampus) เรียงตัวไม่เป็นระเบียบ ส่วนของเวนตริเคิล (lateral และ third ventricle) มีขนาดกว้างขึ้น ส่วนคอร์ติคอล (cortical volume) มีขนาดเล็กลง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

2. ปัจจัยทางครอบครัว สังคมและวัฒนธรรม (sociocultural factors)

การศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูง มากกว่าครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (วัชรภรณ์ ลือไชยงค์, 2541) โรคจิตเภทพบในประชากรที่มีฐานะยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะดี โดยมีความเชื่อว่าประชากรที่มีระดับเศรษฐกิจและสังคมต่ำต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่าแต่มีผู้โต้แย้งว่าโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เมื่อป่วยแล้วก็จะทำให้สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยตกต่ำ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542)

สรุป ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท ยังไม่ทราบชัดเจน เชื่อว่า เกิดจากหลายปัจจัย แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ รูปแบบของความเครียด (stress-diathesis model) ซึ่งเชื่อว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกันสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา หรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

อาการและอาการแสดงของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

โรคจิตเภทจะพบความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะสำคัญ ซึ่งมีการแสดงออกทางพฤติกรรม การรับรู้ อารมณ์ที่ผิดปกติจากคนปกติทั่วไป อาการและอาการแสดงของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition [DSM-IV]) ของสมาคมแพทยอเมริกัน อาการแสดงแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรมผู้ป่วยจะมีการหลงผิด ประสาทหลอน ไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด มักพบในระยะอาการกำเริบ

กลุ่มอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วๆ ไป ควรเป็น เช่น พูดน้อย หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย อาจนั่งเฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ไม่กล้าแสดงออก มักจะพบในระยะหลังของการดำเนินโรค

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM-IV (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542) ประกอบด้วย

1. ลักษณะอาการมีอย่างน้อยสองอาการต่อไปนี้ เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน คือ หลงผิด ประสาทหลอน การพูดแบบไม่มีแบบแผน พฤติกรรมไม่มีระเบียบแบบแผน หรือ อาการชนิดลบ เช่น อารมณ์ราบเรียบ การพูดน้อย การเสื่อมเสียหน้าที่ทางสังคม ขาดความสนใจในการทำงาน การเรียน แยกตัวออกจากสังคม เป็นต้น
2. ระยะเวลา มีอาการนานกว่า 6 เดือน
3. ไม่เข้ากับโรคจิตเภทอารมณ์แปรปรวน (schizoaffective) โรคอารมณ์แปรปรวน (mood disorder)
4. ไม่มีสาเหตุจากสารเสพติดหรือภาวะความเจ็บป่วยทางกายทั่วไป

การบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

การรักษาโรคจิตเภทประกอบด้วยวิธีต่างๆดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; กิตติวรรณ เทียมแก้ว, 2544)

1. การรักษาด้วยยา เป็นหัวใจของการรักษาที่จำเป็นที่สุด นอกจากเพื่อการควบคุมอาการทางด้านบวกแล้วยังสามารถลดอาการกำเริบซ้ำของโรคได้ การรักษาแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วง
 - 1.1 ระยะควบคุมอาการ (acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือการควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการของผู้ป่วยดีขึ้นเป็นผลมาจากฤทธิ์ของยา (sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้น ต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล
 - 1.2 ระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) หลังจากมีอาการสงบแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการ การรักษาโรคจิตที่ใช้ควรให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปอีก 6 เดือน การลดยาลงเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้ อาจทำให้มีอาการกำเริบได้
 - 1.3 ระยะอาการคงที่ (maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้ว แต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยพยากรณ์โรคไม่ดี การควบคุมโรคด้วยยายังเป็นสิ่งสำคัญขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไปเมื่อไม่มีอาการทางบวกที่ชัดเจนแล้วจะค่อยๆ ลดยา จนต่ำสุดที่คุมอาการได้

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy : ECT) ในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทระยะ

เฉียบพลัน มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย เช่น อาการก้าวร้าว ซึมเศร้าชนิดรุนแรง และผู้ที่เป็นโรคจิตเภทชนิดคาทาโทนิค (catatonic) รวมทั้งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ดื้อยา และไม่ตอบสนองต่อการรักษาได้ดีแล้ว การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับยาจะทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการดีขึ้น

3. การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatments)

3.1 จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการจิตบำบัดปรับประคับประคองทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริม ให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแก้ไขปัญหของตนได้อย่างเหมาะสม โดยใช้ศักยภาพของคนที่อยู่ให้ได้มากที่สุด รวมถึงการช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม ผู้รักษาควรตั้งเป้าหมายตามความเป็นจริง และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

3.2 ครอบครัวบำบัด (family therapy) เป็นการบำบัดและการให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (psychoeducation) ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเองเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเกิดความรู้สึกผิดและกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเพิ่มความกดดันให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นการทำครอบครัวบำบัดจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์อย่างสูงของสมาชิกภายในครอบครัว โดยการนำสมาชิกภายในครอบครัวของผู้ป่วย มาร่วมกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันและกัน การให้ความรู้ในเรื่องโรคและสิ่งที่ผู้ดูแลควรปฏิบัติจะช่วยให้ผู้ดูแลคลายความเครียด มีกำลังใจที่จะดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งจะช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้

3.3 พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้บำบัดจะให้แรงจูงใจและเสริมแรงในพฤติกรรมที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

3.4 กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางด้านสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

3.5 นิเวศบำบัด (milieu therapy) คือ เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ผู้ป่วยต้องช่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ เท่าที่พอทำได้ วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้เรียนรู้ การอยู่ร่วมกับผู้อื่นสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้น

ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผลกระทบที่เกิดจากการดูแล

ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน (จอม สุวรรณโณ, 2541; ขุพาพิน ศิริโพธิ์งาม; 2539, เขวลักษณ์ กลิ่นหอม, 2540) ฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985) ผู้ที่ทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง (give direct care) โดยให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย โอเร็ม (Orem, 1991) ได้ให้ความหมายผู้ดูแลว่าเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยมีส่วนช่วยส่งเสริมความอยู่รอดหรือสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา เนื่องจากบุคคลนั้น ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินหรือของรางวัลใดๆ (ครุณี คชพรหม, 2543)

การศึกษานี้ ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง สมาชิกครอบครัวหรือญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่อยู่ร่วมครอบครัวเดียวกัน ที่เข้ารับการรักษานอกโรงพยาบาลเมืองปาน อ. เมืองปาน จ. ลำปาง โดยสมาชิกในครอบครัวได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้องหรือญาติที่มีหน้าที่โดยตรงในการให้ความช่วยเหลือดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นผู้ที่น่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมารับ การตรวจรักษาโดยไม่รับค่าจ้างและค่าตอบแทนใดๆ

ผลกระทบที่ผู้ดูแลได้รับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมที่แปลกไป ก่อให้เกิดผลกระทบกับผู้ดูแล ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผู้ดูแลมักเป็นสมาชิกในครอบครัวได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง หรือญาติ มีความรัก ความผูกพันกับผู้ป่วย จะทุ่มเทกำลังกายและกำลังใจในการดูแล เช่น ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ พฤติกรรมรุนแรงไม่อาจคาดคะเนได้ เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ก้าวร้าว นอนไม่หลับ เดินไปเดินมา ผู้ดูแลต้องคอยเฝ้าสังเกตอาการและระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้น ทำให้เวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารได้น้อยลง ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ทรุดโทรม อ่อนเพลีย ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (รัชนีกร อุปเสน, 2541) อาการเครียด จะที่ปรากฏอาการทางด้านร่างกายจะมีอาการนอนไม่หลับ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย (เอื้ออารีย์ สาธิตา, 2543)

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแลจะรู้สึกเครียดจากพฤติกรรมที่มีปัญหาต่อผู้ดูแล คือ ไม่ยอมนอนตอนกลางคืน วุ่นวาย เดินไปเดินมา รบกวนผู้อื่น คาดเดาไม่ได้ รู้สึกหวาดกลัวว่าผู้ป่วยจะไปทำร้ายตนเองและผู้อื่น ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ วิตกกังวลและกลัวทุกข์ใจ (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) เครียดจากการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากไม่มีรายได้ ไม่มีงานทำ มีความพร้อมในการดูแลตนเองและการอยู่ร่วมกับคนอื่น (Baker, 1989) ผู้ดูแลต้องทนกับพฤติกรรม อารมณ์ ที่ผิดปกติที่ยังหลงเหลืออยู่ (จอม สุวรรณโน, 2541) ท้อแท้ เบื่อหน่าย หดงอใจ (เวทินี สุขมาก, อุไรวรรณ โชติรัตน์หิรัญ และเอมหทัย ศรีจันทร์หล้า, 2544) จากการศึกษาของณัฐยา พรหมบุตร (2545) เกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า มีแนวโน้มการเกิดความผิดปกติทางจิตเวชถึงร้อยละ 31.16 สอดคล้องกับการศึกษามนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และพรชัย พงษ์สงวนสิน (2544) พบว่าจากผลกระทบดังกล่าวทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ดูแลมากมาย หากผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้อง จะส่งผลให้เกิดความท้อแท้ หดงอใจ และเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต จากการศึกษาของอิชยา เขื่อนม้น (2545) ศึกษาสุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา จำนวน 72 คนพบว่า สุขภาพจิตโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ภาวะสุขภาพจิตที่ดีทำให้มีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาสูง ซึ่งสุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่โอเรม (Orem, 1995) กล่าวว่า เป็นปัจจัยพื้นฐานและมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา

3. ผลกระทบทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ชุมชน ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางคนอาการรุนแรงแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม แปลกประหลาด น่ากลัวและคุกคามต่อบุคคลในชุมชนได้ (Tammiga as cited in Anders อ้างใน สุขุมณา บุญชัย, 2545) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอับอาย และเป็นดราม่า (Glendy & Mackenzie, 1998) ไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ จากการที่ไม่สามารถหึงผู้ป่วยไว้ตามลำพังได้ (มนตรี อมรเชษฐ์กุล และ พรชัย พงษ์สงวนสิน, 2544)

4. ผลกระทบด้านความเป็นส่วนตัว ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ไม่สามารถกำหนดเวลาได้แน่นอน มีความสามารถในการทำงานแยลง เนื่องจากภารกิจที่ต้องดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (มนตรี อมรเชษฐ์กุล และพรชัย พงษ์สงวนสิน, 2544)

5. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ รายจ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้น จากการที่ต้องพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ รายรับลดลงจากการที่ต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ทำให้ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ (รัชนิกร อุปเสน, 2541)

จากผลกระทบที่ได้รับจากการที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทำให้ผู้ดูแล

จำเป็นต้องมีการดูแลตนเอง เพื่อจะได้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ดูแล จะกระทำต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองของผู้ดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการ การดูแลของบุคคลที่ต้องพึ่งพานั้น โอเร็ม (Orem, 1995) เรียกว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ความหมายของการดูแลตนเอง

โอเร็ม (Orem, 1995) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลแต่ละคนริเริ่มกระทำด้วยตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบ ต่อพัฒนาการสุขภาพหรือความผาสุกของตนเอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด หมายถึง กิจกรรมต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อตอบสนองการดูแลที่จำเป็น 3 ด้าน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ประกอบด้วย 1) การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) มุ่งสนองตอบ ความต้องการพื้นฐานสำหรับทุกเพศ ทุกวัย เพื่อส่งเสริม รักษา ชีวิต โครงสร้าง และการทำหน้าที่ได้ อย่างสมบูรณ์ 2) การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites) เป็นการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลที่ปกป้องเกี่ยวกับการพัฒนาการ วุฒิภาวะของบุคคล และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การสูญเสียบุคคลที่รัก การมีปัญหาปรับตัวทางสังคม การขาดการสนับสนุนจากญาติ เพื่อนหรือคนอื่นๆ เป็นต้น 3) การดูแลที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วย หรือได้รับอันตรายหรือบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคและอยู่ระหว่างการรักษา มีการแสวงหาความช่วยเหลือและเรียนรู้ในการดูแลรักษาจากบุคคลที่เชื่อถือได้ ด้วยการฟังการอบรม การซักถามข้อสงสัยของตนเอง

ทั้งนี้โอเร็ม (Orem, 1995) กล่าวว่า การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนอง ต่อความต้องการการดูแลของบุคคลต้องพึ่งพา ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง อันเนื่องมาจาก ภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ จำเป็นต้องมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา 10 ประการ (10 power components)

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา 10 ประการ (10 power components) เป็น ความสามารถซึ่งเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำที่จิตใจของผู้ดูแล ในการดูแลตนเองเพื่อ

ตอบสนองความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องพึ่งพาไม่ใช้การกระทำใดๆ ไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ได้แก่

2.1 ความสามารถของผู้ดูแลที่จะสนใจเอาใจใส่ในบุคคลที่ต้องพึ่งพาในฐานะผู้ดูแล รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

2.2 ความสามารถของผู้ดูแลที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเอง ให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลต้องมีความเอาใจใส่เรื่องการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พักผ่อนในเวลากลางคืนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เพื่อดูแลตนเองให้ร่างกายแข็งแรง กระฉับกระเฉง ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดจากการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

2.3 ความสามารถของผู้ดูแลที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ของตนเอง เพื่อให้มีการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการที่จะริเริ่มและประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ เพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

2.4 ความสามารถของผู้ดูแลที่จะใช้เหตุผล เพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา โดยใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกันการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพานั้นๆ

2.5 ความสามารถของผู้ดูแลในการมุ่งใจที่กระทำในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยมีเป้าหมายของการดูแลที่สอดคล้องกับคุณลักษณะ และความหมายที่ส่งผลดีต่อชีวิต สุขภาพ และความผาสุก

2.6 ความสามารถของผู้ดูแลที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 ความสามารถของผู้ดูแลในการเสาะแสวงหา ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจากผู้รู้ ผู้ชำนาญ การคงไว้ซึ่งความรู้ และการนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 ความสามารถของผู้ดูแลในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเองในการให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

2.9 ความสามารถของผู้ดูแลในการจัดลำดับกิจกรรมการดูแล หรือระบบการดูแลโดยเรียงลำดับความสำคัญก่อนและหลัง เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

2.10 ความสามารถของผู้ดูแลที่จะปฏิบัติการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และผสมผสานการดูแลเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนของการดำเนินชีวิต ทั้งในส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและความสามารถในการดูแลตนเอง

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจึงถือว่าเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาการดูแลจากบุคคลอื่น (นิสากร แก้วพิลา, 2545) ดังนั้น ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการ การดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ดูแลต้องมีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล ในการ รับรู้และการกระทำก่อน จึงจะพัฒนาให้เกิดพลังความสามารถ 10 ประการ (10 power components) แต่จากการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความ เป็นส่วนตัว ทำให้ผู้ดูแลขาดพลังความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลเพื่อตอบสนองต่อความ ต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ดังนี้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษา และใช้ เวลาในการดูแลรักษาที่ยาวนาน (Sadock & Sadock, 1998) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่หลังจาก อาการทุเลาลง จะยังคงหลงเหลืออยู่บ้างและมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยิ่งมีอาการ หลงเหลือมากขึ้นเรื่อยๆ บางคนเป็นๆ หายๆ ในขณะที่บางคนเป็นเรื้อรัง (Kaplan & sadock, 1998) ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม มักจะมีพฤติกรรม แปลกจากคนปกติ เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน อารมณ์เปลี่ยนไปจากเดิม บางรายเลื่อยซา ไร้อารมณ์ ขาดความคิดริเริ่ม และอาจมีซึมเศร้าร่วมด้วย (อรพรรณ บุญลือธวัชชัย, 2545) จากระยะของโรค ที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีความพร้อม ในการดูแลตนเอง เช่น หย่อนความสามารถ ในการดูแลตนเอง ทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน ความปลอดภัยของตนเอง การปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่มาพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น บกพร่อง มีความทนต่อความตึงเครียดได้น้อย ใช้สิ่งเสพติด (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545) โดยเฉพาะ การไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Sullivan, Well, Morgenstern, & Leake, 1995) โดยเฉพาะ เรื่องการเจ็บป่วยและการรับประทานยา เนื่องจากเคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผลข้างเคียงของการ รักษา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางส่วนมีอาการรุนแรงแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม แปลกประหลาด น่ากลัวและคุกคามต่อบุคคลในชุมชนได้ (Tammiga as cited in Anders, 2000 อ้างใน สุมณฑา บุญชัย, 2545) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอับอาย และเป็นดราม่า (Glendy & Mackenzie, 1998) จากที่กล่าวมา ทำให้ผู้ดูแลเกิดอาการตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วย รู้สึกเป็นภาระ สิ้นหวังเมื่ออาการ ผู้ป่วยไม่ดีขึ้น เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย รวมถึงการเพิกเฉยต่อบทบาทหน้าที่ผู้ดูแล (วัชรภรณ์ ลือไชสงค์, 2541) ทำให้ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ไม่สนใจ ใส่ใจสิ่งแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญ ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทำให้ขาดความสามารถในด้านความสนใจและเอาใจใส่ในต่อบุคคล ที่ต้องพึ่งพา ตรงตามแนวคิดของโอเรม (Orem, 1995)

จากการที่ผู้ดูแลผู้ที่โรคจิตเภทมักเป็นสมาชิกในครอบครัวได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง หรือญาติ มีความรัก ความผูกพันกับผู้ป่วย จะทุ่มเทกำลังกายและกำลังใจในการดูแล เช่น ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ พฤติกรรมรุนแรงไม่อาจคาดคะเนได้ เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ก้าวร้าว นอนไม่หลับ เดินไปเดินมา ผู้ดูแลจะคอยเฝ้าสังเกตอาการและระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้น ทำให้เวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารได้น้อยลง ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ร่างกายทรุดโทรม อ่อนเพลีย ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (รัชนิกร อุปเสน, 2541) อาการเครียดจะปรากฏที่อาการทางด้านร่างกาย เช่น จะมีอาการนอนไม่หลับ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแลจะรู้สึกเครียดจากพฤติกรรมที่มีปัญหาต่อผู้ดูแล คือ ไม่ยอมนอนตอนกลางคืน วุ่นวาย เดินไปเดินมา รบกวนผู้อื่น คาดเดาไม่ได้ รู้สึกหวาดกลัวว่าผู้ป่วยจะไปทำร้ายตนเองและผู้อื่น ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ วิตกกังวล และกลัวทุกข์ใจ (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) เครียดจากการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากไม่มีรายได้ ไม่มีงานทำ มีความพร้อมในการดูแลตนเองและการอยู่ร่วมกับคนอื่น (Baker, 1989) ผู้ดูแลต้องทนกับพฤติกรรม อารมณ์ ที่ผิดปกติที่ยังหลงเหลืออยู่ (จอม สุวรรณโน, 2541) ท้อแท้ เบื่อหน่าย หמדกำลังใจ (เวทีณี สุขมาก, อุไรวรรณ โชติรัตน์หิรัญ และเอมหทัย ศรีจันทร์ห่อ, 2544) จากการศึกษาของณัฐยา พรหมบุตร (2545) เกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า มีแนวโน้มการเกิดความผิดปกติทางจิตเวชถึงร้อยละ 31.16 สอดคล้องกับการศึกษามนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และ พรชัย พงษ์สงวนสิน (2544) พบว่าจากผลกระทบดังกล่าวผู้ดูแลมักจะละเลยตนเอง ส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ไม่สามารถที่จะใส่ใจกับตนเองในการที่จะทำให้อารมณ์แข็งแรง ทำให้ผู้ดูแลขาดความสามารถในด้านที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ตรงตามแนวคิดของโอเรม (Orem, 1995)

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็น โรคที่เกิดความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ความจริง อารมณ์และสังคม ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสม (APA, 1994) จึงเป็นโรคที่ยากต่อการดูแล และมักพบปัญหาการสื่อสารกัน ครอบครัว เช่น จากการศึกษาของพิริยาภรณ์ เชื้อหอม (2548) พบว่า พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว ด้านพื้นฐานการเข้าใจบุคคล ด้านการฟังอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการสื่อสารความรู้สึกและร่วมกันแก้ปัญหาในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับไม่ดี ทำให้เกิดปัญหาการสื่อสารในครอบครัว และผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูง มากกว่าครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (วัชรภรณ์ ลือไชยวงศ์, 2541) ผู้ดูแลไม่ทราบและไม่เห็นความสำคัญที่จะต้องบอกเมื่อต้องให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท แสดงให้เห็นว่า ความสามารถที่จะ

ใช้เหตุผลในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพร้อมไป ตามแนวคิดของโอเรม (Orem, 1995) ที่กล่าวว่า ความสามารถที่จะใช้เหตุผล เพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นความสามารถ อย่างหนึ่งในการดูแลตนเองของผู้ดูแลในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

นอกจากนี้ ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เป็นผู้ปกครอง มักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเองให้ การเลี้ยงดูบุตรไม่ดีจึงทำให้บุตรป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิดและกล่าวโทษตนเอง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) และอาการเจ็บป่วยทางจิตมักจะถูกมองว่าเป็นการ เบี่ยงเบนไปจากคนปกติทั่วไป ครอบครัวจะถูกตีตราจากคนรอบข้าง ทำให้เกิดความอาย รู้สึกผิด และกลัว ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัว (Anderson & Holder as cited in Danielson, et al อ้างในอิชยา เชื้อนมัน, 2545) ผู้ดูแลต้องทนกับ พฤติกรรม อารมณ์ ที่ผิดปกติที่ยังหลงเหลืออยู่ (จอม สุวรรณโน, 2541) ทำให้รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย หหมดกำลังใจ (เวทีนิ สุขมาก, อุไรวรรณ โชติรัตน์หิรัญ และเอมหทัย ศรีจันทร์ห่อ, 2544) ซึ่งการ ที่บุคคลขาดแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาและไม่สามารถให้การดูแลตนเอง ให้ สอดคล้องกับคุณลักษณะ ความหมายของชีวิต สุขภาพ สวัสดิภาพ และความผาสุก ตรงตามแนวคิด ของโอเรม (Orem, 1995)

จากการที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี ส่วนใหญ่อาการ กำเริบเมื่อมีความกดดันทางจิตใจ อาการที่เปลี่ยนแปลงก่อนการกำเริบที่พบบ่อยคือ การนอนหลับ ผิดปกติ แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และ มักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ไม่ทราบ อาการที่เปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบ และไม่สามารถตัดสินใจพาไปพบแพทย์ก่อนเกิดอาการกำเริบ ไม่กล้า บอกผู้ป่วยเมื่อเขาทำในสิ่งที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทและปฏิบัติตามที่ตัดสินใจ ซึ่งตรงกับแนวคิดของโอเรม (Orem, 1995) ของการขาด ความสามารถที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

จากการทบทวนวรรณกรรม มีหลายวรรณกรรมที่พบว่า ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษาพยาบาล และการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม (วราภรณ์ ตั้งตรงไพโรจน์, 2542; Loukissa, 1995) ขาดความรู้เกี่ยวกับยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา (ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540; สารุพร พุดขาว, 2541; วาสนา ปานดอก, 2545; Tungpunkom, 2000; Sethabouppha, 2005) ผู้ดูแลให้ผู้ป่วยหยุดยาเนื่องจากไม่ยอมให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทถูกมองว่า เป็นโรคจิต (วาสนา ปานดอก, 2545) ผู้ดูแลบางราย เชื่อว่า การเจ็บป่วยทางจิตมีสาเหตุมาจากทางด้าน ไสยศาสตร์หรือเกิดจากสิ่งที่เหนือธรรมชาติ ทำให้ผู้ดูแลแสวงหาทางช่วยเหลือทางจิตวิญญาณ จึงนำผู้ป่วยไปปรึกษาทางไสยศาสตร์ (เวทีนิ สุขมาก, อุไรวรรณ โชติรัตน์หิรัญ และเอมหทัย

ศรีจันทร์ห่อ, 2544) ขาดการเตรียมพร้อมในการที่จะดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่กล้าสอบถามแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับโรคและฤทธิ์ข้างเคียงของยา การขาดความรู้ดังกล่าว ตรงกับแนวคิดของโอเรม (Orem, 1995) เกี่ยวกับการขาดความสามารถด้านการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจากผู้รู้ ผู้ชำนาญ การคงไว้ซึ่งความรู้และนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติ

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ไม่สามารถกำหนดเวลาได้แน่นอน เนื่องจากภารกิจที่ต้องดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (มนตรี อมรเชษฐกุล และ พรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544) มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพบปะเพื่อนฝูงน้อยลง ความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องห่างเหินไป และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนน้อยลง (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) และ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มักจะแยกตัวอยู่คนเดียวไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เนื่องจากมีความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทำให้ถูกปฏิเสธจากสังคม เมื่อผู้ดูแลขอความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ทำให้ผู้ดูแลไม่ได้รับความช่วยเหลือ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง แสดงให้เห็นถึงการขาดความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทยังได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจ รายจ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้นจากการที่ต้องพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ รายรับลดลงจากการที่ต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ทำให้ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ (รัชนิกร อุปเสน, 2541) การดูแลฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นภาระหน้าที่ที่ผู้ดูแลหลีกเลี่ยงไม่ได้ (กรมสุขภาพจิต, 2540) ผู้ดูแลรู้สึกว่าความเป็นอิสระลดลง เนื่องจากมีภาระหลายอย่างที่ต้องคอยดูแลและรับผิดชอบผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทำให้รู้สึกว่าตนเอง มีหน้าที่มากเกินไป (ยาใจ สิทธิมงคล, 2539) แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลขาดความสามารถในการจัดลำดับกิจกรรมการดูแลหรือระบบการดูแล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาตรงกับแนวคิดของโอเรม (Orem, 1995)

นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลไม่สามารถกำหนดเวลาได้แน่นอน เนื่องจากภารกิจที่ต้องดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ การดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การพาไปพบแพทย์ ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย (มนตรี อมรเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544) ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง และผสมผสานการดูแลเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลและครอบครัวได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขาดความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อพร้อมที่จะให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งหมายถึงผู้ที่เป็นโรคจิตเภท แต่อย่างไรก็ตามการที่ผู้ดูแลจะให้การดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้มากนักก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลด้วย

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้แก่

พฤติกรรมของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมของแจคสัน สมิธ และแมคกอร์รี่ (Jackson, Smith, and Mc Gorry, 1990) พฤติกรรมที่สร้างความกดดันให้แก่ผู้ดูแลมาก คือ พฤติกรรมก้าวร้าว หลงผิด ประสาทหลอน แยกตนเอง และไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมนั้นได้ จึงประเมินว่าเป็นปัญหาสร้างความกดดันแก่ตน พฤติกรรมของผู้ป่วยจะสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยและความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล ซึ่งผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้นตามไปด้วย จึงกล่าวได้ว่า พฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทน่าจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (ทูลกา บุญผาสังข์, 2545)

อายุ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคล (Orem, 1991) ที่ต้องรับผิดชอบ โดยความสามารถนี้จะเพิ่มขึ้นตามลำดับของวัยซึ่งจะสูงสุดเมื่ออยู่ในผู้ใหญ่และค่อยๆ ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดีและมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง เมื่อบุคคลสามารถดูแลตนเองได้ดี เมื่ออายุมากขึ้น การดูแลบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเองก็น่าจะดีขึ้นตามอายุเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาของ สกาวรัตน์ พวงจันทร์ (2538) ไม่พบความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสอง

อาชีพ เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีการดูแลที่แตกต่างกัน โดยลักษณะอาชีพที่มีการปฏิบัติงานไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน อาจมีเวลาจำกัดในการดูแลผู้ป่วย หรือมีเวลาจำกัดในการพักผ่อน (ไพรินทร์ กันทะ, 2543)

รายได้ เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อศักยภาพของบุคคลในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาและเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล (Orem, 1985) ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีรายได้สูง ซึ่งเอื้ออำนวยความสะดวกให้บุคคลแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา รวมทั้ง สามารถเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาของชูศรี ดิวสกุล (2539) ในมารดาที่พาบุตรมารักษาที่โรงพยาบาล 300 คน พบว่า รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตร

สุขภาพ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแล เนื่องจากภาวะสุขภาพเป็นแหล่งประโยชน์ในด้านความสามารถของร่างกาย ที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีศักยภาพเพียงพอที่จะจัดการกับการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาโดยผู้ดูแลที่มีสุขภาพดีจะสามารถทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ถ้าผู้ดูแลมีสุขภาพที่ไม่ดีย่อมจะมีข้อจำกัดในด้าน

ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้อื่น การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือในกิจกรรม เช่นงานบ้าน การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดเตรียมอาหาร ถ้าผู้ดูแลมีสุขภาพที่ไม่ดี ก็ทำให้ศักยภาพลดลง จากการศึกษาของ เฉลิม วงศ์จันทร์ (2539) ในผู้ดูแลเด็กสมองพิการพบว่า ภาวะสุขภาพที่ดี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลเด็กสมองพิการ

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคล มีความสามารถในการค้นหาความรู้ มีความเข้าใจเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วย การมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วย จะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยบุคคลที่มีการศึกษาจะสามารถเข้าใจในเหตุการณ์ ข้อมูลต่างๆ ได้ดี สามารถนำความรู้และทักษะมาใช้ในการเผชิญปัญหา ทำให้ปรับกิจกรรม การดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแล (Orem, 1995) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถประยุกต์ความรู้สำหรับ การดูแลที่มีอยู่มาใช้ได้ง่ายกว่า สามารถรับรู้และทำความเข้าใจสิ่งที่เรียนรู้ได้มากกว่า (สการวรัตน์ พวงจันทร์, 2538; อัจฉริยา ปทุมวัน, 2534)

การประเมินความสามารถในการดูแล

การประเมินความสามารถในการดูแล ได้มีผู้สร้างแบบวัดความสามารถในการดูแลในลักษณะวัดพลังความสามารถ 10 ประการ ได้มีสร้างไว้หลายท่าน เช่น

เดนนิส (Denyes, 1981) สร้างเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (The Denyes Self-care Agency Instrument: DSCAI) ใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่น

แฮนสันและบิคเคิล (Hanson & Bickel, 1985) สร้างเครื่องมือวัดการรับรู้ในความสามารถในการดูแลตนเอง (The perception of Self-Care Agency Questionnaire) ใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีภาวะสุขภาพปกติ

เกเดนและเทลเลอร์ (Geden & Taylor, 1991) ได้ปรับปรุงเครื่องมือนี้และตั้งชื่อว่า Self-As-Carer Inventory (SCI) เพื่อให้ครอบคลุมพลังความสามารถ 10 ประการ

สมัย กาญจนมูร (2533) ได้สร้างแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อวัดพลังความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับหญิงตั้งครรภ์ 66 ข้อ ซึ่งมีผู้นำไปใช้เช่น กาญจนา บุญทับ (2534) ได้นำไปใช้ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอื่น

อิชยา เชื้อนมัน และภัทรภรณ์ หุ่นปันคำ (2545) ได้สร้างแบบประเมินความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เพื่อวัดพลังความสามารถของมารดาในการดูแลเด็กออทิสติก จำนวน 30 ข้อ

นิสกร แก้วพิลา (2545) ได้สร้างแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท

โดยดัดแปลงมาจาก แบบประเมินความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ของอิชยา เชื้อนมนั และภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ (ยังไม่ได้ตีพิมพ์) เพื่อประเมินความสามารถของญาติในการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท เนื้อหาครอบคลุมความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนอง ความต้องการการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท ที่เกิดจากการเรียนรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแล การ ช่วยเหลือผู้ที่เป็น โรคจิตเภทที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ตามการรับรู้ของญาติเกี่ยวกับพลัง ความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองอย่างจงใจ และตามศักยภาพที่ญาติสามารถกระทำได้ มีข้อคำถามทั้งหมด 44 ข้อ วัดพลังความสามารถ 10 ประการของญาติในการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท ดังนี้ 1) ด้านความสนใจและเอาใจใส่ในฐานะผู้ดูแล 2) ด้านความสามารถที่จะควบคุมพลังงาน ทางด้านร่างกายของตนเอง 3) ด้านความสามารถที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย 4) ด้านความสามารถที่จะใช้เหตุผล 5) ด้านแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแล 6) ด้านความสามารถที่จะ ตัดสินใจ 7) ด้านความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้ 8) ด้านทักษะในการใช้กระบวนการ ทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพกับ บุคคลอื่น 9) ด้านความสามารถในการจัดลำดับ กิจกรรมการดูแลหรือระบบการดูแล 10) ด้าน ความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลอย่างต่อเนื่อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท ของนิสากร แก้วพิลา (2545) เนื่องจากการเป็นกรปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองของผู้ดูแลเพื่อ ตอบสนองความต้องการการดูแลและให้การช่วยเหลือผู้ที่เป็น โรคจิตเภทที่มีความพร้อมในการดูแล ตนเองตามการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับ พลังความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองอย่างจงใจ และตามศักยภาพที่ผู้ดูแลสามารถกระทำได้ ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา

การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท สามารถพัฒนาโดยวิธีการดังนี้ ได้แก่

1. การให้จิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นการให้ความรู้ที่ทีมสุขภาพนำมาสอนผู้ที่เป็น โรคจิตเภทและผู้ดูแล (Townsend, 2000) ประกอบด้วย เนื้อหาเรื่องโรคจิตเภท เกี่ยวกับลักษณะโรค อาการแสดง การรักษาพยาบาล และเนื้อหาเรื่องการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท เกี่ยวกับการจัดการให้ผู้ป่วย ได้รับยา อาการข้างเคียงของการรักษาโรคจิต ความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่อง การติดต่อ ประสานงานกับทีมสุขภาพ การผ่อนคลายความเครียด ทักษะทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยสอนให้มีทักษะในการสื่อสาร การแก้ไขปัญห และ การตัดสินใจ การให้จิตศึกษาอาจให้เป็น

กลุ่ม หรือรายบุคคลก็ได้

2. การให้การปรึกษา (Counseling) เป็นวิธีการสนับสนุนและประทับประคองจิตใจ ให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ และให้ความสำคัญกับประสบการณ์ การดูแลของผู้ดูแล ปัจจุบันมักจะเป็นกลุ่มประทับประคอง (support group) ผู้ดูแลมีโอกาสดูแล เปิดเผย ความรู้สึกอย่างมาก ช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลระหว่างกัน เรียนรู้กลวิธีแก้ไข ปัญหาขณะให้การดูแล นอกจากนี้มีบริการให้การปรึกษาและช่วยเหลือในด้านการเงิน ทางกฎหมาย เป็นต้น

3. การสร้างกระบวนการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน (ภัทรภรณ์ หุ่นคำปัน และคณะ, 2547) ซึ่งกระบวนการดูแลจะแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) การดูแลในช่วงวิกฤติและฉุกเฉิน 2) การดูแลในช่วงขอความช่วยเหลือ 3) การดูแลในช่วงดำเนินชีวิตตามปกติ กระบวนการดูแลจะเป็นพลวัตร กลับไปกลับมาในแต่ละช่วงอาการของผู้ป่วยที่กำลังเป็นครั้งคราว

4. การเปิดโอกาสให้ชุมชนและครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มากขึ้น เป็นวิธีการสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสามารถ และพลังอำนาจที่จะควบคุม สถานการณ์ในการดูแล โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลระหว่างทีมสุขภาพกับ ผู้ดูแล ปรึกษาหารือและตัดสินใจร่วมกัน ในการกำหนดเป้าหมายการดูแล วางแผนการดูแล เลือก วิธีการปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสม ลงมือปฏิบัติ ประเมินผล ค้นหาข้อมูลเพื่อนำมาวางแผนการดูแล และปรับเปลี่ยนการดูแล ให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน (Laitinen & Isola, 1996) เช่น โครงการ ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในตึกสหทัย โรงพยาบาลสวนปรุง จ.เชียงใหม่ เป็นการดำเนินการ จิตเวชเชิงรุก ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วย ขณะเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

5. การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) เป็นกระบวนการที่ช่วยเพิ่มความสามารถ ของบุคคลให้มีอำนาจในการควบคุมจัดการ และการใช้ทรัพยากร หรือความรู้ ความสามารถของ ตนเองอย่างมีประสิทธิภาพการเสริมสร้างพลังอำนาจกิบสัน (Gibson, 1993) ได้ศึกษากระบวนการ เสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาสามารถช่วยให้ผู้ดูแลได้มีการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น การศึกษาของ จุฬารัตน์ สุริยาทัย (2547) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถในการ ดูแลตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ทำให้กลุ่มตัวอย่าง สามารถมีการดูแลตนเองที่มากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ซึ่งจะเห็นได้ว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) อาจทำ ให้เกิดศักยภาพ หรือเพิ่มความสามารถแก่ผู้ดูแลในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลของบุคคลที่ต้องการพึ่งพาให้เกิดประสิทธิภาพได้

การเสริมสร้างพลังอำนาจ

แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามความหมายตามพจนานุกรม ของคอลลิน (A Collins dictionary, Meleod, 1987 อ้างใน พิกุล นันทชัยพันธ์, 2540) เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการให้อำนาจหรือเป็นผลลัพธ์การให้อำนาจ (to give power or authority to, authorize) (Gibson, 1991) เป็นการช่วยให้บุคคล มีความสามารถในการเพิ่มทักษะของตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดนามธรรม ซึ่งขึ้นอยู่กับเวลาและสถานที่ในขณะนั้น (Gibson, 1993) เป็นการให้อำนาจหรือการเพิ่มความสามารถของบุคคลให้มีอำนาจในการควบคุมจัดการ และการใช้ทรัพยากร หรือความรู้ความสามารถของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพ (Gibson, 1993) เป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการควบคุมสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพให้เกิดความรู้สึกว่า ตนเองมีพลังอำนาจสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal process) มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก มีลักษณะที่ทั้งสองฝ่าย ต้องใช้ความพยายามร่วมกัน มีการเพิ่มพูนความรู้สึกสำนึกถึงคุณค่า และการสร้างประสิทธิภาพของตนเอง ในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล ตลอดจนการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ด้วยการมีปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างประโยชน์ร่วมกันที่มุ่งเพิ่มความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้น เป็นการหาทางออก ทางแก้ปัญหา มากกว่าที่ตัวปัญหา ให้ความสำคัญกับสิทธิความสามารถมากกว่าข้อจำกัดหรือจุดด้อยของบุคคล มีกลไกที่เกี่ยวข้องกับอำนาจของบุคคล มีทั้ง การให้ การรับอำนาจและการใช้อำนาจร่วมกัน มิใช่เพียงแค่ผู้ใช้อำนาจพยายามสร้างอำนาจ แต่รวมถึงผู้มีอำนาจถ่ายโอนอำนาจ มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกหรือกระทำการกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความเจริญและมีพัฒนาการของบุคคลครอบครัวหรือชุมชน เพื่อให้เป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ ประสบความสำเร็จในการควบคุมสิ่งแวดล้อม กำหนดทิศทางในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่า ตนมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่ หรือชีวิตของตนเองได้นอกจากนี้กิบสัน (Gibson, 1993) ได้กล่าวว่า การที่จะช่วยเหลือบุคคล ในการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ต้องมีความเชื่อพื้นฐาน ดังนี้

1. บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพ สุขภาพเป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่ต้องรับผิดชอบ แม้ว่าแพทย์ พยาบาล จะมีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคล แต่ก็ยังไม่มีอำนาจผูกขาดต่อสุขภาพเหนือบุคคลนั้น แต่กลับต้องเคารพในสิทธิของบุคคลต่อภาวะการมีสุขภาพ

2. บุคคลควรได้รับความเคารพนับถือต่อศักยภาพของบุคคล ในการที่จะพัฒนาความเจริญงอกงาม และความต้องการการตอบสนองตอบต่อเป้าหมายในชีวิตของเขาเอง บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจในเรื่องใดๆ ของตน แม้ว่าบางครั้งอาจต้องอาศัยข้อมูลหรือความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นบ้างก็ตาม

3. บุคคลทางสุขภาพ ไม่สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้บุคคลเกิดความสามารถได้ด้วยของบุคคลเองเท่านั้นที่จะเสริมสร้างอำนาจของตนเอง ในขณะที่บุคลากรทางสุขภาพจะต้องให้การช่วยเหลือให้เกิดการคงทนของพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และรู้จักใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมได้ และเชื่อมั่นในความสามารถของตน ช่วยส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาตนเองของบุคคล

4. บุคลากรทางสุขภาพต้องยอมรับความสำคัญ สำหรับการให้ความร่วมมือของชุมชน ต้องมีสำนึกในเรื่องของอิสรภาพ และพร้อมรับการรับการปฏิเสธและพร้อมที่จะรับการปฏิเสธความช่วยเหลือของบุคคล บุคคลจะตัดสินใจเลือกสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องทำตามคำแนะนำที่บุคลากรแนะนำไว้ ซึ่งบุคลากรควรมีแนวทางในการพิทักษ์สิทธิให้กับผู้รับบริการ

5. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดขึ้นได้ จากความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ไม่ใช่ลักษณะของการมองว่า ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเป็นผู้เสียเปรียบ มีปมด้อย ในขณะที่อีกฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ได้เปรียบและมีความสามารถเหนือกว่า ปฏิสัมพันธ์ทั้งสองฝ่ายควรเป็นแบบเกื้อกูลกัน เอื้อผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน

6. ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต้องมีความเชื่อถือ ไว้วางใจกันและกัน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล

กิบสัน (Gibson, 1995) กล่าวว่า ปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความมุ่งมั่นทุ่มเท (commitment) ความผูกพัน (bound) และความรัก (love) ของบุคคลต่อเรื่องนั้นๆ โดยมีความคับข้องใจ ความขัดแย้ง ปัญหาหรืออุปสรรคเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเข้าสู่ขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการ ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่

1. ปัจจัยภายในบุคคล (intrapersonal factors) ประกอบด้วย ค่านิยม (value) ของตนเอง มีความรักในตนเอง ความเชื่อ (beliefs) ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค เป้าหมายในชีวิต (determine) ช่วยให้บุคคลมีพลังความเข้มแข็งและแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อไปสู่เป้าหมาย ส่วนประสบการณ์ส่วนบุคคล (experience) ช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับจัดการและควบคุมสถานการณ์

2. ปัจจัยภายนอกบุคคล (interpersonal factors) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม (social support) สมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้อง ทีมสุขภาพ ที่มีส่วนสนับสนุนให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและแผนการรักษา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม บรรยากาศที่ดี ความช่วยเหลือและความปรารถนาดีต่อกัน ปัจจัยด้านบุคคล บุคคลต้องยอมรับในบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ ยึดมั่นในการที่จะปฏิบัติร่วมกัน ปัจจัยด้านเวลา ปัจจัยด้านปรัชญา และความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจ (Chandler, 1992)

สรุปการที่บุคคลจะสามารถเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกดังกล่าวมาแล้ว ถ้าปัจจัยดังกล่าวดี ก็จะทำให้การเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นไปได้ด้วยดีและประสบผลสำเร็จในทางตรงกันข้าม ถ้าปัจจัยดังกล่าวไม่ดี ก็มีผลทำให้การเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไม่ประสบผลสำเร็จ ดังนั้นในการที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจ ควรคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งภายในและภายนอกบุคคล และควรพัฒนาปัจจัยเหล่านั้นให้ดียิ่งขึ้น เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเอง และหาแนวทางแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ อยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำงานร่วมกันและการมีส่วนร่วม จากการศึกษาของกิบสัน (Gibson, 1995) กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นขั้นตอนที่พยายามให้บุคคลค้นพบและยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับตนเอง ประกอบไปด้วย การตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ

การตอบสนองด้านอารมณ์ (emotional responses) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ก็จะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิดกกังวล ทำให้บุคคลไม่สามารถยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพความเป็นจริงได้ ความเจ็บปวดที่ต้องเผชิญ ความไม่เข้าใจ ความยุ่งยากและซับซ้อนของปัญหา ความไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้า ระยะนี้บุคคลจะเกิดความคับข้องใจ แต่จะรู้สึกดีขึ้นหากเปลี่ยนวิธีคิด และมีความหวัง จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจพยายามค้นหาปัญหา สาเหตุ ที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง สามารถหาแนวทางแก้ไขได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การตอบสนองด้านสติปัญญา การรับรู้ (cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสีย

ความสามารถ ความมั่นใจ ก็จะมีการแสวงหาความช่วยเหลือ จากสิ่งรอบข้าง การหาข้อมูล ความรู้ ซักถามจากผู้มีความรู้ มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และใช้ข้อมูลจากการแสวงหามาใช้ในการประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติ

การตอบสนองด้านพฤติกรรม (behavioural response) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนัก เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าการกระทำของตนดีที่สุด พยายามมอง ปัญหาในแง่ดี ทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้น เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของ ตนเอง พยายามทำทุกวิถีทาง เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหานั้นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) เป็นการเริ่มต้นของ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อบุคคลค้นพบปัญหาและเกิดความคับข้องใจมากขึ้น ควบคู่ ไปด้วยความผิดหวัง ช่วยให้ออกมาพิจารณาปัญหา ประเมิน คิดพินิจ พิจารณาถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจน เกิดการพัฒนา ความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง มีความคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากการไร้ ความสามารถของตนเอง บุคคลจะพยายามหาทางเลือกในการปฏิบัติ ช่วยให้บุคคลเกิดการ พัฒนาขึ้น เริ่มมีความตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเอง ความสามารถ ความถูกต้อง เกิด ความรู้สึกมั่นใจในความรู้ ความสามารถและ การตัดสินใจ นำไปสู่การเลือกปฏิบัติที่เหมาะสม และการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (taking charge) ก่อนนั้น บุคคลมีความตระหนักในความเข้มแข็ง เชื่อมั่นในความรู้ของตนเอง การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ กิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยมีเงื่อนไข ดังนี้ คือ การ ส่งเสริม (advocating for) การเรียนรู้ในการแก้ปัญหา (learning the ropes) การเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม (learning to persist) การเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาล (driving negotiation in the hospital setting) การสร้างความรู้สึกร่วมกัน (establishing partnership) เป็นกุญแจสำคัญที่ต้องการ การรับรู้ และการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพของตน บุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัย ประกอบกับการพิจารณาในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ ต้องการ การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ การมีส่วนร่วมอภิปรายปัญหากับทีมสุขภาพ ช่วยให้การตัดสินใจ แก้ปัญหาเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมุ่งมั่น ไปสู่ เป้าหมายอย่างสม่ำเสมอด้วยคุณค่าของบุคคลเอง

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่คงประสิทธิภาพ (holding on) เป็นผลมาจากการ ที่บุคคลตระหนักในความเข้มแข็ง การมีความสามารถในตนเอง พยายามคงอยู่ด้วยตนเอง และมี พลังอำนาจ แม้ว่า สถานการณ์ต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งในระยะนี้ เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตาม

ทางเลือกแล้ว พยายามกับบุคคลจะร่วมมือแก้ไขปัญหา สามารถมีกลยุทธ์อื่นๆ ในการแก้ปัญหาด้วยตัวเอง เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือความสำเร็จ บุคคลรู้สึกว่ามี ความมั่นใจ มีพลัง มีความสามารถ มีอำนาจในการควบคุมสิ่งต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อตนเองได้ และ คงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่แก้ปัญหานั้น สำหรับใช้ครั้งต่อไป เมื่อพบปัญหาสามารถย้อนกลับไปใน วงจรของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้อีกอย่างเป็นพลวัตร

จะเห็นได้ว่า ในแต่ละขั้นตอนในการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีความต่อเนื่องกัน การที่ บุคคลจะสามารถผ่านแต่ละขั้นตอนได้ จะต้องใช้ความคิดอย่างเป็นระบบ ใช้ความพยายาม ความ เชื่อมั่น พลังความคิด อย่างไรก็ตาม เมื่อบุคคลสามารถผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะเกิดผลต่อบุคคลในคุณลักษณะที่จะช่วยให้สามารถ ปฏิบัติงาน ได้บรรลุ ผลสำเร็จ ตามเป้าหมายที่ต้องการ สามารถแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเอง แนว ทางการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถทำได้ ทั้งเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ซึ่งก็มีข้อดีและอุปสรรค แตกต่างกันไป

จากการทบทวนวรรณกรรมเท่าที่ผ่านมา พบว่า ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับ การเสริมสร้าง พลังอำนาจต่อพฤติกรรม ในการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดย เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดูแล การตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติของตนเองในโรคที่ เป็นอยู่ ได้แก่

กิบสัน (Gibson, 1993) ได้ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาจำนวน 12 ราย ที่ให้การดูแลบุตรที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูล รายบุคคล ด้วยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การบันทึก การสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถช่วยให้ผู้ดูแลได้มีการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น โดยมีรายงานว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้ จากรายงานการศึกษาของกิบสัน (Gibson, 1993) ได้มีรายงานผลลัพธ์เชิงลบของการเสริมสร้างพลัง อำนาจ มีตัวอย่างเพียงส่วนน้อยที่มีรายงานว่าเมื่อมีการพัฒนาตนเองแล้ว จะถูกปฏิเสธหรือไม่ได้รับ การยอมรับ ต้องมีการระมัดระวังมากเกินไป และจะได้รับการสนับสนุนน้อยจากทีมสุขภาพ เพราะทุกคนประเมินว่าเขาสามารถจัดการหรือกระทำการต่างๆ ได้ด้วยตนเองจากการศึกษาของ พนาร์ตัน เจนจบ (2542) เป็นการศึกษาในรูปแบบกรณีศึกษาที่มีการจัดกระทำ เป็นรายกรณีศึกษา ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จำนวน 10 ราย นำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิด ของกิบสัน (Gibson, 1993) ไปใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ กิจกรรมที่ใช้สนับสนุนขั้นตอนของ กระบวนการมีทั้งหมด 10 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างและคงไว้ซึ่ง สัมพันธภาพอันดี การยอมรับ ความเป็นบุคคล การจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เทคนิคการใช้คำถาม การ

สนับสนุนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง การอภิปรายปัญหาร่วมกัน การกระตุ้นให้มีการติดตามและประเมินผลตนเองอย่างต่อเนื่อง การร่วมกันหาแนวทางเลือกเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการประเมินผลเชิงบวก ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้พลังอำนาจที่เพิ่มขึ้น ไม่พบผลลัพธ์เชิงลบ

การศึกษาของเบอร์เกอร์ แอนเดอร์สัน และคาวกเจียน (Berger, Anderson & KavookJian, 2002) ได้ศึกษาถึง กลยุทธ์ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่รับยาเป็นประจำ โดยเกสซกร ใช้แนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ศึกษาผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับยาอย่างต่อเนื่องจำนวน 30 ราย พบว่า กลยุทธ์ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ การเปิดเผยวิถีชีวิตประจำวัน การใช้วันที่สำคัญในการสร้างพลัง การใช้สิ่งที่ดีในชีวิต การให้ข้อมูลข่าวสาร การกล่าวถึงอนาคตที่วางไว้เพื่อช่วยในการตัดสินใจ และมีการใช้ทักษะดังนี้ การสื่อสาร การแสวงหาข่าวสาร การกล้าแสดงความคิดเห็น กล้าตัดสินใจ สามารถเผชิญปัญหาได้ และความสามารถแสวงหา แหล่งสนับสนุนทางสังคม

การศึกษาของ อัมพวรรณ ถากาศ (2548) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในคลินิกสุขภาพจิต โดยใช้แนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) จำนวน 15 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีความรักและความผูกพัน ความรับผิดชอบในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่เป็นพลังผลักดันให้ผู้ดูแล มีการพัฒนาตนเอง และพึงพอใจในตนเองในการดูแลการอยู่ร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการที่สงบ มีชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่า กระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในบุคคล และระหว่างบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน อาศัยการมีส่วนร่วมในกระบวนการที่มีการสื่อสารที่ดี มีการเรียนรู้ ประสบการณ์ การสนับสนุน การปฏิบัติ เพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจ ความพึงพอใจ ในความสามารถของตนเองในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เอื้อต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ ภายใต้อารมณ์ที่อบอุ่น จริงใจ และไว้วางใจซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ ยังมีความรับผิดชอบ ความรัก ความผูกพัน รวมถึง ความคับข้องใจที่เป็นแรงผลักดันให้ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดำเนินต่อไปจนบรรลุเป้าหมาย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม เป็นการนำกระบวนการกลุ่มบำบัด มาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้แก่บุคคลในการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา เช่น การศึกษากิบสัน (Gibson, 1993) ได้ประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ศึกษาในกลุ่มเด็กออทิสติก

