

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมืองปาน จังหวัดลำปาง ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงกรกฎาคม 2550 จำนวน 14 คน ผลการศึกษานำเสนอในรูปแบบตาราง โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท ก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.71 เพศชายร้อยละ 14.29 มีอายุในช่วง 50-59 ปี มากที่สุดร้อยละ 35.72 รองลงมาคืออายุในช่วง 61-69 ปี ร้อยละ 28.57 มีสถานภาพสมรส คู่ และหม้าย เท่ากัน ร้อยละ 50.00 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 64.29 รองลงมาไม่ได้เรียนร้อยละ 28.57 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรสและ ระดับการศึกษา

| ข้อมูลทั่วไป   | จำนวน<br>(n = 14) | ร้อยละ |
|----------------|-------------------|--------|
| เพศ            |                   |        |
| หญิง           | 12                | 85.71  |
| ชาย            | 2                 | 14.29  |
| อายุ           |                   |        |
| น้อยกว่า 40 ปี | 1                 | 7.14   |
| 41-49 ปี       | 1                 | 7.14   |
| 50-59 ปี       | 5                 | 35.72  |
| 60-69 ปี       | 4                 | 28.57  |
| 70 ปี ขึ้นไป   | 3                 | 21.43  |
| สถานภาพสมรส    |                   |        |
| คู่            | 7                 | 50.00  |
| หม้าย          | 7                 | 50.00  |
| ระดับการศึกษา  |                   |        |
| ไม่ได้เรียน    | 4                 | 28.57  |
| ประถมศึกษา     | 9                 | 64.29  |
| มัธยมศึกษา     | 1                 | 7.14   |

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มากที่สุดร้อยละ 42.86 รองลงมา ไม่ได้ทำงานร้อยละ 35.71 ส่วนรายได้ของครอบครัวต่อเดือน อยู่ในช่วง 1,001-2,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 35.71 รองลงมา รายได้อยู่ในช่วง 2,001-3,000 บาท และ 3,001-4,000 บาท ร้อยละ 21.43 รายได้เพียงพอ ร้อยละ 57.14 และไม่เพียงพอ ร้อยละ 42.86 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และ ความเพียงพอของรายได้

| ข้อมูลทั่วไป               | จำนวน<br>(n=14) | ร้อยละ |
|----------------------------|-----------------|--------|
| อาชีพ                      |                 |        |
| รับจ้างทั่วไป              | 6               | 42.86  |
| ไม่ได้ทำงาน                | 5               | 35.71  |
| ค้าขาย                     | 2               | 14.29  |
| เกษตรกร (ทำนา)             | 1               | 7.14   |
| รายได้ของครัวเรือนต่อเดือน |                 |        |
| น้อยกว่า 1,000 บาท         | 1               | 7.14   |
| 1,001-2,000 บาท            | 5               | 35.71  |
| 2,001-3,000 บาท            | 3               | 21.43  |
| 3,001-4,000 บาท            | 3               | 21.43  |
| 4,001 บาทขึ้นไป            | 2               | 14.29  |
| ความเพียงพอของรายได้       |                 |        |
| เพียงพอ                    | 8               | 57.14  |
| ไม่เพียงพอ                 | 6               | 42.86  |

กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทคือ มารดา มากที่สุด ร้อยละ 71.44 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.43 มีโรคประจำตัว จำนวน 4 ราย ร้อยละ 28.57 ระยะเวลาในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท น้อยกว่า 10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 42.86 รองลงมา ดูแล 21-30 ปี ร้อยละ 28.57 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรคประจำตัวของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแล

| ข้อมูลทั่วไป                       | จำนวน<br>(n=14) | ร้อยละ |
|------------------------------------|-----------------|--------|
| ความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท |                 |        |
| มารดา                              | 10              | 71.44  |
| บิดา                               | 1               | 7.14   |
| พี่                                | 1               | 7.14   |
| น้อง                               | 1               | 7.14   |
| อื่นๆ (ลูกสะใภ้)                   | 1               | 7.14   |
| โรคประจำตัวของผู้ดูแล              |                 |        |
| ไม่มี                              | 10              | 71.43  |
| มี                                 | 4               | 28.57  |
| ความดันโลหิตสูง                    | 3               | 21.43  |
| เบาหวานและความดันโลหิตสูง          | 1               | 7.14   |
| ระยะเวลาดูแล                       |                 |        |
| น้อยกว่า 10 ปี                     | 6               | 42.86  |
| 11-20 ปี                           | 3               | 21.43  |
| 21-30 ปี                           | 4               | 28.57  |
| 31 ปี ขึ้นไป                       | 1               | 7.14   |

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลุ่มตัวอย่างดูแลใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งหมด ร้อยละ 100.00 การได้รับข้อมูลข่าวสารจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 100.00 รองลงมา คือ จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจิตเวช ร้อยละ 71.43 ความร่วมมือของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 71.43 ให้ความร่วมมือน้อย ร้อยละ 28.57 ผู้ดูแลมีความรู้สึกเต็มใจต่อการดูแลมากที่สุด ร้อยละ 64.29 รองลงมา คือ เฉยๆ ร้อยละ 28.57 เกือบทั้งหมดสามารถดูแลได้โดยไม่ต้องได้รับการช่วยเหลือบ้าง ร้อยละ 92.86 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสวัสดิการการรักษา การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความร่วมมือของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ความรู้สึกและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

| ข้อมูลส่วนบุคคล                               | จำนวน<br>(n=14) | ร้อยละ |
|-----------------------------------------------|-----------------|--------|
| สวัสดิการการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท          |                 |        |
| บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า                      | 14              | 100.00 |
| การได้รับข้อมูลข่าวสาร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  |                 |        |
| เจ้าหน้าที่สาธารณสุข                          | 14              | 100.00 |
| เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจิตเวช                 | 10              | 71.43  |
| หนังสือพิมพ์                                  | 3               | 21.43  |
| วิทยุ                                         | 1               | 7.14   |
| ความร่วมมือของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท             |                 |        |
| ร่วมมือปานกลาง                                | 10              | 71.43  |
| ร่วมมือน้อย                                   | 4               | 28.57  |
| ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อการดูแล                |                 |        |
| เต็มใจ                                        | 9               | 64.29  |
| เฉยๆ                                          | 4               | 28.57  |
| เบื่อหน่าย                                    | 1               | 7.14   |
| ความสามารถในการดูแลตามความถนัดของผู้ดูแล      |                 |        |
| ไม่สามารถดูแลได้                              | 1               | 7.14   |
| สามารถดูแลได้โดยไม่ต้องได้รับการช่วยเหลือบ้าง | 13              | 92.86  |

ผู้ที่เป็โรคจิตเภทที่กลุ่มตัวอย่างดูแลส่วนใหญ่ มีการหยุดรับประทานยาต้านโรจิต ร้อยละ 71.43 สาเหตุการหยุดรับประทานยา คิดว่าอาการหายแล้ว ร้อยละ 57.14 และเกิดฤทธิ์ไม่พึง ประสงค์ของยา ร้อยละ 14.29 อาการผิดปกติของผู้ที่เป็นโรจิตเภท ร้อยละ 92.86 อาการที่พบมาก คือ นอนไม่หลับ ร้อยละ 50.00 รองลงมา คือ อาการหงุดหงิด โกรธง่าย ร้อยละ 28.57 ดังแสดงใน ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการหยุดรับประทานยาต้านโรจิต สาเหตุการหยุดยา และอาการผิดปกติของผู้ที่เป็นโรจิตเภท

| ข้อมูลส่วนบุคคล                   | จำนวน<br>(n=14) | ร้อยละ |
|-----------------------------------|-----------------|--------|
| การหยุดรับประทานยาต้านโรจิต       |                 |        |
| เคยหยุดรับประทานยา                | 10              | 71.43  |
| ไม่เคยหยุดรับประทานยา             | 4               | 28.57  |
| สาเหตุการหยุดรับประทานยา          |                 |        |
| คิดว่าอาการหายแล้ว                | 8               | 57.14  |
| เกิดฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยา       | 2               | 14.29  |
| อาการผิดปกติของผู้ที่เป็นโรจิตเภท |                 |        |
| ไม่มีอาการ                        | 1               | 7.14   |
| มีอาการ(มากกว่า 1 อาการ)          | 13              | 92.86  |
| นอนไม่หลับ                        | 7               | 50.00  |
| หงุดหงิด โกรธง่าย                 | 4               | 28.57  |
| เฉย ไม่พูด                        | 3               | 21.43  |
| พูดมาก                            | 2               | 14.29  |
| ไม่ดูแลตนเอง                      | 2               | 14.29  |
| ขโมยของ                           | 2               | 14.29  |
| หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย          | 1               | 7.14   |

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม**

ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภททั้งสอง พบว่าคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท หลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม สูงวก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง (N=14)

| ระยะการศึกษา   | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | t        | p-value |
|----------------|-----------|----------------------|----------|---------|
| ก่อนการโปรแกรม | 2.00      | 0.275                | - 10.047 | .000    |
| หลังการโปรแกรม | 2.54      | 0.209                |          |         |

## การอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลเมืองปาน จังหวัดลำปาง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ระดับคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการศึกษาที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มที่สร้างขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยอธิบายได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง (discovering reality) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นขั้นตอนที่พยายามให้บุคคลค้นพบและยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับตนเอง ทำให้เกิดการตอบสนองด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญาการรับรู้และพฤติกรรม การตอบสนองด้านอารมณ์ จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง ถึง ร้อยละ 85.71 มีความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือเป็นมารดา มากที่สุด ร้อยละ 71.44 ซึ่งความผูกพันทางสายโลหิตในฐานะของบิดา มารดา และบุตร ลักษณะสัมพันธ์ภาพที่เกิดขึ้นมีความผูกพันที่มีความเอื้ออาทรห่วงใย และจริงใจต่อกันเป็นพื้นฐาน (นงลักษณ์ วรรัชชานนท์, 2546) และจากความรักความผูกพันที่มีกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เมื่อผู้ดูแลทราบว่าคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกลบด้านลบขึ้น เช่น กลัว วิตกกังวล โกรธที่สมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคนี้ เกิดการต่อต้าน ไม่รู้จะดูแลอย่างไร เกิดความคับข้องใจ ไม่มั่นใจว่าจะดูแลผู้ป่วยได้ดีหรือไม่ เกิดความสงสัย และรู้สึกผิดที่ผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ เกล็นดี และแมคเคนซี (Glendy & Mackenzie, 1998) เกี่ยวกับญาติที่เจ็บป่วยด้วยอาการทางจิตอย่างรุนแรงที่บ้านในฮ่องกง พบว่า ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทางด้านสภาวะอารมณ์ มีความทุกข์ใจ โกรธ ผิดหวัง ท้อแท้ กลัว อาการผู้ป่วยกำเริบ พฤติกรรมที่ผิดปกติ ทำให้ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ เกิดความรู้สึกหมดหวัง เนื่องจากอาการไม่ดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเริ่มตระหนักว่าตนเองขาดความสนใจและเอาใจใส่สิ่งแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ในขั้นตอนนี้ ยังพบว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภททั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และความเป็นส่วนตัว ทางด้านร่างกาย พักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย ร่างกายทรุดโทรม บางคนจะมีปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการกำเริบ (รัชนิกร อุปเสน, 2541) ทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียด หวาดกลัวว่าผู้ป่วยจะทำร้ายตนเองและผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ บางคนรู้สึกท้อแท้เบื่อหน่าย

หมดกำลังใจ (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) ผู้ดูแลรู้สึกที่ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ไม่สามารถไปร่วมงานสังคมได้ (มนตรี อมรเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544) จากผลกระทบที่ผู้ดูแลได้รับผู้ดูแลรับรู้ว่าจะเกิดปัญหาเสี่ยงต่อทั้งสุขภาพกายและจิตของตนเอง มีผลทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของอิซยา เชื่อนั่น (2545) ศึกษาเรื่องสุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา จำนวน 72 คนพบว่า สุขภาพจิตโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความสามารถ ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ภาวะสุขภาพจิตที่ดี ทำให้มีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาสูง เมื่อผู้ดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทเริ่มตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการละเลยการดูแลตนเอง เช่น การไม่สามารถใส่ใจเรื่องอาหาร การพักผ่อนและออกกำลังกายของตนเอง โรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการดูแล และการปรับกิจกรรมของตนเอง เพื่อให้มีริ้วแรงในการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท การจัดการกับความเครียด จะเกิดปัญหาที่เสี่ยงต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต แต่ถ้าผู้ดูแลสนใจ ใส่ใจในสุขภาพตนเอง ร่างกายแข็งแรง ก็มีความพร้อมที่จะดูแลและช่วยเหลือ ส่งผลให้สามารถดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทได้ดีและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการศึกษาพบว่า คะแนนด้านความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจากผู้รู้ ผู้ชำนาญ การคงไว้ซึ่งความรู้และนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติได้ อยู่ในระดับต่ำก่อนการทดลอง การขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษาพยาบาล และการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม (วราภรณ์ ตั้งตรงไพโรจน์, 2542; Loukissa, 1995) การขาดความรู้เกี่ยวกับยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540; สาธุพร พุฒขาว, 2541; วาสนา ปานดอก, 2545; Tungpunkom, 2000; Sethabouppha, 2005) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหุดยาถึงร้อยละ 71.43 หลังจากหุดยาจะมีอาการกำเริบ ผู้ดูแลเกิดความตระหนักว่าเป็นหน้าที่ของตนเองที่จะต้องดูแลผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา ทำให้เกิดความสามารถในด้านการแสวงหาความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จากผู้รู้ ผู้ชำนาญการ เอกสาร เพื่อให้ตนเองเกิดความรู้ ความเข้าใจ กิจกรรมในขั้นตอนนี้ เป็นการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องในเรื่องของโรคจิตเภท พยาธิสภาพของโรค พฤติกรรมของผู้ป่วย การดูแลรักษา ทำให้ผู้ดูแลพร้อมที่จะรับรู้ เกิดกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในความรู้ความเข้าใจของตน เกิดการยอมรับสภาพการณ์ที่เป็นจริง ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกในทางที่ดีกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ตนดูแล ซึ่งการคิดในลักษณะเช่นนี้ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้และตระหนักถึงความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในด้านต่างๆ พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง กระทำในสิ่งที่ดีที่สุด เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมต่อไป (Gibson, 1995) และจากกระบวนการกลุ่มที่ใช้ดำเนินการศึกษายังเอื้อให้

ผู้ดูแลสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีโอกาสรับรู้ถึงปัญหาของผู้อื่น ทำให้เกิดความเห็นใจ เกิดการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ตรงตามแนวคิดการทำกลุ่มบำบัดของยาลอม (Yalom, 1975) ที่กล่าวว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิกในกลุ่ม ช่วยให้ได้เรียนรู้ปัญหาและหาแนวทางแก้ไข โดยใช้ประสบการณ์กลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ กิจกรรมในขั้นตอนนี้ ผู้ดูแลได้สะท้อนคิดเกี่ยวกับประเด็นการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ผ่านมาโดยใช้คำถามสะท้อนคิด ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า คำถามช่วยให้กลุ่มตัวอย่างคิดทบทวนและสำรวจปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้เกิดความเข้าใจชัดเจน นำไปสู่การปรับปรุง เปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ดีขึ้น เช่น การดูแลร่างกายและจิตใจของตนเอง ให้พร้อมในการที่จะดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การดูแลเอาใจใส่สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การช่วยให้ผู้ดูแลเกิดพัฒนาความรู้สึกรับผิดชอบในการควบคุมตนเอง ค้นหาทางเลือกต่างๆ ในการปฏิบัติ หลังจากการคิดวิเคราะห์อย่างละเอียด จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาขึ้น ตระหนักถึงความเข้มแข็ง ความสามารถของตนเอง เกิดความรู้สึกรับผิดชอบในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะของตนเองในการที่จะให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมากขึ้น นำไปสู่การตัดสินใจเลือกการปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้ ผู้ดูแลจะมีความเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังมากขึ้น (Gibson, 1995)

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติด้วยตนเอง กิจกรรมในขั้นตอนนี้ ให้ผู้ดูแลยกตัวอย่างปัญหาผลกระทบต่อการดูแลตนเองที่ได้รับจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองของผู้ดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็นความสามารถ 10 ประการตามแนวคิดของโอเรม (Orem, 1995) ในขั้นตอนนี้ ผู้ศึกษาได้ให้ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ความสามารถ 10 ประการ อันได้แก่ 1) ด้านความสนใจและเอาใจใส่ในฐานะผู้ดูแล 2) ด้านความสามารถที่จะควบคุมพลังงาน ทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอ 3) ด้านความสามารถที่จะควบคุมการเคลื่อนไหว ส่วนต่างๆ ของร่างกาย 4) ด้านความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลในการดูแล 5) ด้านแรงจูงใจที่จะกระทำในการดูแลผู้ป่วย 6) ด้านความสามารถที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจไว้ 7) ด้านความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย 8) ด้านความสามารถในการใช้กระบวนการทางความคิดสติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น 9) ด้านความสามารถในการจัดลำดับกิจกรรม การดูแลหรือระบบการดูแล 10) ด้านความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลอย่างต่อเนื่องผสมผสานการดูแลเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน ใช้กระบวนการกลุ่มในการ

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแล พบว่าผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าตนต้องปรับปรุงเปลี่ยนแปลง เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้ดียิ่งขึ้น เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น มีความมุ่งมั่นไปสู่เป้าหมายการดูแล ด้วยคุณค่าของตนเอง (Gibson, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของพนารัตน์ เจนจบ (2542) ที่ศึกษา เรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ซึ่งอาศัยอยู่ที่บ้าน จำนวน 10 ราย พบว่า ในกิจกรรมการให้ข้อมูลและการสนับสนุนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจในแต่ละทางเลือกที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่ามีความเหมาะสมกับตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมในขั้นตอนนี้ พบว่า เมื่อผู้ดูแลนำวิธีปฏิบัติที่ตนตัดสินใจเลือกไปปฏิบัติ ถ้าพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือกแล้ว ใช้กระบวนการกลุ่มในการร่วมมือแก้ไขปัญหา ผู้ดูแลสามารถหาวิธีแก้ปัญหากลุ่มเสนอแนะด้วยตนเอง ถ้าปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพ หรือความสำเร็จ ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกรับอำนาจในการควบคุมสิ่งต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อตนเองได้ มีความสามารถและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป เมื่อพบปัญหาสามารถย้อนกลับไปในวงจรของกระบวนการอย่างเป็นพลวัตร ถ้าไม่สำเร็จจะได้รับความกำลังใจในการปรับปรุง แก้ไข และปฏิบัติต่อไปจากกระบวนการกลุ่ม (Gibson, 1993) ตรงตามแนวคิดการทำกลุ่มบำบัดของยาลอม (Yalom, 1975) ที่กล่าวว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิกในกลุ่ม ช่วยให้ได้เรียนรู้ปัญหาและหาแนวทางแก้ไข โดยใช้ประสบการณ์กลุ่ม

การที่บุคคลจะสามารถผ่านแต่ละขั้นตอนได้ จะต้องใช้ความพยายาม ความเชื่อมั่น พลังความคิด ทั้งนี้ ขั้นตอนต่างๆ จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับ ปัจจัยภายใน ซึ่งได้แก่ ค่านิยม ของตนเอง มีความรักในตนเอง เป็นต้น และปัจจัยภายนอก ซึ่งได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น (Gibson, 1995) อย่างไรก็ตาม เมื่อบุคคลสามารถผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะเกิดผลต่อบุคคลในคุณลักษณะที่จะช่วยให้สามารถปฏิบัติงาน ได้บรรลุผลสำเร็จ ตามเป้าหมายที่ต้องการ สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถทำได้ ทั้งเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ซึ่งก็มีข้อดีและอุปสรรคแตกต่างกันไป

กล่าวโดยสรุปภายหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม เพื่อการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการค้นพบสภาพการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติในการดูแลที่สอดคล้องกับความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของตนเองโดยมีกลุ่มเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ประสบการณ์ซึ่งกันและกันของสมาชิกกลุ่ม หาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ให้กำลังใจซึ่งกัน และกันกับปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารัตน์ สุริยาทัย (2547)

ดังนั้น รูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดย ใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ในการศึกษาครั้งนี้ น่าจะเป็นไปได้ที่จะนำไปเป็นแนวทางในการ จัดระบบบริการของโรงพยาบาลเมืองปานต่อไป เนื่องจาก ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบบกลุ่ม ทำให้ผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทมีความสามารถในการดูแลตนเอง และผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้ดีขึ้น ผู้ดูแลมีความพึงพอใจ อาจจัดในรูปแบบของคลินิกพิเศษนัดผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท ประชุมกลุ่มทุกเดือน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved