

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงและพบมากที่สุด โดยมีความชุกประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Kaplan & Sadock, 1998) และอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทนั้นพบได้ประมาณร้อยละ 0.85 ของประชากรทั่วโลก และพบได้ทุกเชื้อชาติ (Sadock & Sadock, 2000) ส่วนในประเทศไทยพบได้ประมาณร้อยละ 0.1-0.5 ต่อ 100 ประชากร ผลจากการเจ็บป่วยแต่ละครั้งจะทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเสื่อมลง (American Psychiatric Association [APA], 1994) ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการปฏิบัติตามแผนการรักษาบกพร่องลง (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545) สิ่งต่างๆ เหล่านี้ส่งผลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วย ทำให้อาการทางจิตมีความรุนแรงมากขึ้นและต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

โรคจิตเภทมีลักษณะการดำเนินโรคแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเริ่มอาการ (prodromal phase) ระยะอาการกำเริบ (active phase) และระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) (APA, 1994; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ระยะก่อนเริ่มอาการผู้ป่วยจะมีอาการเปลี่ยนแปลงและค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านการเรียนและการทำงาน ระยะอาการกำเริบเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการด้านบวกและมีความผิดปกติอย่างเห็นได้ชัด เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน บางรายอาการอาจรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นหรือทำลายสิ่งของ และระยะอาการหลงเหลืออาการจะคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ แต่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงานและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมากนักแต่ผู้ป่วยจะมีความเสื่อมทางจิตใจและการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งความผิดปกติทางจิตที่หลงเหลืออยู่นั้นหากไม่ได้รับการฟื้นฟูอย่างดี ก็จะกลายเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งถือเอาระยะเวลาเจ็บป่วยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ (Corsini อ้างใน จารุวรรณ จินดามงคล, 2541) และเมื่อป่วยเป็นระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยจิตเภทก็จะมีอาการถดถอยทางบุคลิกภาพมากที่สุดด้วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งนี้เพราะผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการดูแลตนเองและทักษะทางสังคม ผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากบุคลากรทางสุขภาพจิตเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพและไม่ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีก แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ต้องเผชิญกับอาการแสดงหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ตลอดเวลา และเมื่อไม่สามารถจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ก็มักจะคิดว่าสิ่งที่เผชิญในอนาคตไม่สามารถควบคุมได้เช่นกัน (ณัฐยา พรหมบุตร, 2545) เกิดการสูญเสียความหวังในอนาคต และเป้าหมายในชีวิต ความอับอาย และความรู้สึกผิดบาป (Parker, 1993) และ จากการศึกษาของวัชรภรณ์ ลือโรสงค์ (2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว ที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลจะเข้าใจ และยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทได้เฉพาะช่วงแรกของการเจ็บป่วย แต่เมื่อเวลาผ่านไป พบว่าผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการเหมือนเดิม ผู้ดูแลจะเริ่มเกิดความรู้สึกเป็นภาระและเอือมระอาที่จะให้การดูแล นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดาของผู้ป่วยจิตเภทและมีระยะเวลาการดูแลมากกว่า 5 ปี มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบทบาทของบิดามารดาที่จะต้องให้การดูแลบุตรอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลตั้งแต่วินิจฉัยว่าบุตรเริ่มป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาการดูแลที่ยาวนาน เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่เรื้อรังและมีความเสื่อมของบุคลิกภาพ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความยากลำบากในการดูแลมากขึ้น ทั้งนี้ถึงแม้ว่าผู้ที่ให้การดูแลเป็นระยะเวลานานจะมีประสบการณ์ และทักษะการปรับตัวในการดูแลแล้ว แต่การเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรคอยู่ตลอดเวลาจะกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดที่ต่อเนื่อง ทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ และรับรู้ถึงการดูแลที่เพิ่มขึ้น (เพ็ญใจ ดิโรไพรวงค์, 2540)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ไม่ประสบผลสำเร็จส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลนั้นเป็นไปไม่ได้ ตนเองไม่มีความสามารถและยังรู้สึกว่าไม่มีทางรักษาหรือไม่มีประโยชน์ที่จะรักษาจนรู้สึกท้อแท้หมดหวังต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นควบคู่กับความรู้สึกหมดกำลังใจ (วรารธรรม ยศธรรมเสนี อังโน ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) การที่ผู้ดูแลเพียรพยายามให้ความช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลายาวนาน โดยที่ไม่รู้ว่าจะสิ้นสุดลงเมื่อใด ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่เคยตอบสนองต่อการช่วยเหลือของผู้ดูแลเลย อีกทั้งมีหลายครั้งที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ทำลายสิ่งของ และผู้ดูแลมีชีวิตร่วมอยู่กับสภาพจิตใจที่บอบช้ำ ถึงเครียดอยู่ตลอดเวลา (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าเป็นความล้มเหลวจากการดูแล ซึ่งสิ่งนี้จะส่งผลทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ

ผู้ดูแลลดลง (Bandura, 1986) และในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทให้อยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ และผิดหวังในอนาคตของผู้ป่วยจิตเภท รู้สึกไม่มีใครช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้นได้ ดีที่สุดก็เพียงการประคับประคองให้ผู้ป่วยจิตเภทมีชีวิตอยู่ไปวันหนึ่ง โดยอาการไม่รุนแรงไปกว่าที่เป็นอยู่ ในขณะที่เดียวกันก็มีความวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลาว่า อาการจะกำเริบอีกเมื่อใด และอันตรายที่อาจจะเกิดทั้งกับตัวผู้ป่วยเอง คนรอบข้าง หรือผู้ดูแลเองก็ตาม ทำให้สุขภาพทรุดโทรมจากการเพียรพยายามใส่ใจในสุขอนามัยและความเป็นอยู่ของผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่ผู้ป่วยเองไม่เคยได้รับรู้ในสิ่งเหล่านี้เลย สภาพจิตใจที่ตึงเครียดตลอดเวลาทำให้ไม่มีความสุขในชีวิต (ยอดสร้อย วิเวกรรณ, 2543) นอกจากนี้ยังส่งผลในด้านร่างกาย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้าประสิทธิภาพการทำงานลดลง สุขภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการอ่อนเพลีย เช่น การศึกษาของ รัชนิกร อุปเสน (2541) เกี่ยวกับบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่รับประทานอาหารได้น้อยลง เหนื่อยอ่อนเพลีย และได้รับบาดเจ็บ จากการถูกผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้ายร่างกาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ เอื้ออารีย์ สาริกา (2543) เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่าลักษณะความเครียดของผู้ดูแลที่ปรากฏทางด้านร่างกายคือ ผู้ดูแลมีอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ทำให้มีภาวะสุขภาพทรุดโทรม ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่าในภาวะที่ร่างกายเกิดความตื่นตัว วิตกกังวล อ่อนเพลีย เมื่อยล้าหรือภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากๆ จะทำให้นุคคลนั้นกระทำพฤติกรรมได้ไม่ดีเท่าที่ควร นอกจากนี้สภาวะทางจิตใจก็มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเช่น ในขณะที่บุคคลมีความเครียดจะรับรู้สมรรถนะตนเองแห่งตนต่ำเช่นกัน

นอกจากนี้สิ่งที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือการขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจะทำให้เกิดความไม่มั่นใจที่จะให้การดูแลหรือการแสดงบทบาทของผู้ดูแลให้ประสบความสำเร็จ (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช, 2537) การขาดความรู้ของผู้ดูแลดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลอาจไม่เห็นความสำคัญและประโยชน์ในการชี้แนะ และให้ข้อมูลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยจิตเภท การให้คำแนะนำในด้านต่างๆ จะเป็นการชี้แนะและช่วยให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหาหาก ขาดการสนับสนุนในด้านนี้จะทำให้นุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง (hopeless of despair) (Weiss as cited in Weinert อ้างใน วันเพ็ญ ยืนยงแสน, 2545) และผลจากการดูแลทำให้ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญกับการถูกสังคมตราหน้าว่าสมาชิกในครอบครัวป่วยทางจิต (Thomson and Doll อ้างใน ยาใจ สิทธิมงคล, 2538) และคนในละแวกบ้านของผู้ป่วยมีปฏิกิริยาต่อผู้ป่วยที่มีความหมายในเชิงลบได้แก่ การนินทา ล้อเลียน หัวเราะเยาะ รังเกียจและไม่เป็นมิตรซึ่งเป็นผลกระทบทางด้านสังคมที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั่นเอง

นอกจากนี้ยังพบผลกระทบทางด้านสังคมเพิ่มเติมคือ รู้สึกอับอายเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมและมีความรู้สึกเป็นตราบาป (Glendy & Mackenzie, 1998) ผู้ดูแลไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมทางสังคมตามที่ต้องการได้ (เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543) ผลกระทบด้านความเป็นอิสระส่วนตัว ผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่มีเวลาเป็นส่วนตัวเนื่องจากมีภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วย เช่น ต้องช่วยกระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การพาไปพบแพทย์ ตลอดจนไม่สามารถที่จะกำหนดเวลาที่แน่นอนได้ ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย (มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และ พรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจพบว่า การที่ผู้ดูแลต้องพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ การที่ต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วยและต้องใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประสบปัญหาเศรษฐกิจ (ชลีวรรณ เพียรทอง และ พิกุล ฬาสุกมุล, 2539) และจากการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ ณัฏฐา พรหมบุตร (2545) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 380 คน พบว่าผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทร้อยละ 31.6 มีปัญหาสุขภาพจิตและมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติทางจิตเวชและผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทควรได้รับความสนใจและเอาใจใส่เพื่อป้องกันความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตและป้องกันความผิดปกติทางจิตเวชที่อาจตามมาได้ จากที่กล่าวมาจึงสรุปได้ว่าการมีประสบการณ์การดูแลที่ล้มเหลวของผู้ดูแลและผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถทำได้ ซึ่งความมั่นใจหรือไม่มั่นใจในความสามารถของบุคคลนั้นจะเกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1997)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่นหรือมั่นใจของบุคคลว่ามี ความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการจนประสบความสำเร็จ และได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ การรับรู้สมรรถนะมีผลต่อการกระทำของบุคคลนั้นคือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ จะแสดงความสามารถนั้นออกมาด้วยความอดทน กระตือรือร้นที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ให้สำเร็จมากขึ้น และการที่บุคคลจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงหรือต่ำเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ประการคือ การบรรลุผลจากการกระทำของตนเอง การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น การได้รับคำพูด จูงใจ และภาวะทางสรีระ การช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในระดับสูงจะเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วยเพื่อปรับเปลี่ยน และลงมือกระทำการดูแลตนเอง (Bandura, 1997) จาก การศึกษาสมรรถนะแห่งตนกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลของ เบญจนา นิมมานวล (2547) ที่ศึกษากลุ่มผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับยาแทนหรือพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ พบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.01 แสดงว่า ผู้ดูแลที่มีสมรรถนะแห่งตนสูงจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสูง หรือปฏิบัติเป็นประจำในทางตรงกันข้าม ผู้ดูแลที่มีสมรรถนะในตนเองต่ำก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือมีการปฏิบัติน้อยลง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในหลายงานวิจัยเช่น ชีรเรอร์และคณะ (Sherer et al., 1982) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยสร้างเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนขึ้นเรียกว่า แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไป (The general Self-Efficacy Scale) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วนจะเป็นการประเมินระดับความรู้สึกรับรู้ของบุคคลที่มีต่อความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติ หรือกระทำการกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เป็นการประเมินในการกระทำการกิจกรรมโดยทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ลิตเติลฟีลด์และเดนเมน (Littlefield & Daneman, 1992) ได้ปรับเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกินเจอรี่และกลาสโกว์เพื่อนำมาประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในเด็ก กีสท์ (Geest et al, 1993) ได้สร้างเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมรักษาของผู้ป่วย 3 กลุ่ม คือ โรคลมชัก โรคหัวใจ และผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนไต โดยข้อคำถามถามถึงความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมรักษาของผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งในแต่ละเรื่องได้แบ่งเป็นข้อคำถามย่อย ๆ ถามถึงการรับรู้สมรรถนะของตนเองทั้ง 3 มิติ เจริญและชาวเซอร์ (Jerusalem, & Schwarzer, 1993) ได้สร้างเครื่องมือวัดสมรรถนะแห่งตนทั่วไป (The general Self-Efficacy Scale) ตามกรอบแนวคิดของแบนดูราโดยข้อคำถามถามถึงความเชื่อมั่นของบุคคล จำนวน 10 ข้อ

ส่วนในประเทศไทยพบว่าการนำแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) มาใช้ในการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเช่นกัน เช่น สุลี แซ่ซื่อ (2546) ศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย และสมรรถภาพปอดของผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน (2544) ศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้คู่มือการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ชญาณัฐ ปัญญาทอง (2544) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลอุดรธานี โดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นต้น

นอกจากแนวคิดในการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) แล้วยังมีการนำเอาแนวคิดเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจ มาใช้ในการเสริมสร้าง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้อีกด้วยเช่น การศึกษาของจิม สกุลนัม (2545) ที่ศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะการจัดการตนเองของมารดาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นการศึกษาที่ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1995) ตามขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนคือการค้นพบสถานการณ์จริง การพิจารณาและไตร่ตรอง สถานการณ์ที่เกิดขึ้น ความสามารถเป็นผู้ดำเนินการในการดูแล และความมั่นใจที่จะควบคุม สถานการณ์ พบว่าผู้ดูแลมีการยอมรับและเกิดพลังสูงใจในการดูแลมากขึ้น การศึกษาของจิรภัทร เปลื้องนุช (2548) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างพลังอำนาจในการรับรู้สมรรถนะการดูแลเด็ก ออทิสติกของผู้ปกครอง โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) เช่นเดียวกัน พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ปกครองหลังเข้าร่วม โปรแกรมสร้างพลังอำนาจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การที่จะช่วยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้นั้น ผู้ดูแล ต้องเกิดการตระหนักรู้ตนเอง เกิดความรู้สึกว่าตนเองสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมของตนเอง และเชื่อมั่นในความสามารถนั้น ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพไม่สามารถทำได้ แต่ผู้ดูแลต้องสร้างด้วย ตนเองเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องต่อไป วิธีการหนึ่งที่จะช่วยในการเสริมสร้าง การรับรู้สมรรถนะของตนเองได้คือการเสริมสร้างพลังอำนาจเพราะการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็น การกระทำในรูปแบบต่างๆ ที่มุ่งพัฒนาการเกิดศักยภาพหรือความสามารถ ความมีประสิทธิภาพแก่ บุคคล จึงเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพ ความสามารถ ความแกร่งในการทำกิจกรรมหรือการดำรงชีวิต เป็นการใช้ในเชิงกระบวนการปฏิสัมพันธ์ (interaction process) ที่ช่วยให้บุคคลพัฒนาขีดความ สามารถของตนเองในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิตการทำงาน ความสำเร็จ และความ เป็นอยู่ของตนเอง เป็นกระบวนการส่งเสริมอำนาจที่จะเกิดความร่วมมือ ความเท่าเทียม ความมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจ เป็นการถ่ายเทอำนาจ ให้เกิดความเท่าเทียมกันหรือให้มีพลังอำนาจเพิ่มมากขึ้น (พิบูล นันทชัยพันธ์, 2542) การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ กิบสัน (Gibson, 1993) มี 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสถานการณ์จริงเป็นการทำให้บุคคลเกิดการยอมรับเหตุการณ์ที่ เกิดขึ้นตามความเป็นจริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการทบทวนเหตุการณ์ ทำความ เข้าใจปัญหา เกิดมุมมองใหม่ และเกิดความชัดเจนในการแก้ไขปัญหาช่วยทำให้เกิดความรู้สึกลึกซึ้ง ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และ 4) การ คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้บุคคลรู้สึกมั่นใจในความสามารถและคงไว้ซึ่ง พฤติกรรมนั้นๆ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นอีกวิธีหนึ่งที่น่าสนใจในการเสริมสร้างสมรรถนะของ ตนเองเป็นการปรับเปลี่ยนแนวคิด การตระหนัก การเรียนรู้ การตัดสินใจด้วยตนเอง และการคงไว้ ซึ่งพฤติกรรม ปัจจัยนำที่ทำให้บุคคลเกิดกระบวนการสร้างพลังอำนาจคือ ความคับข้องใจ

ความรู้สึกขัดแย้ง การมีปัญหาลุ่สรรค การมีความคาดหวัง และการขาดภาวะสมดุลจึงส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ประกอบกับความทุ่มเท ความผูกพัน และความรักจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลเกิดพลัง มีกำลังใจ สามารถที่จะกระทำการแก้ไขปัญหาลุ่สรรคเพื่อให้ได้มาซึ่งผลลัพธ์ตามกระบวนการดังกล่าว (Gibson, 1995) ดังนั้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นการสร้างให้เกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงขึ้นและส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถและมีความมั่นใจในการที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีมีการนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993) มาใช้ในกลุ่มผู้ดูแลอื่นๆ เช่น การศึกษาของ ชิม สกุลนุ้ม (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะการจัดการตนเองของมารดาเด็กหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะการจัดการตนเองมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรมและมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะดีกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของพนารัตน์ เจนจบ (2542) ได้ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ พบว่าภายหลังจากผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้วกรณีตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงในตนเองดังนี้ 1) การพัฒนาตนเอง ในเรื่องของความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ความเข้าใจในปัญหาและสถานการณ์ของตนเอง ความสามารถในการควบคุมและอำนาจในการต่อรอง 2) ความรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง ในเรื่องของ การประยุกต์ความรู้ต่อการดูแลตนเอง 3) ความพึงพอใจในตนเอง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของกิบสัน (Gibson, 1993) ในเชิงบวก นอกจากนี้เบอร์เกอร์, แอนเดอร์สัน, และคาวกเจียน (Berger, Anderson & Kavookjian, 2001) ได้ศึกษาถึงกลยุทธ์ในการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1993) ในผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง 30 ราย พบว่ากลยุทธ์ในการเสริมสร้างพลังอำนาจได้แก่ การเปิดเผยวิถีชีวิตประจำวัน การใช้วันที่สำคัญในการสร้างพลังการใช้สิ่งที่ดีในชีวิต การให้ข้อมูลข่าวสาร การกล่าวถึงอนาคตที่วางไว้เพื่อช่วยในการตัดสินใจ และมีการใช้ทักษะการสื่อสาร การแสวงหาข่าวสาร การกล้าแสดงความคิดเห็น กล้าตัดสินใจ สามารถเผชิญปัญหาได้ และความสามารถแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

นอกจากนี้ผลการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของ จุฬารัตน์ สุริยาทัย (2547) พบว่าการรับรู้พลังอำนาจของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และผลของโปรแกรมสร้างพลังอำนาจในการรับรู้สมรรถนะการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ปกครองโดย จิรภัทร เปลื้องนุช (2548) พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจในการรับรู้สมรรถนะการดูแลเด็กออทิสติกโดยรวมดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ มัสเกอร์ (Musker อ้างใน ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ได้ประยุกต์การ

เสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าการให้ข้อมูลกับบุคคลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวเพื่อให้บุคคลสร้างทางเลือกโดยเมื่อผู้ป่วยมารับบริการครั้งแรกแต่ละคนจะได้มีส่วนร่วมในการจัดโปรแกรมการดูแลตนเอง พยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูล และสนับสนุนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อช่วยให้บุคคลได้เดินไปตามวิถีทางการดูแลที่ตนเองเป็นผู้เลือก ผู้ป่วยและญาติจะต้องเข้าร่วมในโปรแกรมการดูแลที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่เริ่มจนถึงการประเมินผลสำหรับบุคคลที่มีความมั่นใจในการรวมกลุ่มจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยหน่วยงานอิสระของชุมชน วิธีการนี้เชื่อว่าบุคคลจะรู้จักปัญหาของตนเองดีที่สุดและรู้ว่าควรจัดการกับปัญหาตนเองอย่างไร ดังนั้นจึงควรเป็นบทบาทของเจ้าของปัญหา มากกว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพ บทบาทของพยาบาลจะต้องเริ่มต้นด้วยการปรับเปลี่ยนบทบาทของตนจากผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ชี้แนะ จากสถิติของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2547 พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยรวมถึงร้อยละ 54.58 และร้อยละ 58.94 ตามลำดับ (รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต, 2548) และในโรงพยาบาลสวนปรุงซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่รักษาเฉพาะทาง ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ก็มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2549 มีจำนวน 4,484 ราย และ 3,769 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 56.87 และ ร้อยละ 54.56 ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 16.25 และร้อยละ 23.18 (รายงานประจำปีโรงพยาบาลสวนปรุง, 2549) และจากการศึกษาของ วัชรารักษ์ ลือโรสงค์ (2541) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กรณีศึกษาเชิงลึก พบว่าการรับรู้สถานการณ์การดูแลว่าเป็นภาระทำให้ผู้ดูแลไม่สนใจการดูแลผู้ป่วย ไม่ไปรับยารักษาโรคจิตให้ ไม่มีการปลอบใจ ให้กำลังใจหรือเกิดภาวะการทอดทิ้งผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้ดูแลนั้นมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในด้านร่างกาย ด้านอารมณ์จิตใจ และด้านสังคม ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่ามีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือไม่ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม ถูกต้องและลดการกลับเป็นซ้ำและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

สมมติฐานการศึกษา

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมีระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi- experimental research) ชนิด 1 กลุ่มวัดก่อนและหลัง (one group pre and post-test design) โดยศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 6 เดือน เป็นผู้ดูแลที่เคยพาผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุงและมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอจอมทอง จำนวน 10 ราย ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2550 ถึง เดือนสิงหาคม 2550

นิยามศัพท์

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม หมายถึง การปฏิบัติตามแผนเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทมีการพัฒนาความสามารถในการควบคุมตนเองและตัดสินใจด้วยตนเองเกี่ยวกับการดูแลและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองที่กระทำในลักษณะของการเรียนรู้ร่วมกันที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1993) ประกอบด้วย กระบวนการสร้างพลังอำนาจ (process of empowerment) 4 ขั้นตอน 1) การค้นหาความจริง (discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (taking charge) 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเชื่อมั่นในความสามารถของตน ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ประเมินโดยแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลที่ผู้ศึกษาดัดแปลงจากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ปกครองของ จิรภัทร เป็ล้องนุช (2548)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลโดยตรงต่อบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 1994) ที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ มีความเกี่ยวข้องเป็นสามี ภรรยา บิดา มารดา พี่น้อง บุตรหลานหรือญาติของผู้ป่วย เพียงคนเดียวคนหนึ่งที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยมากที่สุด โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือเงินตอบแทนในการดูแลและอาศัยร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยโรคจิตเภท



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved