

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยทางจิตเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง และเรื้อรัง ผู้ป่วยมีความแปรปรวนทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ขาดความสามารถในการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวัง ได้อย่างสมบูรณ์ จึงต้องพึ่งพาบุคคลอื่นอยู่เสมอ ถึงแม้จะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่แล้ว มีเพียงส่วนน้อยที่สามารถรักษาให้หายขาด ส่วนใหญ่ยังมีความพิการทางจิตหลงเหลืออยู่และขาดความสามารถที่จะประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้เต็มที่ จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและเมื่อมีอาการผิดปกติทางจิตเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลอยู่เสมอ (กุ่มมาภิชาติ แสงเขียว, 2542) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของการแสดงออก และด้อยความสามารถที่จะดูแลตนเอง จึงเป็นหน้าที่หลักของผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยาและบุตร ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งบางครั้งต้องติดตามดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากสิ่งคุกคามและเป็นอันตราย (Tuck et al, 1997)

จากสถิติ อุบัติการณ์การเกิดของโรคจิตเภท พบได้ประมาณร้อยละ 0.85 ของประชากรทั่วโลกและพบได้ทุกเชื้อชาติ (Kaplan&Sadock, /2000) และสถิติการเจ็บป่วยทางจิตด้วยโรคทางจิตเวชของประชากรไทย พบว่า ปีงบประมาณ 2547 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวช 903,613 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 37.91 เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.90 (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2547) โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 11 เป็นภาระของโรค (Global Burden of disease) ซึ่งในปี ค.ศ.2020 คาดว่าจะสูงขึ้นอยู่อันดับที่ 15 จัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ โดยเฉพาะโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่พบมากที่สุดและเป็นปัญหาสำคัญของโรคทางจิตเวชทั้งหมด เพราะเป็นความเจ็บป่วยที่เกิดจากความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) พบประมาณร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งร้อยละ 1-1.5 ของประชาชนทั่วไป มีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภท (Gautiere, 1999; Bethesda, 1999 and Fox & Kane, 1996 (อ้างในเศรษฐพงษ์ บุญหมั่น, 2549) และพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชประเภทผู้ป่วยในส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรค F20 - F29 คือผู้ป่วยจิตเภทและพฤติกรรมแบบจิตเภทหลงผิดโดยคิดเป็นร้อยละ 54.54 ของผู้ป่วยทั้งหมด (พรชัย ทูมมา , 2548)

ในตำบลคลองหาดพบว่ามีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ปี 2548 จำนวน 97 ราย , พ.ศ 2549 จำนวน 108 รายและ ในปี 2550 จำนวน 174 ราย จากทุก Diagnosis ซึ่งทั้งหมดเข้ารับการรักษาที่

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (รายงานสรุปผลการดำเนินงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลคลองหาดประจำปี 2550) จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวจะเห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีจำนวนมาก โรงพยาบาลคลองหาด เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จัดเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช แบบผู้ป่วยนอก โดยรับดูแลผู้ป่วยต่อจากหน่วยบริการตติภูมิ โดยการนัดผู้ป่วยมารับยาและติดตามอาการในคลินิกจิตเวช ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบ 1 คน มีจิตแพทย์จากรพ.จิตเวชสระแก้ว เป็นพี่เลี้ยงที่สามารถปรึกษาทางโทรศัพท์และส่งข้อมูลผู้ป่วยทางอินเทอร์เน็ต โดยการดูแลจะมุ่งตรงที่ผู้ป่วยเป็นหลักคือการย้าให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง การมารับยาและแจ้งอาการตามนัด

จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2550 ของงานสุขภาพจิตพบว่ามีผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์จำนวน 46 คนจากผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบทั้งหมด 54 คนพบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะมาโรงพยาบาลคนเดียว มาไม่ตรงนัด มีอาการหลงเหลืออยู่ และมีอาการกำเริบ (ป่วยซ้ำ) ภายใน 3 เดือน จึงได้ร่วมกับโดยทีม Home Health care ติดตามเยี่ยมที่บ้าน กลับพบว่าปัญหาที่แท้จริง คือผู้ดูแล ไม่มีเวลาสนใจดูแลผู้ป่วย เนื่องจาก ผู้ดูแลมีอาชีพรับจ้าง และทำการเกษตร มีปัญหาเรื่องรายได้หากไปโรงพยาบาล 2 คนต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นและยังพบว่า 1 ใน 5 คนของผู้ดูแล เป็นมารดาที่มีอายุ 45 -60 ปี มีโรคประจำตัว เบาหวาน และความดันโลหิตสูง และไม่มีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ทราบแต่ว่าบ้า ต้องไปรับยาทุกเดือนและจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลขณะเยี่ยมบ้าน เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการกำเริบ การจัดการเมื่อผู้ป่วยไม่รับประทานยา และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด พบว่าสามารถทำได้น้อยกว่าร้อยละ 50 และส่วนใหญ่ตอบว่า กลัวไม่รู้จะทำอย่างไร ต้องปล่อยเลยตามเลย คิดว่าเป็นเวรกรรม (งาน Home Health Care โรงพยาบาลคลองหาด) จากข้อมูลดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย คือ

1. พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมได้
2. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย
3. ปัญหาด้านเศรษฐกิจเนื่องจากรายได้ไม่แน่นอนของผู้ดูแลมีอาชีพที่ไม่มั่นคง
4. การได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ ความเครียด อับอาย เบื่อหน่าย ท้อแท้
5. ผลกระทบทางด้านร่างกาย ความเหน็ดเหนื่อย ภาวะเจ็บป่วยทางกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอ สาเหตุเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแล รู้สึกสิ้นหวัง ขาดพลังอำนาจที่จะมุ่งมั่นใน

การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการประเมินผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2548 ในช่วง 6 เดือนแรกของงานบริการผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ พบว่าอัตราการกลับมาป่วยในซ้ำ ภายใน 28 วัน สูงเกินเป้าหมายของโรงพยาบาลถึงร้อยละ 10.7

นอกจากนั้นจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ ของจันจิลา ดวงสัดและสมศักดิ์ ภูมิเงิน (2546) พบว่า ร้อยละ 61.66 กลับไปใช้สารเสพติดและร้อยละ 58.33 ฉลาดหรือครอบครัว ผู้ป่วยไม่เคยมาเยี่ยมผู้ป่วยขณะอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล (เศรษฐพงษ์ บุญหมั่น, 2549) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรู้สึกต้องการผลัดภาระและปล่อยวางตนเองจากผู้ป่วยชั่วคราวของ

แนวคิดยุทธศาสตร์สุขภาพของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ที่มุ่งเน้นระบบสุขภาพพอเพียง เน้นคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา เป็นระบบสุขภาพที่มีชุมชนและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง สังคมไม่ทอดทิ้งกันทุกซอกทุก เป็นสังคมที่ดูแลรักษาคนจน คนทุกซอกทุกและผู้ด้อยโอกาสอย่างเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมทั้งการส่งเสริมบทบาทครอบครัว ชุมชนและภาคประชาสังคม ในการสร้างวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพที่ดี แนวคิดดังกล่าว เมื่อนำมาใช้กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก็คือ การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ด้วยตนเอง ลดการพึ่งพาหน่วยงานภาครัฐ กรมสุขภาพจิตในฐานะผู้เกี่ยวข้องหลักจึงได้พัฒนาเทคโนโลยีการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนทัศนคติเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีพลังอำนาจและมีความมุ่งมั่นที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป

นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลพบว่าการให้ความรู้ การปรับทัศนคติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลสูงขึ้น ดังการศึกษาของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมในลักษณะการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ณ ดึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์พบว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สมคิด ตริราภิ (2545) ศึกษาการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่าภาระโดยรวมของผู้ดูแลน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ทูลภา บุญผาสังข์ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบว่าความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 ($r = -.38$) และจากการศึกษาของ Ostwald (1993) ศึกษาการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย Dementia โดยจัดโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรค พัฒนาความแข็งแรงของผู้ดูแลและเพิ่มความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแลที่สามารถเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ ผลการศึกษาพบว่าการจัดโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดภาระการดูแลได้

นอกจากนั้นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลยังได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ กล่าวคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะรู้สึกกังวลใจต่อพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย รวมทั้งไม่แน่ใจว่าจะตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ผิดปกติได้ถูกต้อง เหมาะสม (ศิริรักษา นันทพงษ์, 2542) และยังมีผลทำให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วยที่มีความจำ และพฤติกรรมผิดปกติ (Buck Walter et al, 1999 อ้างใน สมคิด ตรีราที, 2545) และการมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล โดยพบว่าผู้ดูแลจะมีความวิตกกังวลเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดกำลังใจและรู้สึกเป็นดราม่า (Greenberg et al, 1993) รวมทั้งความรู้สึกมีมลทิน สิ่งเหล่านี้เป็นความซับซ้อนที่ก่อให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) ของบุคคลในครอบครัว (Parker, 1993 อ้างใน สมคิด ตรีราที, 2545) ส่งผลให้เพิกเฉยต่อบทบาทผู้ดูแล เช่น หลีกเลียงผู้ป่วย ไม่สนใจเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เป็นต้น การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ดูแลหากไม่ได้รับการแก้ไขจะก่อให้เกิดผลเสียต่อสภาพร่างกายจิตใจทำให้การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ นอกจากนี้การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ดูแลยังเกิดได้จากการขาดความรู้ ซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจหนึ่งของผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) จึงเป็นกระบวนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติการกิจให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เป็นการกระทำที่บุคคลรู้สึก มั่นใจ มั่นคง ยึดมั่นและผูกพัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและการกระทำภารกิจให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง บุคคลต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ได้รับการยอมรับสนับสนุนส่งเสริม และมีอิสระในการตัดสินใจกระทำ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2542) Gibson (1995) ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาของเด็กป่วยเรื้อรังระบบประสาท พบว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอนคือ

1. การค้นพบสถานการณ์จริง
2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ
3. การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ
4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้บุคคลได้รับความรู้ที่จำเป็นเพื่อเพิ่มพูนความสามารถและมีความมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ ระบุว่าตัวเองมีความสามารถซึ่งจะนำไปสู่วิธีการดูแลเด็กให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง (อ้างใน สมคิด ตรีราที, 2545)

แนวความคิดและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นแนวความคิดที่ส่งเสริมให้บุคคลได้รับความรู้ เพื่อเพิ่มพูนความสามารถให้มีความมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ มีความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Gibson (1995) การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องตระหนักถึงความสำคัญและคุณค่าของผู้ป่วย รวมทั้งผู้ดูแลต้องรู้สึกว่าคุณค่ามีความสำคัญเป็นแหล่งประโยชน์และมีความรู้สึกมั่นใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป การเสริมสร้างพลังอำนาจมีพื้นฐานจากการให้ความรู้ การมีส่วนร่วมกับทีมการรักษาและการฝึกทักษะที่จำเป็น (Drust & Trivatte cited in Hulm, 1999)

ดังนั้น การสนับสนุนความรู้ การช่วยเหลือให้ผู้ดูแลเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยให้ผู้ดูแลพัฒนาตนเองเพื่อป้องกันหรือลดการสูญเสียพลังอำนาจ (Miller, 1992) ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Gibson, (1995) ที่ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาเด็กป่วยเรื้อรังระบบประสาทพบว่าสามารถพัฒนาสมรรถนะเชิงความรู้ ความคิด ความเข้าใจและการรู้จักตนเอง ยอมรับความจริง ควบคุมตนเอง มีความมั่นใจและพยายามแก้ปัญหาด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษา การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่าจะนำไปสู่การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในทางที่ดีขึ้น เพื่อให้เกิดการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสม มีประสิทธิภาพ

คำถามการศึกษา การใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของผู้ดูแลได้หรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของผู้ดูแลตำบล คลองหาด, จังหวัดสระแก้ว ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

แนวเหตุผลและสมมติฐานโครงการศึกษาอิสระ

ความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ดูแลนับเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะหากผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะทำให้ผู้ดูแลมีพลังและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ รวมถึงการดูแล ปรึกษาปรึกษาตนเองให้สามารถต่อสู้กับภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ซึ่งเป็นแนวความคิดที่ส่งเสริมให้บุคคลได้รับความรู้ เพื่อเพิ่มพูนความสามารถให้มีความมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ มีความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะเป็น

ผู้ดูแลผู้ป่วย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องตระหนักถึงความสำคัญและคุณค่าของผู้ป่วย รวมทั้ง ผู้ดูแลต้องรู้สึกว่าคุณค่า มีความสำคัญเป็นแหล่งประโยชน์และมีความรู้สึกมั่นใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป การเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพื้นฐานจากการให้ความรู้ การมีส่วนร่วมกับทีมการรักษาและการฝึกทักษะที่จำเป็น (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544) และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานานทำให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) ของบุคคลในครอบครัวเนื่องมาจากสาเหตุ คือ พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมได้ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ปัญหาด้านเศรษฐกิจเนื่องจากรายได้ไม่แน่นอนผู้ดูแลมีอาชีพที่ไม่มั่นคง การได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ ความเครียด อับอาย เบื่อหน่าย ท้อแท้ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ความเหน็ดเหนื่อย ภาวะเจ็บป่วยทางกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอ สาเหตุเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแล รู้สึกสิ้นหวัง ขาดพลังอำนาจที่จะมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นกลยุทธ์ที่สำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือความเชื่อมั่นในความแข็งแกร่งของบุคคลที่จะพัฒนาเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ ประสบการณ์การมีส่วนร่วมและการได้รับความรู้ (Dunst & Trivette, 1996, cited in Hulme, 1999) อ่างใน สมคิด ตรีราภิ (2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nirbhay & John (1997) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวเด็กที่อารมณ์ไม่สงบ ไม่หยุดนิ่ง และขาดการดูแลเอาใจใส่ ผลการศึกษาพบว่า จำนวนสมาชิกในกลุ่มสนับสนุนมีอิทธิพลต่อการทำนายนการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว การมีส่วนร่วมในระบบช่วยเหลือและความรู้เป็นสิ่งสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ จึงมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกับทีมรักษาพยาบาล ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้มีความรู้และทักษะการดูแลที่เหมาะสม

จอม สุวรรณโณ (2541) กล่าวว่า การนำญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นกลวิธีที่สำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ญาติตระหนักถึงความสามารถและอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ ใช้กระบวนการพิจารณาตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติดูแลร่วมกับทีมรักษาพยาบาล มีการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลซึ่งกันและกันทำให้ญาติ ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลและประสบการณ์การดูแลในทางที่ดี การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จำเป็นในการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลได้พึ่งพา เช่น สถานพยาบาลใกล้บ้าน สหกรณ์การเกษตร หรือ การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ จากองค์กรในชุมชน เป็นการส่งเสริมพลังความสามารถ ให้เกิดขึ้นในผู้ดูแล โดยเฉพาะในด้านความรู้ นั้นเป็นการส่งเสริมพลังความสามารถ 10 ประการซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องดูแล (Orem, 2001) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น

นอกจากนั้น Gibson (1995) ได้ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในมารดาเด็กป่วยเรื้อรัง ระบบประสาท พบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอนคือ

- 1) การค้นพบสถานการณ์จริง
- 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ
- 3) การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ
- 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้

บุคคลได้รับความรู้ที่จำเป็น เพื่อเพิ่มพูนความสามารถและมีความมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์รับรู้ว่าตัวเองมีความสามารถซึ่งจะนำไปสู่วิธีการดูแลเด็กให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องอ้างใน (สมคิด ตีรารักษ์, 2545) และ วารุณี อมรทัต (2531) อ้างใน (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544) กล่าวว่า การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพร่างกายโดยทั่วไปแก่ผู้ดูแล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงหรือความเจ็บป่วยทางกายส่งผลทางด้านจิตใจ ดังนั้นการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม การดูแลให้ร่างกายได้รับอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ จะทำให้ร่างกายแข็งแรง ลดความตึงเครียดได้และส่งผลให้บุคคลมีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มพลังอำนาจและความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้

จากการทบทวนสาเหตุของที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่มีความสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้และรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจจะสรุปได้ดังนี้ พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมได้ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ปัญหาด้านเศรษฐกิจเนื่องจากรายได้ไม่แน่นอนผู้ดูแลมีอาชีพที่ไม่มั่นคง การได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ ความเครียด อับอาย เบื่อหน่าย ท้อแท้และผลกระทบทางด้านร่างกาย ความเหน็ดเหนื่อย ภาวะเจ็บป่วยทางกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอ

จากแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรม ผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นว่าการให้ความรู้ การมีส่วนร่วมกับทีมการรักษาและเพิ่มความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแลว่าเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญซึ่งเป็นกลยุทธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถปรับตัวต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีศักยภาพในการจัดการกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยต่อไป แต่การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษากับผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับบริการในโรงพยาบาลซึ่งมีโอกาที่จะได้รับความรู้อย่างสม่ำเสมอ แต่ผู้ดูแลที่อยู่ในชุมชนโดยเฉพาะชุมชนที่ผู้ศึกษาทำการศึกษาซึ่งผู้ดูแลมีข้อจำกัดเกี่ยวกับเศรษฐกิจ การเดินทาง ไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและการดูแลในชุมชนไม่ครอบคลุม ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งมีขั้นตอนครอบคลุมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในทุก

ด้านรวมไปถึงการสร้างเชื่อมั่นในตนเอง การเห็นความสำคัญของตนเองต่อผู้ป่วยรวมทั้งการมีส่วนร่วมในการเขียนแผนการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลอีกหนึ่ง

ผู้ศึกษาเชื่อว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถนำไปเป็นรูปแบบพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในชุมชนได้ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยระยะเวลาการเสริมสร้างพลังอำนาจ Hefliger, et al (1997 อ้างในสมคิด ตรีราที, 2545) ศึกษาการประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีการจัดกิจกรรมดังนี้

- 1) ให้ความรู้
- 2) ฝึกทักษะ
- 3) มีส่วนร่วมในทีมการรักษาพยาบาล

ประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจระยะปานกลาง (Intermediate) 3 เดือนผลการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจประสบผลสำเร็จอย่างสูงมาก ผู้ดูแลมีความรู้และมีส่วนร่วมในทีมการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นและจากการศึกษาของ สมคิด ตรีราที (2545) ศึกษาการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท วัดผล 3 สัปดาห์หลังการทดลอง พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ วัดผล 1 สัปดาห์หลังการทดลองซึ่งเชื่อว่าผู้ดูแลจะเกิดการเรียนรู้และเกิดพลังอำนาจในตนเองส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยต่อไป ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานการศึกษาดังนี้

1) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ จะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ขอบเขตการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนของผู้ดูแล ตำบลคลองหาด จังหวัดสระแก้ว เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัด 2 ครั้งก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบล
คลองหาด

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ศึกษาดำเนินการ

เสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอน 4 ขั้นตอนดังที่ สมคิด ตรีราภิ (2545) ได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ กีบตัน (1995 และDunst &Trivette (1996, Cited in Hulm , 1999) โดยผู้ศึกษานำมาปรับในส่วนของเนื้อหา โดยเพิ่มรายละเอียด ในขั้นตอนที่ 3 และ 4 โดยเน้นความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ตามกิจกรรมดังนี้

ขั้นที่ 1 พัฒนาการรับรู้การดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้และเข้าใจผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจเนื่องจากการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นขั้นตอนที่ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกล่าวถึงบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การดำเนินชีวิตในสังคม ปัญหาเศรษฐกิจ ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ขั้นที่ 2 พัฒนาการตระหนักคุณค่าในตนเอง เพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของตนเองและผู้ป่วยและยอมรับบทบาทผู้ดูแลอย่างเต็มใจ เป็นขั้นตอนที่ให้ผู้ดูแลอภิปรายถึงเหตุผลที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

ขั้นที่ 3 การพัฒนาศักยภาพการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับประสบการณ์ตรง สามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกายและจิตใจได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม เป็นขั้นตอนที่ผู้ศึกษาและผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกายและจิตใจ และให้ผู้ดูแล เขียนแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ศึกษาเป็นผู้ให้ข้อมูล ข่าวดสารและเป็นที่ปรึกษาขณะเขียนแผน

ขั้นที่ 4 พัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความสามารถของผู้ดูแลในทางบวก ทำให้มีความตั้งใจและมุ่งมั่น ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป เป็นขั้นตอนที่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายงานผลการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแผนและประเมินผล

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ บุคคลในครอบครัวที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทอย่างใกล้ชิด ปรึกษาปรึกษาและสนับสนุนต่อการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยมากที่สุด อาจเป็น พ่อ แม่ พี่ น้อง สามี ภรรยา หรือบุตร โดยไม่ได้ค่าจ้างตอบแทน และดูแลผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

ผู้ป่วยจิตเภท คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นผู้มีความผิดปกติทางจิตหรือเป็นโรคทางจิตตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (DSM -IV) ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ อายุ 20 - 60 ปี ที่ได้รับการรักษาอาการคงที่แล้วและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชกลับสู่ชุมชนในตำบลคลองหาด

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการปฏิบัติ หรือการกระทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้ง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคจิตเภท ประสบการณ์การดูแล ความดูแลเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆและความแข็งแรงด้านร่างกายที่เพียงพอของผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ตามความต้องการที่จำเป็นโดยทั่วไป ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งจะประเมินความสามารถของผู้ดูแลโดยวัดจากแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Denyes and Filday (1986) ตามการรับรู้ของผู้ดูแลใน 4 ด้าน คือ (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544, พรชัย ทูมมา, 2548)

1. ความเข้มแข็งในตนเอง และความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความรู้สึกมั่นคงในอารมณ์ และความสามารถของผู้ดูแลในการประเมินปัญหาการเปลี่ยนแปลงและความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยรวมทั้งสามารถ ตัดสินใจให้การช่วยเหลือที่ดีและเหมาะสม โดยหาแหล่งช่วยเหลืออย่างเหมาะสม จากพยาบาล และทีมสุขภาพและชุมชน

2. ความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การรักษา การดูแลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกายและการจัดการเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหารวมทั้งสามารถสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพและอาการผิดปกติทางจิตอีกทั้งมีประสบการณ์ในการตัดสินใจดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

3. ความแข็งแรงด้านร่างกาย หมายถึงการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและโรคประจำตัวที่ก่อให้เกิดปัญหาหรือส่งผลให้เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย

4. ความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การตระหนักถึงการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยในด้านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย การป้องกันอันตรายที่จะเกิดแก่ผู้ป่วย ตลอดจนสามารถคาดการณ์ได้ถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือสิ่งที่กระทำอื่นๆ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบบริการสำหรับพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยและให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตร่วมกับผู้ดูแลและสังคมได้ตามศักยภาพ