-อเมริกา พบว่าปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยการช่วยให้บุคคลมีโอกาสดูแลตนเองถึงประสบการณ์ ยอมรับการสนับสนุนจากสังคม ซุก บลิง (Suk Bling, 1998) ศึกษา รูปแบบการเสริมสร้างอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง และบทบาทของกลุ่มที่สนับสนุนกันเองพบว่า การรับรู้ถึงความเหมือน การเป็นตัวแบบ การสนับสนุนทางสังคม เป็นกลไกที่สำคัญของ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และพบว่า กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในด้านการให้ความหมายต่อชีวิต ความหวัง ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ การยอมรับความเจ็บป่วย และความคิดทางบวก จากการศึกษาของจุฬารัตน์ สุริยาทัย (2547) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 26 คน โดยใช้แนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การพบค้นพบสภาพการณ์ที่เป็นจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ พบว่าความสามารถในการดูแลตนเอง ภายหลังเข้าร่วมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมกระบวนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ ประสิทธิภาพของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มที่เห็นได้ชัด คือ กลุ่มเป็นเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การได้เรียนรู้ร่วมกันของสมาชิกกลุ่ม ชี้นำแนวทางแก้ไขปัญหาและให้กำลังใจ ในผู้ที่ประสบกับปัญหาที่คล้ายคลึงกัน กลุ่มสามารถติดตามและกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่ม ปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทางการดูแลตนเองที่ได้เลือกไว้ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถดูแลตนเองได้ดีเพิ่มขึ้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม มาใช้ในการเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งโปรแกรมที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นมาจากแนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การพบค้นพบสภาพการณ์ที่เป็นจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ และแนวคิดการทำกลุ่มบำบัดของ ยาลอม (Yalom, 1975) มาใช้ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในครั้งนี้ ซึ่งแนวคิดของกระบวนการกลุ่มของยาลอม (Yalom, 1975) คือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิก ช่วยให้ได้เรียนรู้ ปัญหาและหาทางแก้ไขโดยใช้ประสบการณ์กลุ่ม เป็นเครื่องมือให้เกิดปัจจัยบำบัดทั้ง 11 ปัจจัยคือ 1) การรู้ค่าของตนเอง 2) การผูกพันจิตใจต่อกัน 3) การมีความเป็นสากล 4) การเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ 5) การให้ข้อมูล 6) การได้ระบายความคับข้องใจ 7) การได้เลียนแบบพฤติกรรมของคนอื่นที่ตนพอใจ 8) การแก้ไขประสบการณ์เดิมของครอบครัว 9) การพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม 10) การรู้สึกรักความหวัง 11) การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต เป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เหมาะสม ผู้นำกลุ่มต้องได้รับการฝึกฝนทักษะ

ประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดมาก่อนจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มพร้อมที่จะนำประสบการณ์จากกลุ่มมาใช้ในชีวิตประจำวัน ลักษณะโปรแกรมที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น มีทั้งหมด 6 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที โดยแต่ละครั้งมีจุดมุ่งเน้นดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ วัตถุประสงค์ สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ข้อตกลงและกติกาในกลุ่ม

กิจกรรมครั้งที่ 2 การเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างความตระหนักถึง ความจำเป็นในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ปัญหาของตนเอง และให้เรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกันในสภาพการณ์ปัญหาในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของแต่ละคน กิจกรรมประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีดังนี้

- ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของโรคที่ผู้ป่วยเป็น (จิตเภท)
- ลักษณะ อาการ และพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่พบบ่อย การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (ใบงานที่1)
- ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล จากการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผู้ดูแลแสดงออก ถ้าผู้ดูแลไม่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จะเกิดผลอย่างไรทั้งต่อตัวเองและผู้ป่วย

กิจกรรมครั้งที่ 3 การเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ วัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม ในการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กิจกรรมประกอบด้วยกิจกรรมการสะท้อนคิด เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถสะท้อนสถานการณ์ประสบการณ์และปัญหาร่วมกัน ให้กลุ่มฟังและให้สมาชิกกลุ่มร่วมกัน แสดงความร่วมคิดเห็นโดยผู้ศึกษาเป็นผู้ตั้งคำถามให้กลุ่ม ช่วยกันคิดหาคำตอบ โดยใช้เทคนิคการใช้คำถามและการสรุปคำตอบร่วมกัน ประเด็นพิจารณา ดังนี้

- คุณคิดว่า คุณสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีแล้วในเรื่องใด
- คุณคิดว่า สาเหตุที่ทำให้คุณสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีในเรื่องนั้นๆ
- คุณคิดว่า คุณสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ไม่ดีแล้วในเรื่องใด
- คุณคิดว่า สาเหตุที่ทำให้คุณไม่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีในเรื่องนั้นๆ
- คุณคิดว่า สาเหตุที่ทำให้คุณไม่สามารถทำได้เลยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมครั้งที่ 4 การเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 3 คือ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง วัตถุประสงค์ เพื่อให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของตนเองได้อย่างเหมาะสมและดีที่สุด กิจกรรมประกอบด้วย ให้สมาชิกกลุ่มได้นำเสนอเกี่ยวกับประเด็นที่เกิดขึ้น จากการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และให้ร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นต่อประสบการณ์เหล่านั้น ร่วมเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติ เพื่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยผู้ศึกษาให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง ตัดสินใจเลือกการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

กิจกรรมครั้งที่ 5 การเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 4 คือ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามประเมินปัญหาและอุปสรรค แนวทางแก้ไขปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง และให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการที่ต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ กิจกรรมประกอบด้วย ประชุมกลุ่มเพื่อนำเสนอประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรคและแนวทางในการนำวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้ตัดสินใจเลือกที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุด สำหรับตนเอง ร่วมกันให้ข้อเสนอแนะซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ จะต้องสร้างจนเกิดเป็นนิสัยของตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 6 การเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 4 คือ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ และประเมินผล (ต่อ) วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกัน และเกิดความตระหนักในการที่จะนำเอาสิ่งที่เรียนรู้ จากการเข้าโปรแกรม ไปปฏิบัติ กิจกรรมประกอบด้วย ให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นในการนำวิธีปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยที่ได้ตัดสินใจเลือกที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุด สำหรับตนเอง ร่วมกันให้ข้อเสนอแนะซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม แนะนำเรื่องการปฏิบัติให้เป็นนิสัย

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคที่เรื้อรัง ที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรม การรับรู้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ ครอบครัว สังคม และความเป็นส่วนตัว ทำให้ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทลดลง ซึ่งตามแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม (Orem, 1995) นั้นหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองของผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ตามการรับรู้และความเข้าใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแล การช่วยเหลือ บุคคลที่มีความพร่องใน

การดูแลตนเอง พลังความสามารถ 10 ประการ ดังนี้ 1) ด้านความสนใจและเอาใจใส่ในฐานะผู้ดูแล 2) ด้านความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเอง 3) ด้านความสามารถที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย 4) ด้านความสามารถที่จะใช้เหตุผล 5) ด้านแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแล 6) ด้านความสามารถที่จะตัดสินใจ 7) ด้านความสามารถในการหาแสวงหาความรู้ และ 8) ด้านทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการ การติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น 9) ด้านความสามารถในการจัดลำดับกิจกรรมการดูแลหรือระบบการดูแล 10) ด้านความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลอย่างต่อเนื่อง และจำเป็นต้องช่วยเหลือให้ผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยการเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Gibson, 1995) คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และแนวคิดการทำกลุ่มบำบัดของยาลอม (Yalom, 1975) ทั้งนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และอาจสามารถส่งผลให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป