

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่พบได้มากที่สุดและมีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นๆพบอุบัติการณ์ 0.5-1.5 ต่อ 10,000 ของประชากรโลก (Sadock & Sadock, 2005) ในประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 23.34 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด(กรมสุขภาพจิต, 2550) การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลอย่างมาก เป็นสาเหตุให้บุคคลมีความแปรปรวนของพฤติกรรม ความคิด อารมณ์และสภาพจิตมีผลทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดำเนินชีวิตที่สมบูรณ์และไม่สามารถปฏิบัติตามที่สังคมคาดหวังได้ มีความสนใจในตัวเองและสิ่งแวดล้อมน้อยลง จึงทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น และเป็นปัญหาสังคม (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) จากการศึกษาของ สุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชลังออกจากโรงพยาบาลนั้น ในช่วงแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจ และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ในระยะต่อมาผู้ป่วยก็จะไม่ยอมที่จะช่วยเหลือตนเอง พยายามเรียกร้องความสนใจจากคนภายในครอบครัว ด้านสัมพันธภาพมีการแยกตัว ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดกับผู้อื่น

นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนมักไม่หายขาด เพียงแต่อาการทุเลา แต่สภาพความคิดปกติยังคงหลงเหลืออยู่ ดังนั้น เมื่อถูกกดดัน จึงเกิดมีอาการป่วยซ้ำได้ง่าย ประกอบกับในปัจจุบันแนวทางการบริการผู้ป่วยเปลี่ยนไป การรักษาตัวในโรงพยาบาลจะเน้นเฉพาะภาวะวิกฤตเท่านั้น เพื่อลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลขณะที่อาการผิดปกติทางจิตหลงเหลืออยู่ มุ่งให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลภายใต้สภาพครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของสังคมดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว (ศิริรักษา นันทพงษ์, 2542) ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้อง ของผู้ป่วยที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงอย่างใกล้ชิด ปรึกษา ประคับประคองและให้การสนับสนุนต่อการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยมากที่สุด นอกจากนั้นการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ยังทำให้ครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ในฐานะผู้ดูแลโดยครอบครัวมีส่วนสำคัญในการป้องกันการกำเริบของโรค และลดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาต่อที่บ้านด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตแต่ละวัน ดูแลรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา สังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างผาสุก (Ruppert,

1996) บทบาทหน้าที่เหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลต้องเรียนรู้การปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิตทั้งในด้านการบริหาร หน้าที่การงาน การกิจในสังคม การกิจส่วนตัว เพื่อที่จะรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นหรือขาดรายได้ เนื่องจากค่าใช้จ่ายส่วนตัวและค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องจ่ายอย่างต่อเนื่องและระยะยาว ทำให้ครอบครัวมีความเดือดร้อน ทางการเงิน และมีหนี้สิน (เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม , 2540)

ผลกระทบของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านร่างกาย พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักมีอาการเรื้อรัง ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้ากับบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง มีปัญหาสุขภาพตามมาได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดศีรษะ นอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท เมื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ร่างกายทรุดโทรมลง ทำให้เกิดการเจ็บป่วยตามมา (ชนิดา มณีวรรณ, 2537; รัชนิกร อุปเสน, 2541; วัฒนรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537) จึงทำให้เกิดการสูญเสียการควบคุมด้านร่างกาย (Physiological loss of control) จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเริ่มมีอาการเจ็บป่วย พยาธิสภาพของโรค และสมรรถภาพทางกายที่ลดลง โดยที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ (Walding, 1991) ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลมีความกังวลใจ กลัวผู้ป่วยจะได้รับอันตรายจากอาการข้างเคียงของยา กลัวว่าผู้ป่วยจะทำร้ายตนเองและผู้อื่น (ไกรวรรณ เจริญกุล, 2539) การที่ผู้ดูแลเพียรพยายามให้ความช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลายาวนาน โดยที่ไม่รู้ว่าจะสิ้นสุดลงเมื่อใดในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่เคยตอบสนองต่อการช่วยเหลือของผู้ดูแลเลย อีกทั้งมีหลายครั้งที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ทำลายสิ่งของ และผู้ดูแลมีชีวิตร่วมอยู่กับสภาพจิตใจที่บอบช้ำ ตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา ตนเองไม่มีความสามารถและยังรู้สึกว่าไม่มีทางรักษา หรือไม่มีประโยชน์ที่จะรักษาจนรู้สึกท้อแท้หมดหวังต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ควบคู่กับความรู้สึกหมดกำลังใจเบื่อหน่ายต่อการดูแล นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังมีคุณภาพชีวิตต่ำลงในทุกๆด้านและเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) ก่อให้เกิดการสูญเสียการควบคุมด้านจิตใจ (Psychological loss of control) เมื่อบุคคลสูญเสียอิสระในการตัดสินใจ ทำให้รู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสิ่งต่างๆได้ (Seligman cited in Walding, 1991) ผลกระทบต่อผู้ดูแลด้านสังคม พบว่าผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจวัตรส่วนตัวได้ตามความต้องการและไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ดังที่เคยปฏิบัติเช่นการ ไปสังสรรค์กับเพื่อน รู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม เหงา ขาดเพื่อนฝูงในสังคม (บุภาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ผู้ดูแลรู้สึกอับอาย ไม่อยากให้เพื่อนบ้านทราบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว จึงพยายามหลีกเลี่ยงหนีจากผู้คน ส่งผลให้ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ดูแลลดลง (เพ็ญประภา มะลาไวย์, 2550) ผลกระทบต่อด้านสิ่งแวดล้อม (Environment loss of control) ของผู้ดูแลและบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้างทั้งในส่วนตัวความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิตของผู้ดูแล

เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางรายมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงและไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น(ชุมชน ก้อนจันทร์เทศ, 2534)

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทก่อให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจของบุคคลในครอบครัว เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และไร้ความสามารถ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ไม่มีทางช่วยและหมดหวัง รวมทั้งการเจ็บป่วยทางจิตเวชยังเป็นมลทินสิ่งเหล่านี้เป็นความรู้สึกซับซ้อนที่ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ (Paker, 1993 อ้างใน สมคิด ศรีราที, 2545) ซึ่งการเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ(Powerlessness) ตามแนวคิดของโรเบิร์ตส์(Roberts, 1986) คือการที่บุคคลไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมของตนเองได้ตามความต้องการ และไม่สามารถตัดสินใจผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ แต่จะถูกควบคุมจากบุคคลอื่น หรือสิ่งเร้าที่อยู่ภายนอก เกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ 1. การสูญเสียการควบคุม(Loss of control) ซึ่งแบ่งเป็น การสูญเสียการควบคุมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม 2. การขาดความรู้(Lack of knowledge) ความรู้เป็นแหล่งพลังอำนาจอย่างหนึ่งและเมื่อมีความรู้จะเพิ่มความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (Miller, 1992; Wilkinson & Miers, 1999) ซึ่งภาวะสูญเสียพลังอำนาจ จะก่อให้เกิดผลเสียต่อสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ (Low self esteem) มีผลให้มีการตอบสนองทางอารมณ์ในรูปแบบต่างๆเช่น โกรธ ก้าวร้าว วิตกกังวล ซึมเศร้า และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและทางด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ล้วนส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลงได้ (เขวาลักษณ์ กลิ่นหอม , 2540) ซึ่งการมีพลังอำนาจเหนือบุคคลอื่น สถานการณ์และสิ่งแวดล้อม จะทำให้บุคคลนั้นมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Dennis, 1991)

ผลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ถึงสภาวะของตนในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งทั้ง 4 ด้านเป็นความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล (The WHOQOL Group, 1994 อ้างใน กรมสุขภาพจิต, 2547) คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาในการดำรงชีวิตไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีภาวะสุขภาพปกติหรือเจ็บป่วย ดังนั้นในปัจจุบันทุกประเทศจึงนำเอาคุณภาพชีวิตมาตั้งเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประชากรและเป็นเครื่องชี้วัดอย่างหนึ่งที่สามารถบ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดีและความรู้สึกเป็นปกติสุขในการดำรงชีวิต เป็นสิ่งสำคัญที่สามารถคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าแห่งตน ซึ่งมีผลต่อความพึงพอใจและความรู้สึกมีความสุขในชีวิต (หงษ์บรรเทิงสุข, 2545) จากสถานการณ์ที่มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในครอบครัว ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจึงควรได้รับความสนใจและช่วยเหลือให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของ

เขาวัดลักษณะ กลิ่นหอม (2540) ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 90 คน พบว่าการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวระดับปานกลาง ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล นอกจากนี้ ผลการวิจัยข้างต้นยังกล่าวถึงปัญหาที่ผู้ดูแลต้องประสบมากมาย ได้แก่ความไม่สุขสบายด้านร่างกาย ความเครียดด้านจิตใจ และการใช้ชีวิตในสังคม ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต

โรงพยาบาลบางปลาหมี่ จังหวัดสุพรรณบุรีซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง โดยให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ส่งตัวกลับมารักษาต่อจากหน่วยบริการทุดยภูมิและตติยภูมิ โดยการนัดผู้ป่วยมารับยาและติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอก จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลบางปลาหมี่ มีผู้ป่วยโรคจิตเภทมารับบริการมากที่สุด ในโรคจิตเวชทั้งหมด จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยมีจำนวน 98, 110, และ 130 ราย ในปี พ.ศ. 2549-2551 ตามลำดับ สำหรับข้อมูลปี พ.ศ. 2551 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 130 ราย มีการป่วยซ้ำ 83 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.8 (รายงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลบางปลาหมี่, 2551) พบว่าสาเหตุ คือ ผู้ป่วยมักจะมารับยาตามแพทย์นัดไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากผู้ดูแลไม่ว่างพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ ผู้ดูแลมีปัญหาด้านเศรษฐกิจต้องทำมาหากินเพื่อเลี้ยงชีพ จำนวน 28 ราย , ญาติขาดความเข้าใจ ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ไม่ทราบอาการกำเริบของผู้ป่วย 22 ราย , สมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจและไม่ยอมรับผู้ป่วย 12 ราย , ผู้ป่วยรับประทานยามากเกินกว่าที่แพทย์สั่ง 13 ราย , ผู้ป่วย อีก 8 ราย ไม่รับประทานยาเนื่องจากรู้สึกไม่สุขสบายจากการรับประทานยา จากสาเหตุดังกล่าวส่วนใหญ่เกิดจากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ศึกษาจึงได้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตอำเภอบางปลาหมี่ จำนวน 25 ราย ระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน 2552 โดยสัมภาษณ์ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ได้ทำการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF THAI-26) พบว่ามีคุณภาพชีวิตไม่ดี 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 48 มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 และคุณภาพชีวิตที่ดี 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 12 (รายงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลบางปลาหมี่, 2551) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบคุณภาพชีวิตแยกเป็นรายด้านพบว่าด้านร่างกาย (Physical domain) มีคุณภาพชีวิตไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 60 คุณภาพชีวิตระดับปานกลางคิดเป็น ร้อยละ 30 และมีคุณภาพชีวิตที่ดี คิดเป็นร้อยละ 10 , ด้านจิตใจ (Psychological domain) มีคุณภาพชีวิตไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 52 คุณภาพชีวิตระดับปานกลางคิดเป็น ร้อยละ 40 และมีคุณภาพชีวิตที่ดี คิดเป็นร้อยละ 8 ,ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships)มีคุณภาพชีวิตไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 51 คุณภาพชีวิตระดับปานกลางคิดเป็น ร้อยละ 31และมีคุณภาพชีวิตที่ดี คิดเป็นร้อยละ

18 , ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) มีคุณภาพชีวิตไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 30 คุณภาพชีวิตระดับปานกลางคิดเป็น ร้อยละ 48 และมีคุณภาพชีวิตที่ดี คิดเป็นร้อยละ 22 สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอบางปลาม้าในภาพรวมส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตไม่ดี ผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์พบสาเหตุดังนี้

1) ทางด้านร่างกาย พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้พักผ่อนเพียงพอและมีความเบื่อหน่าย เหนื่อยล้าประสิทธิภาพการทำงานลดลง สุขภาพร่างกายทรุดโทรม ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการป่วยซ้ำ

2) ทางด้านจิตใจ พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียด ท้อแท้ วิตกกังวล สิ้นหวังกับสภาพปัญหาและพฤติกรรมของผู้ป่วย คิดว่าเป็นเวรกรรมจึงละเลยผู้ป่วย

3) ทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทไม่มีอิสระ ไม่มีเวลาร่วมกิจกรรมทางสังคม เพื่อนบ้านข้างเคียงไม่ค่อยเข้าใจผู้ป่วย รู้สึกรังเกียจ

4) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท รู้สึกไม่ปลอดภัยและไม่มั่นคง เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทบางรายมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรง

ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ยาสุวรรณ (2545) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตซึ่งแปลและพัฒนาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย(WHOQOL-BREF-THAI-26) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่นำผู้ป่วยมาตรวจรักษาหรือรับยาแทนที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลฝาง และโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง(ร้อยละ80) และร้อยละ 2.50 มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ พรชัย พงศ์สงวน และคณะ (2541) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 570 คน พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล อยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้ว่าคุณภาพชีวิตในภาพรวมจะอยู่ในระดับปานกลางแต่องค์การอนามัยโลกได้ให้ข้อคิดว่าการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังถือเป็นการที่หนักยิ่งดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังล้วนต้องการคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (WHO , 1996 อ้างใน กองแพทย์ทางเลือก, 2547)

การที่บุคคลต้องรับบทบาทหน้าที่การดูแลเป็นเวลานานจะก่อให้เกิดเป็นความเครียดเรื้อรังทำให้เกิดความรู้สึกการสูญเสียพลังอำนาจ(Powerlessness) ต่อผู้ดูแลในครอบครัว (Parker, 1993 อ้างในสมคิด ตรีรากิ, 2545) นอกจากนี้การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ดูแลยังเกิดได้จากการขาดความรู้ ซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจหนึ่งของผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย การสูญเสียพลังอำนาจในตนเองของผู้ดูแลที่ต้องรับภาระในการดูแล ขาดรายได้ และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแล นอกจากนั้นผู้ดูแลขาดความเข้าใจ ความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย รู้สึก

เป็นปรปักษ์กับผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่การทอดทิ้งผู้ป่วย ผลกระทบต่อชุมชนและสังคม พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยในชุมชนทำให้บั่นทอนสภาพจิตใจของคนในชุมชน เป็นการคุกคามความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ จากปัญหาอาชญากรรมที่กระทำโดยผู้ป่วยเอง ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอในการทำกิจวัตรตามที่ต้องการ และไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมทางสังคมดังที่เคยปฏิบัติ ส่วนผลกระทบต่อประเทศนั้นมีการขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ และการสูญเสียเศรษฐกิจอย่างมหาศาล (อัมพวรรณ ธาภาศ, 2548) ผู้ดูแลในครอบครัวจึงต้องพยายามปรับตัวเพื่อเข้าสู่ภาวะสมดุลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและลดผลกระทบที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยตามมา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องดำเนินการช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถปรับตัวและเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ได้ตระหนักในความสามารถและเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจในการจัดการควบคุมสถานการณ์ เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (จอมสุวรรณ์ โณ , 2541) เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา สถานที่ และการรับรู้ของบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา วัฒนธรรมและความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่แตกต่างกัน (จริยาวัตร คมพักษณ์, 2537) คุณภาพชีวิตเป็นเครื่องชี้วัดอย่างหนึ่ง ที่จะสามารถบ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดี และความรู้สึกที่เป็นปกติสุขในการดำรงชีวิตของบุคคล เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าแห่งตนมีผลต่อความพึงพอใจ และความรู้สึกผาสุกในชีวิต (สมพันธ์ หิณฺฐิระนนท์, 2539) ดังนั้นในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พยายามสุขภาพจิตและจิตเวชต้องมีบทบาทสำคัญในการเลือกแนวทางที่สามารถช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว และสามารถคงความมีคุณภาพนั้นไว้ตลอดไป ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตได้แก่ ระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัว การมองโลกในแง่ดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ความมีอิสรภาพ เพื่อบ้านและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมของบ้านที่อยู่อาศัย (จันทรา ธีระสมบุรณ์, 2539)

ผู้ศึกษาสนใจศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การเสริมสร้างพลังอำนาจ(Empowerment) เป็นรูปแบบหนึ่งซึ่งจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้ เนื่องจาก การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการกระทำให้บุคคลรู้สึกมั่นใจ มั่นคง ยึดมั่นและผูกพัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและการกระทำภารกิจให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเองบุคคลต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ได้รับการยอมรับสนับสนุนส่งเสริมและมีอิสระในการตัดสินใจกระทำ (อรพรรณ ถีบุญธวัชชัย, 2541) นอกจากนี้ยังพบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน(Gibson, 1995) มี

ความสอดคล้องที่จะนำมาเป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้เป็นโรคจิตเภทมากกว่าแนวคิดอื่น เนื่องจากกระบวนการและขั้นตอนในการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สามารถปรับใช้ได้กับกลุ่มเป้าหมายในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท Gibson C.H. (1995) ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาของเด็กป่วยเรื้อรังด้วยโรกระบบประสาทซึ่งกำลังรู้สึกทุกข์ทรมานกับการรับผิดชอบ ห่วงใยกังวลต่อการดูแลบุตรของตน พบว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบไปด้วย 1. การค้นพบสภาพการณ์จริง 2. การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3. การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ 4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า Gibson ได้ใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจในการเพิ่มศักยภาพของบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะมารดาเด็กที่เกิดความรู้สึกที่ดี ได้รับความรู้ที่ถูกต้อง ส่งเสริมความสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ดี พบว่าสามารถพัฒนาสมรรถนะเชิงความรู้ ความคิด ความเข้าใจ และการรู้จักตนเอง ยอมรับความจริง ควบคุมตนเองมีความมั่นใจและพยายามแก้ปัญหาด้วยตนเองได้เหมาะสม นอกจากนั้น Corrigan W.P.&German A.N. (1997) ได้ศึกษาวิจัยโดยการนำการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการบำบัดทางจิตสังคม และงานบริการทางจิตเวช พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ มีบทบาทในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ความมีคุณค่าแห่งตน Bickman, et al. (1989) ศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวผู้ดูแล (Long term outcome to family caregiver Empowerment) เป็นการศึกษาเพื่อประเมินผลโครงการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กที่ป่วยทางจิตเวช พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อความรู้ของผู้ดูแลและมีความเชื่อในศักยภาพของตนเองที่มีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของจตุรรัตน์ สิริปัญญา (2544) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด โรงพยาบาลประสาทสงขลานครินทร์ได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเพิ่มขึ้นและพบว่าความรู้ก็มีความสำคัญในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเองทั้งของผู้ป่วยและญาติสูงขึ้นและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น แสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้ศึกษาจึงสนใจนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามแนวคิดของ (Gibson, 1995) มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นเป้าหมายสำคัญของบริการสุขภาพ พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของครอบครัวในระยะยาว ผลการศึกษาดังกล่าวพบว่าการให้ความรู้ การมีส่วนร่วมของทีมการรักษาและเพิ่มความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแลเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ ซึ่งเป็นกลยุทธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถปรับตัวต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทและมีความสามารถในการ

ดูแลผู้ป่วยและตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีศักยภาพในการจัดการกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ศึกษาสนใจศึกษาการใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น ซึ่งเชื่อว่าสามารถนำไปเป็นรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทได้ต่อไป

คำถามการศึกษา

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลบางปลาหมอ จังหวัดสุพรรณบุรี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นบทบาทหนักของผู้ดูแลในครอบครัวก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรังจนไม่สามารถแก้ปัญหา วางเป้าหมายและกระทำการต่างๆ ได้ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลในครอบครัว ทำให้เหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอและเกิดปัญหาสุขภาพและเศรษฐกิจ มีความเครียด เป็นทุกข์ รับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ มีความรู้สึกไม่อิสระ เกิดความเบื่อหน่าย สิ้นหวัง มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อยลง ซึ่งผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ล้วนส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลงได้ (เสาวลักษณ์ ยาสวรรณ, 2545) ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจึงควรมุ่งเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการเพิ่มความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัว รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนร่วมกับทีมรักษาพยาบาล เพื่อเพิ่มพลังให้ผู้ดูแล เพิ่มอำนาจการปกครองหรือควบคุมความเป็นอยู่ของตนเอง ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้และดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถปรับพฤติกรรมทางสุขภาพได้ดี มีภาวะสุขภาพที่ดี ส่งผลให้มีการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตไปในทางที่ดี ซึ่งนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Antonovsky, 1982 อ้างใน เสาวลักษณ์ กลิ่นหอม, 2540)

ในการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทครั้งนี้ ผู้ศึกษาพัฒนามาจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของสมคิด ตีรารักษ์ (2545) ซึ่งได้พัฒนาตาม

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และ Dunst & Trivette (1996 cited in Hulm , 1999) โดยนำโปรแกรมมาปรับให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลบางปลาม้า โดยผู้ศึกษาปรับใน ส่วนของขั้นตอนที่ 1 เนื้อหาเดิมคือพัฒนาการรับรู้การดูแล ปรับเป็น ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของสัมพันธ ฌณิรัตน์ (2546) ผู้ศึกษาปรับในส่วนของเนื้อหา ในขั้นตอนที่ 4 คือ การสนับสนุน ข้อมูลเรื่องโรคจิตเภท มาปรับรวมในส่วนของขั้นตอนที่ 1 โดยเพิ่ม รายละเอียดกิจกรรมที่ 1 พัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดย เน้นการสนับสนุน ข้อมูลเรื่องโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ซึ่งเป็น กระบวนการที่จะพัฒนาการใช้ความรู้ที่จำเป็น ความสามารถและความเชื่อมั่นที่จะทำให้ความคิด ของตนเองมีความหมาย เป็นกระบวนการทางสังคมที่ให้การยอมรับ ส่งเสริม และพัฒนา ความสามารถของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและ แก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่ หรือชีวิตของตนเป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกลงในคุณค่าของตนเอง และการสร้างประสิทธิภาพของตน ในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล มาใช้ในการ เสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สูงขึ้น ซึ่ง กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ อยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำงาน ร่วมกัน และการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เป็น ขั้นตอนแรกของการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม ในการ คิดทบทวนและอภิปรายถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล สนับสนุน ข้อมูล ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงผลกระทบด้านลบที่เกิดจากการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเอง เมื่อผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ เกิด ความรู้สึกมั่นใจมีกำลังใจ เกิดความเข้าใจชัดเจนในการดูแล (Mok et al.,2002 อ้างในสมคิด ตรีวักี, 2545) ได้สรุปว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและการสนับสนุนให้ กำลังใจผู้ดูแล เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตใจที่ดี ในทางเดียวกัน Kay. (1996 อ้างใน หงษ์ บรรเทิงสุข,2545) พบว่าวิธีการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเพื่อวางแผนเพิ่มการปฏิบัติ ให้ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและวิธีเผชิญความเครียด ร่วมกับการสนับสนุนจากทีม สุขภาพจิตเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลในครอบครัว ปรับตัวและมีวิธีเผชิญความเครียดที่ดีส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาการตระหนักในคุณค่าของตนเอง เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นระยะของการพัฒนาพลังอำนาจในตัวบุคคล โดยจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม ในการคิดทบทวนและอภิปรายถึงสาเหตุที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแล ความสำคัญของผู้ป่วยและความสำคัญของผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของตนเองและของผู้ป่วย มีผลนำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมองและแนวคิดใหม่ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา (Antonovsky, 1982 อ้างในเยาวลักษณ์ กลิ่นหอม, 2540) ได้กล่าวสรุปว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นการรับรู้ของบุคคลอย่างเชื่อมั่นว่า ไม่ว่าจะมีปัญหาหรือเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้นทั้งภายในตัวเองและสิ่งแวดล้อมภายนอกก็สามารถเข้าใจได้จัดการแก้ไขได้และปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่มีความหมายที่จะเข้าไปจัดการแก้ไข การรับรู้แบบนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้ออำนวยต่อการจัดการหรือหลีกเลี่ยงภาวะเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงหรือความผันผวนต่าง ๆ ในชีวิต จึงสามารถดำรงความมีสุขภาพดีและมีความสุขในชีวิตหรือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้ เช่นเดียวกับ Hawks (1992 อ้างใน สมคิด ตีร์ราภิ, 2545) พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจจะพัฒนาทัศนคติทำให้เกิดความพึงพอใจในสิ่งที่กระทำอยู่และยังก่อให้เกิดความพอใจต่อแนวทางการดำเนินชีวิตของตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาศักยภาพการดูแล เป็นการจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม ในการคิดทบทวนอภิปรายการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสมทั้งทางร่างกาย จิตใจ รวมถึงการตอบสนองอาการผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยจิตเภท และกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันและนำไปปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลได้ประสบการณ์ตรง และพยายามแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมจนสามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเองและลงมือปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายจากภาวะเครียด มีความมั่นใจในการตัดสินใจ มีความหวังในชีวิตมากขึ้น รู้สึกมีพลังกำลังในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความรู้สึกถึงความผาสุก ความสุขและความพึงพอใจสภาพทางด้านร่างกาย ความรู้สึกถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม และการที่ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมซึ่งส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (พวงรัตน์ บุญญาอนุรักษ์, 2537)

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล เป็นการจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม ในการคิดทบทวน วิเคราะห์ ผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยตามแผนที่กำหนดทั้งเชิงบวกและเชิงลบ รวมทั้งแนวทางการแก้ไขการปรับแผนการดูแลให้มีประสิทธิภาพให้กำลังใจสนับสนุนให้ผู้ดูแลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุดเพื่อให้ผู้ดูแลมุ่งมั่นในการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทต่อไป ตามแนวคิดของGibson(1995) นั้น ปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ ความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะสนองความต้องการของตนเอง ทำให้เกิดผลลัพธ์คือความรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง การรับรู้ถึงการพัฒนาตนเอง การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในตนเองสามารถจัดการแก้ไขปัญหาหรือสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ (Pfister-Minogue, 1983; Stapleton, 1983 อ้างในพนารัตน์ เจนจบ, 2542)

จากการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน พบว่า การให้ความรู้ การสนับสนุนข้อมูลและการมีส่วนร่วมในการคิดและแก้ปัญหาเป็นกลยุทธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถช่วยให้ครอบครัวนำศักยภาพทางสติปัญญาและพลังงานในตนเองมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด การสนับสนุนความรู้และแหล่งของอำนาจ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยให้ผู้ดูแลพัฒนาตนเองเพื่อป้องกันหรือลดการสูญเสียพลังอำนาจได้ ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเลือกวิธีการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่รู้สึกอ้างว้าง และโดดเดี่ยว ได้รับการยอมรับ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ มีความรู้สึกเป็นอิสระ ปลอดภัยมั่นคงในชีวิต รับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากสังคม ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Weiss as cited in Weinert, 1987 อ้างใน วันเพ็ญ ยืนยงแสน, 2545) สอดคล้องกับแนวคิดของ Down & Bengtson (1978 cite in Houg & Folmar, 1986)ที่ว่า คุณภาพชีวิตที่ดีคือ การมีความสุขในชีวิตที่ดี มีรายได้ที่เพียงพอ ไม่มีภาวะกดดันทางจิตใจการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน

สมมติฐานการศึกษา

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (The One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบางปลาหมี่ โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้

1. ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปลาหมี่ จังหวัดสุพรรณบุรี
2. ตัวแปร ที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้ศึกษาพัฒนามาจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของสมคิด ตรีราภิ (2545) ได้พัฒนาตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และ Dunst & Trivette (1996 cited in Hulm , 1999) และโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของสัมพันธ มณีรัตน์ (2546)

2.2 ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้ศึกษาพัฒนามาจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของสมคิด ตรีราภิ (2545) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และ Dunst & Trivette (1996 cited in Hulm , 1999) และโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของสัมพันธ มณีรัตน์ (2546) ผู้ศึกษาได้ปรับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของสมคิด ตรีราภิ (2545) ในขั้นตอนที่1 เนื้อหาเดิมคือพัฒนาการรับรู้การดูแล ปรับเป็น ขั้นตอนที่1 พัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของสัมพันธ มณีรัตน์ (2546) ในขั้นตอนที่4 คือ การสนับสนุน ข้อมูลเรื่องโรคจิตเภท มาปรับรวมในส่วนของขั้นตอนที่1 พัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแลในครอบครัว โดยเพิ่มรายละเอียดโดยเน้นการสนับสนุน ข้อมูลเรื่องโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลดำเนินกิจกรรม 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง ทำให้เข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสนับสนุน ข้อมูลความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุอาการ การรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผลกระทบด้านลบที่เกิดจากการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเอง เมื่อผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ เกิดความรู้สึกมั่นใจมีกำลังใจ เกิดความเข้าใจชัดเจนในการดูแล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตใจที่ดี

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาการตระหนักในคุณค่าของตนเอง เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หมายถึง การพัฒนาพลังอำนาจในตัวตน ในการคิดทบทวนและอภิปรายถึงสาเหตุที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแล ความสำคัญของผู้ป่วยและความสำคัญของผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของตนเองและของผู้ป่วย มีผลนำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมองและแนวคิดใหม่ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กล่าวคือ ไม่ว่าจะมีความรู้หรือเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้นทั้งภายในตัวเองและสิ่งแวดล้อมภายนอกก็สามารถเข้าใจได้จัดการแก้ไขได้และปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่มีความพอที่จะเข้าไป

จัดการแก้ไข การรับรู้แบบนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้ออำนวยต่อการจัดการหรือหลีกเลี่ยงภาวะเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงหรือความผันผวนต่าง ๆ ในชีวิต จึงสามารถดำรงความมีสุขภาพดีและมีความสุขในชีวิตหรือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาศักยภาพการดูแล หมายถึงการคิดทบทวนอภิปรายการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสมทั้งทางร่างกาย จิตใจ รวมถึงการตอบสนองอาการผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยจิตเภท และกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันและนำไปปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลได้ประสบการณ์ตรง และพยายามแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมจนสามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างถูกต้องเหมาะสม ฉะนั้นในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่างๆ จากบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะเครือญาติ หรือเพื่อนบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเลือกวิธีการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล หมายถึง การมีพฤติกรรมที่มีประโยชน์ต่อเรื่องสม่ำเสมอ โดยการคิดทบทวน วิเคราะห์ ผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยตามแผนที่กำหนดทั้งเชิงบวกและเชิงลบ รวมทั้งแนวทางการแก้ไขการปรับแผนการดูแลให้มีประสิทธิภาพให้กำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ดูแลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุดเพื่อให้ผู้ดูแลมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในตนเองสามารถจัดการแก้ไขปัญหาหรือสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกถึงความผาสุก สุขภาพและความพึงพอใจ ซึ่งเกิดจากการประเมินการรับรู้ของบุคคลในบริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าต่าง ๆ อันสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวัง ในชีวิต ประเมินโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตซึ่งแปลและพัฒนาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI-26) ซึ่งพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) มีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ ความรู้สึกถึงความผาสุก สุขภาพและความพึงพอใจสภาพทางด้านร่างกาย ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น สภาพความสมบูรณ์ แข็งแรงของร่างกาย ความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด ความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การมีพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน ความสามารถในการทำงาน การไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้ถึงความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง มีความรู้สึกภาคภูมิใจ มั่นใจในตนเอง มีความคิด ความจำ สมาธิ การ

ตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น ความรู้สึกถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรคของตนเอง

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือการรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น ความรู้สึกถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม และการที่ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งความรู้สึกในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ ความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ มีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่างเป็นต้น

ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึงบุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเภท โดยเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย คู่สมรส พี่ น้อง บุตร หรือญาติ ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยตนเองเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในการดูแล และอาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความเข้มแข็งส่งผลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีศักยภาพในการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว และชุมชน สามารถปฏิบัติตนในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและชุมชนของตนเองได้ดีขึ้น

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่นำผู้ป่วยมารับบริการ เพื่อให้การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยอื่น ๆ มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. ด้านการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว โดยสามารถนำเอารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ในงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช