

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรง
จังหวัดเชียงใหม่ครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อ
ต่อไปนี้

1. การดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแล
5. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล โรงพยาบาลสวนปรง

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่มีกลุ่มอาการผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้เป็นพื้นฐานทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ในขณะที่ความรู้สึกลดลงและความสามารถทางปัญญายังปกติ อาการผิดปกติดังกล่าวจะปรากฏชัดเป็นเวลอย่างน้อย 1 เดือน (World Health Organization [WHO], 1992) โดยที่ไม่สามารถระบุสาเหตุการเกิดโรคได้อย่างชัดเจน ลักษณะการดำเนินโรคแบ่งได้เป็น 3 ระยะ (APA, 1994) คือ ระยะเริ่มมีอาการผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น โดยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ญาติจะสังเกตได้ว่าผู้ป่วยเกียจคร้านมากขึ้น ชอบเก็บตัวอยู่ในห้อง ไม่สนใจสุขวิทยาส่วนบุคคล มีปัญหาเรื่องการทำงาน สัมพันธภาพ และการเรียน อาการส่วนใหญ่เป็นอาการทางลบ หรืออาการแสดงที่น้อยกว่าสภาพปกติ (negative symptoms) โดยทั่วไปจะใช้เวลา 1 ปี ก่อนเข้าสู่ระยะอาการชัดเจน (Kaplan & Sadock, 1998) ระยะอาการชัดเจน เป็นระยะที่ผู้ป่วยแสดงอาการทางบวก (positive symptoms) หรืออาการแสดงที่เกินสภาพปกติอย่าง

ชัดเจน เช่น หลงผิด ประสาทหลอน รูปแบบการพูดเสียระบบ หรือมีพฤติกรรมที่แปลกประหลาด ผู้ป่วยมักมีอาการรุนแรง เช่น ก้าวร้าว ทำลายสิ่งของ ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น เป็นระยะที่สังเกตได้ง่าย และทำให้ญาติตัดสินใจพาผู้ป่วยมารับการรักษา และระยะที่สามคือ ระยะอาการหลงเหลือเป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการสงบและถูกจำหน่ายกลับสู่ครอบครัว ระยะนี้อาการทางบวกจะน้อยลงแต่อาการทางลบจะชัดเจนขึ้น ซึ่งมีลักษณะคล้ายระยะเริ่มมีอาการ แต่ระยะนี้จะมีความเสื่อมทางจิตใจและสังคมมากกว่า (WHO, 1992) เช่นพูดน้อย เงียบชา ไร้อารมณ์แยกตนเองออกจากสังคม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ไม่สนใจดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของตนเอง บางรายอาจมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย จะเห็นได้ว่าถึงแม้การดำเนินโรคจะมาถึงระยะที่โรคสงบแล้วก็ตามแต่ความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมบางอย่างยังหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากจึงมักจะกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (APA, 1994) ที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำสูง เห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 2-6 เดือน หลังจำหน่ายที่มีถึงร้อยละ 50 (Fowler, 1992) และภายใน 2 ปี หลังจำหน่ายพบสูงถึงร้อยละ 70 (Frisch & Frisch, อ้างใน วาสนา ปานดอก, 2545)

ผู้ดูแลและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือหรือการดูแลที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อบุคคลอื่น โดยผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะของแพทย์ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการหรือผู้ดูแลในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยโดยเป็นบิดามารดามากที่สุด และอาศัยอยู่ร่วมครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยดูแลตั้งแต่เริ่มป่วยจนปัจจุบันทำหน้าที่ดูแลและต้องรับภาระอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว (Gopinath and Chaturvedi, ; Martyns-Yellow; Sallch, อ้างใน เขียวลักษณ์ กลิ่นหอม, 2540)

การศึกษาก่อนหน้านี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลโดยตรงต่อบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 1994) ที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ มีความเกี่ยวข้องเป็นสามี ภรรยา บิดา มารดา พี่น้อง บุตรหลานหรือญาติของผู้ป่วย เพียงคนเดียวคนที่ให้ความช่วยเหลือ

ผู้ป่วยมากที่สุด โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือเงินตอบแทนในการดูแลและอาศัยร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้กล่าวถึงกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

ปรีดีหทัย แก้วนิรัตน์ (2538) ได้สรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เหมาะสมเป็น 6 ด้าน ได้แก่

1. ด้านความเป็นอยู่ ซึ่งส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับระดับอาการของผู้ป่วยจิตเวช ถ้าผู้ป่วยมีระดับอาการที่ค่อนข้างดีก็จะมี การช่วยเหลือดูแลในด้านความเป็นอยู่ไม่มากนัก เช่น การเตือนหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน การจัดหาของใช้และการจัดให้เป็นระเบียบ การจัดสถานที่พักให้เหมาะสม
2. ด้านเศรษฐกิจ ขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวและความสามารถที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้บ้าง ภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวจะลดน้อยลง
3. ด้านสังคม มีการกระตุ้นผู้ป่วยทางด้านสังคมอย่างเหมาะสม เช่น การชวนผู้ป่วยออกไปพูดคุยกับผู้อื่น การเล่นกีฬา ออกกำลังกายหรือร่วมกิจกรรมเป็นต้น
4. ด้านอารมณ์และจิตใจ ถ้าสมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างถูกต้องแล้วจะให้การดูแลด้านนี้ได้ดี เช่น การชมเชย ให้กำลังใจ การให้คำปรึกษาแนะนำ ไม่แสดงอารมณ์หรือดูว่าผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสบายใจ ลดความวิตกกังวล สร้างความเชื่อมั่นด้านการปรับตัวแก่ผู้ป่วย
5. ด้านการรักษา การกระตุ้นเตือนหรือดูแลให้ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ ไปพบแพทย์ตามนัด และเป็นผู้ช่วยสนับสนุนการบำบัดรักษาทางด้านร่างกายและจิตใจต่อจากโรงพยาบาล
6. ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง คือการกระตุ้นและฝึกฝนผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวอยู่ในสิ่งแวดล้อมของครอบครัวและชุมชนได้อย่างเป็นสุข สามารถรับผิดชอบ ช่วยเหลือตนเองได้

โอเบิร์ต (Oberst อ้างใน จริยา วิริยะสุกร, 2539) อธิบายกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่เป็นผู้ใหญ่ไว้ 3 ข้อคือ

1. การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (direct care) ได้แก่การบำบัดรักษา การดูแลกิจวัตรประจำวัน และการทำกิจกรรมต่างๆ

2. การดูแลระหว่างบุคคล (interpersonal care) ได้แก่การเป็นแรงสนับสนุนทางอารมณ์ การเฝ้าระวังอันตราย การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยและการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น

3. การดูแลด้านทั่วไป (instrument care) ได้แก่การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การจัดการด้านการเงิน การทำงานบ้าน การเดินทาง และการวางแผนทำกิจกรรมอื่น ๆ

โจนส์ (Jones อ้างใน ทูลกา บุญผาสังข์, 2545) สรุปกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไว้ 9 ด้าน ได้แก่ การแต่งกาย การดูแลเรื่องรับประทานยา การทำงานบ้าน การซื้อวัสดุสิ่งของจำเป็น การทำอาหาร การเดินทาง การจัดการการเงิน การช่วยเหลือสมาชิกที่เป็นเด็ก และการบริหารเวลา

นอกจากนี้การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของภัทราภรณ์ ท่งปันคำ (Tungpunkam, 2000) ที่ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในมารดา 30 คน ที่ให้การดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง ผลการศึกษพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะต้องให้การดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ด้านการจัดการกับอาการของโรคที่เกิดขึ้นและด้านการบริหารยา ดังนี้

1. ด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ประกอบด้วย 1) การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่การจัดการหาอาหารที่มีประโยชน์ให้แก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับประทานครบทั้ง 3 มื้อ การกระตุ้นหรือช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในการดูแลความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า และของใช้ต่างๆ การดูแลการพักผ่อนอย่างเพียงพอ การสนับสนุนให้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม และการสนับสนุนให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้มีกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลินและการผ่อนคลาย 2) การดูแลด้านสังคม ได้แก่ การกระตุ้นหรือเปิดโอกาสผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมรื่นเริงของครอบครัว การสนับสนุนให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีส่วนร่วมในกิจกรรมพิเศษของสังคมและชุมชน การให้โอกาสหรือกระตุ้นให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้พูดคุย สนทนากับเพื่อนบ้าน หรือผู้อื่นที่มาเยี่ยมเยียน 3) การดูแลด้านกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ ได้แก่ การให้โอกาสหรือกระตุ้นให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ช่วยเหลืองานบ้าน การสนับสนุนและสอนให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ประกอบอาชีพตามความสามารถที่มีอยู่ 4) การดูแลด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยจากสารเสพติด ได้แก่ การควบคุมไม่ให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภตดื่มสุราหรือสารเสพติดทุกชนิด และ 5) การดูแลด้านการป้องกันการถูกล้อเลียน หรือรังเกียจจากบุคคลอื่น ได้แก่การแนะนำหรือสอนให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภตยึดหลักธรรมะ ทำจิตใจให้สบายไม่คิดมากเมื่อถูกผู้อื่นล้อเลียน การอธิบายให้เพื่อนบ้านได้เข้าใจ และขอร้องไม่ให้ล้อเลียนผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

2. ด้านการจัดการกับอาการของโรคที่เกิดขึ้นประกอบด้วย 1) การจัดการกับอาการทางจิตของโรคจิตเภท ได้แก่การสังเกตอาการเตือน การกระตุ้นผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้มีสัมพันธภาพกับ

ผู้อื่นเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้า เก็บตัว หรือไม่ค่อยแสดงออก การแสดงท่าทีสงบ ไม่ได้แย่ง ไม่คำหยา และอธิบายให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้เข้าใจถึงความเป็นจริงผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพร้อมทั้งหากิจกรรมที่เพลิดเพลินให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการหลงผิด การตรวจสอบข้อมูลและสังเกตอย่างใกล้ชิดก่อนพาไปพบแพทย์เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการหูแว่ว

2) การจัดการกับอาการก้าวร้าวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้แก่การขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการผุดผิดจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ การเก็บของมีคมต่างๆ ไว้เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการอะละวาด ก้าวร้าว การขอโทษเพื่อนบ้านที่ถูกผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้าย การขออภัยไม่ให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้ายคนอื่น การขออภัยให้เพื่อนบ้านออกจากสถานการณ์เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะทำร้าย การอธิบายให้เพื่อนบ้านได้เข้าใจเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้ายผู้อื่น

3) การจัดการกับอาการเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้ายตนเอง หรือมีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ได้แก่การพูดคุยโดยใช้เหตุผล เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสงบลง การควบคุมสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย

3. ด้านการบริหารยา ประกอบด้วย 1) การจัดเตรียมยาให้เพียงพอ ได้แก่ การสังเกตจำนวนยาที่เหลือทุกครั้งให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรับประทานยา การหาวิธีเพื่อขอรับยาก่อนวันนัด หากมียาไม่เพียงพอที่จะให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับประทาน การพาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไปพบแพทย์เพื่อรับยาตามนัด การกำกับดูแลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรับประทานยาตรงตามเวลาตามแผนการรักษา

2) การดูแลด้านความร่วมมือในการรักษา ได้แก่การจัดเตรียมให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรับประทานยาต่อหน้าทุกครั้ง การเตือนผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรับประทานยาตามกำหนดเวลาหากผู้ที่เป็นโรคจิตเภตลืมรับประทานยา การอธิบายถึงผลเสียของการลืมหรือไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา การหาวิธีให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับประทานยาเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิตและไม่ยอมรับประทานยา

3) การดูแลด้านการปรับเปลี่ยนยา ได้แก่ การเอาใจใส่ดูแลขณะที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต การพาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไปพบแพทย์เพื่อขอปรับเปลี่ยนยาเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตมากขึ้น การดูแลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรับประทานยาต่อไป แม้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีอาการดีขึ้น และไม่ให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหยุดรับประทานยาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหากแพทย์ไม่ได้สั่ง

ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) ได้สรุปพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ 10 ด้านดังนี้

1. ให้ความเมตตาต่อผู้ป่วยจิตเภท การปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความสุภาพอ่อนโยน เห็นอกเห็นใจในความเจ็บป่วยตามสมควร จริงใจ และมีความอดทนภายใต้สภาวะการณ์ดูแล เสียสละเวลาในการดูแลช่วยเหลือเรื่องต่างๆ โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนหรือค่าจ้างใดๆ

2. ให้กำลังใจและให้ความหวัง การกล่าวชมเชยในความสำเร็จของผู้ป่วยแม้ในเรื่องเล็กน้อยก็ตาม ให้อภัยและยอมรับความล้มเหลวของผู้ป่วย เช่น การโอบกอด แสดงความเห็นใจและการกระตุ้นให้ปฏิบัติในสิ่งที่สามารถทำได้สำเร็จ รวมทั้งการบอกกล่าวให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของเขาเอง เช่นเมื่อผู้ป่วยช่วยตนเองได้มากขึ้น แต่งตัวสะอาดเรียบร้อยมากขึ้น รับผิดชอบกินยาเอง เป็นต้น

3. สังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเองที่พบบ่อยคือการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกายที่พบบ่อยได้แก่ อาการข้างเคียงจากยา เช่น ตัวแข็ง ลิ้นกับปาก น้ำลายไหล เดินไม่แกว่งแขนและขณะพูดลิ้นแข็ง อาการเหล่านี้ไม่เป็นอันตราย ควรให้ผู้ป่วยรับประทานยาแก้แพ้ หากอาการยังไม่หายควรปรึกษาผู้รักษา ในบางรายจะอ้วนขึ้นเนื่องจากยากระตุ้นให้มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น จึงควรควบคุมอาหารประเภทแป้ง ไขมัน น้ำตาล รวมทั้งออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ด้านอารมณ์ที่พบบ่อยได้แก่ ผู้ป่วยซึมเศร้า ไม่ยอมพูด หงุดหงิด โกรธง่าย เมื่อพบอาการดังกล่าว ผู้ดูแลควรเข้าไปซักถาม ค้นหาสิ่งที่มากระทบจิตใจ แสดงความสนใจ และเสนอตัวเข้าช่วยเหลือ ในบางรายถึงกับคลุ้มคลั่ง ดุร้าย และก่อความวุ่นวายทั่วไป เมื่อพบอาการดังกล่าว ผู้ดูแลควรปฏิบัติดังนี้

3.1 มีท่าทีสงบต่อพฤติกรรมผู้ป่วย

3.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกโกรธและไม่พึงพอใจออกมา

3.3 ผู้ป่วยที่เะอะอาละวาดทำร้ายสิ่งของ ทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่น ควร

ผูกมัดหรือจำกัดขอบเขตผู้ป่วยชั่วคราว จากนั้นนำส่งโรงพยาบาล

4. มีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจผู้ดูแลซึ่งแสดงออกโดยการแสดงความห่วงใยและในขณะเดียวกันผู้ดูแลก็ควรบอกความรู้สึกและความต้องการของตนเองอย่างเปิดเผยด้วย รวมทั้งร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันกับผู้ป่วย เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลงประกอบอาหาร รับประทานอาหารร่วมกัน เป็นต้น เพื่อการเสริมสร้าง และคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

5. แสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภททางด้านบวกและด้านลบ ผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติของความนึกคิดพฤติกรรมและอารมณ์และมีการแสดงออกที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม หากผู้ดูแลเข้าใจสาเหตุของพฤติกรรมต่างๆ แล้วควรยอมรับพร้อมให้อภัยแสดงออกโดยการไม่รังเกียจหรือตำหนิผู้ป่วย ไม่ดูถูกเหยียดหยาม แต่ก็ไม่ควรตามใจหรือสนับสนุน ควรพยายามอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจด้วยเหตุผล ไม่ตอบสนองความต้องการ เมื่อผู้ป่วยแสดงวาทะทางที่ไม่เหมาะสม

6. แก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุและผล การพิจารณาแก้ไขปัญหายังเป็นระบบเชื่อมโยงจากเหตุสู่ผล มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งจะนำไปสู่การค้นหาคาเหตุของปัญหาโดยการซักถามจากผู้ป่วย บุคคลรอบข้างหรือทีมบุคลากรที่รักษา และจากการสังเกตของผู้ดูแลเอง เมื่อทราบสาเหตุที่แท้จริงแล้ว ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรพูดคุยกัน ไม่ตำหนิ ควรสอบถามเหตุผลของพฤติกรรมดังกล่าว หากเป็นความเข้าใจผิดจำเป็นต้องอธิบายถึงสิ่งที่ถูกต้องให้ฟัง หากเป็นการรับรู้ที่ผิด เช่น มีประสาทหลอน ผู้ดูแลจะต้องอยู่เป็นเพื่อน พร้อมกับให้ข้อมูลที่เป็นจริง เป็นต้น แต่ถ้ามีพฤติกรรมใดจำเป็นต้องแก้ไข ผู้ดูแลควรมีการตกลงร่วมกับผู้ป่วย และชักชวนให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนประสบผลตามที่วางแผนไว้ร่วมกัน

7. ชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ผิดพลาดจึงมักแสดงพฤติกรรมตามการรับรู้ที่ผิด เช่น แยกตัว หวาดระแวง กลัว เป็นต้น ผู้ดูแลจะช่วยบรรเทาอาการเหล่านี้ได้ ด้วยการเข้าไปอยู่เป็นเพื่อน ให้ความมั่นใจ เอาใจใส่ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงออกอย่างเหมาะสม เช่น การทักทาย การพูดคุยกับผู้อื่น เป็นต้น

8. จัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกลดภัย ผู้ดูแลคือสิ่งแวดล้อมที่สำคัญอันดับแรกของผู้ป่วยและมีบทบาทสำคัญในการดูแลและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ให้มีบรรยากาศของความรัก ความอบอุ่นและปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีความเป็นอยู่ที่ดีตามอัตภาพซึ่งผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ โดยการจัดที่อยู่อาศัยให้สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก ปลอดภัยต่อสิ่งที่เป็นอันตรายและสิ่งกระตุ้นการกำเริบของโรค คอยเชื่อมประสานให้มีความเข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่นๆ คนรอบครัว เป็นต้น

9. ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ผู้ป่วยจิตเภทมีความต้องการที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป เช่น ต้องกินยาต่อเนื่องเป็นเวลานาน ต้องการความเข้าใจในอารมณ์และความรู้สึกมากกว่าปกติ ต้องการความเข้าใจและยอมรับจากบุคคลทั่วไป และท้ายที่สุดคือ ต้องการมีชีวิตที่ผาสุก ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ดังนี้

9.1 การตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลให้กินอาหารและน้ำอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน การกินยาตามจำนวนและวันเวลาอย่างถูกต้อง ช่วยเหลือเกี่ยวกับการทำความสะอาดของร่างกาย การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ

9.2 ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะมีความ

เบี่ยงเบนของอารมณ์และการแสดงทางอารมณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความรู้สึก ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม เช่น การยิ้ม หัวเราะคนเดียว การร้องตะโกนที่สาธารณะ เป็นต้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือโดยการบอกเล่าและแสดงเป็นแบบอย่างของการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

9.3 ตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม ผู้ดูแลปฏิบัติโดยการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม แสดงความคิดเห็นและทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในและครอบครัวโดยเหมาะสม และให้ความเคารพนับถือตามสมควร

10. ช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพลังในการที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ซึ่งผู้ดูแลสามารถทำได้ โดยการให้ผู้ป่วยยอมรับสิ่งที่เป็นธรรมชาติของชีวิต เช่น การเกิด แก่ เจ็บ ตาย หรือความเจ็บปวดของตนเอง รวมทั้งฝึกให้มีความอดทนต่อความผิดหวัง บ้าง และสนับสนุนให้ปฏิบัติศาสนกิจ เพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น การไหว้พระสวดมนต์ เป็นต้น

ดังนั้นจึงสรุปกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลไว้ 4 ด้านดังนี้คือ

1. ด้านร่างกาย ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยาอย่างถูกต้อง เหมาะสม การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย รวมถึงการควบคุมไม่ให้ผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติดทุกชนิด การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น
2. ด้านจิตใจ เช่น การให้กำลังใจ การชมเชย การให้คำปรึกษาไม่แสดงอารมณ์หรือดูว่าผู้ป่วย การบอกให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของผู้ป่วยเอง
3. ด้านสังคม ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ร่วมกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน การได้สนทนากับเพื่อนบ้าน และการอธิบายให้เพื่อนบ้านเข้าใจในอาการของผู้ป่วยไม่ล้อเลียน
4. ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ประกอบอาชีพตามความสามารถของตนเอง

บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องทำหน้าที่ทั้งบทบาทสมาชิกในครอบครัวและบทบาทที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นบทบาทที่จำเป็นต้องกระทำผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักมีอาการเรื้อรังและต้องการดูแลระยะยาว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องรับบทบาทในการดูแลเป็นระยะเวลานาน จากการศึกษาของ ลูบคิน (Lubkin อ้างในชญาภา ประเสริฐทรง, 2543) ได้แบ่งบทบาทของผู้ดูแลเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (Care Provider Role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลเป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของร่างกายและตอบสนองความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยโดยยึดแนวทางการรักษา เช่น การให้อาหาร การให้รับประทานยา เป็นต้น ซึ่งเป็นการดูแลด้านร่างกายเท่านั้น มักจะละเลยการดูแลด้านภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย

2. บทบาทของผู้จัดการดูแล (Care Manager Role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ในการประสานงานในการประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคม โดยผู้ดูแลจะทำหน้าที่ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือบริการอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ในด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟู จากการศึกษาก่อนหน้านี้จะเห็นว่าผู้ดูแลต้องมีบทบาทในการดูแลตลอดจนประสานงานเพื่อให้การดูแลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเวช เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข

ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังต้องใช้เวลารักษายาวนานทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแล ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) การที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวในด้านร่างกายเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการเรื้อรังต้องได้รับการรักษาในระยะยาว บางครั้งมีอาการหรือพฤติกรรมรุนแรงไม่อาจคาดคะเนได้ เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ก้าวร้าว คำว่าเพื่อนบ้าน นอนไม่หลับ มีพฤติกรรมรบกวนการนอนของผู้อื่น บางครั้งทำร้ายสมาชิกในครอบครัวทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้าประสิทธิภาพการทำงานลดลง สุขภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการอ่อนเพลีย เช่น การศึกษาของ รัชนิกร อุปเสน (2541) เกี่ยวกับบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่รับประทานอาหารได้น้อยลง เหนื่อยอ่อนเพลีย และได้รับบาดเจ็บ จากการถูกผู้ป่วยจิตเภททำร้ายร่างกาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ เอื้ออารีย์ สาริกา (2543) เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่าลักษณะความเครียดของผู้ดูแลที่ปรากฏทางด้านร่างกายคือ ผู้ดูแลมีอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ทำให้มีภาวะสุขภาพทรุดโทรม

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจหลายๆ ด้านจะรู้สึกเครียด กังวลและมีอาการซึมเศร้า (เวทนี สุขมาก, อุไรวรรณ โชครัตน์หิรัญ, และเอมหทัย ศรีจันทร์ห่อ, 2544) และมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บปวดทางจิต (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย

พงศ์สงวนสิน, 2544) เช่นเดียวกับการศึกษาของ เอื้ออารีย์ สาริกา (2543) พบว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด ทำร้ายคนอื่น ผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมหรือจัดการสถานการณ์นั้นได้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดวิตกกังวลและกลัว

3. ด้านความเป็นอิสระของบุคคล (level independence) การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ระดับความเป็นอิสระของบุคคลบกพร่องไป ทั้งนี้เนื่องจากภาระหลายอย่างที่ต้องคอยดูแลและรับผิดชอบ ไม่สามารถกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนได้ ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังรู้สึกว่าตนเองทำหน้าที่มากเกินไป (ยาใจ สิริธมมงคล, 2539) เพราะต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการศึกษาของ มนตรี อมรพิเชษฐกุล และคณะ (2544) เกี่ยวกับสถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ตามการรับรู้ของครอบครัว พบว่าผู้ดูแลมีชีวิตความเป็นส่วนตัวลดน้อยลงกว่าเดิม จากปัญหาและการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นของตนเอง โอกาสในการพบปะเพื่อนบ้านหรือการมีกิจกรรมทางสังคมลดลง (ยอดสร้อย วิววรรณ, 2543)

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship) ขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว พบว่าคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวด้านความสัมพันธ์ทางสังคมบกพร่องไป จากการศึกษาของ เอื้ออารีย์ สาริกา (2543) เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่าจากการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการผิดปกติของผู้ป่วยทั้งด้านความคิดอารมณ์ พฤติกรรม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพบปะเพื่อนฝูงน้อยลง ความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องห่างเหินไปและการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนน้อยลง

5. ด้านเศรษฐกิจ (economic domain) จากการที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นในการรักษาพยาบาล จากการศึกษาของ ชุตีวรรณ เพียรทอง และพิกุล ฬาสุกมุล (2539) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ประสบปัญหาเศรษฐกิจเนื่องจากต้องใช้จ่ายเกี่ยวกับค่ารักษา และค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและบางครั้งผู้ดูแลต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้

6. ด้านจิตวิญญาณและความเชื่อส่วนบุคคล (spirituality / personal beliefs) ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีชีวิตอยู่กับสภาพจิตใจที่บอบช้ำและตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา ซึ่งความรู้สึกเหล่านั้น ได้แก่ ความเศร้าโศก ความรู้สึกผิด หมดกำลังใจท้อแท้ และสิ้นหวัง (ยอดสร้อย วิววรรณ, 2543) และการศึกษาของ ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้สึกเศร้า และรู้สึกผิดคิดว่าครอบครัวเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย จนเกิดเป็นความโกรธ ผิดหวังต่อการรักษา โกรธที่บุคคลภายในบ้านเกิดการเจ็บป่วยทางจิต รู้สึกหมดหวังและหมดพลัง ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ทำให้เกิดความบิบบั่นทางจิตวิญญาณ นอกจากนี้บางรายยังมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตมีสาเหตุ

มาจากทางด้านไสยศาสตร์หรือเกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ (เวทินี สุขมาก และคณะ, 2544) ทำให้ผู้ดูแลต้องแสวงหาทางช่วยเหลือทางจิตวิญญาณผู้ดูแลบางรายนำผู้ป่วยไปทำพิธีทางไสยศาสตร์ เช่น การขอให้พระรดน้ำมนต์ และให้หมอฟีทำพิธีขับไล่ผี เป็นต้น เมื่ออาการไม่ดีขึ้นก็ไม่กล้าพาผู้ป่วยมารักษาต่อในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตมากขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วย (เวทินี สุขมาก และคณะ, 2544)

จากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านพบว่า ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาที่มีอาการหลงเหลือเป็นส่วนใหญ่ซึ่งเป็นระยะที่อาการต่างๆ เริ่มทุเลาลง อาการด้านบวกอาจยังมีอยู่แต่ความรุนแรงลดลงผู้ป่วยจิตเภทจึงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง และสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติโดยที่ผู้ดูแลอาจไม่ต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทั้งหมด (วาสนา ปานดอก, 2545) แต่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทคือผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังผู้ดูแลจึงต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทั้งหมดก็ตาม ซึ่งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดผลกระทบจากการดูแลตามมาทั้งนี้พบว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัว ผู้ดูแลจะมีปัญหาในการวางตัวในสังคม มีความเครียดกับการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท รู้สึกหวาดกลัวกับอาการทางจิตที่รุนแรงที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ (Loukissa, 1995) ต้องอดนอนเป็นประจำ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ ผู้ดูแลหลายคนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ เหน็ดเหนื่อย และอ่อนล้ากับการดูแล (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) ปัญหาและความยุ่งยากในการดูแลดังกล่าวจึงเป็นเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์การดูแลว่าเป็นภาระ (Parker, 1993) ซึ่งความรู้สึกเป็นภาระมีผลต่อกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลและยังพบว่ากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเช่นกัน

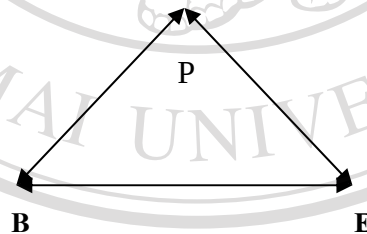
จากการศึกษาของ ยอดสร้อย วิเวการณ (2543) พบว่าการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยเกิดจากการผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสม และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนไม่มีความเข้าใจด้านยารักษาโรคทางจิตเวช เช่น การให้ผู้ป่วยจิตเภทหยุดรับประทานยาเพราะไม่ยอมให้ผู้ป่วยจิตเภทถูกมองว่าเป็นโรคจิต (วาสนา ปานดอก, 2545) และจากการศึกษาของ สุรพิร เกิดจัน, ลูกจันทร์ วิทยาารวงศ์, และสุธา โลชาติกุล (2542) ที่ศึกษาปัจจัยของญาติที่สัมพันธ์กับการมารักษาซ้ำมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชน้อยกว่าญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มารักษาซ้ำ และผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำจะมีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (Bebbington & Kuipers, 1994)

นอกจากนี้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ และเบื่อหน่ายการดูแล รวมทั้งเพิกเฉยต่อบทบาทผู้ดูแล ไม่ดูแลเรื่องการรับประทานอาหารและยาของผู้ป่วยจิตเภท

แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความเครียด ซึมเศร้า เหนื่อยล้า ซึ่งตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่าบุคคลที่มีความเครียด ซึมเศร้า เหนื่อยล้า ส่งผลต่อบุคคลนั้นให้เกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองลดลง ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลงได้เช่นกัน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพื่อจัดการพฤติกรรมและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura, 1986) ได้พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social cognitive theory) โดยมีแนวคิดว่าการเกิดพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากลักษณะโครงสร้างที่มีความเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน (casual structure) ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (internal personal factors: P) ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก และปัจจัยทางชีวภาพ 2) พฤติกรรม (represent behavior: B) 3) สภาพแวดล้อม (external environment: E) ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบนี้มีลักษณะที่ส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน (reciprocal causation) และอิทธิพลขององค์ประกอบแต่ละอย่างมาหรือน้อยขึ้นอยู่กับสถานการณ์และกิจกรรมที่แตกต่างกัน (Bandura, 1997) ดังแสดงในแผนภูมิที่



แผนภูมิที่ 1 แบบแผนแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล พฤติกรรมและสภาพแวดล้อม

แหล่งที่มา จาก Self-efficacy: The exercise of control (p.6) by Bandura, A., 1997
New York: W.H. Freeman

เมื่อพิจารณาปัจจัยระหว่างบุคคลกับพฤติกรรมซึ่งแสดงให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้ เป้าหมาย และความตั้งใจเป็น การกำหนดทิศทางของพฤติกรรม สิ่งที่บุคคลคิด เชื่อและรู้สึก มีผลต่อการที่บุคคลแสดงพฤติกรรม ในขณะเดียวกันผลจากการกระทำเป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณาลักษณะการคิดและการตอบสนอง

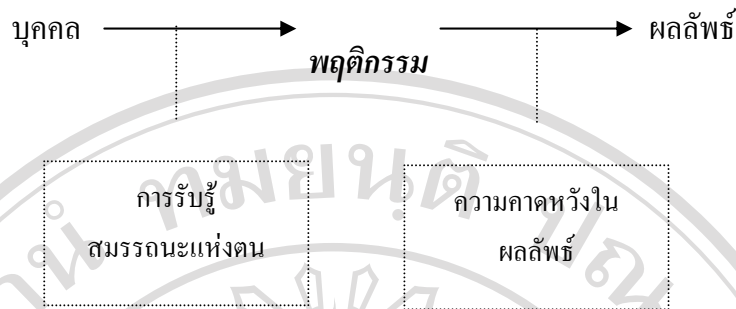
ทางอารมณ์ ลักษณะทางกายและระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้มีผลต่อพฤติกรรมและศักยภาพของบุคคล ในทำนองเดียวกันกับระบบของสมองและการรับรู้ก็ปรับเปลี่ยนได้โดยประสบการณ์ทางพฤติกรรมเช่นกัน

ปัจจัยระหว่างพฤติกรรมกับสภาพแวดล้อม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวัน พฤติกรรมสามารถเปลี่ยนเงื่อนไขสภาพแวดล้อมขณะเดียวกันเงื่อนไขทางด้านสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นก็ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนไปด้วยเช่นกัน สภาพแวดล้อมจะไม่มีอิทธิพลใดๆ ต่อบุคคลจนกว่าจะมีพฤติกรรมบางอย่างเกิดขึ้นเนื่องจากพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อกันและกัน จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนมุมมองจากเดิมที่ว่า “พยาบาลมีอิทธิพลต่อผู้ป่วย” มาเป็น “พยาบาลและผู้ป่วยมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน”

ปัจจัยระหว่างสภาพแวดล้อมกับบุคคลเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะภายในตัวบุคคลและสภาพแวดล้อม ความคาดหวัง ความเชื่อ อารมณ์ และความสามารถทางปัญญาของบุคคลนั้นจะถูกพัฒนาและเปลี่ยนแปลงได้โดยอิทธิพลทางสังคม ซึ่งเป็นแหล่งที่ให้ข้อมูลและกระตุ้นการตอบสนองทางอารมณ์ด้วยการผ่านตัวแบบ การสอน และการชักจูงทางสังคม ขณะเดียวกันบุคคลจะมีปฏิกิริยาสนองตอบที่แตกต่างตามสภาพสังคม และลักษณะทางกายภาพ ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ และขนาดของร่างกาย นอกจากนี้การตอบสนองยังขึ้นอยู่กับบทบาทและสถานภาพทางสังคมของบุคคลอีกด้วย

แบนดูรา (Bandura, 1997) ได้อธิบายและทำนายพฤติกรรมและสภาวะทางอารมณ์ของบุคคล โดยใช้แนวคิดหลัก 2 ประการคือ

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy or efficacy beliefs) หมายถึงความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบผลสำเร็จได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการเป็นความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำพฤติกรรม
2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancies) หมายถึงความเชื่อที่บุคคลประเมินว่าพฤติกรรมตนเองที่กระทำนั้นจะนำไปสู่ผลการกระทำที่ตนเองคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นที่สืบเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ได้กระทำการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ (Bandura, 1997)

แหล่งที่มา จาก Self-efficacy: The exercise of control (p.22) by Bandura, A., 1997 New York: W.H. Freeman

ดังนั้นสรุปได้ว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะเกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ และเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ แต่หากบุคคลเรียนรู้ว่าการกระทำนั้นจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองแต่คาดหวังว่าตนมีความสามารถไม่พอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นก็จะมีแนวโน้มที่บุคคลจะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวัง

มิติของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบ่งได้เป็น 3 มิติ (Bandura, 1997) ดังนี้

1. มิติตามขนาดหรือตามระดับ (level) หมายถึงระดับความเชื่อมั่นของบุคคลในการกระทำกิจกรรมซึ่งจะแปรผันตามความยากง่ายของงานที่จะกระทำ บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่ำ หรือขีดความสามารถจำกัดจะทำงานได้เฉพาะเรื่องง่ายๆ หากมอบหมายให้ทำกิจกรรมที่ยากเกินความสามารถก็จะพบกับความล้มเหลว มีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงและทอดทิ้งต่อความยากง่ายของงานที่จะกระทำ ดังนั้นการมอบหมายงานจึงต้องพิจารณาถึงความสามารถของแต่ละบุคคล

2. มิติความแข็งแกร่ง (strength) หมายถึงความเชื่อมั่นของบุคคลในการประเมินกำลังความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ บุคคลที่มีความคาดหวังในความสำเร็จอย่าง

แข็งแกร่งบุคคลนั้น จะยังคงมีความพยายามกระทำกิจกรรมนั้นๆ ต่อไปแม้ว่าจะประสบกับสถานการณ์ที่ล้มเหลวก็ตาม ส่วนบุคคลที่ประเมินกำลังความสามารถในระดับต่ำเมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรคจะทำให้ขาดความพยายามและเลิกกระทำไปในที่สุด

3. มิติความเป็นสากล (generality) หมายถึง ความมั่นใจในความสำเร็จที่เคยประสบ และสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความคล้ายคลึงกันในด้านสถานการณ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์มีความสัมพันธ์ต่อกันมาก และมีผลต่อการตัดสินใจในรูปแบบที่แตกต่างกันในการที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลดังแสดงในแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 แสดงรูปแบบความแตกต่างระหว่างความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนและความ

คาดหวังในผลลัพธ์ที่มีต่อพฤติกรรมและสภาวะอารมณ์
แหล่งที่มา จาก Self-efficacy: The exercise of control (p.20) by Bandura, A., 1997 New York: W.H.Freeman

จากแผนภูมิที่ 3 จะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์มีผลต่อการตัดสินใจในรูปแบบที่แตกต่างกัน โดยบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงและมีความคาดหวังผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นสูง บุคคลปรารถนาที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นด้วยความพอใจอย่างมีประสิทธิภาพ ถึงแม้ว่าผลที่คาดหวังจะไม่เป็นไปตามที่ต้องการ บุคคลนั้นก็ยังมีความเพียรพยายาม และยืนยันที่จะกระทำพฤติกรรมต่อไป แต่หากบุคคล

มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ และมีความคาดหวังผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นไม่ว่าจะสูงหรือต่ำ บุคคลมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้น อย่างแน่นอนและไม่สนใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น อีกต่อไป ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะนำไปสู่การกระทำของบุคคล

การประเมินสมรรถนะแห่งตน

มีการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไปที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของแบนดูรา ดังนี้คือ

แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไปของ ชีรเรอร์ และคณะ (Sherer et al., 1982) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยสร้างเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนขึ้นเรียกว่า แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไป (The general Self-Efficacy Scale) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert type) 4 อันดับ ซึ่งจะวัดคุณลักษณะ 3 ประการของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและนำไปทดสอบกับนักศึกษาวิชาจิตวิทยาจำนวน 376 คน จากนั้นนำผลที่ได้ มาวิเคราะห์หาค่าประกอบและตัดข้อคำถามที่ไม่เข้าเกณฑ์ความเชื่อมั่นออกจนเหลือข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไป จำนวน 17 ข้อ และส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านสังคม จำนวน 6 ข้อ โดยข้อคำถามทั้ง 2 ส่วนจะเป็นการประเมินระดับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติ หรือกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเป็นการประเมินในการกระทำกิจกรรมโดยทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง

ลิตเติลฟีลด์และเดนเมน (Littlefield & Daneman, 1992) ได้ปรับเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกินเจอร์และกลาสโกว์เพื่อนำมาประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในเด็ก ซึ่งไม่ได้กล่าวว่าประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองก็มีดี การให้คะแนนโดยใช้สัญลักษณ์คือ A+ หมายถึง มั่นใจมาก A หมายถึงมั่นใจปานกลาง และ F หมายถึง ไม่มั่นใจเลย ซึ่งลิตเติลฟีลด์กล่าวถึงการให้คะแนนแบบใช้สัญลักษณ์เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กสนใจและง่ายต่อการตอบ

เกิสท์ (Geest et al, 1993) ได้สร้างเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วย 3 กลุ่ม คือ โรคลมชัก โรคหัวใจ และผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนไต โดยข้อคำถามถามถึงความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมรักษาของผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติซึ่งในแต่ละเรื่องได้แบ่งเป็นข้อ

คำถามย่อยๆ ถามถึงการรับรู้สมรรถนะของตนเองทั้ง 3 มิติ การให้คะแนนเป็นแบบ 0-100 คะแนน ซึ่งก็สทที่ไม่ได้กล่าวถึงเหตุผลที่เลือกการให้คะแนนแบบนี้ในการวิจัย

เจรูซาเลมและชาวเซอร์ (Jerusalem, M., & Schwarzer, R., 1993) ได้สร้างเครื่องมือวัดสมรรถนะแห่งตนทั่วไป (The general Self-Efficacy Scale) ตามกรอบแนวคิดของแบนดูราโดยข้อคำถามถามถึงความเชื่อมั่นของบุคคล จำนวน 10 ข้อ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาและหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือจาก 23 ประเทศ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ระหว่าง 0.76-0.90

ดิโอริโอและคณะ (Diolio et al, 1994) ได้ศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเองในผู้ป่วยโรคลมชัก โดยใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองซึ่งดิโอริโอและคณะสร้างขึ้นวัดความเชื่อมั่นทั้ง 3 มิติ ในเครื่องมือชุดเดียวกันเกี่ยวกับการจัดการเรื่องยา การจัดการกับอาการชักและการจัดการกรณีทั่วไป การให้คะแนนตั้งแต่ 0-100

ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538) ได้สร้างเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการวัดความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การควบคุมความเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การพักผ่อน และการจัดการกับความเครียด จำนวนข้อคำถาม 17 ข้อ มีค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเท่ากับ 0.84

กมลทิพย์ ด่านชัย (2540) ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลบุตรวัย 1-3 ปี โดยดัดแปลงแบบสอบถามการดูแลบุตรวัยหัดเดินของกรอสและโซริสซาโน (Gross & Rocissano) ข้อคำถามแสดงถึงความมั่นใจของมารดาในการดูแลบุตรในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การพัฒนาทางจิตใจการรับประทานอาหารของบุตร การออกกำลังกาย การเล่นของบุตร การให้บุตรเรียน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การจัดการความเครียดของบุตรและการพักผ่อนนอนหลับ จำนวน 37 ข้อ ลักษณะคำตอบมีมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.85

จิรภัทร เปลื้องนุช (2548) ประเมินการรับรู้สมรรถนะการดูแลเด็กก้อทิสติกของผู้ปกครองโดยดัดแปลงแบบสอบถาม จากการประเมินสมรรถนะการจัดการตนเองของมารดาเด็กโรคหัวใจพิการของ ชิม สกุกุลนุช (2545) ตามแนวคิดของแบนดูรา จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ

จากแบบประเมินดังกล่าวข้างต้นยังไม่พบว่ามี การประเมินสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนที่พัฒนามาจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะการดูแลเด็กก้อทิสติกของผู้ปกครองโดยจิรภัทร เปลื้องนุช ซึ่งผู้ศึกษาได้ดัดแปลงความหมายของเนื้อหาบางข้อ เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาใน

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงก็จะส่งผลให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น และมีส่วนสำคัญต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งนี้เพราะผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเองและทักษะทางสังคม (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จึงต้องมีผู้ให้การดูแลและช่วยเหลือ ผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อจากบุคลากรทางสุขภาพจิตเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพและไม่ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีก (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการแสดงหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ตลอดเวลา และเมื่อไม่สามารถจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ก็มักจะคาดหวังว่าสิ่งที่เผชิญในอนาคตไม่สามารถควบคุมได้เช่นกัน (ณัฐยา พรหมบุตร, 2545) เกิดการสูญเสียความหวังในอนาคตและเป้าหมายในชีวิต ความอับอาย และความรู้สึกผิดบาป (Parker, 1993) และจากการศึกษาของวัชรภรณ์ ลือไชสงค์ (2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะความสับสนในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ดูแลจะเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทได้เฉพาะช่วงแรกของการเจ็บป่วยแต่เมื่อเวลาผ่านไปพบว่าผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการเหมือนเดิมผู้ดูแลจะเริ่มเกิดความรู้สึกเป็นภาระและเอือมระอาที่จะให้การดูแลซึ่งประสบการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลไม่รู้ถึงประสบการณ์สำเร็จจากการให้การดูแล ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่าบุคคลที่เคยประสบกับความล้มเหลวอยู่เสมอ จะส่งผลให้บุคคลประเมินความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองหรือมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้อยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ และผิดหวังในอนาคตของผู้ป่วยจิตเภท รู้สึกไม่มีใครช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้นได้ ดีที่สุดก็เพียงการประคับประคองให้ผู้ป่วยจิตเภทมีชีวิตอยู่ไปวันหนึ่ง โดยอาการไม่รุนแรงไปกว่าที่เป็นอยู่ ในขณะที่เดียวกันก็มีความวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลาว่าอาการจะกำเริบอีกเมื่อใด และอันตรายที่อาจจะเกิดทั้งกับตัวผู้ป่วยเอง คนรอบข้าง หรือผู้ดูแลเองก็ตาม ทำให้สุขภาพทรุดโทรมจากการเพียรพยายามใส่ใจในสุขอนามัยและความเป็นอยู่ของผู้ป่วยจิตเภทใน

ขณะที่ผู้ป่วยเองไม่เคยได้รับรู้ในสิ่งเหล่านี้เลย สภาพจิตใจที่ตึงเครียดตลอดเวลาทำให้ไม่มีความสุขในชีวิต (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) นอกจากนี้ยังส่งผลในด้านร่างกาย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า ประสิทธิภาพการทำงานลดลง สุขภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการอ่อนเพลีย เช่น การศึกษาของ รัชนิกร อุปเสน (2541) เกี่ยวกับบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่รับประทานอาหารได้น้อยลง เหนื่อย อ่อนเพลีย และได้รับบาดเจ็บ จากการถูกผู้ป่วย จิตเภททำร้ายร่างกาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ เอื้ออารีย์ สาริกา (2543) เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าลักษณะความเครียดของผู้ดูแลที่ปรากฏทางด้านร่างกายคือ ผู้ดูแลมีอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ทำให้มีภาวะสุขภาพทรุดโทรม ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่าในภาวะที่ร่างกายเกิดความตื่นตัว วิตกกังวล อ่อนเพลีย เมื่อยล้าหรือภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากๆ จะทำให้บุคคลนั้นกระทำพฤติกรรมได้ไม่ดีเท่าที่ควร และการที่บุคคลมี อารมณ์ทางลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว จะส่งผลให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดาของผู้ป่วยจิตเภทและมีระยะเวลาการดูแลมากกว่า 5 ปี มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนมากที่สุด อาจเนื่องมาจากด้วยบทบาทของบิดามารดาที่จะต้องให้การดูแลบุตรอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลตั้งแต่ทราบว่าบุตรเริ่มป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาการดูแลที่ยาวนาน เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่เรื้อรังและมีความเสื่อมของบุคลิกภาพ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความยากลำบากในการดูแลมากขึ้น ทั้งนี้ถึงแม้ว่าผู้ที่ให้การดูแลเป็นระยะเวลานานจะมีประสบการณ์ และทักษะการปรับตัวในการดูแลแล้ว แต่การเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรคอยู่ตลอดเวลา จะกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดที่ต่อเนื่อง ทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ และรับรู้ถึงภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้น (เพ็ญใจ ดิเรไพรวงศ์, 2540) การที่ผู้ดูแลเพียรพยายามให้ความช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลายาวนานโดยที่ไม่รู้ว่าจะสิ้นสุดลงเมื่อใด ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่เคยตอบสนองต่อการช่วยเหลือของผู้ดูแลเลย อีกทั้งมีหลายครั้งที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ทำลายสิ่งของ และผู้ดูแลมีชีวิตอยู่กับสภาพจิตใจที่บอบช้ำ ตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543)

จากที่กล่าวมาจึงสรุปได้ว่าการมีประสบการณ์การดูแลที่ล้มเหลวของผู้ดูแลและสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ที่เกิดจากผลกระทบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองรวมถึงสมรรถนะแห่งตน และเป็นไปตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่ว่าบุคคลที่เคยประสบกับความล้มเหลวอยู่เสมอๆ และการที่บุคคลมีอารมณ์ทางลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัวจะส่งผลให้บุคคลประเมินความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองหรือมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ

การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถพัฒนาขึ้นจากปัจจัย 4 ประการ (Bandura, 1997) ดังนี้

1. ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ (enactive mastery experience) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากบุคคลได้รับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยตรงว่าตนทำได้สำเร็จ ซึ่งจะต้องเป็นความสำเร็จที่เกิดขึ้นหลายๆ ครั้ง ซ้ำๆ กัน หากบุคคลมีประสบการณ์ความสำเร็จเกิดขึ้นบ่อยครั้ง จะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถ ที่จะเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกับที่เคยประสบมาก่อนและมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองหรือมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูงในเวลาต่อมา แม้ว่าบางครั้งในสถานการณ์นั้นจะเกิดความล้มเหลวบ้างก็ตามแต่จะไม่มีผลกระทบมากนักเพราะบุคคลจะประเมินว่าการที่ตนเองประสบกับความล้มเหลวนั้นอาจมาจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ความพยายามไม่พอ หรือใช้วิธีการทำงานที่ไม่เหมาะสมมากกว่าที่บุคคลจะรับรู้ว่าตนไม่มีความสามารถ และบุคคลสามารถที่จะปรับเปลี่ยนสถานการณ์ของความล้มเหลวให้ประสบกับความสำเร็จได้โดยใช้ความพยายามและฝึกทักษะเพื่อที่จะควบคุมสถานการณ์นั้นๆ แต่หากบุคคลที่เคยประสบกับความล้มเหลวอยู่เสมอๆ จะส่งผลให้บุคคลประเมินความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองหรือมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ ดังนั้นในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของบุคคลควรมีการส่งเสริมให้บุคคลมีการฝึกทักษะอย่างเพียงพอที่จะทำให้ประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กัน กับการทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้นๆ ได้เพื่อที่บุคคลจะได้ใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) การประเมินค่าในสมรรถนะของตนเองโดยส่วนหนึ่งแล้วบุคคลก็ยังได้รับอิทธิพลมาจากการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นในการลงมือกระทำกิจกรรมใดๆ แต่เนื่องด้วยบุคคลไม่สามารถที่จะประเมินได้ว่าตนมีความสามารถในเพียงพอในทุกกิจกรรม บุคคลจะประเมินค่าในความสามารถของตนจากการเปรียบเทียบกับความสำเร็จของบุคคลอื่นซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับตนเอง การเปรียบเทียบกับความสำเร็จของบุคคลอื่นอาจจะเกิดขึ้นได้ในรูปแบบที่ต่างกันไปในแต่ละกิจกรรม การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันบุคคลจะใช้บรรทัดฐานของบุคคลในสังคมหรือบุคคลที่ได้รับความเชื่อถือที่ลงมือกระทำด้วยความมานะพยายามแล้วประสบกับความสำเร็จมาเป็นมาตรฐานการตัดสินใจในจุดยืนของตนเอง การส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านตัวแบบมี 2 ประเภทคือ ตัวแบบมีชีวิต (self-modeling) เป็นตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง และตัว

แบบสัญลักษณ์ (symbolic modeling) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านทางโทรทัศน์หรือสื่อต่างๆ ที่ประกอบด้วยภาพและเสียง เช่น การ์ตูน และภาพยนตร์ เป็นต้น (Bandura, 1997)

3. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการพูดคุยให้บุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มกำลังใจและความเชื่อมั่นของบุคคลในการตัดสินใจพิจารณาความสามารถของตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพฤติกรรมที่บุคคลรู้สึกยุ่งยากใจที่จะตัดสินใจในความสามารถของตนเอง แต่หากมีบุคคลสำคัญหรือบุคคลที่ได้รับความเชื่อถือคอยให้คำชี้แนะ กล่าวชมเชย หรือพูดให้กำลังใจ จะได้ผลดีกว่าปล่อยให้บุคคลมีความเคลือบแคลงสงสัยในความสามารถของตนเอง การใช้คำพูดชักจูงเพียงอย่างเดียวอาจจะมีผลต่อการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในตนเองได้ไม่มากนักจะต้องใช้ควบคู่ไปกับแหล่งข้อมูลอื่นด้วย

4. สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) สภาพร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในสภาวะที่ร่างกายแข็งแรงมีภาวะสุขภาพที่ดีจะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่ในสภาวะที่ร่างกายมีความเสี่ยงต่อความผิดปกติหรือเจ็บป่วย ความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า สภาวะที่ไม่สบาย จะส่งผลให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดต่ำลง สภาวะทางอารมณ์ก็เช่นเดียวกันอารมณ์ทางบวก เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกมีความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะมีผลทำให้บุคคลรับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น แต่อารมณ์ทางลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว จะส่งผลให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลงและมักจะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้นวิธีการที่จะส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้เพิ่มขึ้นสามารถกระทำได้โดยการลดความตึงเครียดและสภาวะทางอารมณ์ที่โอนเอียงไปในทางที่ไม่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่านอกจากแนวคิดในการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) แล้วยังมีการนำเอาแนวคิดเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจ มาใช้ในการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้อีกด้วยเช่น

การศึกษาของจิม สกูลนัม (2545) ที่ศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะการจัดการตนเองของมารดาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นการศึกษาที่ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1995) ตามขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนคือการค้นพบสถานการณ์จริง การพิจารณาและไตร่ตรองสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ความสามารถเป็นผู้ดำเนินการในการดูแล และความมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ พบว่าผู้ดูแลมีการยอมรับและเกิดพลังงูใจในการดูแลมากขึ้น

การศึกษาของจิรภัทร เปลื้องนุช (2548) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างพลังอำนาจในการรับรู้สมรรถนะการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ปกครองโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ

กิบสัน (Gibson, 1995) เช่นเดียวกันพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ปกครองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างพลังอำนาจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลนั้น สามารถพัฒนาได้ด้วยวิธีการดังกล่าวมาวิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีผสมผสานกัน (Bandura, 1997) ดังนั้นการจะพัฒนาสมรรถนะแห่งตนได้จึงจำเป็นต้องมีวิธีการที่จะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นว่า ตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการจนประสบความสำเร็จได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ และเกิดการทำกิจกรรมนั้นเพื่อนำไปสู่ผลที่ตนเองต้องการ ซึ่งวิธีการเสริมสร้างและพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีได้หลายวิธีด้วยกัน เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือการกระทำตนเองได้ซึ่งวิธีการหนึ่งที่จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้สมรรถนะด้วยตนเองคือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจที่พบได้ทั่วไปมักใช้กันในความหมายของการกระทำในรูปแบบต่างๆ ที่มุ่งพัฒนาให้เกิดศักยภาพหรือความสามารถ ความมีประสิทธิภาพของบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพ ความสามารถ ความแกร่ง ในการทำกิจกรรมหรือการดำรงชีวิต เป็นการใช้ในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ (interactional process) ที่ช่วยให้บุคคลพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิต การงาน ความสำเร็จและความเป็นอยู่ของตนเอง เป็นกระบวนการส่งเสริมอำนาจที่จะเกิดความร่วมมือกัน ความเท่าเทียมกัน หรือให้มีพลังอำนาจเพิ่มขึ้น (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2542)

อวยพร ตันมุขกุล (2540) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ กระบวนการที่เสริมสร้างให้บุคคล องค์กรมีพลังอำนาจในการควบคุมชีวิตของตน เป็นกระบวนการทางสังคม ที่แสดงถึงการยอมรับ การส่งเสริม การช่วยเหลือ ซึ่งแนะให้บุคคลเกิดความสามารถที่จะดำเนินการสนองความต้องการของตนเอง เป็นการใช้ทรัพยากรของตนเอง และใช้ทรัพยากรที่เป็น เพื่อให้เกิดความรู้สึกสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ เป็นการใช้ทรัพยากรของตนเองและรู้จักใช้ทรัพยากรเพื่อบรรลุเป้าหมายของตนเองซึ่ง ไทสัน และ แจกสัน (Tyson & Jackson อ้างในอวยพร ตันมุขกุล, 2540) กล่าวว่าพลังอำนาจเป็นความสามารถในการผลักดันความตั้งใจมุ่งมั่นของตนเองไปสู่ผู้อื่น เป็นความสามารถในการใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) มาเป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งกิบสัน (Gibson, 1991) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ดังนี้

1. เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้เพื่อให้ได้มาซึ่งความสามารถในการควบคุม กำกับ การดำรงชีวิตตนเอง
2. เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก และมีลักษณะที่ทั้งสองฝ่ายต้องใช้ความพยายามร่วมกัน
3. การเพิ่มพูนความสำนึกในคุณค่าของตนเอง และการสร้างประสิทธิภาพของตนในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคลตลอดจนการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม
4. การที่บุคคลเรียนรู้ใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทำงานร่วมกัน ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงทรัพยากรที่มีอยู่ภายในบุคคล ภายนอกบุคคล และที่มีในชุมชน
5. กระบวนการที่มีลักษณะสำคัญที่มีปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างประโยชน์ร่วมกันที่มุ่งเพิ่มความแข็งแกร่งขึ้น
6. กระบวนการที่เป็นการทำงานออก ทางแก้ปัญหามากกว่าที่ตัวปัญหา เน้นความแข็งแกร่ง สิทธิความสามารถของบุคคลมากกว่าข้อจำกัด หรือจุดด้อยของบุคคล
7. กระบวนการที่มีกลไกเกี่ยวข้องกับอำนาจของบุคคล มีทั้งการให้และการรับอำนาจ หรือการใช้อำนาจร่วมกัน มิใช่เพียงแต่ผู้ใช้อำนาจพยายามสร้างอำนาจ แต่รวมถึงผู้มีอำนาจถ่ายโอนอำนาจ
8. กระบวนการที่มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก หรือกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้มีความเจริญเติบโตและการพัฒนาการของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชนเพื่อให้เป็นบุคคลที่มีความสามารถเฉพาะที่ตั้งใจ
9. กระบวนการของการช่วยเหลือบุคคลให้ประสบความสำเร็จในการควบคุมสิ่งแวดล้อมและกำหนดทิศทางชีวิตตนเองได้
10. การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคมของการแสดงการยอมรับชื่นชม (recognizing) การส่งเสริม (promoting) การพัฒนาและการเสริมสร้างความสามารถของบุคคล (enhancing people's abilities) ในการตอบสนองความต้องการของตนเอง และแก้ปัญหาด้วยตนเอง และความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็น (mobilize the necessary resources) ในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง หรือรู้สึกว่าตนมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตตนเองได้

นอกจากนี้ กิบสัน (Gibson, 1991) ได้กล่าวว่า การที่พยาบาลจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้นั้นต้องมีความเชื่อพื้นฐาน ดังนี้

1. บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพ สุขภาพเป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่จะต้องรับผิดชอบ แม้ว่าแพทย์ พยาบาลมีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพบุคคล แต่ก็ยังไม่มีอำนาจผูกขาดต่อสุขภาพเหนือบุคคลนั้นๆ แต่กลับต้องให้ความเคารพในสิทธิของบุคคลต่อการมีภาวะสุขภาพ
2. บุคคลควรได้รับการเคารพนับถือต่อศักยภาพบุคคลในการที่จะพัฒนาความเจริญงอกงามและความต้องการการสนองตอบเป้าหมายของชีวิตของตนเอง (growth and self-determination) บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจเรื่องใดๆ ของตน แม้ว่าบางครั้งอาจต้องอาศัยข้อมูลหรือความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้าง
3. บุคลากรทางสุขภาพไม่สามารถไปเสริมสร้างพลังอำนาจกับผู้ป่วยได้ แต่ผู้ป่วยจะเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง ในขณะที่บุคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องการช่วยเหลือให้เกิดการคงทนของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและรู้จักใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมได้และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง
4. บุคลากรทางสุขภาพต้องยอมรับความสำคัญของการให้ความร่วมมือของชุมชน ต้องมีสำนึกในเรื่องอิสรภาพ และพร้อมที่จะรับการปฏิเสธความช่วยเหลือจากบุคคล บุคคลจะตัดสินใจเลือกสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องทำตามที่บุคลากรแนะนำ ซึ่งบุคลากรควรมีแนวทางในการพิทักษ์สิทธิให้กับผู้รับบริการ
5. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดขึ้นได้จากความเคารพนับถือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ไม่ควรมองว่าฝ่ายหนึ่งเป็นผู้เสียเปรียบหรือมีปมด้อย ในขณะที่อีกฝ่ายเป็นผู้ได้เปรียบหรือมีความสำคัญกว่า ปฏิสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่ายควรเป็นแบบที่เกื้อกูลผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน

6. ต้องมีความเชื่อใจกันและกัน

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่เสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคล ในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพชีวิต เพื่อบุคคลมีพลัง มีความสุข และมีอำนาจในการตัดสินใจ การเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ และดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นมีขั้นตอนการเรียนรู้ที่เกิดจากการคิด วิเคราะห์ จากข้อมูลที่ได้รับต่างๆ ประสบการณ์ตรง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ตลอดจนเกิดความเข้าใจ มีการตัดสินใจอย่างอิสระ สามารถจัดการสถานการณ์ต่างๆ ด้วยตนเอง ควบคุมตนเอง โดยมีการใช้พลังอำนาจได้อย่างเต็มศักยภาพ เพื่อให้ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการสร้างพลังอำนาจ (process of

empowerment) 4 ขั้นตอน 1) การค้นหาความจริง (discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมี
 วิจารณ์ญาณ (critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (taking charge) 4) การ
 คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on)

ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มี
 การทำงานร่วมกัน และการมีส่วนร่วม (collaboration) ซึ่งจากการศึกษาของกิบสัน (Gibson, 1993)
 ได้แบ่งระยะของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ 4 ระยะ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง (discovering reality) การค้นพบสถานการณ์
 จริง เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับ
 เหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ใน
 ขั้นนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้านคือด้านอารมณ์ (emotional) ด้านสติปัญญาการรับรู้
 (cognitive) และด้านพฤติกรรม (behaviorally)

การตอบสนองด้านอารมณ์ (emotional response) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึง
 ปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิพากษ์วิจารณ์ กระวนกระวาย ก้าว โกรธ ซึ่ง
 อาการทั้งหมดเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพและความยุ่งยาก
 ซับซ้อนของปัญหา ความไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้า รวมทั้งการขาดความรู้ ความเข้าใจ
 ในการดูแลที่จะเกิดขึ้นต่อไป ในระยะนี้บุคคลจะรู้สึกสับสนข้องใจที่คิดว่าตนเองป่วยและ ไม่สามารถที่
 จะกลับสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่บุคคลจะรู้สึกดีขึ้นหากมีการเปลี่ยนความคิด โดยมีความหวังว่า
 ตนเองมีโอกาที่จะมีอาการดีขึ้นได้แต่อาจต้องอาศัยระยะเวลาเป็นตัวช่วยซึ่งการคิดในลักษณะนี้จะ
 ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อสามารถ
 ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ (cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสีย
 ความสามารถหรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง ระยะนี้บุคคลแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง
 โดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ วารสารทาง
 วิชาการ การถามจากแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยคนอื่นๆ ซึ่งประสบเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้
 เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้
 ทั้งหมดที่มีมาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ

การตอบสนองทางพฤติกรรม (behavioral responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่สามารถทำได้ในขณะนี้ มองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี และพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ซึ้งว่าสิ่งที่ตนต้องการดูแลอย่างแท้จริงคืออะไร เกิดความเข้าใจชัดเจนในการดูแล และตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องว่าวิตกกังวลจนเกินไป จะทำให้รู้สึกสับสน กังวล และไม่มีมั่นใจจนในที่สุดจะตระหนักถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและการกระทำของตน จะเริ่มเปลี่ยนความคิดว่าหากเปลี่ยนความคิดปัญหาทุกอย่างก็สามารถแก้ไขได้ดีกว่า ดังนั้นบุคคลจะพยายามปรับตัวโดยคิดในแง่ดี และจะกระทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจสถานการณ์ปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพินิจ พิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสถานการณ์จริง และเกิดความรู้สึกกังวลใจในการดูแล จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้ออกมาพิจารณาปัญหา ประเมิน และคิดพินิจพิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมด ในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกรับรู้ถึงอำนาจในการควบคุมตนเอง (a sense of personal control) จะทำให้คิดได้ว่าจากเดิมที่คิดว่าตนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก็เกิดความคิดว่าตนไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่ได้เป็นสิ่งที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น บุคคลจะได้มาซึ่งทางเลือกต่างๆ ในการปฏิบัติ หลังจากการคิดวิเคราะห์อย่างละเอียดแล้วจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาที่ดีขึ้น ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเอง ความสามารถ ความถูกต้องของตน เกิดความรู้สึกรับรู้ในความมั่นใจ ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะของตนเองในการที่จะดูแลตนเองมากขึ้น จึงกล่าวได้ว่าขั้นตอนนี้มีความสำคัญในการนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการเผชิญหน้าเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง (self-determination) หลังจากผ่านขั้นตอนทั้งสองขั้นดังกล่าวไปได้ ในขั้นตอนนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่

ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธี ขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหาของแต่ละคน และจะปฏิบัติสิ่งที่คิดว่าเหมาะสมที่สุด โดยใช้เหตุผลของแต่ละบุคคลซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน โดยการตัดสินใจอยู่ภายใต้เงื่อนไข คือ 1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้ 2) สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ 3) ผู้ป่วยได้รับความเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง 4) ผ่านการร่วมปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ และ 5) เป็นวิธีที่สร้างความยอมรับ และสามารถเปิดกว้างในการที่ผู้ป่วยคนอื่นจะนำไปใช้ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ โดยในขั้นตอนนี้บุคคลจะมีพันธะสัญญากับตนเองคือ

การปกป้อง (advocating for) โดยคิดว่าการให้การดูแลเป็นการปกป้องตนเองเป็นภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบของตน ดังนั้นสิ่งที่คิดว่าทำแล้วเป็นผลดีกับตนเองก็จะทำ

การเรียนรู้ในการแก้ปัญหา (learning the ropes) เป็นการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาจากการใช้ประสบการณ์เดิม และการเรียนรู้ร่วมกับทีมสุขภาพ

การเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม (learning to persist) โดยจะไม่ย่อท้อต่อความตั้งใจดูแลตนเอง พยายามกระทำสิ่งที่ดีที่สุดในแต่ละวัน

การเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาล (driving negotiation in the hospital setting) โดยคิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลรักษา การได้นำปัญหาของผู้ป่วยมาประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมสุขภาพจัดเป็นสิ่งสำคัญ หากเป็นที่ยอมรับและทำให้ตนเองมีอาการดีขึ้น จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจ (sense of power)

การสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วม (establishing partnership) การต้องการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลรักษา การตัดสินใจในการรักษา จะทำให้บุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัยเป็นประโยชน์จากบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ จากการแสวงหาข้อมูลความรู้ด้วยตนเอง การสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมอภิปรายปัญหากับทีมสุขภาพ การทำงานเป็นทีม ช่วยให้การตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลเกิดความเชื่อมั่นมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติ ในระยะนี้เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือกและพยาบาลกับผู้ป่วยจะร่วมมือในการแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลจะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป

การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ กิบสัน (Gibson, 1993) เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลซึ่งแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีความต่อเนื่องกัน

และสามารถเกิดสลับกันไปมาได้ในแต่ละบุคคล และการที่บุคคลสามารถผ่านแต่ละขั้นตอนได้ต้องใช้พลังใจ พลังความคิดรวมทั้งความสามารถในระดับสูง ทั้งนี้ขั้นตอนต่างๆ จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใดย่อมขึ้นกับปัจจัยนำและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เมื่อบุคคลสามารถผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้วจะเกิดผลต่อบุคคลในคุณลักษณะที่จะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ

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) ประกอบด้วยค่านิยม (value) ของตนเอง มีความรักในตนเอง ความเชื่อ (beliefs) ช่วยให้ผู้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค เป้าหมายในชีวิต (determine) ช่วยให้ผู้บุคคลมีพลังความเข้มแข็งและแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อไปสู่เป้าหมาย ส่วนประสบการณ์ส่วนบุคคล (experience) ช่วยให้ผู้บุคคลมีแนวทางสำหรับจัดการและควบคุมสถานการณ์
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)

สรุปว่าการที่บุคคลจะสามารถเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกดังที่กล่าวมาข้างต้น ถ้าปัจจัยดังกล่าวดี ก็จะทำให้การเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นไปได้ด้วยดี และประสบผลสำเร็จในทางตรงกันข้ามถ้าปัจจัยดังกล่าวไม่ดี ก็มีผลทำให้การเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไม่ประสบผลสำเร็จ ดังนั้นในการที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจ ควรคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งภายในและภายนอกบุคคล และควรพัฒนาปัจจัยเหล่านั้นให้ดียิ่งขึ้นเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเอง และหาแนวทางแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ผลของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากการศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1993) ในมารดาเด็กที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการภายในบุคคล การเสริมสร้างพลังอำนาจจะนำมาซึ่งการรับรู้พลังอำนาจ ว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนได้ โดยมีการรับรู้ใน 4 ด้านคือ

- 1) ความรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเองโดยบุคคลจะเกิดความชัดเจนมากขึ้นในการดูแลตนเอง ประสบการณ์จะทำให้เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ ประกอบการนำความรู้ และประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมมาผสมผสาน เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น
- 2) มีความพึงพอใจในตนเองเมื่อบุคคลประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ก็จะเกิดความรู้สึกพึงพอใจในความสามารถของตนเอง นำไปสู่ความมั่นใจและกำลังใจในการปฏิบัติงานต่อไป
- 3) การพัฒนาตนเองซึ่งจะช่วยให้บุคคลรับรู้ถึงการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงลักษณะส่วนบุคคลด้านต่างๆ ไปสู่สิ่งที่ดี เหมาะสมและถูกต้องมากขึ้นทำให้รู้สึกมั่นใจในความสามารถเพิ่มขึ้น
- 4) การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิตของตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เห็นคุณค่าของตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเองและมองเห็นความสำคัญของตนต่อหน้าที่ที่ได้รับผิดชอบ

กิบสัน (Gibson, 1993) เชื่อว่าหากบุคคลมีการวัดการรับรู้พลังอำนาจในตนเองทั้ง 4 ด้านในระดับสูงก็สามารถให้การดูแลผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่ความมีคุณภาพและความสำเร็จของงานได้แต่จากการศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ที่ศึกษาในมารดาเด็กที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรายกรณี เป็นระยะเวลา 12 เดือนโดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการภายในบุคคล (intrapersonal process) พบว่ามารดาที่รับรู้ว่าตนเองมีพลังอำนาจจะมีความรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง การพัฒนาตนเอง มีเป้าหมายและมีความหมายชีวิต โดยที่รับรู้ในศักยภาพของตนเองในการเผชิญปัญหา การแก้ไขปัญหา ตลอดจนสามารถดำเนินการได้บรรลุตามเป้าหมายท่ามกลางอุปสรรคที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงลักษณะส่วนบุคคลในด้านต่างๆ ไปสู่สิ่งที่เหมาะสมและถูกต้องมากขึ้น แต่จากการศึกษานี้ยังพบผลลัพธ์เชิงลบของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่ามีตัวอย่างเพียงส่วนน้อย (1 ราย) ที่รายงานว่าเมื่อมีการพัฒนาตนเองแล้วจะถูกปฏิเสธหรือไม่ได้รับการยอมรับ (rejection) ต้องมีการะับผิดชอบมากเกินไป (responsibility overload) และจะได้รับการสนับสนุนน้อยจากบุคลากรทีมสุขภาพ (less support) เพราะทุกคนประเมินว่าเขา

สามารถจัดการหรือกระทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ซึ่งพนาร์ตัน เจนจบ (2542) ได้ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) พบว่าภายหลังจากผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้วกรณีตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงในตนเองดังนี้ 1) การพัฒนาตนเอง ในเรื่องของความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ความเข้าใจในปัญหาและสถานการณ์ของตนเอง ความสามารถในการควบคุมและอำนาจในการต่อรอง 2) ความรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง ในเรื่องของการประยุกต์ความรู้ต่อการดูแลตนเอง 3) ความพึงพอใจในตนเอง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของกิบสัน (Gibson, 1993) ในเชิงบวกแต่ไม่พบรายงานของผลเสียของการเสริมสร้างพลังอำนาจตามที่กิบสัน (Gibson, 1993) ได้พบซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษานี้มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับผู้วิจัยและมองเห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีผลต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของตนจึงให้ความสำคัญ ประกอบกับการรับรู้พลังอำนาจของกรณีตัวอย่างภายในระยะเวลาของการศึกษา 3 เดือน เป็นระยะแรกของการรับรู้ว่ามีพลังอำนาจเริ่มหาประสบการณ์หรือความรู้ใหม่ เป็นการเรียนรู้สิ่งใหม่นับว่าเป็นประสบการณ์ที่ดี ทำให้กรณีตัวอย่างมองเห็นคุณค่าของการกระทำดังกล่าว (พนาร์ตัน เจนจบ, 2542)

นอกจากนี้ เบอร์กอร์, แอนเดอร์สัน, และคาอูกเจียน (Berger, Anderson & Kavookjian, 2001) ได้ศึกษาถึงกลยุทธ์ในการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ในผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง 30 ราย พบว่ากลยุทธ์ในการเสริมสร้างพลังอำนาจได้แก่ การเปิดเผยวิถีชีวิตประจำวัน การใช้วันที่สำคัญในการสร้างพลัง การใช้สิ่งที่ดีในชีวิต การให้ข้อมูลข่าวสาร การกล่าวถึงอนาคตที่วางไว้เพื่อช่วยในการตัดสินใจ และมีการใช้ทักษะการสื่อสาร การแสวงหาข่าวสาร การกล้าแสดงความคิดเห็น กล้าตัดสินใจ สามารถเผชิญปัญหาได้ และความสามารถแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ต่อมา มีการประยุกต์นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับกลุ่มมาใช้เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดการพัฒนาศักยภาพและความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งตนเองของกลุ่มบุคคลมากขึ้น

การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม เป็นการนำกระบวนการกลุ่มบำบัด มาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่บุคคลในการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา เช่น กิบสัน (Gibson, 1993) ได้ประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการศึกษาในกลุ่มเด็กออพริกัน-

อเมริกัน พบว่าปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มช่วยเพิ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยการช่วยให้บุคคลมีโอกาสดูแลตนเองถึงประสบการณ์ ยอมรับการสนับสนุนจากสังคม ชุก บลิง (Suk Bling, 1998) ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในผู้ป่วยมะเร็งชาวจีนและบทบาทของกลุ่มที่สนับสนุนตนเอง พบว่า การรับรู้ถึงความเหมือน การเป็นตัวแบบ การสนับสนุนทางสังคม เป็นกลไกที่สำคัญในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและพบว่า กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งชาวจีนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในด้านการให้ความหมายต่อชีวิต ความหวัง ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ การยอมรับการเจ็บป่วย และความคิดทางบวก นอกจากนี้ ชุก บลิง (Suk Bling, 1998) ยังพบว่า กลยุทธ์ในการส่งเสริมความสามารถของบุคคล ทั้งในส่วนที่มีอยู่แล้วในตัวบุคคลและพยายามให้บุคคลได้แสดงออก หรือพัฒนาให้เกิดขึ้นนั้น วิธีการที่ดีที่สุด คือการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ อันจะทำให้บุคคลแสดงคุณลักษณะของตนทางด้านความสามารถ ที่ส่งผลต่อเหตุการณ์สำคัญในชีวิต และการปฏิบัติที่คำนึงถึง การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นฐาน เน้นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม การพิจารณาตนเองและการตระหนักถึงแรงขับเคลื่อนทางสังคม ได้มีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมาประยุกต์ใช้กับการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากโครงการส่งเสริมการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย (เสรี พงศ์พิศ และวิจิต นันทสุวรรณ, 2545) เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการที่ได้ประยุกต์แนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน โดยกระบวนการประชาสัมพันธ์และพัฒนาที่เน้นการเรียนรู้และพึ่งตนเอง โดยส่งเสริมให้บุคคล ได้ค้นหาศักยภาพของตนเอง ค้นหาศักยภาพของชุมชนหรือกลุ่ม ให้เกิดการตระหนักสามารถแสวงหาทางเลือก สำหรับตนเองและมีการจัดการที่ดีในการใช้ความรู้ ทรัพยากร และศักยภาพที่มีอยู่ของตนเอง เพื่อการแก้ไขปัญหา สุขภาพของตนเองและของกลุ่ม

การศึกษาของ จูพาร์ตัน สุริยาทัย (2547) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 26 คน โดยใช้แนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) พบว่าประสิทธิภาพของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มที่เห็นได้ชัด คือ การได้เรียนรู้ร่วมกันของสมาชิกกลุ่ม ช่วยให้กลุ่มเกิดการค้นพบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีการวิเคราะห์ได้ตรงตรง ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองด้วยตนเอง การคิดและเลือกแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเอง ที่เป็นของตนเอง สอดคล้องกับความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของตนเอง โดยที่กลุ่มเป็นเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหาและให้กำลังใจ ในผู้ที่ประสบกับปัญหาที่คล้ายคลึงกัน กลุ่มสามารถติดตามและกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่ม ปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทางการดูแลตนเองที่ได้เลือกไว้ ทำให้

ผู้คิดเชื่อเอชไอวีสามารถดูแลตนเองได้ดีเพิ่มขึ้น แม้ว่าจะมีผู้คิดเชื่อจำนวน 4 รายที่ไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ตลอดเนื่องจากภาระในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจะเห็นได้ว่ากระบวนการกลุ่มช่วยให้สมาชิกกลุ่มผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ มีปฏิสัมพันธ์กัน ร่วมแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น และอภิปรายในปัญหานั้น ประกอบกับมีผู้นำกลุ่มที่ได้รับการฝึกฝนทักษะ ประสิทธิภาพในการทำกลุ่มบำบัดมาก่อน ช่วยให้ผู้สมาชิกกลุ่มพร้อมที่จะนำประสบการณ์จากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน การมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่มทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการฝึกกำลังกัน ทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิดไปในทางที่ดีขึ้น ผู้ศึกษาจึงเลือกที่จะใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มแทนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบรายกรณีเพื่อให้กระบวนการของการทำกลุ่มช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการรับรู้พลังอำนาจของตนเองได้มากขึ้นต่อไป

การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแล

การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการนำเอาแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) และแนวคิดการทำกลุ่มบำบัดของยาลอม (Yalom, 1975) มาประยุกต์ใช้ร่วมกัน เป้าหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือการเพิ่มความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพชีวิตเพื่อบุคคลมีพลังมีความสุข และมีอำนาจในการตัดสินใจ การเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ และดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Gibson, 1993) ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจจะนำมาซึ่งการรับรู้พลังอำนาจว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้ เกิดการรับรู้พลังอำนาจทั้ง 4 ด้านตามที่กล่าวมาแล้ว โดยอาศัยขั้นตอนทั้ง 4 ขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำมาผสมผสานกับกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของยาลอม (Yalom, 1975) ที่กล่าวว่าหัวใจสำคัญของกระบวนการกลุ่มคือการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิก ช่วยให้ได้เรียนรู้ปัญหาและหาทางแก้ไขโดยใช้ประสบการณ์กลุ่มเป็นเครื่องมือเพื่อให้เกิดปัจจัยบำบัดทั้ง 11 ปัจจัยคือ 1) การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง 2) การผูกพันจิตใจต่อกัน มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน 3) การมีความเป็นสากล คือตระหนักว่าทุกคนมีปัญหาเช่นเดียวกัน 4) การเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ 5) การให้ข้อมูล 6) การได้ระบายออก 7) การได้เลียนแบบพฤติกรรมของคนอื่นที่ตนเองพอใจ 8) การแก้ไขประสบการณ์เดิมของครอบครัว 9) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม 10) การรู้สึกมีความหวัง 11) การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต ซึ่งเป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม และเป็นปัจจัยที่

เกิดขึ้นจากกระบวนการภายในกลุ่ม จากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน จุดมุ่งหมายของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดของยาลอม (Yalom, 1975) เพื่อประคับประคองบุคคลที่มีความทุกข์ทางใจ โดยสมาชิกกลุ่มเป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ มีปฏิสัมพันธ์กัน ร่วมแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น และอภิปรายในปัญหานั้น มีผู้นำกลุ่มที่ได้รับการฝึกฝนทักษะประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดมาก่อน ช่วยให้สมาชิกกลุ่มพร้อมที่จะนำประสบการณ์จากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน การมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่มทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการฝึกกำลังกัน ส่งผลให้เกิดปัจจัยบำบัดทั้ง 11 ปัจจัย ทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิดไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งทั้งสองแนวคิดนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ตามกิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นพัฒนาการกลุ่มในระยะแรก (initial phase) ผู้ศึกษาเปิดกลุ่มด้วยการแนะนำตนเองและให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตนเอง เป็นการเตรียมพร้อมสมาชิกกลุ่ม จะทำให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลาย รู้จัก และคุ้นเคยกัน มีความไว้วางใจ จากนั้นชี้แจงรายละเอียดในการทำกิจกรรมเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้นทนการร่วมกันเพื่อเกิดความร่วมมือกันในการนำกลุ่มไปสู่เป้าหมาย ลดการต่อต้านของสมาชิกกลุ่ม สร้างแรงจูงใจและมีความกระตือรือร้นต่อการเข้ากลุ่ม และทำแบบประเมินความรู้ เจตคติและทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำผลคะแนนที่ได้เปรียบเทียบกับคะแนนภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม รวมทั้งนัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป ในระยะนี้สมาชิกอาจเกิดการทดสอบผู้นำกลุ่ม ความลังเลสงสัย เกี่ยวกับกิจกรรมที่จะนำไปสู่เป้าหมาย ดังนั้นผู้นำกลุ่มต้องระวังคำพูดในการวิพากษ์วิจารณ์ของกลุ่ม

กิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ การค้นพบสถานการณ์จริง และเป็นระยะการทำงานร่วมกัน (working phase) ของกลุ่มเป็นช่วงที่ สมาชิกเริ่มให้การยอมรับ รู้สึกพึงพอใจ เข้าใจความมุ่งหวังของกลุ่ม รู้ความหมายของการให้การยอมรับพฤติกรรมของบุคคลอื่นเริ่มปรับตัวเข้ากับเพื่อนสมาชิก กิจกรรมที่ทำในครั้งนี่คือ การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทแก่สมาชิกกลุ่มโดยการให้ความรู้ ในประเด็นความหมายของโรคจิตเภท ลักษณะอาการ สาเหตุ การรักษาที่ได้รับ และอาการข้างเคียงจากการรับประทานยารักษาทางจิตและให้สมาชิกแต่ละคนสำรวจความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท และการจัดการกับความรูสึกนั้น พร้อมทั้งพูดถึงสถานการณ์และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา รวมถึงผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อผู้ดูแล เพื่อให้สมาชิกพูดถึงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองที่เป็นผลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทรวมทั้งเกิดการตระหนักรู้ตนเอง

ยอมรับถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริงจากระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองในประเด็นดังกล่าวแล้วส่งผลให้มีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้านคือด้านอารมณ์ (emotional) โดยจะรู้สึกดีขึ้นหากมีการเปลี่ยนความคิดว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นแต่ต้องอาศัยระยะเวลา เพื่อให้เกิดกำลังใจ พยายามค้นหาสาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริงเพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป ด้านสติปัญญาการรับรู้ (cognitive) เป็นการหาข้อมูลความรู้ให้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น และด้านพฤติกรรม (behaviorally) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่สามารถทำได้ในขณะนี้ มองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี และพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดว่าสิ่งที่ตนต้องการดูแลอย่างแท้จริงคืออะไร เกิดความเข้าใจ ชัดเจนในการดูแล และตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่

กิจกรรมครั้งที่ 3 เป็นการดำเนินการในขั้นตอนที่ 2 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสถานการณ์จริง และเกิดความรู้สึกกับข้อใจในการดูแล จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้กลับมามองปัญหาที่ประเมิน และคิดพินิจพิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (a sense of personal control) จะทำให้คิดได้ว่าจากเดิมที่คิดว่าตนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก็เกิดความคิดว่าตนไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่ได้ทำเป็นสิ่งที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นซึ่งผู้ศึกษาได้ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 นี้เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดการสะท้อนคิด ทบทวนเหตุการณ์เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีวิจารณญาณ เกิดการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มในการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ถูกต้องโดยใช้คำถามในประเด็น

“คุณคิดว่าคุณดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีอยู่แล้วในเรื่องใด”

“คุณคิดว่าอะไรที่ทำให้คุณดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีในเรื่องนั้น ๆ ”

“คุณคิดว่าคุณดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ไม่ดีในเรื่องใดบ้าง”

“คุณคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้คุณดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ไม่ดีในเรื่องนั้น ๆ”

“คุณคิดว่าคุณมีวิธีการแก้ไขสาเหตุที่ทำให้คุณดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ไม่ดีในข้อที่ผ่านมาได้อย่างไร”

“ถ้าคุณไม่ให้การดูแลผู้ป่วยจะเกิดผลอย่างไรกับตัวคุณและผู้ป่วย”

“คุณคิดว่าคุณมีพลังหรือความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการดูแลผู้ป่วย
จิตเภทอย่างไร”

กิจกรรมครั้งที่ 4 เป็นการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 3 คือการ
ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ผู้นำกลุ่มเปิดประเด็นเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
ของผู้ป่วยจิตเภทโดยการยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นมาและให้สมาชิกร่วมกันเสนอ
แนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดังกล่าว และให้สมาชิกกลุ่มเล่าถึงพฤติกรรมของ
ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นปัญหาในการดูแลคนละ 1 พฤติกรรมโดยไม่ซ้ำกันและการจัดการกับพฤติกรรม
นั้นๆ รวมทั้งสมาชิกร่วมกันเสนอแนวทางในการดูแลพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นๆ เพิ่มเติม ผู้ดูแล
จะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งผู้ดูแลจะมีทางเลือกหลายวิธี
ขึ้นอยู่กับ การแสวงหาแนวทาง การแก้ไขปัญหาของแต่ละคน และจะปฏิบัติสิ่งที่คิดว่าเหมาะสมที่สุด
โดยใช้เหตุผลของแต่ละบุคคลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันซึ่งผู้ศึกษาได้ดำเนินการในขั้นตอนที่ 3
นี้เพื่อเกิดการตัดสินใจสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเกิดความมั่นใจในการ
ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมครั้งที่ 5 และครั้งที่ 6 เป็นขั้นตอนที่ 4 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือ การ
คงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ให้สมาชิกแต่ละคนนำเสนอผลจากการเลือกแนวทางใน
การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตนเองจากกิจกรรมครั้งที่ 4 ที่นำไปปฏิบัติกับผู้ป่วย
รวมถึง ปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นต่อกลุ่ม ร่วมกันให้ข้อเสนอแนะ เสนอแนวทางในการดูแลผู้ป่วย
จิตเภท การสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วย และผู้นำกลุ่มให้คำแนะนำ รวมทั้งร่วมกันให้กำลังใจ
สนับสนุนผู้ที่ยังไม่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดี ขั้นตอนที่ 4 คือการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มี
ประสิทธิภาพ เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีที่เลือกใช้ไป
ปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ ผู้ดูแลจะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มี
ความสามารถและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไปซึ่งผู้ศึกษาได้ดำเนิน
กิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 นี้เพื่อกระตุ้นและติดตามการคงไว้ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ
รวมทั้งสามารถจัดการกับความเครียดของตนเองที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

เมื่อผู้ดูแลได้ผ่านขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนจะส่งผลให้ผู้ดูแล
เกิดการรับรู้พลังอำนาจที่มีของตนเองว่าสามารถจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการ
ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้โดยจะเกิดความพึงพอใจในตนเองที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่าง
เหมาะสม เกิดความมั่นใจและกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย มีความชัดเจนมากขึ้นจากการนำ
ประสบการณ์ที่ได้จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอยู่เดิมผสมผสานกับสิ่งที่ได้เรียนรู้ใหม่ๆ ใน
กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้มีแนวทางสำหรับจัดการและควบคุมสถานการณ์ ไม่ว่า

จะเป็นเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการและอาการแสดง การรักษารวมทั้งการสังเกตอาการที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาทางจิตเวช นอกจากนี้การตระหนักรู้ในตนเองโดยผ่านขั้นตอนที่ 1 และ 2 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะทำให้ผู้ดูแลพึงพอใจในความสามารถของตนเอง นำไปสู่ความเชื่อมั่นและมั่นใจในตนเองเกิดกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป ซึ่ง กิบสัน (Gibson, 1993) เชื่อว่าหากบุคคลมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองมากขึ้นก็จะสามารถให้การดูแลผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นกัน ทั้งนี้ยังมีปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการเกิดพลังอำนาจอีก นั่นคือ ความมุ่งมั่นทุ่มเท ความผูกพัน และความรัก ความเชื่อว่าตนเองสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สมาชิกในครอบครัว ช่วยให้ผู้ดูแลมีพลังความเข้มแข็งและแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของตนเองซึ่งในกระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นผู้ดูแลจะเป็นผู้ที่เสริมสร้างพลังอำนาจกับตนเองเพื่อให้ผู้ดูแล เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ผู้ศึกษาไม่สามารถไปเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลได้แต่ผู้ศึกษาจะให้การช่วยเหลือให้เกิดความคงทนของพฤติกรรมดูแลที่ดี ซึ่งความเชื่อมั่นใน ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้คือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1986) ซึ่งการจะพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลได้นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ประการคือการมีประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือทำเอง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูงเป็นการพูดคุยให้บุคคล เชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ และสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์โดยสภาพร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในสภาวะที่ร่างกายแข็งแรงมีภาวะสุขภาพที่ดีจะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่ในสภาวะที่ร่างกายมีความเสี่ยงต่อความผิดปกติหรือเจ็บป่วย ความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า สภาวะที่ไม่สุขสบาย จะส่งผลให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดต่ำลง สภาวะทางอารมณ์ก็เช่นเดียวกันอารมณ์ทางบวก เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกมีความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะมีผลทำให้บุคคลรับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น แต่อารมณ์ทางลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว จะส่งผลให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลงและมักจะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ

จากปัจจัยดังกล่าวจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการจนประสบผลสำเร็จได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ เป็นความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำพฤติกรรม แต่การกระทำจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้ดูแลประเมินได้ว่าพฤติกรรมที่ตนเองแสดงออกไปนั้นจะนำไปสู่ผลที่ตนเองคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นที่สืบเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ จึงกล่าวได้ว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับความคาดหวังเมื่อทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะเกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ และเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่

จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ แต่หากบุคคลเรียนรู้ว่าการกระทำนั้นจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่คาดหวังว่าตนมีความสามารถไม่พอที่จะทำพฤติกรรมนั้นก็มีแนวโน้มที่บุคคลจะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวัง ดังนั้นการเสริมสร้างให้บุคคลเชื่อมั่นว่าตนสามารถทำได้ก็จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการกระทำพฤติกรรมนั้นต่อไป วิธีการหนึ่งที่สามารถทำคือการเสริมสร้างพลังอำนาจนั่นเอง

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล โรงพยาบาลสวนปรุง

กรมสุขภาพจิตมีนโยบายลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับการรักษายู่ในโรงพยาบาลสั้นที่สุดและกลับไปอยู่กับครอบครัว ชุมชน ให้เร็วที่สุด ฉะนั้นญาติจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โรงพยาบาลสวนปรุงเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีบทบาทหน้าที่ดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตภาคเหนือได้สนองนโยบายดังกล่าวด้วยการดำเนินการจัดโครงการการดูแลอย่างมีส่วนร่วมโดยรับผู้ป่วยจิตเภทเข้ารักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลและให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในตึก สหทัย ของโรงพยาบาลสวนปรุง จนกว่าผู้ป่วยจะอาการทุเลา ดังนั้นการจัดกิจกรรมกลุ่มต่างๆ ที่เหมาะสมต่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเพื่อการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม ได้แก่ กิจกรรมการมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภท การเพิ่มทักษะการสื่อสาร การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทด้านการดูแลสุขภาพ วิชาส่วนบุคคล การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรับประทานยา ซึ่งส่งผลให้เกิดความร่วมมือที่ดี ญาติเกิดการยอมรับและเข้าใจวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้เกิดความเข้าใจว่าจะสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ และลดอัตราการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังได้ โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2541 จึงจะเห็นได้ว่าญาติมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหลายๆ ด้านคือ ด้านร่างกาย โดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ทำให้เวลาในการพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไป พักผ่อนไม่เพียงพอจากการที่ต้องเฝ้าสังเกตอาการและระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย นอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อยลง ร่างกายทรุดโทรม (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537; รัชนิกร อุปเสน, 2541; เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543) ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์เกิดจากการที่อาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยอาการกำเริบขึ้น ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกหวาดกลัวว่าผู้ป่วยจะทำร้ายตนเองและผู้อื่นทำให้ผู้ดูแลมีความทุกข์ใจ โกรธ ผิดหวัง ท้อแท้ วิตกกังวล หงุดหงิด รู้สึกเป็นภาระ

ท้อแท้ เบื่อหน่าย หดห่อใจ (เวทีนี สุขมาก, อุไรวรรณ โชติรัตน์หิรัญ และเอมหทัย ศรีจันทร์ห่อ, 2544) ผลกระทบทางด้านสังคมพบว่ารู้สึกอับอายเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมและมีความรู้สึกเป็นตราบาป (Glendy & Mackenzie, 1998) ผู้ดูแลไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมทางสังคมตามที่ต้องการได้ (เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543) ผลกระทบด้านความเป็นอิสระส่วนตัว ผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่มีเวลาเป็นส่วนตัวเนื่องจากมีภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเช่น ต้องช่วยกระตุ้นการกิจวัตรประจำวัน การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การพาไปพบแพทย์ ตลอดจนไม่สามารถที่จะกำหนดเวลาที่แน่นอนได้ ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย (มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และคณะ, 2544) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจพบว่า การที่ผู้ดูแลต้องพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ การที่ต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วยและต้องใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประสบปัญหาเศรษฐกิจ (ชวลีวรรณ เพียรทอง และพิกุล ผาสุกมุล, 2539)

จากการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ ญัณฐิยา พรหมบุตร (2545) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 380 คน พบว่าผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทร้อยละ 31.6 มีปัญหาสุขภาพจิตและมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติทางจิตเวชและผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทควรได้รับความสนใจและเอาใจใส่เพื่อป้องกันความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตและป้องกันความผิดปกติทางจิตเวชที่อาจตามมาได้ จากผลกระทบดังกล่าวทำให้เกิด ผลเสียต่อผู้ดูแลมากมาย หากผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องจะส่งผลให้เกิดความท้อแท้ หดห่อใจ และเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล, 2544) และในโรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่รักษาเฉพาะทางทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ก็มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษามาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2548 คิดเป็นร้อยละ 26.19 ร้อยละ 12.95 และร้อยละ 20.77 (รายงานประจำปีโรงพยาบาลสวนปรุง, 2548) ทั้งนี้พบว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามาได้รับการรักษาซ้ำ คือความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล (ทูลดา บุปผาสังข์, 2545) และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยด้านครอบครัวที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำเกิดจากครอบครัวยังไม่พร้อมที่จะอยู่กับผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสม (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนไม่มีความเข้าใจด้านยารักษาโรคทางจิตเวช เช่น ผู้ป่วยจิตเภทหยุดรับประทานยาเพราะไม่ยอมให้ผู้ดูแลเฝ้าดูมอมองว่าเป็นโรคจิต (วาสนา ปานดอก, 2545) และจากการศึกษาของ สุรพรี เกิดจัน และคณะ (2542) ที่ศึกษาปัจจัยของญาติที่สัมพันธ์กับการมารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา พบว่าญาติของผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารับรักษาซ้ำมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทน้อยกว่าญาติของผู้ป่วยที่ไม่มารับรักษา ดังจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียด ซึมเศร้า เหนื่อยล้าหรือสภาวะที่มีความเสี่ยงต่อความผิดปกติทางจิต

จะส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองลดลง (Bandura, 1997) ดังนั้นหากได้มีการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแก่ผู้ดูแลแล้วก็จะสามารถเพิ่มระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ต่อไป

กรอบแนวคิดและทฤษฎี

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะการดำเนินโรคเรื้อรังและรุนแรง และก่อให้เกิดการไร้สมรรถภาพได้มากที่สุด ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องรับบทบาทหน้าที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และด้านเศรษฐกิจแก่ผู้ป่วยจิตเภทอย่างใดก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ถึงแม้ผู้ดูแลจะมีความคาดหวังในการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลจากผู้ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ผู้ดูแลยังได้รับผลกระทบที่เกิดจากการดูแล และประสบการณ์การดูแลที่ไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง ที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไม่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถทำได้ ซึ่งความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองนั้น แสดงถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ต่ำลงตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่ว่าบุคคลที่เคยประสบกับความล้มเหลวอยู่เสมอๆ จะส่งผลให้บุคคลประเมินความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองหรือมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และมีความคาดหวังในการกระทำของตนเองว่าจะเกิดผลตามที่ตนเองคาดหวังไว้ แล้วลงมือกระทำการดูแลนั้น และการที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสมนั้น จำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่ง ในการศึกษาเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มโดยใช้กรอบแนวคิดของ กิบสัน (Gibson, 1993) ในการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน 1) การค้นหาความจริง (discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (taking charge) 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องได้ดีเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ที่ได้จากกระบวนการ จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้น มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้นด้วย