

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์

การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 ราย
ผลการศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วย
จิตเภทของกลุ่มตัวอย่าง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพ

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มตัวอย่าง (n=10)	
		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	6	60
	หญิง	4	40
อายุ (พิสัย= 46-72 ปี)			
	40 ปี ขึ้นไป - 50 ปี	2	20
	50 ปีขึ้นไป - 60 ปี	4	40
	60 ปีขึ้นไป - 70 ปี	1	10
	70 ปีขึ้นไป	3	30
สถานภาพสมรส			
	คู่	10	100
ระดับการศึกษา			
	ประถมศึกษา	9	90
	ปริญญาตรี	1	10
อาชีพ			
	รับจ้าง	6	60
	พ่อบ้าน / แม่บ้าน	3	30
	รับราชการ	1	10

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 60 เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 40 และกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 50 ปีขึ้นไป - 60 ปี ร้อยละ 40 และมีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30 ทั้งหมดมีสถานภาพสมรสเป็นคู่ มีการศึกษาที่ระดับประถมศึกษาคิดเป็น ร้อยละ 90 และส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 60

ตารางที่ 2

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และการมีโรคประจำตัว

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (n=10)	
	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน (พิสัย = 0-20,000 บาท)		
ไม่มีรายได้	1	10
น้อยกว่า 5,000 บาท	4	40
5,001-10,000 บาท	4	40
10,001-20,000 บาท	1	10
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (พิสัย = 1 ปี- 22 ปี)		
6 เดือน- 1 ปี	1	10
1 ปีขึ้นไป- 3 ปี	3	30
3 ปีขึ้นไป- 5 ปี	3	30
5 ปีขึ้นไป	3	30
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา/มารดา	9	90
ตา	1	10
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	6	60
มีโรคประจำตัว	4	40
โรคความดันโลหิตสูง	2	20
โรคหัวใจ	1	10
โรคเก๊าท์	1	10

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาท 4 คน คิดเป็นร้อยละ 40 มีรายได้ 5,001-10,000 บาท 4 คน คิดเป็นร้อยละ 40 มีรายได้ 10,001-20,000 บาท 1 คนคิดเป็นร้อยละ 10 โดยระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 1 ปีถึงร้อยละ 90 ผู้ดูแลส่วนมากเป็นบิดา/มารดา คิดเป็น

ร้อยละ 90 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 60 และมีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 20 โรคหัวใจ คิดเป็น ร้อยละ 10 และโรคเก๊าท์ คิดเป็นร้อยละ 10

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่างมีค่าของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 2.575 (SD = .38819) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มตัวอย่าง มีค่าของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 4.515 (SD = .27794) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มตัวอย่าง

เวลาที่วัด	ค่าคะแนน	SD	t	sig(1 tailed)
ก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม	2.575	0.38819		
หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม	4.515	0.27794	-11.907	.000

การอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ผลของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 2 สัปดาห์ ผู้ศึกษาได้นำผลการศึกษามาทูลอภิปรายผลตามสมมติฐานการศึกษาดังนี้

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม มีระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3) โดยพบว่า คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 2 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถทำหน้าที่ของตนเองตามบทบาทในครอบครัวและสังคมได้ ดังนั้นสมาชิกในครอบครัว จึงต้องรับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแล ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และ ด้านเศรษฐกิจ แก่ผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผลกระทบของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลคือด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านเศรษฐกิจ ทำให้มีโอกาหรือแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ คือเกิดความรู้สึกท้อแท้ หดหู่กำลังใจ เหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วย และประสิทธิภาพของการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้มาก แต่หากผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่สอดคล้องตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นเฉพาะ เป็นแรงจูงใจสำคัญให้บุคคลกระทำพฤติกรรมที่จำเป็นต่อสุขภาพ และจะมีอิทธิพลต่อการเลือกกระทำในพฤติกรรมต่างๆ และความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องแล้วทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการตกลงใจในการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อันจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และการที่จะเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการดูแล

จำเป็นต้องมีการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยอธิบายตามแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1993) ทั้ง 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง (discovery reality) เป็นขั้นตอนแรกของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ช่วยทำให้ผู้ดูแลยอมรับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง เป็นการสร้างความเข้าใจ ความรู้ เกี่ยวกับโรคจิตเภท รวมทั้งลักษณะอาการ สาเหตุ การรักษาที่ได้รับ และอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยารักษาอาการทางจิต ทั้งนี้ จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการแสดงหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ตลอดเวลา ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการเหมือนเดิมเมื่อเวลาผ่านไป ผู้ดูแลจะเริ่มเกิดความรู้สึกเป็นภาระและเอือมระอาที่จะให้การดูแลและเมื่อไม่สามารถจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ เกิดการสูญเสียความหวัง ความอับอาย และความรู้สึกผิด

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้อยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ และผิดหวัง รู้สึกไม่มีใครช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้นได้ ดีที่สุดก็เพียงการประคับประคองให้ผู้ป่วยจิตเภทมีชีวิตอยู่ผู้ป่วยจิตเภทไปวันหนึ่ง โดยอาการไม่รุนแรงไปกว่าที่เป็นอยู่ ในขณะที่เดียวกันก็มีความวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลาว่าอาการจะกำเริบอีกเมื่อใด และอันตรายที่อาจจะเกิดทั้งกับตัวผู้ป่วยเอง คนรอบข้าง หรือผู้ดูแลเองก็ตาม ทำให้สุขภาพทรุดโทรมจากการเพียรพยายามใส่ใจในสุขอนามัยและความเป็นอยู่ของผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่ผู้ป่วยเองไม่เคยได้รับรู้ในสิ่งเหล่านี้เลย สภาพจิตใจที่ตึงเครียดตลอดเวลาทำให้ไม่มีความสุขในชีวิต (ยอดสร้อย วิวะวรรณ, 2543) นอกจากนี้ยังส่งผลในด้านร่างกาย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้าประสิทธิภาพการทำงานลดลง สุขภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการอ่อนเพลีย เช่น การศึกษาของ รัชนิกร อุปเสน (2541) เกี่ยวกับบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าได้น้อยลง เหนื่อย อ่อนเพลีย และได้รับบาดเจ็บ จากการถูกผู้ป่วยจิตเภททำร้ายร่างกาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ เอื้ออารีย์ สาริกา (2543) เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าลักษณะความเครียดของผู้ดูแลที่ปรากฏทางด้านร่างกายคือ ผู้ดูแลมีอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ทำให้มีสุขภาพทรุดโทรม ซึ่งแบนดورا (Bandura, 1997) กล่าวว่าในภาวะที่ร่างกายเกิดความตื่นตัว วิตกกังวล อ่อนเพลีย เมื่อยล้าหรือภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากๆ จะทำให้นักกลั่นกระทำการพฤติกรรมได้ไม่ดีเท่าที่ควร และการที่บุคคลมีอารมณ์ทางลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว จะส่งผลให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาของผู้ป่วยจิตเภทและมีระยะเวลาการดูแลมากกว่า 5 ปี โดยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลตั้งแต่ทราบว่าบุตรเริ่มป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาการดูแลที่ยาวนาน แต่เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่เรื้อรังและมีความเสื่อมของ

บุคลิกภาพ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความยากลำบากในการดูแลมากขึ้น ทั้งนี้ถึงแม้ผู้ที่ให้การดูแลเป็นระยะเวลานานจะมีประสบการณ์ และทักษะการปรับตัวในการดูแลแล้ว แต่การเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรคอยู่ตลอดเวลา จะกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดที่ต่อเนื่อง ทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ และรับรู้ถึงภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้น (เพ็ญใจ ติรไพรวงศ์, 2540) อีกทั้งมีหลายครั้งที่ผู้ป่วย จิตเภท แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ทำลายสิ่งของส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง รวมถึงสมรรถนะแห่งตนว่าจะสามารถแสดงบทบาทของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้หรือไม่ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่ว่า บุคคลที่เคยประสบกับความล้มเหลวอยู่เสมอๆ และการที่บุคคลมีอารมณ์ทางลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัวจะส่งผลให้บุคคลประเมินความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองหรือมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ ซึ่งในการค้นพบสถานการณ์จริงนี้จะทำให้ผู้ดูแลเกิดการตอบสนองในด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญาการรับรู้และด้านพฤติกรรม นั่นคือ

ในด้านการตอบสนองด้านอารมณ์ เมื่อผู้ดูแลทราบว่าคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภทจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกลบด้านลบขึ้น เช่น วิตกกังวล กระวนกระวาย กลัว หรือโกรธที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคนี้ ไม่เข้าใจว่าโรคนี้เกิดขึ้นได้อย่างไร เกิดการต่อต้านไม่ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่ทราบ ไม่เข้าใจว่าจะต้องให้การดูแลอย่างไร หรือไม่สามารถเดาได้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการหรือพฤติกรรมทำร้ายหรืออาการกำเริบอีกหรือไม่ ทำให้เกิดความคับข้องใจ ไม่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่ อาจกลัวว่าจะถูกผู้ป่วยทำร้าย หรือเกิดความสงสาร เห็นใจ และรู้สึกผิดที่ผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ เกล็นดี และ แมคเคนซี (Glendy & Mackenzie, 1998) เกี่ยวกับการดูแลญาติที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงที่บ้านในฮ่องกง พบว่า การดูแลส่งผลกระทบท่อผู้ดูแลทางด้านสภาวะอารมณ์ จะมีความทุกข์ใจ ความรู้สึกโกรธ ผิดหวัง ท้อแท้ และกลัวผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบ เนื่องจากพฤติกรรมผิดปกติและพฤติกรรมที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ กังวลว่าผู้ป่วยจะทำร้ายตนเอง เกิดความรู้สึกลบด้านลบเนื่องจากอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น และการศึกษาของ เอื้ออารีย์ สาริกา (2543) พบว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด ทำร้ายคนอื่น ผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล กลัว นอกจากนี้ผู้ดูแลยังพบว่า ตนเองมีความสงสาร เห็นใจ ที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคนี้ และโกรธที่ผู้ป่วยไม่เชื่อฟัง บางครั้งยังทำร้าย ทบตีผู้ดูแล ทำลายของในบ้าน

ในด้านการตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ เมื่อผู้ดูแลรู้สึกสูญเสียความสามารถหรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ วารสารทางวิชาการ การถาม

จากแพทย์ พยาบาล ผู้ดูแลคนอื่นๆ ที่ประสบเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจ เหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้ผู้ดูแลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่มีมาใช้ ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ

การตอบสนองทางพฤติกรรม โดยผู้ดูแลจะรับรู้และตระหนักว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของตน เกิดความเข้าใจ ชัดเจนในการดูแล และตระหนักถึงความสำคัญ ของตนเอง ใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ เพื่อใช้ในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ในขั้นนี้ผู้ดูแลจะพยายามปรับตัวโดยคิดในแง่ดี และจะกระทำทุกอย่างเพื่อให้ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากกิจกรรมการค้นพบสถานการณ์จริง ผู้ศึกษา ได้สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ สาเหตุ การรักษาที่ได้รับ และอาการข้างเคียงจากการ รับประทานยาทางจิตเวช พบว่าการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์เพื่อให้ผู้ดูแลเกิด การรับรู้ และความเข้าใจที่ถูกต้องในสถานการณ์การดูแลทำให้เกิดการตัดสินใจและเมื่อผู้ดูแลมี ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่มีของผู้ป่วยจิตเภทก็จะส่งผลต่อการตอบสนองทางด้าน พฤติกรรม คือผู้ดูแลเกิดการตระหนักว่าเป็นหน้าที่ของตนเองที่จะต้องดูแลผู้ป่วย และผลจากการ แสวงหาความรู้หรือข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรืออาการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีก็จะช่วย ให้ผู้ดูแลปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบเป็นความคิดที่จะพยายามดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) เป็นการพยายาม ทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เพื่อจะนำไปสู่การตัดสินใจ เลือกแนวทางปฏิบัติต่อไป จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลได้สะท้อนคิด เกี่ยวกับประเด็นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา โดยใช้คำถามสะท้อนความคิด ความรู้สึก เป็นการ ทบทวนประสบการณ์ต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนำมาแลกเปลี่ยนกันเพื่อให้ได้การดูแลที่ดีและ เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย ในขั้นตอนนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนารู้สึกมีพลังอำนาจใน การควบคุมตนเอง จนเกิดความคิดว่าตนเองมีส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น เพราะ ภายหลังการคิดอย่างวิเคราะห์ จะช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเอง ผู้ศึกษาใช้ คำถาม “ถ้าคุณไม่ให้การดูแลผู้ป่วยจะเกิดผลอย่างไรกับตัวคุณเองและผู้ป่วย” และ “คุณคิดว่าคุณมี พลังหรือความเชื่อมั่นในความสามารถของคุณในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างไร” ซึ่งจะสะท้อนให้ ผู้ดูแลได้คิดทบทวน และเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของตนเองที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง เหมาะสม และรับรู้พลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้ผู้ดูแลจะมีความเข้มแข็งและมีความ สามารถมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลระวี วิวัฒนชีวิต (2541) ที่พบว่าการใช้คำถาม ทำให้ผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยเอดส์มีการสะท้อนคิดด้วยตนเองได้ดีที่สุด

เมื่อผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ว่าสามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม ก็จะส่งผลให้เกิดการลงมือทำในกิจกรรมการดูแลนั้นๆ เพื่อให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม แม้ว่าจะเกิดความล้มเหลวในพฤติกรรมกรดูแล ผู้ดูแลก็จะยังคงพฤติกรรมกรดูแลนั้นต่อไป แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างแท้จริง โดยมีกิจกรรมการสะท้อนคิดช่วยเสริมให้เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม เป็นขั้นตอนที่ผู้ดูแลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีที่สุดหลังจากได้คิด วิเคราะห์และพิจารณาอย่างรอบคอบแล้ว ซึ่งในกิจกรรมนี้ ผู้ศึกษาได้ยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการดูแลพฤติกรรมนั้น และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนแนวทางในการดูแลพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเลือกแนวทางในการดูแลพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นปัญหา ซึ่งผู้ดูแลจะมีทางเลือกหลายวิธีขึ้นอยู่กับภาระแนวทางของแต่ละคน และปฏิบัติสิ่งที่คิดว่าเหมาะสมที่สุด โดยเกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมของผู้ดูแล การมีส่วนร่วมในการดูแล และการหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล รวมทั้งการมีความตั้งใจจริงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการตัดสินใจในการเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมมาปฏิบัติต่อไป

สอดคล้องกับการศึกษาของ พนารัตน์ เจนจบ (2542) ที่ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ พบว่าการยกตัวอย่างผู้ป่วยที่สามารถบริหารข้อแล้วอาการปวดข้อลดลง ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการยกตัวอย่างมีความภาคภูมิใจที่จะปฏิบัติต่อไป และผู้ป่วยอื่นๆ เห็นตัวอย่างแล้วทำให้มีความมั่นใจที่จะปฏิบัติตามขึ้น และการศึกษาของ เมธิณี จันดิยะ (2547) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ก่อให้เกิดการดึงประสบการณ์ที่ผ่านมาที่เคยปฏิบัติตามแล้วทั้งเหมาะสมและไม่เหมาะสมจากการปฏิบัติ ถ่ายทอดให้ผู้วิจัยได้รับรู้และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้เกิดมุมมองใหม่ๆ ในการจัดการกับการหายใจลำบากและการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีเลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกมั่นใจมีพลังอำนาจ มีความสามารถและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมกรแก้ปัญหาในครั้งต่อไป แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแล้ว โดยการเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง และได้รับกำลังใจจากสมาชิกกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเช่นเดียวกัน ก็จะทำให้เกิดการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมกรดูแลนั้น

นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมการเสริมสร้างพลังอำนาจคือ ความรัก ความผูกพัน ความทุ่มเท (Gibson, 1995) จากข้อมูลทั่วไปพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งบุคคลเหล่านี้เป็นผู้ที่มีบทบาทในการเลี้ยงดูผู้ป่วยจิตเภทมาตั้งแต่กำเนิด ทำให้มีความสนิทสนมและคุ้นเคยกับผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นเวลานาน ประกอบกับความผูกพันทางสายโลหิตในฐานะของบิดา มารดา และบุตรทำให้ลักษณะของสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นเป็นความผูกพัน ที่มีความเอื้ออาทร ห่วงใย และจริงใจต่อกันเป็นพื้นฐาน เป็นผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลด้านความเมตตาต่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับมาก (นงลักษณ์ วรวิทย์นันท์, 2546) และจากการศึกษาของ เอื้ออารีย์ สาริกา (2543) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมานานตั้งแต่ 6-10 ปีขึ้นไป และมีความสัมพันธ์โดยเป็นบิดา มารดาของผู้ป่วยจิตเภท จะสามารถยอมรับ และอดทนต่อการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทได้ และให้อภัยเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมดังกล่าว ดังจะเห็นได้ว่า ความรัก ความผูกพันที่ผู้ดูแลมีให้กับผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ต่อไปแม้ว่าจะมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมก็ตาม ดังนั้น เพื่อให้ผู้ดูแล สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลจึงต้องแสวงหาความรู้ทั้งจากบุคคล เอกสารวิชาการเพื่อให้ตนเองเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น

ผู้ดูแลมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 100) ผู้ที่มีคู่ชีวิตคอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจซึ่งกันและกันเป็นแหล่งประโยชน์ที่เสริมแรงให้การสนับสนุนด้านความรู้ เอื้ออำนวยต่อการแสดงออกถึงสิ่งที่กังวล ห่วงใยรวมทั้งมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Hibert อ้างใน ญญา พรหมบุตร, 2545) ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ และดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งที่ประสบผลสำเร็จ และเกิดความล้มเหลวในการดูแล จะเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายมาใช้ในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับกระบวนการกลุ่มที่ใช้ในการศึกษา ยังเอื้อให้ผู้ดูแลสามารถที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างหลากหลาย ได้เห็นประสบการณ์การดูแลของผู้อื่น และยังสามารถประเมินได้ว่าตนเองจะเลือกแนวทางในการดูแลอย่างไร เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป และในขณะที่ทำกลุ่มที่มีการแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันนั้น ผู้ดูแลยังได้มีโอกาสที่จะรับรู้ถึงปัญหาของผู้ดูแลคนอื่น เกิดความเข้าใจ เกิดการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน อันเป็นผลมาจากกระบวนการของกลุ่มนั่นเอง ทำให้ผู้ดูแลได้กำลังใจ เกิดแรงจูงใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป นอกจากนี้การมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์แข็งแรงของผู้ดูแล ก็จะช่วยทำให้ผู้ดูแลสามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

นั่นคือ เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ว่าตนเองมีความสามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างต่อเนื่อง และเกิดการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตามที่ได้กล่าวมา แสดงให้เห็นว่าขั้นตอนของการค้นหาสถานการณ์จริงในการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ ช่วยทำให้ผู้ดูแลสามารถที่จะพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้เป็นอย่างดี

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครั้งนี้ พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล จากการตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม สะท้อนให้เห็นว่า ก่อนใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หนักใจ กังวลใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และปล่อยไปตามยถากรรม คิดว่าเป็นเวรเป็นกรรม ทำให้เกิดการกำเริบของโรคซ้ำ นอกจากนี้ผู้ดูแลมักละเลยที่จะดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มักเกิดความเครียดและความหนักใจที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยไม่ได้รับการแก้ไข ทำให้คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนเข้ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม อยู่ในระดับต่ำ แต่ภายหลังการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม เพื่อการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการค้นพบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีการวิเคราะห์ ไตร่ตรอง ตระหนัก คิดถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง การคิดและเลือกแนวทางปฏิบัติในการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม ครอบครัวของตนเอง และสอดคล้องกับความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของตนเอง โดยมีกลุ่มเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ แนวทางการแก้ไขปัญหา และให้กำลังใจซึ่งกันและกันในปัญหาที่คล้ายคลึงกัน กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่าง เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมที่ตนเลือกไว้จนเป็นนิสัย เกิดการคงไว้ซึ่งการปฏิบัตินั้น และเกิดเครือข่ายที่พร้อมจะดูแลกัน ทำให้คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภายหลังการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากระบวนการดังกล่าวก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้สนับสนุนการศึกษาของ จิรภัทร เปลื้องนุช (2548) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างพลังอำนาจในการรับรู้สมรรถนะการดูแลเด็กออทิสติก ของผู้ปกครอง พบว่าเมื่อผู้ปกครองรับรู้ความสามารถ ผู้ปกครองจะรับรู้สมรรถนะของตนเองว่ามีอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นสามารถตัดสินใจและจัดการกับสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเอง มีความมั่นใจที่จะสื่อสาร เพื่อให้บุตรของตนเองได้รับสิ่งที่คิดว่าดีที่สุด และ จิม สกุลนุ้ม (2545) ที่ศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะการจัดการตนเองของมารดาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่า ผู้ดูแลมีการยอมรับและเกิดพลังจูงใจในการดูแลมากขึ้น และ ประดิษฐพงษ์ อภิรัชติกุล (2549)

ที่ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุ มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณได้ ในระดับหนึ่ง และการศึกษาของ เบ็ญจา น่มนวล (2547) ที่ศึกษาสมรรถนะแห่งตน กับกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ สัมพันธ์ มณีรัตน์ (2546) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ และสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ และสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และสอดคล้องกับ อัมพวรรณ ธาภาศ (2548) ที่ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลแม่ทา จังหวัดลำพูน กล่าวว่า ภายหลังที่ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้วสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล คือความรัก ความผูกพัน และความรับผิดชอบที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ผู้ดูแลมีพลังในการพัฒนาตนเอง ด้านความคิด ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และมีความพึงพอใจในตนเอง ในการที่จะดูแลและอยู่ร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการสงบ และมีชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ จารูวรรณ จินดามงคล (2541) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามความสามารถ ในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิบสัน (Gibson, 1995) ใช้แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาของเด็กป่วยเรื้อรังด้วยโรคระบบประสาท พบว่าสามารถพัฒนาสมรรถนะเชิงความรู้ ความคิด ความเข้าใจ และการรู้จักตนเอง ยอมรับความจริงควบคุมตนเอง มีความมั่นใจ และพยายามแก้ปัญหาด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม บลิง (Bling, 1998) ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งขาจิกและบทบาทของกลุ่มสนับสนุนกันเอง พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลองทำให้ได้ผลลัพธ์ที่มีความแตกต่าง ในด้านการให้ความหมายต่อชีวิต ความหวัง ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ การยอมรับความเจ็บป่วย ความคิดทางบวก รวมถึงความผาสุกทางจิต สโคฮิลด์ (Schohield, 1998) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการให้การศึกษาเป็นรายบุคคล สำหรับผู้ป่วยทางจิตที่มี

อาการรุนแรง พบว่าบุคคลที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต สามารถค้นพบจุดมุ่งหมายความต้องการในชีวิต สามารถแก้ปัญหาด้วยตนเอง สามารถควบคุมตนเองได้

กล่าวโดยสรุปภายหลังการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม เพื่อเพิ่มระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการค้นพบสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติในการดูแลที่สอดคล้องกับความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของตนเอง โดยมีกลุ่มเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ แนวทางการแก้ไขปัญหา และให้กำลังใจซึ่งกันและกันในปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ผลลัพธ์ที่ได้จากกระบวนการจะส่งเสริมให้ผู้ดูแล มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้น มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมากขึ้นและมีส่วนสำคัญต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved