

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่พบได้มากที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2547) และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อัตราความชุกของโรคจิตเภทระดับโลก มีร้อยละประมาณ 0.5 - 1.0 หรือประมาณ 5 - 10 ต่อประชากร 1,000 คน (Phillip & Long, 2001) สำหรับประเทศไทย ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศจำนวน 21,906 คน จากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยในทั้งหมด 41,213 คน คิดเป็นร้อยละ 53.15 (กรมสุขภาพจิต, 2546) โรงพยาบาลลำปาง มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยนอก 2,361 คน จากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารักษาทั้งหมด 8,718 คน คิดเป็นร้อยละ 27.08 (กระทรวงสาธารณสุข, 2548) โรงพยาบาลเมืองปาน มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขึ้นทะเบียนไว้ 80 คน (โรงพยาบาลเมืองปาน, 2548) คิดเป็นอัตราป่วย 219.02 ต่อแสนประชากร โดยรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นผู้ป่วยนอกและรับยาต่อเนื่องเกือบทั้งหมด จะรับไว้เป็นผู้ป่วยใน กรณีที่มีอาการทางจิตไม่รุนแรงและควบคุมอาการได้ ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือควบคุมไม่ได้ จะมีการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลลำปางหรือโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

โรคจิตเภทเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษาโรคหนึ่ง ต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน บางรายต้องรักษาตลอดชีวิต การรักษาให้หายขาดยังเป็นไปได้ยาก (Sadock & Sadock, 2000) เนื่องจากเป็นโรคที่เกิดจากความแปรปรวนของการทำหน้าที่ของสารเคมีในสมอง ที่รบกวนการทำงานทางด้านความคิด และสังคมอย่างมาก (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ซึ่งมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีอาการเป็นๆ หายๆ และร้อยละ 25 ไม่สนองตอบต่อยา (Kaplan & Sadock, 1998) สำหรับประเทศไทย ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำถึงร้อยละ 70 (ชูทิพย์ ปานปรีชา, 2540) หลังจากการจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มนี้ออกจากโรงพยาบาล มักจะมีร่องรอยของโรคหลงเหลืออยู่เสมอร่วมกับอัตราป่วยซ้ำในระดับสูงโดยร้อยละ 90 มีโอกาสกลับเป็นซ้ำหากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องภายใน 1 ปี เมื่อเจ็บป่วยครั้งแรกในกลุ่มที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องก็มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ร้อยละ 30 ในสัดส่วนของผู้ที่ไม่สามารถรักษาให้

หายขาดได้ บุคคลจะมีความบกพร่องในหน้าที่และบุคลิกภาพที่เสื่อมลงเรื่อยๆ ตามระยะเวลาของการเป็นโรค โดยพบว่าผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะมีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพมากที่สุดเมื่อป่วยเป็นระยะเวลา 5 ปี ขึ้นไป (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) ผู้ที่ได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบ ส่วนใหญ่จะมีอาการทางจิตบางอย่างหลงเหลืออยู่ ในจำนวนนี้จะมีอาการทางจิตหลงเหลือไปตลอดชีวิต (American Psychiatric Association, 1994) การดำเนินของโรคแบ่งเป็น 3 ระยะ (APA, 1994) คือ ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ส่วนมากจะเริ่มด้วยการแยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจสุขวิทยาส่วนบุคคล การทำหน้าที่ด้านการงานหรือการเรียนบกพร่อง อาการมักจะค่อยเป็นค่อยไปอยู่ 1 ปี จะรุนแรงขึ้นจนกระทั่งเข้าสู่ระยะที่ 2 อาการชัดเจน (active phase) ซึ่งเป็นระยะอาการแสดงของโรคจิตเภทที่ปรากฏชัดเจน เช่น อาการหลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน มีพฤติกรรมหรืออารมณ์เปลี่ยนไปจากเดิม ทำร้ายผู้อื่นหรือทำลายข้าวของ บางรายอาการรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเอง อาการรุนแรงในระยะนี้ มักจะทำให้ผู้ดูแลเดือดร้อนและตัดสินใจพาผู้ป่วยไปรักษา ระยะที่ 3 ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) หลังจากได้รับการบำบัดรักษาแล้ว อาการจะยังไม่หมดไป ส่วนใหญ่จะมีอาการคล้ายระยะแรก ผู้ป่วยจะมีอาการเสื่อมทางด้านจิตใจและสังคม เช่น เฉื่อยชา ไร้อารมณ์ ขาดความคิดริเริ่ม และอาจมีซึมเศร้าร่วมด้วย ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลฟื้นฟู มักจะกลายเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง

ผู้ดูแล หมายถึง หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน (จอม สุวรรณโณ, 2541; ชูพาพิน ศิริโพธิ์งาม; 2539, เขวลักษณ์ กลิ่นหอม, 2540) ฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985) ผู้ดูแลคือบุคคลที่ทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง (give direct care) โดยให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง สมาชิกครอบครัวหรือญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่อยู่ร่วมครอบครัวเดียวกัน โดยสมาชิกในครอบครัวได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง หรือญาติ ที่มีหน้าที่โดยตรงในการให้ความช่วยเหลือดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ทั้งนี้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทถือว่าเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาการดูแลจากบุคคลอื่น (นิสการ แก้วพิลา, 2545) ดังนั้น ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งโอเรม (Orem, 1995) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองของผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ตามความรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง มีองค์ประกอบ 10 ประการ 1) ด้านความสนใจและเอาใจใส่ในฐานะผู้ดูแล 2) ด้านความสามารถที่จะควบคุมพลังงาน ทางด้านร่างกาย

ของตนเอง 3) ด้านความสามารถที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย 4) ด้านความสามารถที่จะใช้เหตุผล 5) ด้านแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแล 6) ด้านความสามารถที่จะตัดสินใจ 7) ด้านความสามารถในการแสวงหาความรู้ ความชำนาญ 8) ด้านทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น 9) ด้านความสามารถในการจัดลำดับ กิจกรรมการดูแลหรือระบบการดูแล 10) ด้านความสามารถที่จะปฏิบัติกรดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่จากการดูแลผู้ที่เป็โรจิตเภท ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความเป็นส่วนตัว ทำให้ผู้ดูแลขาดพลังความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ดังนี้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าโรจิตเภทเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษา ใช้เวลาในการดูแลรักษาที่ยาวนาน (Sadock & Sadock, 2000) ผู้ที่เป็นโรจิตเภทส่วนใหญ่หลังจากอาการทุเลาลง จะยังคงหลงเหลืออยู่บ้างและมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นเรื่อยๆ บางคนเป็นๆ หายๆ ในขณะที่บางคนเป็นเรื้อรัง (Kaplan & Sadock, 1998) ผู้ที่เป็นโรจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม มักจะมีพฤติกรรมแปลกจากคนปกติ เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน อารมณ์เปลี่ยนไปจากเดิม บางรายเฉื่อยชา ไร้อารมณ์ขาดความคิดริเริ่ม และอาจมีซึมเศร้าร่วมด้วย จากร่องรอยของโรคที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ที่เป็นโรจิตเภทที่มีความพร้อม ในการดูแลตนเอง (อรพรรณ บุญลือธวัชชัย, 2545) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เป็นโรจิตเภทบางส่วนมีอาการรุนแรงแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม แปลกประหลาด น่ากลัวและคุกคามต่อบุคคลในชุมชนได้ (Tammiga as cited in Anders อ้างในสุมนธนา บุญชัย, 2545) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอับอาย และเป็นตราบาป (Glendy & Mackenzie, 1998) จากที่กล่าวมา ทำให้ผู้ดูแลเกิดอาการตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วย รู้สึกเป็นภาระ สิ้นหวังเมื่ออาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย รวมถึงการเพิกเฉยต่อบทบาทหน้าที่ผู้ดูแล (วัชรภรณ์ ลือโรสงศ์, 2541) ทำให้ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรจิตเภท ไม่สนใจ ใส่ใจสิ่งแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญ ในการดูแลผู้ที่เป็นโรจิตเภท

นอกจากนี้ พบว่า ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ พฤติกรรมรุนแรงไม่อาจคาดคะเนได้ เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ก้าวร้าว นอนไม่หลับ เดินไปเดินมา ผู้ดูแลต้องคอยเฝ้าสังเกตอาการ และระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้น ทำให้เวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารได้น้อยลง ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ร่างกายทรุดโทรม อ่อนเพลีย ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (รัชนิกร อุปเสน, 2541) ผู้ดูแลจะรู้สึกเครียดจากพฤติกรรมที่มีปัญหาต่อผู้ดูแล คือ ไม่ยอมนอนตอนกลางคืน วุ่นวาย เดินไปเดินมา รบกวนผู้อื่น คาดเดาไม่ได้ รู้สึกหวาดกลัวว่าผู้ป่วยจะไปทำร้ายตนเองและผู้อื่น ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ วิตกกังวลและกลัวทุกข์ใจ (เอื้ออารีย์

สาธิตา, 2543) ท้อแท้ เบื่อหน่าย หดหู่กำลังใจ (เวทีนี สุขมาก, อุไรวรรณ โชติรัตน์หิรัญ และ เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า, 2544) จากการศึกษาของณัฐยา พรหมบุตร (2545) เกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า มีแนวโน้มการเกิดความผิดปกติทางจิตเวชถึงร้อยละ 31.16 จากผลกระทบดังกล่าวผู้ดูแลมักจะละเลยตนเอง ส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ไม่สามารถที่จะใส่ใจกับตนเองในการที่จะทำให้อารมณ์แข็งแรง ทำให้ผู้ดูแลขาดความสามารถในด้านที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ยัง พบว่า ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษาพยาบาล และการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม (วารกรณ์ ตั้งตรงไพโรจน์, 2542; Loukissa, 1995) ขาดความรู้เกี่ยวกับยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา (ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540; สาธุพร พุฒขาว, 2541; วาสนา ปานดอก, 2545; Tungpunkom, 2000; Sethabouppha, 2005) ผู้ดูแลให้ผู้ป่วยหยุดยาเนื่องจากไม่อยากจะให้ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทถูกมองว่าเป็นโรคจิต (วาสนา ปานดอก, 2545) ผู้ดูแลบางราย เชื่อว่า การเจ็บป่วยทางจิตมีสาเหตุมาจากทางด้านไสยศาสตร์หรือเกิดจากสิ่งที่ไม่เป็นธรรมชาติ ทำให้ผู้ดูแลแสวงหาทางช่วยเหลือทางจิตวิญญาณ จึงนำผู้ป่วยไปรักษาทางไสยศาสตร์ (เวทีนี สุขมาก, อุไรวรรณ โชติรัตน์หิรัญ และเอมหทัย ศรีจันทร์หล้า, 2544) ขาดการเตรียมพร้อมในการที่จะดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่กล้าสอบถามแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับโรคและฤทธิ์ข้างเคียงของยา ขาดความรู้ดังกล่าว ตรงกับแนวคิดของ โอเรม (Orem, 1995) เกี่ยวกับการขาดความสามารถด้านการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจากผู้รู้ ผู้ชำนาญ การคงไว้ซึ่งความรู้และนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติ จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขาดความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อพร้อมที่จะให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท แต่อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ดูแลจะให้การดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลด้วย

ความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถพัฒนาได้หลายวิธีการ เช่น การให้จิตศึกษา (Townsend, 2000) เป็นการให้ความรู้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนประคับ ประคองจิตใจ ให้ผู้ดูแลระบายความคับข้องใจ การสร้างกระบวนการในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน (ภัทราภรณ์ พุ่มคำปัน และคณะ, 2547) เป็นต้น แต่ทั้งนี้ การที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ต้องสร้างให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักในการที่จะต้องดูแลตนเองก่อน เพื่อให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1993) มาใช้

ในการศึกษาในครั้งนี้ เสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการ เพื่อให้บรรลุความต้องการ และแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็น ในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตน ซึ่งแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่นำมาประยุกต์ใช้กันมาก ได้แก่ กระบวนการที่เสนอโดย กิบสัน (Gibson, 1993) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นขั้นตอนที่พยายามให้บุคคลค้นพบและยอมรับเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นจริงกับตนเอง ประกอบไปด้วย การตอบสนองของบุคคลด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา การรับรู้ ด้านพฤติกรรม 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การที่บุคคลเริ่มมีความตระหนัก การแสวงหาแหล่งประโยชน์ เป็นแรงขับที่จะเพิ่มความสามารถในการสะท้อนคิดของบุคคล เกิดการทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เกิดมุมมองใหม่ในแง่มุมต่างๆ และเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (taking charge) เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ช่วยให้การตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น มีความมุ่งมั่นไปสู่เป้าหมายอย่างสม่ำเสมอ ด้วยคุณค่าของบุคคลเอง 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) เป็นผลมาจากการที่บุคคลตระหนักในความเข้มแข็ง มีความสามารถในตนเอง พยายามคงอยู่ด้วยตนเอง และมีพลังอำนาจ มีความสามารถ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ครั้งต่อไป เมื่อพบปัญหาสามารถย้อนกลับไปในวงจรของกระบวนการ เสริมสร้างพลังอำนาจ ได้อีกอย่างเป็นพลวัตร ทั้งนี้ มีปัจจัยนำคือ ความคับข้องใจ ความรู้สึกขัดแย้ง การมีปัญหา อุปสรรค ความคาดหวัง การขาดภาวะสมดุล ประกอบกับการมุ่งมั่นทุ่มเท ความผูกพันและความรัก เป็นแรงผลักดันให้บุคคลเกิดพลัง มีกำลังใจ ส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ได้มาซึ่งผลลัพธ์ตามกระบวนการดังกล่าว (Gibson, 1993) ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์ เป้าหมายและการสนับสนุนทางสังคม (Gibson, 1993) ดังนั้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) อาจทำให้เกิดศักยภาพหรือพลังความสามารถแก่ผู้ดูแลในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องพึ่งพาให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

การเสริมสร้างพลังอำนาจกิบสัน (Gibson, 1993) ได้ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาจำนวน 12 ราย ที่ให้การดูแลบุตรที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลรายบุคคล ด้วยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การบันทึก การสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถช่วยให้ผู้ดูแลได้มีการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น โดยมีรายงานว่า ตนเองมีความสามารถในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่

เกี่ยวข้องกับตนเองได้ และได้มีรายงานผลลัพธ์เชิงลบของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พบจากรายงานการศึกษาของกิบสัน (Gibson, 1993) มีตัวอย่างเพียงส่วนน้อยที่มีรายงานว่าเมื่อมีการพัฒนาตนเองแล้ว จะถูกปฏิเสธหรือไม่ได้รับการยอมรับ ต้องมีการระมัดระวังมากเกินไป และจะได้รับ การสนับสนุนน้อยจากทีมสุขภาพ เพราะทุกคนประเมินว่าเขาสามารถจัดการหรือกระทำการต่างๆ ได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่นำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) มาใช้ในการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งระยะเวลา วิธีการและกิจกรรมที่ใช้ในแต่ละขั้นตอน แต่มักใช้เป็นรายบุคคลเช่นเดียวกับกิบสัน (Gibson) จากการศึกษาของจุฬารัตน์ สุริยาทัย (2547) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) จำนวน 22 ราย พบว่า ภายหลังการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างค้นพบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีการคิดวิเคราะห์ให้ไตร่ตรองตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง การคิดและเลือกแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเองสอดคล้องกับความเป็นอยู่ในชีวิตของตนเอง โดยมีกลุ่มเป็นเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหา และให้กำลังใจในผู้ที่ประสบกับปัญหาที่คล้ายคลึงกัน กลุ่มสามารถติดตามและกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่ม ปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทางการดูแลตนเองที่เลือกไว้ ทำให้กลุ่มตัวอย่าง สามารถมีการดูแลตนเองที่มากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถมาเข้ากลุ่มได้ครบทุกคน ทุกครั้ง อย่างไรก็ตาม การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ก็มีผลดีต่อความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา ในการช่วยเหลือ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ชี้แนะแนวทางแก้ไข และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

โรงพยาบาลเมืองปาน จังหวัดลำปาง มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขึ้นทะเบียนไว้ถึง 80 คน ซึ่งพบปัญหาเรื่องการกลับเป็นซ้ำ จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ พบว่าผู้ดูแลไม่สามารถดูแลและจัดการกับอาการของผู้ป่วยได้ ทำให้รู้สึกผู้ดูแลรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ท้อแท้ สิ้นหวัง ผลกระทบที่ได้รับจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตต่อตนเอง ซึ่งปัญหาสุขภาพดังกล่าว มีผลต่อความสามารถและพฤติกรรมการดูแล (อิชยา เขื่อนมั่น, 2545) ผู้ศึกษาจึงสนใจนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993) และแนวคิดการทำกลุ่มของยาลอม (Yalom, 1975) มาใช้เพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในการศึกษารุ่นนี้เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ลดความหนักใจของผู้ดูแล นอกจากนี้ยังส่งผลต่อความสามารถในการดูแล

ตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อาจช่วยลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

สมมติฐานการศึกษา

ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม มีระดับคะแนนความสามารถในการดูแลสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมืองปาน และมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง จำนวน 14 ราย ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกรกฎาคม 2550

นิยามศัพท์

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม หมายถึง การปฏิบัติตามแผนเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกิดการกระทำสิ่งที่ดีที่สุด ตามความสามารถและศักยภาพ ส่งผลให้บุคคลเกิดการพัฒนาด้านความรู้สึก มีความหวัง มีพลังในตนเอง ไม่ท้อถอย สามารถควบคุมตนเอง จัดการ และตัดสินใจในการดูแลและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ผู้ศึกษาสร้างขึ้นตามแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1993) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Gibson, 1995) คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และเป็นโปรแกรมที่กระทำในลักษณะเป็นกลุ่มการเรียนรู้ร่วมกันตามขั้นตอน

ผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง สมาชิกครอบครัวหรือญาติผู้ที่อยู่ร่วมครอบครัวเดียวกันกับบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (International Statistical Classification of Disease and related Health Problem 10 Revision) (ICD - 10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเมืองปาน อ. เมืองปาน จ. ลำปาง โดยสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้องหรือญาติ ที่มีหน้าที่โดยตรงในการ ให้ความช่วยเหลือดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นผู้ที่น่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมารับการตรวจรักษาโดยไม่รับค่าจ้าง และค่าตอบแทนใดๆ

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองของผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ตามการรับรู้และความเข้าใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแล การช่วยเหลือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1995) โดยวัดที่พลังความสามารถ 10 ประการ ดังนี้ 1) ด้านความสนใจและเอาใจใส่ในฐานะผู้ดูแล 2) ด้านความสามารถที่จะควบคุมพลังงาน ทางด้านร่างกายของตนเอง 3) ด้านความสามารถที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย 4) ด้านความสามารถที่จะใช้เหตุผล 5) ด้านแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแล 6) ด้านความสามารถที่จะตัดสินใจ 7) ด้านความสามารถในการแสวงหาความรู้ 8) ด้านทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น 9) ด้านความสามารถในการจัดลำดับ กิจกรรมการดูแลหรือระบบการดูแล 10) ด้านความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลอย่างต่อเนื่อง ประเมินจากแบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่สร้างขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1995) ของ นิสากร แก้วพิลา (2545)