

ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช



นาง สมคิด ตีระภี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต


สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-1318-5

ลิขสิทธิ์ของ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF USING EMPOWERMENT PROGRAM ON BURDEN OF PSYCHIATRIC
PATIENTS' CAREGIVERS



Mrs. Somkid Treerapee

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkon University
Academic Year 2002
ISBN 947-17-1318-5

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

โดย

นางสมคิด ตีรภาภี

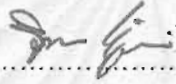
สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับปริญญาโท



.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



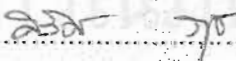
.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)



.....อาจารย์ที่ปรึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)



.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุชีวะ)

สมคิด ตีรารักษ์ : ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช . (THE EFFECT OF USING EMPOWERMENT PROGRAM ON BURDEN OF PSYCHIATRIC PATIENTS' CAREGIVERS). อ.ที่ปรึกษา รศ.ดร. อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย , 127 หน้า. ISBN 947-17-1318-5 .

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มารับบริการที่แผนกจิตเวช หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 26 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซึ่งสร้างโดยผู้วิจัยมี 3 ชุด คือ 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 2) แบบประเมินพลังอำนาจ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และ 3) แบบประเมินภาระการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เครื่องมือทั้ง 3 ชุด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าความเที่ยงของแบบประเมินพลังอำนาจเท่ากับ 0.89 และค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาระการดูแล เท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติทดสอบที

ผลการวิจัยที่สำคัญพบว่า


1. ภาระการดูแลโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ภายหลังจากใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01
2. ภาระการดูแลเชิงจิตวิสัยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ภายหลังจากใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01
3. ภาระการดูแลเชิงอัตวิสัยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ไม่แตกต่างกัน

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชา...การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช..
ปีการศึกษา 2545.....

ลายมือชื่อนิสิต.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ผู้ดูแล ผู้ดูแล


4377603636: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORD: EMPOWERMENT / CAREGIVER BURDEN

SOMKID TREERAPEE: THE EFFECT OF USING EMPOWERMENT PROGRAM ON BURDEN OF PSYCHIATRIC PATIENTS' CAREGIVERS. THESIS ADVISOR: ASSOC.PROF.ORAPHAN LUEBOONTHAVATCHAI, Ph.D.127pp. ISBN 947-17-1318 - 5

The purpose of this research was to study the burden of psychiatric patient's caregivers before and after using Empowerment program. Research samples consisted of 26 psychiatric patient's caregivers attending psychiatric department, outpatient unit of Ayuthaya hospital. Three research instruments which were developed by the researcher were empowerment program for psychiatric patients' caregivers, empowerment appraisal scale and perceived caregiver burden assessment scale. All instrument were test for the validity by group of experts. The reliability of the latter two scale were 0.89 and 0.78 respectively. The statistical used in data analysis were t – test.

The major results of this study were follow:

1. Burden of psychiatric patients' caregivers after receiving the empowerment program was significantly lower than before receiving the program, at the .01 level.
2. Subjective burden of psychiatric patients' caregivers after receiving the empowerment program was significantly lower than before receiving the program, at the .01 level.
3. Objective Burden of psychiatric patient's caregivers in experimental group before and after using empowerment program was not significantly difference.

Field of study Mental Health and Psychiatric Nursing Student's signature Somkid Treerapee
Academic year 2002..... Advisor's signature Orphan Lueboonthavatchai

กิจกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาช่วยเหลือ แนะนำ ให้ความรู้ ข้อคิดเห็น และช่วยตรวจแก้ไขข้อบกพร่องของ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ยังซาบซึ้งในความรัก ความเมตตาและกำลังใจ ที่ได้รับตลอดการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่แผนกจิตเวช หอผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยพิเศษ 1 อาคารศรีสรรเพชญ์ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการแลกเปลี่ยน ตลอดการศึกษา และการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ทุกท่านที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ความรู้และคำแนะนำ ซึ่งเป็นพื้นฐานความรู้ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อพ็อน คุณแม่จอก หงษ์ทอง และลูกพลอย ที่ให้กำลังใจผู้วิจัย ด้วยดีเสมอมาและขอขอบคุณ น.ท. สมพร ตีร์ราภิ ที่เป็นกำลังใจสนับสนุนด้านการเงิน และช่วยเหลือในการพิมพ์วิทยานิพนธ์จนเสร็จสมบูรณ์

สมคิด ตีร์ราภิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
ตารางแผนภาพ.....	ญ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในการวิจัย.....	10
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
การเจ็บป่วยทางจิตเวชและการดูแล.....	12
การดูแลครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.....	39
ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....	41
ภาวะเชิงอัตวิสัยและภาวะเชิงจิตวิสัย.....	47
บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....	50
แนวทางการลดภาวะการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....	51
การเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	54
การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....	65
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	70
3. วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	76
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	77
การดำเนินการวิจัย.....	87
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	94

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	101
อภิปรายผลการวิจัย.....	102
ข้อเสนอแนะ.....	107
รายการอ้างอิง.....	108
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ	116
ภาคผนวก ข โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	117
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือ แบบประเมินภาวะการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....	123
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือแบบประเมินพลังอำนาจ.....	125
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	127

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. อาการข้างเคียงและการพยาบาลรักษาโรคจิต.....	21
2. อาการข้างเคียงและการพยาบาลรักษาอาการเศร้า.....	24
3. อาการข้างเคียงและการพยาบาลยาคลายกังวลและยานอนหลับ.....	25
4. อาการข้างเคียงและการพยาบาลยา Lithium	26
5. จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแต่ละขั้นตอน.....	77
6. จำนวนข้อของแบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช	83
7. จำนวนข้อของแบบประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	84
8. ข้อเสนอแนะและการแก้ไขเครื่องมือโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	86
9. ข้อเสนอแนะและการแก้ไขแบบประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	86
10. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา.....	95
11. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำแนกตาม ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ รายได้ของ ครอบครัว และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย	96
12. คะแนนพลังอำนาจหลังจบจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	97
13. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะการดูแลของผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการทดลอง.....	98

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า
1. แสดงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว.....	61
2. แสดงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาที่ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง	62
3. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	75



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

การเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลอย่างมาก เป็นสาเหตุให้บุคคลมีความแปรปรวนของพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ และสภาพจิต มีผลทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดำเนินชีวิตที่สมบูรณ์และไม่สามารถปฏิบัติตามที่สังคมคาดหวังได้ มีความสนใจในตัวเองและสิ่งแวดล้อมน้อยลง จึงทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นและเป็นปัญหาของสังคม (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) โรคจิตเวชเป็นโรคที่เรื้อรัง ถึงแม้จะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่แล้ว มีเพียงส่วนน้อยที่สามารถรักษาให้หายขาด ส่วนใหญ่ยังมีความพิการทางจิตหลงเหลืออยู่และขาดความสามารถที่จะประกอบกิจกรรมต่างๆได้เต็มที่ จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและเมื่อมีอาการผิดปกติทางจิตเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลอยู่เสมอ มีแนวโน้มว่าผู้ป่วยจิตเวชจะเพิ่มมากขึ้น (ภุมมาภิชาติ แสงเขียว, 2542)

ปัจจุบันแนวทางการบริการผู้ป่วยเปลี่ยนไป การรักษาตัวในโรงพยาบาลจะเน้นเฉพาะภาวะวิกฤตเท่านั้น ลดระยะการรักษาตัวในโรงพยาบาลให้สั้นลง จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลขณะที่อาการผิดปกติทางจิตหลงเหลืออยู่ มุ่งให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลภายใต้สภาพครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของสังคม

ผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว (ศิริภา นันทพงษ์, 2542) ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้อง ของผู้ป่วยที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชโดยตรงอย่างใกล้ชิด ปรึกษาประคองและให้การสนับสนุนต่อการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยมากที่สุด ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะรับการรักษาทางยาที่บ้าน (ตรุณี ศษพรหม, 2543; ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543 ; ศิริภา นันทพงษ์, 2542; Rose, 1997) กิจกรรมการช่วยเหลือของผู้ดูแลประกอบด้วย 1) จัดให้ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ 2) จัดหาซื้อยาให้ผู้ป่วย 3) ให้การดูแลด้านร่างกายและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน 4) ให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองของความเชื่อด้านจิตวิญญาณ (Caffrey, 1992 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโน, 2541)

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของการแสดงออกและด้อยความสามารถที่จะดูแลตนเอง จึงเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งบางครั้งต้องติดตามดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากสิ่งคุกคามและเป็นอันตราย (Tuck et al., 1997) ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชคือความเครียดที่มาจากการตอบสนองหลายมิติของผู้ดูแลต่อสิ่งกระตุ้น ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ สัมพันธ์กับประสบการณ์การดูแล (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2544)

หรือสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของบุคคลซึ่งปฏิบัติภาระดูแลและการประคับประคองด้าน อารมณ์ ของผู้ป่วย (Elliot, 1998) หรือความเดือดร้อนที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ความเดือดร้อนในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน การจัดเวลาการพักผ่อน ความเดือดร้อนด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งภาวะสุขภาพกายและจิตใจด้วย (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542)

โฮนิกและแฮมิลตัน (Hoenig & Hamillton) เป็นบุคคลแรกที่แบ่งภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ออกเป็น 2 ประเภทคือ ภาระเชิงอัตวิสัย (Objective Burden) และภาระเชิงจิตวิสัย (Subjective Burden) (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538; Jones, 1996) ภาระเชิงอัตวิสัย เป็นภาระที่เป็นรูปธรรมที่เกิดจากการ ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ดูแลซึ่งสิ่งที่มีอิทธิพลต่อ ภาระเชิงอัตวิสัย ได้แก่ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อชีวิตส่วนบุคคล การเปลี่ยนแปลงบทบาท ของผู้ดูแล ขาดแหล่งสนับสนุนในชุมชนเรื่องการดูแลรักษา และความมากน้อยในกิจกรรมการ ดูแล รวมทั้งเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2544; ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540; ทีประพิน สุเขียว, 2543) ภาระเชิงจิตวิสัย เป็นการประเมินสถานการณ์การดูแลของผู้ดูแล หรือ การรับรู้ต่อสถานการณ์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช มักแสดงออกโดยเจตคติ อารมณ์และความรู้สึก ที่บุคคลมีต่อประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความทุกข์ใจ กังวลใจ ความรู้สึกผิดและความรู้สึกซึมเศร้า (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2544; ทีประพิน สุเขียว, 2543; Jones & Jones, 1994 cited in Jones, 1996)

Rungreangkulkij and Gilliss (2000) ให้ความหมายของภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวชของสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผลกระทบทางลบและเป็น การรับรู้ภาระของครอบครัว แบ่งออกเป็นภาระเชิงอัตวิสัย เป็นผลกระทบด้านลบที่เกิดขึ้น กับครอบครัวผู้ดูแลที่สามารถสังเกตได้ เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยทางจิตเวช ได้แก่ การรบกวน การดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลในครอบครัว ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลและปัญหาเศรษฐกิจ ภาระเชิงจิตวิสัย เป็น ความรู้สึก อารมณ์และทัศนคติที่ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแล เป็นการรับรู้ของต่อการดูแลในด้านลบ ได้แก่ ความรู้สึกเป็นทุกข์ อับอาย เบื่อหน่ายไม่อยากดูแล ผู้ป่วยจิตเวชอีกต่อไปและความรู้สึกไม่ได้รับการช่วยเหลือ

Tesler et al. (1982 cited in Jones, 1996) ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับภาระการดูแล ชื่อ Tesler's Concept of Caregiver Burden ซึ่งเป็นมุมมองว่าภาระการดูแลเกิดจากพฤติกรรม ของผู้ป่วยและพฤติกรรมของผู้ดูแลดังนี้ ภาระเชิงอัตวิสัย เป็นภาระที่หนักของผู้ดูแลเกิดจากสถานการณ์ การดูแลและพฤติกรรมที่รบกวนของคนไข้ ภาระเชิงจิตวิสัยเกิดจากการประเมินสถานการณ์การดูแล ของผู้ดูแลซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาระที่หนักของผู้ดูแลและพฤติกรรมที่รบกวนของผู้ป่วย

จากการที่กล่าวมาพบว่าภาวะการดูแลมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล

ผลกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกายของผู้ดูแลคือ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง ความดันโลหิตลดลง การเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือด และการดูแลตัวเองของผู้ดูแลน้อยลง (Elliot, 1998)

ผลกระทบด้านจิตใจของผู้ดูแล คือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจะรู้สึกกังวลใจต่อพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยรวมทั้งไม่แน่ใจว่าจะตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ผิดปกติได้ถูกต้องเหมาะสม (ศิริรภา นันทพงษ์, 2542) และยังมีผลทำให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วยที่มีความจำ และพฤติกรรมผิดปกติ (Buck Walter et al., 1999) และการเจ็บป่วยทางจิตเวชทำให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) ของบุคคลในครอบครัวเนื่องมาจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและไร้ความสามารถ ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ไม่มีทางช่วยและหมดหวัง รวมทั้งการเจ็บป่วยทางจิตเวชายังเป็นมลทิน สิ่งเหล่านี้เป็นความซับซ้อนที่ก่อให้เกิดความรู้สึกการสูญเสียพลังอำนาจ (Parker, 1993)

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จึงจำเป็นต้องนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 (2545-2549) ที่มุ่งให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในความเป็นจริง ครอบครัวและการบริการสาธารณสุขระดับชุมชน คือสถานีอนามัยรวมถึงโรงพยาบาลชุมชน ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ซึ่งมีการบริการเฉพาะทางจิตเวชโดยตรง เช่นโรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยา มีผู้มารับบริการที่แผนกจิตเวช หอผู้ป่วยนอกจำนวนมากรวมทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในจังหวัดใกล้เคียง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องหาแนวทางที่จะดำเนินการช่วยเหลือครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขของครอบครัวและผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้

ยาใจ สิทธิมงคล (2542) ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับภาวะของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่นำมาประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติการพยาบาลมุ่งเน้นการช่วยเหลือครอบครัวให้ลดความเดือดร้อนจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษามากยิ่งขึ้น และยังเป็นบทบาทอิสระในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (Martin, 1994 อังโน ชมัยพร ทิพย์สุวรรณ, 2543) และสิ่งที่สำคัญคือ จุดมุ่งหมายของการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ใช่เพียงแคร์รักษาหน้าที่ที่เสียไปของบุคคลในครอบครัวแต่เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวให้ประสบผลสำเร็จของการมีอำนาจในการปกครองและควบคุมการดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง (Marsh, 1992 cited in Mohr, 2000) รวมทั้งการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นกลวิธีสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ญาติผู้ดูแลตระหนักในความสามารถและอำนาจในการจัดการควบคุมสถานการณ์ (จอม สุวรรณโณ, 2541)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกระบวนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติภารกิจให้สำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการกระทำให้บุคคลรู้สึก มั่นใจ มั่นคง ยึดมั่น และผูกพัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและการกระทำภารกิจให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง บุคคลต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ได้รับการยอมรับสนับสนุนส่งเสริมและมีอิสระในการตัดสินใจกระทำ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2541) นอกจากนี้ บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์ (2539) กล่าวว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ กระบวนการที่บุคคลสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้มีในตนเองได้โดยตัวเองสามารถสอนหรือฝึกให้มีในบุคคลอื่นๆ โดยการเพิ่มอำนาจหรืออำนาจหน้าที่พัฒนาบุคคล ให้มีศักยภาพสูงสุด มีความสามารถปฏิบัติงาน รู้สึกมั่นใจในตนเองและมีคุณค่าแห่งตน เพิ่มความแข็งแกร่งให้กับบุคคล เพื่อให้บุคคลมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานได้บรรลุประสิทธิผล การเสริมสร้างพลังอำนาจคือความซับซ้อนและแนวคิดหลายมิติเพื่อช่วยให้บุคคลแสดงการควบคุมอยู่เหนือปัจจัยซึ่งส่งผลต่อความเป็นอยู่ของตนเอง กระบวนการนี้ประกอบด้วยความรับผิดชอบของบุคคลในการดูแลสุขภาพและความรับผิดชอบต่อสังคม สถาบัน องค์กรและสิ่งแวดล้อม (Gibson, 1991) กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมที่เพิ่มพลังของบุคคล เพิ่มอำนาจการปกครองหรือควบคุมความเป็นอยู่ของตนเอง และขั้นสุดท้ายคือการช่วยเหลือเพื่อเปลี่ยนแปลงสังคมและการพัฒนาคุณภาพชีวิตบุคคล

Gibson (1991) วิเคราะห์แนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาล สรุปว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาลเป็นแนวความคิดที่ซับซ้อนหลายมิติ ประกอบด้วยลักษณะสำคัญคือ 1) ลักษณะที่สัมพันธ์กับพยาบาล 2) ลักษณะที่สัมพันธ์กับผู้ป่วย 3) ลักษณะที่เกี่ยวข้องกับทั้งพยาบาลและผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการสร้างความตระหนักรู้ตัวเองและพัฒนาศักยภาพภายในตนเองที่มีอยู่ให้สามารถดูแลควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสภาพแวดล้อม โดยได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากบุคลากรวิชาชีพพยาบาลและสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือ การเท่าเทียมกันของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และการยอมรับผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอย่างเสมอภาคกัน พยาบาลเป็นแหล่งทรัพยากรของความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นเครื่องมือในการ เสริมสร้างพลังอำนาจและจะนำไปสู่การปฏิรูป ระบบบริการสุขภาพในอนาคต ต่อมา Gibson (1995) ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาของเด็กป่วยเรื้อรังระบบประสาทพบว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้บุคคลได้รับความรู้ที่จำเป็นเพื่อเพิ่มพูนความสามารถและมีความมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์รับรู้ว่าตัวเองมีความสามารถซึ่งจะนำไปสู่วิธีการดูแลเด็กให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

จากแนวความคิดดังกล่าวจึงอาจกล่าวได้ว่าแนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นแนวความคิดที่ ส่งเสริมให้บุคคลได้รับความรู้เพื่อเพิ่มพูนความสามารถ มีความมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ มีความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้เป็นการประเมินสถานการณ์การดูแลในทางที่ดีที่ช่วยลดภาวะเชิงจิตวิสัยลงได้และสอดคล้องกับนโยบายของกรมสุขภาพจิต ที่มุ่งเน้นดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลเฉพาะภาวะวิกฤตเท่านั้น ซึ่งครอบครัวและผู้ดูแลต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจผู้ดูแล การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทำให้การอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขของผู้ดูแลและผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องตระหนักถึงความสำคัญและคุณค่าของผู้ป่วยรวมทั้งผู้ดูแลต้องรู้สึกที่ตัวเองมีคุณค่า มีความสำคัญเป็นแหล่งประโยชน์ และมีความรู้สึกมั่นใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกรดูแลต่อผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

นอกจากนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจ ครอบครัว ยังนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภาวะของครอบครัวในทางที่ดี (Mohr, 2000) การเสริมสร้างพลังอำนาจมีพื้นฐานจากการให้ความรู้ การมีส่วนร่วมกับทีมการรักษาและการฝึกทักษะที่จำเป็น (Drust & Trivette cited in Hulme, 1999) ซึ่งการให้ความรู้และการมีส่วนร่วม จะนำไปสู่การลดภาระการดูแลทั้งเชิงอัตวิสัยและจิตวิสัย (ครุณี คชพรม, 2543) และจากการศึกษาของ Ostwald (1993) ศึกษาการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย Dementia จัดโปรแกรมให้ความรู้ เกี่ยวกับโรค พัฒนาการความแข็งแรงของผู้ดูแลและเพิ่มความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแลที่สามารถเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ ผลการศึกษาพบว่า การจัดโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดภาระการดูแลลงได้

จากแนวความคิด และผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นว่าการให้ความรู้ การมีส่วนร่วมกับทีมการรักษา และเพิ่มความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแลเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ ซึ่งเป็นกลยุทธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช สามารถลดภาระการดูแลลงได้

ปัญหาการวิจัย การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

การดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นภาระหนักของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ดูแล ทำให้เหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอและเกิดปัญหาสุขภาพและยังมีผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลมีความเครียด เป็นทุกข์ พยาบาลต้องตระหนักถึงการช่วยเหลือและสนับสนุนการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลเพื่อลดภาระการดูแล ดังนั้นการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชจึงควรมุ่งเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการเพิ่มความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลรวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกับทีมการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและเต็มใจรับภาระการดูแลต่อไป ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ภาระการดูแลน้อยลง ดังแนวคิดของ Marsh (1992 cited in Mohr, 2000) กล่าวว่าจุดมุ่งหมายของการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ไม่ใช่เพียงแค่การรักษาหน้าที่ ที่เสียไปของบุคคลในครอบครัว แต่เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวมีอำนาจในการปกครองและควบคุมการดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นการเพิ่มความสามารถของครอบครัวให้ช่วยเหลือตนเองโดยใช้วิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นการเพิ่มความรู้ ความสามารถพิเศษและความรักเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภาระของครอบครัวในทางที่ดี

จอม สุวรรณโณ (2541) กล่าวว่าการนำญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นกลวิธีที่สำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ญาติได้ตระหนักถึงความสามารถและอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ใช้กระบวนการพิจารณาตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติดูแลร่วมกับทีมการพยาบาลมีการแลกเปลี่ยน ความรู้และข้อมูลซึ่งกันและกันทำให้ ญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลและประสบการณ์การดูแลในทางที่ดี ในทางเดียวกัน Bernheim (1988 cited in Bartol et al., 1994) ได้จัดโครงการสนับสนุนครอบครัวและให้การความรู้เพื่อลดความวิตกกังวล ความรู้ ลักษณะการช่วยเหลือ และความเครียด ของครอบครัวซึ่งเป็นภาระเชิงจิตวิสัย โครงการดังกล่าวประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี นอกจากนี้ Friesen & Wahlers (1993 cited in Nirbhay & John , 1997) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวเด็กที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์และพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวโดยผ่านการสนับสนุนจากกลุ่ม มีผลทางบวกต่อความเครียดของพ่อ แม่ ที่อยู่ร่วมกับเด็กที่มีความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม

กล่าวโดยสรุป การเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลในทางที่ดี ลดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ดูแล และมีความรู้สึกที่ดีต่อภาระการดูแล ซึ่งความวิตกกังวลและความเครียด ของผู้ดูแลเป็นภาระเชิงจิตวิสัย ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงสามารถลดภาระการดูแลเชิงจิตวิสัยได้

กลยุทธ์สำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือการได้รับความรู้ ทักษะที่จำเป็นและการให้กำลังใจ (Nirbhay & John, 1997) ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีกำลังใจดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีภาระการดูแลลดลงทั้งเชิงอัตวิสัยและเชิงจิตวิสัย เช่นการศึกษาของ ดร.ณิ คชพรหม (2543) ศึกษาเรื่องกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท และการมีส่วนร่วมในกลุ่ม การให้กำลังใจทำให้เกิดความเชื่อมั่น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาสามารถลดภาระการดูแลทั้งภาระเชิงอัตวิสัย (Subjective Burden) เช่นความรู้สึกรำคาญ และภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) เช่น เวลาส่วนตัวน้อยลงและเกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรชัย จุลเมตต์ และคณะ (2540) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านอารมณ์ต่อการลดภาระผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ การสนับสนุนด้านอารมณ์ขณะเยี่ยมบ้าน และการแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านอารมณ์มีภาระการดูแลเชิงปรนัยได้แก่ความยากลำบากที่เกิดจากกิจกรรมการดูแลและเชิงอัตวิสัยได้แก่ความรู้สึกรำคาญทัศนคติของผู้ดูแลในทางลบที่มีต่อสถานการณ์การดูแลน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

จากผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า การให้ความรู้ การมีส่วนร่วม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านอารมณ์ สามารถลดภาระการดูแลได้ทั้งภาระเชิงอัตวิสัย และภาระเชิงจิตวิสัย ซึ่งวิธีการดังกล่าว เป็น กลยุทธ์ส่วนหนึ่งของการเสริมสร้างพลังอำนาจ จึงอาจกล่าวได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถลดภาระการดูแลได้ทั้งเชิงอัตวิสัยและเชิงจิตวิสัย

ระยะเวลาการเสริมสร้างพลังอำนาจ Heflinger, et al. (1997) ศึกษาการประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง จัดกิจกรรมดังนี้ 1) ให้ความรู้ 2) ฝึกทักษะ 3) มีส่วนร่วมในทีมการรักษาพยาบาล ประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจ ระยะปานกลาง (Intermediate) 3 เดือน ผลการศึกษา พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ ประสพผลสำเร็จอย่างสูงมาก ผู้ดูแลมีความรู้และมีส่วนร่วมในทีมการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น และจากผลการศึกษาของ จารุวรรณ จินตามงคล (2541) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา ของผู้ป่วยจิตเภท วัดผลการทดลอง 2 สัปดาห์ หลังจบการทดลองผลการทดลองพบว่ากลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถเผชิญปัญหาดีกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม จึงสรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดผลลัพธ์ที่ดีในระยะปานกลาง 3 เดือนหรือมากกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป แต่การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวัดผลครั้งที่ 2 ในระยะ 3 สัปดาห์ภายหลังการทดลอง เนื่องจาก ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นแผนที่เคยผ่านการปฏิบัติและได้รับการวิเคราะห์และปรับปรุงแก้ไขร่วมกับ

ผู้วิจัยจึงเชื่อว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถลดภาวะการดูแลได้ทั้งภาวะเชิงจิตวิสัยและเชิงอัตวิสัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

ภาวะเชิงอัตวิสัยและภาวะเชิงจิตวิสัยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชภายหลังใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 3 สัปดาห์ น้อยกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัด 2 ครั้ง เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่รับภาวะการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชหอผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบมีเงื่อนไข จำนวน 26 คน

ตัวแปร ที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวความคิดของ Gibson (1995) และDunst & Trivette (1996 cited in Hulm , 1999)

ตัวแปรตาม คือ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทั้ง ภาวะเชิงอัตวิสัย และภาวะเชิงจิตวิสัย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การดำเนินกิจกรรมที่พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี กระทำร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งแบบแผนการดำเนินกิจกรรมมาจากแนวความคิดของ Gibson (1995) และ Dunst & Trivette (1996 cited in Hulm, 1999) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้คือ

ขั้นที่ 1. พัฒนาการรับรู้ภาวะการดูแล เป็นการจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม 3-5 คน ในการคิดทบทวนและอภิปรายถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช สาเหตุ อาการ การรักษาและผลกระทบด้านลบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลของตนเอง

ขั้นที่ 2. พัฒนาการตระหนักในคุณค่าของตนเอง เป็นการจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม 3 - 5 คน ในการคิดทบทวนอภิปรายถึงสาเหตุที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแล ความสำคัญของผู้ป่วยและความสำคัญของผู้ดูแล ที่มีต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของตนเองและของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลยอมรับ ภาวะการดูแลอย่างเต็มใจ

ขั้นที่ 3. การพัฒนาศักยภาพการดูแล เป็นการจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม 3-5 คน ในการคิดทบทวนอภิปรายถึงการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เหมาะสม ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ รวมถึงการตอบสนองอาการผิดปกติด้านจิตใจของผู้ป่วยจิตเวช และกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันและนำไปปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลได้ประสบการณ์ตรง สามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

ขั้นที่ 4. พัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล เป็นการจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม 3-5 คน ในการคิดทบทวน วิเคราะห์ ผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยตามแผนที่กำหนดทั้งเชิงบวก และเชิงลบ รวมทั้งแนวทางการแก้ไขการปรับแผนการดูแลให้มีประสิทธิภาพ ให้กำลังใจสนับสนุน ให้ผู้ดูแลให้เกิดเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุดเพื่อให้ผู้ดูแลมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

หลังจากจบกิจกรรมทั้ง 4 ขั้นตอนดังกล่าวที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสามารถรับรู้และเข้าใจ ปัญหาของตนเอง มีความหวังและกำลังใจ มีความสามารถในการปรับตัว รับผิดชอบต่อตนเองว่าเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญสามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ รวมถึงรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์และสามารถใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ภาวะการดูแล หมายถึง ความรู้สึกและการรับรู้ด้านลบของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในการดูแล และเป็นผลกระทบที่ตามมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งประกอบด้วย 2 ลักษณะคือ

1) ภาวะเชิงอัตวิสัย (Objective Burden) ความรู้สึกและการรับรู้ด้านลบของผู้ดูแลที่เกิดขึ้น ในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวช เป็นสิ่งที่สามารถสังเกตได้ได้แก่การรบกวนการดำเนินชีวิต และการเข้าร่วมสังคม ผลกระทบต่อสุขภาพผู้ดูแลและปัญหาทางเศรษฐกิจ

2) ภาวะเชิงจิตวิสัย (Subjective Burden) ความรู้สึกและการรับรู้ด้านลบของผู้ดูแลที่เกิดขึ้น ในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวชเป็นสิ่งที่แสดงถึงความรู้สึกอารมณ์และเจตคติของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้สึกเป็นทุกข์ อับอาย เมื่อหน่าย ไม่อยากดูแลผู้ป่วยจิตเวชอีกต่อไป และรู้สึกว่าขาดการช่วยเหลือ

ผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้มีความผิดปกติทางจิต หรือเป็นโรคทางจิตที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่อายุ 20 ปีขึ้นไป และอยู่ในระหว่างการรักษา ที่มารับบริการที่ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช อย่างใกล้ชิด ประคับประคองและสนับสนุนต่อการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยมากที่สุดอาจเป็น พ่อ แม่ พี่ น้อง สามี ภรรยา หรือ บุตร โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนและอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. โรงพยาบาลจิตเวชมีแนวทางที่เหมาะสมในการให้การพยาบาลครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ครอบครัวรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง มีความหวังและกำลังใจ มีความสามารถปรับตัว และสามารถแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ ซึ่งจะทำให้ครอบครัวผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวชสามารถ อยู่รวมกันอย่างมีความสุข
2. ผู้บริหารการพยาบาลมีแนวทางในการจัดบริการโดยเน้นบทบาทของพยาบาลในการ มุ่งช่วยเหลือครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยการให้ความรู้และส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการ วางแผนการรักษาพยาบาล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคิดและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. การเจ็บป่วยทางจิตเวช และการดูแล
 - 1.1 ความหมายของการเจ็บป่วยทางจิตเวช
 - 1.2 สาเหตุของการเจ็บป่วยทางโรคจิต
 - 1.3 อาการของโรคจิต
 - 1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเวช
 - 1.5 การดูแลผู้ป่วยจิตเวช
 - 1.6 บทบาทพยาบาลจิตเวชในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช
2. ภาระการดูแล
 - 2.1 ความเป็นมาของ ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
 - 2.2 ความหมายของภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
 - 2.3 ภาระเชิงอัตวิสัยและภาระเชิงจิตวิสัย
 - 2.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
 - 2.5 การลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.1 ความเป็นมาของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.2 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.3 รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.4 การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การเจ็บป่วยทางจิตเวช และการดูแล

1.1 ความหมายของโรคจิตเวช

The American Psychiatric Association (1980 cited in Shives, 1994) การเจ็บป่วยทางจิตเวช เป็นการแสดงออกจากการถูกกดดัน และ/หรือ การสูญเสียการปฏิบัติหน้าที่ต่อสังคม มีความผิดปกติ ด้านจิตใจ กายภาพ / เคมี หรือชีววิทยา แสดงออกโดยอาการ และ/หรือ การสูญเสียการปฏิบัติหน้าที่

มานิช หล่อตระกูล (2539) โรคจิตเป็นโรคที่มีความผิดปกติเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจ ทำให้พฤติกรรมแสดงออก บุคลิกภาพ และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นผิดไป

มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวนิช (2542) ได้ให้ความหมายของโรคจิต เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีการสูญเสียการทดสอบความจริง (Loss of reality testing) ซึ่งได้แก่การหลงผิด (delusion) และประสาทหลอน (hallucination)

Minkhoff (อ้างใน ยาใจ สิทธิมงคล 2538) ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ป่วยเรื้อรังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ ไม่สามารถสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น

ศรัณยา ทองจีน (2543) ให้ความหมายของโรคจิต เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ และการแสดงออกอย่างรุนแรงโดยผู้ป่วยมักจะไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย

อุดม ลักษณะวิจารณ์ (2543) ให้ความหมายโรคจิต เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางจิตใจอย่างรุนแรงจนเสียสติพูดไม่รู้เรื่องมีท่าทีและความคิดแปลกๆ โดยผู้ป่วยควบคุมตัวเองไม่ได้และไม่ยอมรับว่าตนเองผิดปกติ

สรุปการเจ็บป่วยทางจิตเวช หมายถึง บุคคลที่มี ความผิดปกติด้าน อารมณ์ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมอย่างรุนแรงไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ประจำวันได้ ไม่สามารถสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่นและไม่ยอมรับการเจ็บป่วย

1.2 สาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตเวช

ศรัณยา ทองจีน (2543) แบ่งสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็น 2 ประการ คือ

- 1) เกิดจากความผิดปกติของสมอง และร่างกาย เนื่องจาก
 - ได้รับสารพิษของสิ่งเสพติด เช่น สุรา กัญชา ยาบ้า ผงขาว และกระท่อม
 - ได้รับเชื้อโรคที่เป็นอันตรายต่อสมอง เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ
 - ศีรษะได้รับบาดเจ็บ เช่น รถคว่ำ ศีรษะถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง
 - กรรมพันธุ์
- 2) ได้รับการกดดันด้านจิตใจและสังคม เช่น ผิดหวังเรื่องการศึกษา ความรัก การสูญเสียคนรัก

มีปัญหาคอครบครว ตกงาน

ปราโมทย์ สุทธิชัย (2539) กล่าวถึงปัจจัยที่ได้พิสูจน์แล้วว่าเป็นสาเหตุของโรคจิตมีดังนี้

- 1) พันธุกรรม โรคทางจิตเวช ปัจจุบันพบว่า ปัจจัยทางพันธุกรรมมีบทบาทในการเกิดโรคอย่างมากมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการเจ็บป่วยทางจิตเวชมาจากพันธุกรรม แต่ปัจจุบันยังไม่ทราบ DNA ที่ผิดปกติอยู่ที่ใด หรือมีวิธีการถ่ายทอดอย่างไร
- 2) ชีวเคมี มีการศึกษาและพิสูจน์จนได้คำตอบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงระดับสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) และ Receptor ต่าง ๆ เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตเวช
- 3) ปัจจัยทางสังคม และสิ่งแวดล้อม มีผลอย่างมากซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่แล้วซึ่งความเสี่ยงของแต่ละบุคคลอาจเป็นผลจากทางด้านพันธุกรรม
- 4) ปัจจัยด้านจิตใจ มีการอธิบายปรากฏการณ์ทางจิต ด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรมมากมาย เช่น ผู้ป่วยซึมเศร้ามักมองตนเองทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตไม่ดีซึ่งหากแก้ไขความคิดดังกล่าว จะทำให้อาการซึมเศร้าหาย

สมภพ เรืองตระกูล (2542) แบ่งสาเหตุของการเกิดโรคจิตออกเป็น

- 1) พันธุกรรม เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคทางจิตเวช วิธีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมยังไม่ทราบแน่นอน แต่พบว่าการถ่ายทอดทางพันธุกรรมนี้ต้องมีสิ่งกระตุ้นอื่น ๆ เช่น ความเครียดจากสภาพแวดล้อม ผู้ป่วยจึงจะแสดงอาการของโรค
- 2) ชีวเคมีของสมอง เป็นความผิดปกติของสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) ทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงอาการทางจิต

1.3 อาการของโรคจิต

อุดม ลักษณะวิจารณ์ และคณะ(2543) แบ่งอาการของผู้ป่วยจิตเวชเป็น 6 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

- 1) อาการคลุ้มคลั่ง เอะอะ อาละวาด เกรี้ยวกราด คุร้าย
- 2) อาการยิ้มคนเดียว พูดพึมพำเรื่อยเปื่อย ชอบเดินไปมาไม่มีอันตรายต่อผู้ใด
- 3) อาการหลงผิดหวาดระแวง กลัวคนจะมาทำร้ายหรือคิดว่าตนเองเป็นคนใหญ่คนโต
- 4) อาการประสาทหลอน ได้ยินเสียงคนมาพูดด้วยโดยไม่มีตัวตน หรือเห็นภาพแปลก ๆ
- 5) อาการซึม เจอ แยกตัว ไม่พูดกับใคร แทบจะไม่เคลื่อนไหวเลย มักมีอาการซึมเศร้า
- 6) อาการปนกันหลาย ๆ อย่าง เช่น บางทีเอะอะ บางทีซึมเศร้า บารายมีทั้งหลงผิด

หวาดระแวง และประสาทหลอน

สุพัฒนา เตชาติวงศ์ ณ อยุธยา (2536) แบ่งอาการผู้ป่วยจิตเวช แบ่งออกเป็น

- 1) อาการทางจิตเวชที่สังเกตได้จากพฤติกรรมที่ "ไป" ไม่ได้แก่การแต่งกาย สีหน้าท่าทาง ที่ผิดปกติ
- 2) ความผิดปกติด้านพฤติกรรม และการเคลื่อนไหว เช่น การสั่งมืออย่างเบา ๆ

การเคลื่อนไหวช้า และการนั่งไม่ติด เป็นต้น

- 3) ความผิดปกติของความรู้สึกตัว เช่น การเพ้อ อาการไม่รู้สึกตัว เป็นต้น
- 4) ความผิดปกติด้านอารมณ์มีการแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสมและไม่คงที่

เปลี่ยนแปลงง่าย

- 5) ความผิดปกติในลักษณะของการพูด เช่น พูดซ้ำ พูดมาก และพูดเร็ว เนื้อหาคำพูดสับสน
- 6) มีความผิดปกติในรูปแบบของการคิด เช่น การหลงผิดคิดว่ามีคนมาทำร้าย

หลงผิดว่าตนเองเป็นผู้ยิ่งใหญ่ ฯลฯ

- 7) ความผิดปกติของการรับรู้ เช่น ประสาทหลอน หูแว่ว
- 8) ความผิดปกติด้านความจำ สูญเสียความจำ
- 9) ความผิดปกติด้านเซาว์ปัญญา
- 10) การหยั่งรู้ภาวะตนเอง ผู้ป่วยไม่เข้าใจและไม่ยอมรับการเจ็บป่วยทางจิตเวช

มาโนช หล่อตระกูล (2539) แบ่งอาการตามความผิดปกติออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ดังนี้

- 1) ความผิดปกติด้านสติ สัมผัสปัญญา (Consciousness)
 - การเสียการรับรู้ (Disorientation) เสียการรับรู้ในด้านเวลา สถานที่ หรือบุคคล
 - ระดับสติสัมผัสปัญญาลดลง (Clouding of Consciousness)
 - มีความสับสน (Delirium) มีความสับสน กระสับกระส่าย ทวาดกัว ประสาทหลอน
 - ไม่สามารถสนใจเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้นาน (Distractibility) เปลี่ยนความสนใจ

ไปตามการเปลี่ยนแปลงภายนอก

- 2) ความผิดปกติของพฤติกรรมเคลื่อนไหว (Motor Behavior)
 - มีความคิดและการเคลื่อนไหวเพิ่มมากขึ้น จากความกดดันภายในจิตใจ
 - ความคิดการเคลื่อนไหว การพูดจาช้าลง (Psychomotor Retardation)
 - มีการกระทำ หรือพูดซ้ำ ๆ เหมือนเดิมตลอดเวลา โดยไม่มีจุดมุ่งหมาย
 - การเคลื่อนไหวผิดปกติโดยไม่มีสาเหตุทางกาย เคลื่อนไหวมากไร้จุดมุ่งหมาย
 - การกระทำหรือพฤติกรรมซ้ำ ๆ กระทำพฤติกรรมเดิมเรื่อย ๆ โดยไม่หักห้ามใจ
 - การเคลื่อนไหวที่มีลักษณะแปลก ๆ เฉพาะตัวกระทำโดยไม่มีจุดมุ่งหมาย ความ
- 3) ผิดปกติของอารมณ์ (Emotion)
 - การแสดงออกของอารมณ์ลดลง (Restricted affect)
 - ไม่มีการแสดงออกของอารมณ์เลย (Flat affect)
 - อารมณ์เปลี่ยนแปลงไปมาง่าย (Labile affect)
 - ความเหมาะสมของอารมณ์ที่แสดงออก (Appropriate affect)
 - มีความสุขรื่นเริงมากกว่าปกติ (Elevate mood) แต่ไม่จำเป็นต้องผิดปกติ
- 4) ความผิดปกติของความคิด (Thought)
 - การแสดงการพูด หยุดชะงักก่อนที่จะพูดจบ ผู้ป่วยจำไม่ได้ว่าพูดอะไรไป
 - ผู้ป่วยมีความคิดหลายอย่างเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (Flight of idea)
 - พูดอ้อมค้อมไม่ตรงจุด คำตอบเฉียด ๆ เกี่ยวข้องกับคำถามเล็กน้อย
 - ความคิดหรือความเชื่อที่ผิด (Delusion)
- 5) ความผิดปกติของการรับรู้ (Perception)
 - มีสิ่งเร้ามากกระตุ้นประสาทสัมผัส ผู้ป่วยรับรู้หรือแปลผิด (Illusion)
 - รับรู้โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก (Hallucination)

- 6) ความผิดปกติของความจำ (Memory)
 - ไม่สามารถระลึกเหตุการณ์ที่ผ่านมาได้ (Amnesia)
 - มีการบิดเบือนของความจำ
- 7) ความผิดปกติของเชาวน์ปัญญา
 - ความจำและเชาวน์ปัญญาเสื่อมลง (Dementia)
 - ปัญญาอ่อน (Mental retardation)

ศรัณยา ทองจีน (2543) กล่าวถึงสิ่งกระตุ้นให้อาการโรคจิตกำเริบ มีดังนี้

- 1) กินยาหรือฉีดยาไม่สม่ำเสมอ ขาดยา
- 2) ได้รับความกดดันด้านจิตใจและสังคม ผิดหวังเรื่องการเรียน ความรัก ปัญหาครอบครัว การตกงาน และการถูกทอดทิ้ง
- 3) ใช้สารเสพติด เช่น การดื่มสุรา สูบกัญชา และกินยาบ้า เป็นต้น
- 4) การอดนอน และการเจ็บป่วยทางกาย

1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเวช

จำลองและพริ้มเพรา ดิษยวณิช (2542) แบ่งการรักษาผู้ป่วยจิตเวชออกได้เป็น 3 ประเภทดังนี้

- 1) การรักษาทางกาย (Somatic treatment) โดยใช้วิธีทางชีวภาพหรือ สรีระวิทยา เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ได้แก่ การรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้า
- 2) การรักษาทางจิตใจ (Psychological treatment) คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยวิธีการทางจิตใจ โดยใช้การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษาเช่นพฤติกรรมบำบัด
- 3) การรักษาทางสังคม (Social treatment) คือ การเปลี่ยนแปลงสังคมและ สิ่งแวดล้อม ที่มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย เช่น จิตบำบัดกลุ่ม ครอบครัวบำบัด

โดยทั่วไป การรักษาทางจิตเวชใช้แนวปฏิบัติแบบองค์รวม กล่าวคือจะใช้การรักษาแบบผสมผสานเข้าด้วยกัน

1.4.1. การรักษาทางกาย (Somatic treatment)

การรักษาทางยา

ยาจิตบำบัด เป็นยาที่มีผลต่ออารมณ์ ความคิด และการรับรู้ แบ่งออกเป็น 4 ชนิด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542 ; มานิต ศรีสุภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช , 2542)

- 1) ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic drugs)
- 2) ยาคลายกังวล (Anxiolytic ,antianxiety drugs)
- 3) ยารักษาอาการเศร้า (Antidepressant drugs)
- 4) ยาควบคุมอารมณ์ (Mood-stabilizing drugs)

ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic Drugs)

ยารักษาโรคจิต หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Major tranquilizers เป็นยาที่นำมาใช้รักษาโรคจิต เนื่องจากสาเหตุต่าง ๆ ได้ผลดีโดยเฉพาะโรคจิตเภท และโรคจิตเนื่องจากสมองพิการ คุณสมบัติที่สำคัญดังต่อไปนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล , 2542)

- 1) ลดอาการ anxiety และ agitation ทำให้อารมณ์สงบ ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทั้งภายนอกและภายในร่างกาย
- 2) ทำให้ผู้ป่วยที่อะอะอาละวาด และก้าวร้าวสงบลง
- 3) ทำให้อาการประสาทหลอน ความคิดที่ผิดปกติและอาการหลงผิดลดน้อยลงหรือหมดไป
- 4) ทำให้ผู้ป่วยที่เฉยเมย แยกตัวเอง ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมกลับมา มีการติดต่อ และมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น
- 5) ทำให้อารมณ์ euphoria ในผู้ป่วย mania กลับเป็นปกติได้
- 6) ขนาดยาที่ได้ผลในการรักษา ไม่ทำให้ผู้ป่วยหลับ อาจมีง่วงซึมบ้างแต่ไม่มาก
- 7) ไม่ทำให้เกิดชินยา (tolerance) หรือเสพติด
- 8) ให้ขนาดสูงจะทำให้เกิด extrapyramidal symptoms
- 9) ลด Convulsive threshold อาจทำให้ผู้ป่วยชักได้

ในปัจจุบันยารักษาโรคจิตมี 5 ชนิด คือ Phenothiazines Thioxanthene Butyrophenone Dibenzoxazepine Dihydroindolone แต่ที่นิยมใช้มี 2 ชนิดคือ

- 1) Phenothiazines ในปัจจุบันสันนิษฐานว่า Hyperactivity ของ dopamine เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรค ยาจะออกฤทธิ์ต่อ dopamine โดยการยับยั้งการจับตัวของ

dopamine ต่อ postsynaptic dopamine receptor ในสมอง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ chlorpromazine thioridazine Perphenazine trifluoperazine fluphenazine

2) Butyrophenone ยาในกลุ่มนี้ที่สำคัญคือ haloperidol มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาคล้าย phenothiazines มีข้อแตกต่างที่สำคัญคือ haloperidol มีฤทธิ์แรงกว่า โดยการเปรียบเทียบกับ chlorpromazine พบว่า haloperidol แรงกว่าประมาณ 50 เท่า

อาการพิษ ลือบุยธวัชชัย (2543) กล่าวถึงอาการข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ของยา Antipsychotic drugs ที่ต้องระมัดระวังก็คือ

- 1) Acute dystonia เป็นอาการที่มักเกิด 2-3 วันแรกหลังจากผู้ป่วยได้รับยา มีอาการกระตุก บริเวณศีรษะ ขากรรไกรแข็ง ลิ้นจุกปาก ปากสั่น กลืนลำบาก
- 2) Drug-induced parkinsonism มีอาการสั่น น้ำลายไหล มักเกิดหลังจากให้ยาแล้ว 1 สัปดาห์
- 3) Akathisia มีอาการกระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง นั่งไม่ติด
- 4) Tardive dyskinesia มีอาการขยับของกล้ามเนื้อบริเวณปาก ลิ้น ใบหน้า แขน ขา หรือลำตัว
- 5) Drowsiness อาการง่วงซึม

ยาคลายกังวล และยานอนหลับ หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า minor tranquilizer เป็นยาที่ใช้รักษาโรคทางจิตเวช ที่มีอาการกังวล ลด anxiety และ tension โดยไม่ทำให้เกิดอาการง่วงมาก เหมือนยานอนหลับ (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) Benzodiazepines ใช้รักษาอาการวิตกกังวล และความผิดปกติของอาการนอนหลับ ฤทธิ์ของยา Benzodiazepines ทำให้ GABA receptor มีการทำงานมากขึ้น ทำให้ ระดับของความวิตกกังวลลดลง (มานิต ศิริสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542)

ข้อบ่งใช้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

- 1) โรคทางจิตเวชที่มีอาการกังวล ความเครียด ตื่นเต้นง่าย และพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย
- 2) ใช้เป็นยานอนหลับ
- 3) ใช้ในการรักษา tremens ลดอาการสั่น พลุ่งพล่าน กระวนกระวาย นอนหลับได้ดี
- 4) โรคลมชัก นิยมใช้ diazepam โดยใช้ร่วมกับยารักษาโรคลมชักอื่น ๆ
- 5) โรคของ Neuromuscular มีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น cerebralpalsy และบาดทะยัก
- 6) ลดอาการก้าวร้าวรุนแรง (aggression)

ข้อควรระวัง (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย , 2543)

- 1) ง่วงนอน และความคิดช้า อาจเป็นอันตรายขณะขับรถ หรือทำงานกับเครื่องจักร
- 2) เกิดการติดยา ซึ่งถ้าใช้ไปนาน ๆ จะเกิดการติดยา และต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ
- 3) ฤทธิ์ของยาตกค้าง ทำให้ง่วงนอน ไม่สดชื่น ในระยะยาวได้

ยารักษาอาการเศร้า (Anti depressant Drug)

ผู้ที่ป่วยโรคเศร้า เกิดจากการขาด Norepinephrine ที่ Central synapse หรือขาด Serotonin ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ยาพวก Antidepressant ช่วยให้ผู้ป่วยเศร้ามีอาการดีขึ้น (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2543) มีการออกฤทธิ์ทำให้มีการเพิ่มของ serotonin และ/หรือ Norepinephrine ให้มีมากขึ้น

ยากลุ่มรักษาอาการเศร้า แบ่งออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ ดังนี้

1) Tricyclic Antidepressants ใช้รักษาอาการซึมเศร้า อาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ลดความเหนื่อยล้า รักษาอาการขาดสมาธิ และความรู้สึกไร้ค่า

2) Monoamine Oxides Inhibitor (MOAI) จะออกฤทธิ์ทำให้มีการดูดกลับของ serotonin และ Norepinephrine ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ serotonin และ Norepinephrine มีผลทำให้อาการเศร้าลดลงหรือหมดไป เป็นยารักษาโรคเศร้า ที่เกิดจากความวิตกกังวลและความกลัว และใช้ในผู้ป่วยโรคเศร้าจากอารมณ์แปรปรวน แบบ Bipolar ปัจจุบันยากลุ่มนี้ได้เลิกใช้เป็นส่วนใหญ่เพราะมีฤทธิ์ข้างเคียง เป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น การเป็นพิษต่อตับ

3) Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI)

เป็นยารักษาโรคเศร้า จะออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับ ของ Serotonin ได้แก่ยา fluoxetine, fluvoxamine ฤทธิ์ข้างเคียงของยาพบได้น้อยและไม่รุนแรง ที่พบบ่อยคือ ง่วงนอน คอแห้ง ท้องผูก และปัสสาวะออกช้า อาการดังกล่าวจะค่อย ๆ น้อยลงในเวลา 2-3 สัปดาห์ หลังรับประทานยา ผู้ป่วยจะชินกับอาการเหล่านี้

ยาควบคุมอารมณ์ (Mood stabilize Drugs)

ยากลุ่มนี้มีเพียงชนิดเดียว คือ Lithium เป็นยาจิตบำบัดที่ทำให้เกิดอาการสงบลง นิยมใช้เพื่อรักษาภาวะคลุ้มคลั่งในผู้ป่วย Bipolar disorder ผู้ป่วยก้าวร้าว และผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ จะมีผลดีประมาณร้อยละ 60-90 ของผู้ป่วย mania ออกฤทธิ์โดยลดปริมาณของ serotonin receptor ซ่อมบ่งไว้

- 1) รักษาโรค mania
- 2) ป้องกันการเป็นซ้ำของโรค Bipolar disorder ทั้งระยะ mania และ depress

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา

- 1) ระบบทางเดินอาหาร เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเดิน
- 2) ระบบประสาทอ่อนเพลีย มือสั่น กล้ามเนื้อกระตุก พูดไม่ชัด เดินเซ ซึมและหลับมาก
- 3) ระบบทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะมาก และกระหายน้ำ เนื่องจาก Lithium มีผลต่อ antidiuretic hormone
- 4) ผิวหนังอาจเกิดผื่นและผมร่วงได้

ผู้ป่วยเมื่อรับประทานยา Lithium ส่วนมากจะมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ และกระหายน้ำ ถ่ายปัสสาวะมาก อ่อนเพลีย และมือสั่น ซึ่งไม่มีอันตรายแต่อย่างใด และผู้ป่วยจะค่อย ๆ ซินยา อาการดังกล่าวจะน้อยลงหรือหมดไป ถ้ามีอาการมากกว่านี้ เช่น ท้องเดิน เดินเซ พูดไม่ชัด หลับมาก ให้ลดขนาดยาลง เพราะอาการดังกล่าวบ่งว่า ระดับยาในเลือดเพิ่มสูงขึ้นถึงขนาดเป็นพิษ และถ้าเป็นมากขึ้นจะมีอาการหมดสติ หัวใจเต้นเร็วและหยุดเต้น

ตารางที่ 1. อาการข้างเคียงและการพยาบาลยารักษาโรคจิต (อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2537)

อาการข้างเคียง	การพยาบาล
1. Extrapyramidal side effects	
<p>1.1 acute dystonia มีการเกร็งของกล้ามเนื้อรุนแรง ในบริเวณคอ หลอดลม ลิ้น ปากรวมถึงบริเวณลูกตาทำให้ ลำคอบิด ถูกนัยน์ตาเหลือกขึ้นข้างบน ลิ้นแลบออกมานอก ปาก ซึ่งถ้าอาการรุนแรง ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บปวดมากอาการ นี้มักเกิดในผู้ป่วยชาย วัยหนุ่ม เมื่อได้ยาในช่วง 1-5 วันแรก</p>	<p>ควรเน้นการป้องกันโดยประเมินอาการเริ่มแรก เช่น ผู้ป่วยบ่นคอแข็ง ลิ้นแข็ง แต่ถ้าอาการเกิดแล้วผู้ป่วย จะตกใจกลัว ต้องรีบช่วยด้วย โดยรายงานแพทย์ และงดยาไว้ก่อน ยาแก้อาการนี้เป็นยาฉีด เช่น Benadryl หรือ Cogentin</p>
<p>1.2 parkinsonism หรือ pseudoparkinsonism มีอาการแสดงเหมือนผู้ป่วยที่เป็นโรคparkinson คือมีการเกร็ง ของกล้ามเนื้อทั่วไป ทำให้มีการเคลื่อนไหวช้าๆ เดินตัวแข็งช้า มีอาการมือ-ขาสั่น พูดไม่ค่อยคล่องเพราะมีลิ้นแข็งขากรรไกร เกร็ง มีน้ำลายไหล กล้ามเนื้อหน้าเกร็ง เขยเมย ไม่แสดง อารมณ์</p>	<p>อาการนี้เกิดได้มากในผู้ป่วยใช้ยารักษาโรคจิต ทำให้ ผู้ป่วยไม่ยอมกินยาตามแพทย์สั่ง ในระยะแรกควรให้ กำลังใจและประคับประคองให้ผู้ป่วยกินยาก่อน ถ้าอาการรุนแรงขึ้น ต้องรายงานแพทย์เพื่อการปรับ ยาใหม่ และอาการอาจบรรเทาได้โดยการให้ยา benztropine</p>
<p>1.3 akathisia มีอาการกระสับกระส่าย นั่งไม่ติด หรืออยู่ นิ่ง ๆ ไม่ได้ จึงต้องขยับตัวไปมาหรือต้องเคลื่อนไหวช้า ๆ พบ ได้มากในผู้ป่วยเพศหญิง เมื่อใช้ยาได้ประมาณ 50-60 วัน</p>	<p>อาการเหล่านี้อาจลดลงได้ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ ทำกิจกรรมต่าง ๆ และออกกำลังกาย</p>
<p>1.4 tardive dyskinesia อาการกลุ่มนี้เกิดขึ้นช้า ๆ ในผู้ป่วยที่ใช้ยานานเกิน 1 ปี อาการที่พบ มีการเคลื่อนไหว ของปากผิดปกติ (buccolingual movement) เช่น ปากขมูบ ขมิบเหมือนเคี้ยวปากหรือดูดปาก และลิ้นเคลื่อนไหวอย่างไม่ ตั้งใจ ร่วมกับการเคลื่อนไหวของแขน ขา และการเดินผิดปกติ ในลักษณะไม่สัมพันธ์กัน</p>	<p>อาการเหล่านี้มักแก้ไขไม่ได้ จึงควรป้องกันโดยผู้ป่วยที่ ต้องให้ยานานควรมาตรวจร่างกายทุก 3 เดือน</p>

ตารางที่ 1. อาการข้างเคียงและการพยาบาลยาโรคจิต

อาการข้างเคียง	การพยาบาล
<p>2. Anticholinergic effects เช่น ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ใจสั่น และบัสสาวะลำบาก</p>	<p>อาการเช่นนี้มีอันตรายสูง ซึ่งอาการอาจเกิดหลังได้ยาไป 1 ชั่วโมงหรือ 1 ปี การช่วยเหลือทำได้โดยการหยุดยาทันทีและให้การช่วยเหลือตามอาการ (supportive care)</p>
<p>3. Sedation อาการง่วงนอน พบได้มากสำหรับผู้ป่วยได้รับยานี้ในช่วงแรก ทำให้ผู้ป่วยง่วงนอนและทำกิจกรรมอื่นไม่ได้</p>	<p>ส่วนมากให้การช่วยเหลือแบบประคับประคองตามอาการ เช่น รักษาความสะอาดช่องปาก ดื่มน้ำให้มากขึ้น ออกกำลังกาย รับประทานอาหารมีกาก และให้ความมั่นใจว่าอาการเหล่านี้จะไม่เป็นอันตราย เมื่อร่างกายปรับตัวได้จะค่อย ๆ ดีขึ้น หรือถ้าไม่สบายมากควรรายงานแพทย์เพื่อลดปริมาณยาหรือเปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่น ๆ</p>
<p>4. Postural hypotension ยากกลุ่มนี้ทำให้แรงดันโลหิตตกโดยเฉพาะเมื่อเปลี่ยนท่า เช่น จากนอนเป็นยืน หรือผู้ป่วยอาจบ่นมึนงง เวียนศีรษะ หน้ามืด และเป็นลม</p>	<p>ถ้าปริมาณยาไม่มากให้ยาเมื่อตื่นก่อนนอน ถ้าไม่ดีขึ้นแพทย์อาจเปลี่ยนยาตัวใหม่ และควรแนะนำผู้ป่วยไม่ควรขับรถหรือปฏิบัติงานกับเครื่องจักรซึ่งอาการง่วงนอนนี้จะค่อย ๆ ดีขึ้น แต่ผู้ป่วยต้องอดทนในระยะแรก</p>
<p>5. Lowered seizure threshold ยามีส่วนลด การควบคุมการชัก จึงทำให้เกิดการชักได้ง่ายขึ้น</p>	<p>ตรวจวัดความดันโลหิตสม่ำเสมอทั้งท่าหนึ่ง ทำยืน ถ้า B.P. ในส่วน systolic ลดจากปกติ > 20 mmHg. ควรรายงานแพทย์ และแนะนำผู้ป่วยให้ค่อย ๆ เปลี่ยนท่าจากนอน มานั่งและค่อยยืนอย่างช้า ๆ ต้องตรวจสอบและติดตามการชักในผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยเคยมีประวัติชักมาก่อน และผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการดื่ม alcohol และยาอื่นที่มาเสริมฤทธิ์</p>

ตารางที่ 1. อาการข้างเคียงและการพยาบาลยารักษาโรคจิต

อาการข้างเคียง	การพยาบาล
<p>6. Metabolic or endocrine effects</p> <p>ยาไปเพิ่มความอยากอาหารทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักเพิ่มยาไปลดความรู้สึกทางเพศในผู้ป่วยชาย และทำให้รอบเดือนหายไปนานในผู้ป่วยหญิง จึงอาจคิดไปได้ว่าตั้งครรภ์หรืออาจตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ</p>	<p>ให้การช่วยเหลือตามปัญหา เช่น ถ้าน้ำหนักเพิ่มจำเป็น ต้องควบคุมปริมาณอาหารและเพิ่มการออกกำลังกาย ปัญหาทางเพศจำเป็นต้องปรึกษาแพทย์อาจแนะนำ เปลี่ยนยาใหม่ และถ้าเป็นการผิดปกติของรอบเดือน ต้องบันทึกการมาและไม่มาของรอบเดือนและควบคุม การตั้งครรภ์</p>
<p>7. Toxic and allergic effect</p> <p>ได้แก่ agranulocytosis , dermatitis , cholestatic jaundice, retinitis pigmentosa, photosensitivity และ nonspecific skin rashes</p>	<p>อาการเหล่านี้พบได้น้อย โดยการสังเกตการเกิดอาการ เช่น ถ้ามีไข้ หรือเจ็บคอ อาจมีภาวะ agranulocytosis หรือการเกิดผื่นตามผิวหนัง ควรรักษาความสะอาด และไม่เกาจนเป็นแผล สังเกตอาการตัวเหลืองตาเหลือง และถ้าผู้ป่วยต้องถูกแสงแดดโดยตรงควรป้องกัน เช่น ใส่เสื้อแขนยาวหรือกางร่ม</p>

ตารางที่ 2. อาการข้างเคียงและการพยาบาลยารักษาอาการเศร้า

อาการข้างเคียง	การพยาบาล
<p>1. Anticholinergic effects</p> <p>เป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยทุกคน เช่น ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก แต่ถ้าอาการมากขึ้น อาจมีปัสสาวะลำบาก หรือ ลำไส้ไม่ทำงาน</p>	<p>ส่วนมากอาการจะค่อย ๆ หายไปเองหรือให้การช่วยเหลือตามอาการ เช่น รักษาความสะอาดช่องปาก ดื่มน้ำให้บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงการใช้สายตาในระยะแรก และเพิ่มอาหารที่มีกากใย</p>
<p>2. Central nervous system effects</p> <p>ได้แก่ มือสั่น (fine tremor) หงุดหงิด กระสับกระส่าย นิ่งไม่ติด หรือแสดงอาการทางจิต</p>	<p>ระมัดระวังในด้านอุบัติเหตุ เช่น ตกเตียง หกล้ม เพราะผู้ป่วยมักมีการทรงตัวไม่ดี โดยเฉพาะถ้าเป็นผู้ป่วย สูงอายุ</p>
<p>3. Cardiovascular effects</p> <p>อาการสำคัญคือ postural hypotension และมีความผิดปกติในจังหวะการเต้นของหัวใจ</p>	<p>ตรวจวัดระดับของความดันโลหิตสม่ำเสมอ สอนผู้ป่วย ในการเปลี่ยนอิริยาบถ โดยเฉพาะจากนอนไปนั่งและ ยืนอย่างช้า ๆ หรือก่อนให้ยาต้องตรวจสอบสภาพหัวใจ</p>

ตารางที่ 2. อาการข้างเคียงและการพยาบาลยารักษาอาการเศร้า

อาการข้างเคียง	การพยาบาล
4. Sexual side effects ได้แก่ impotence, ejaculatory dysfunction และ decreased libido	อาการข้างเคียงนี้ เกิดร่วมกับสภาพจิตใจของผู้ป่วยที่ขาดความภูมิใจในตนเอง (low self esteem) จึงทำให้รุนแรงมากขึ้น
5. Antihistaminic effects ได้แก่ อาการง่วงนอน และน้ำหนักเพิ่ม	แนะนำผู้ป่วยไม่ควรขับรถและทำงานควบคุมเครื่องจักร ให้ระวังอุบัติเหตุ ซึ่งถ้ามีอาการกลุ่มนี้มาก ควรรายงานแพทย์อาจเปลี่ยนยาได้
6. Overdose ถ้าให้ยามากเกินไป ทำให้เกิดเป็นพิษต่อสมอง มีอาการ ชัก เกร็ง กระตุก สับสน ไม่รู้สึกตัวและเสียชีวิตได้	ถ้าผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ไม่ควรจ่ายยา ให้ผู้ป่วยกลับบ้านมากเกินไป
7. Sedation and weight gain อาการง่วงนอนและน้ำหนักเพิ่ม	ช่วยได้โดยการลดปริมาณยาและควบคุมน้ำหนัก
8. Hypertensive crisis ผู้ป่วยได้ยากกลุ่มนี้อาจมีความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างกะทันหัน เนื่องจากยาไปมีปฏิกิริยาต่อสารพวก tyramine ถ้าอาการเล็กน้อยผู้ป่วยอาจมีอาการปวดศีรษะ และคลื่นไส้ แต่ถ้าอาการรุนแรง อาจทำให้เส้นเลือดในสมองแตก และเสียชีวิต	ผู้ป่วยได้รับยากกลุ่มนี้ต้องควบคุมอาหารที่มีสาร tyramine อย่างเคร่งครัด ซึ่งพบได้มากในอาหารประเภทเนยแข็ง ตับไก่ ไวน์ เบียร์ ครีม ช็อคโกแลต และโยเกิร์ต

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3. อาการข้างเคียงและการพยาบาลยาคลายกังวลและยานอนหลับ

อาการข้างเคียง	การพยาบาล
<p>1. Central nervous system</p> <p>ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีอาการง่วงซึม นอนมาก ลดความสามารถทางสติปัญญา ความสามารถในการคิด - การจำบทพ้อง และการควบคุมแขน ขา ไม่สัมพันธ์กัน</p>	<p>อาการเหล่านี้มักเกิดในช่วงแรกที่ได้รับยา ต้องให้เวลาร่างกายปรับตัวสักระยะ หรือถ้าจำเป็นอาจต้องลดปริมาณยาลง โดยการพิจารณาของแพทย์ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการขับรถหรือทำงานกับเครื่องจักร เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งจะไปเสริมฤทธิ์</p>
<p>2. Physical dependence</p> <p>ยากลุ่มนี้ถ้าใช้ไปนานและปริมาณสูงจะทำให้ผู้ป่วยติดยา ต้องพึ่งพายาทางร่างกาย ถ้าหยุดยาอย่างกะทันหันจะมีอาการขาดยา คือ หงุดหงิด เหงื่อออกมาก ถูกกระตุ้นได้ง่าย ต่อแสงและเสียง นอนไม่หลับ ปวดท้อง ความดันโลหิตสูงขึ้น ถ้ารุนแรงอาจมีอาการชัก</p>	<p>ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา ห้ามหยุดยาเอง ส่วนมากแพทย์จะค่อย ๆ ลดปริมาณยาลงในเวลา 2-4 สัปดาห์ เพื่อไม่ให้เกิดอาการขาดยา</p>
<p>3. Hematologic effects</p> <p>ยามีผลต่อระบบเม็ดเลือด เช่น agranulocytosis หรือ anemia ในยาบางตัว</p>	<p>สังเกตอาการมีไข้ เจ็บคอ หรือ รอยจำเลือดต่าง ๆ และรายงานแพทย์ อาจต้องเปลี่ยนยา</p>
<p>4. Overdose</p> <p>การใช้ยาเกินขนาดสำหรับยากลุ่มนี้ไม่มีผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่ถ้าผู้ป่วยใช้ยานี้ร่วมกับยาตัวอื่น ๆ อาจทำให้เสียชีวิตได้</p>	<p>ประเมินความคิดในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย และแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา หรือใช้ยาอื่น ๆ ที่จะมาเสริมฤทธิ์กัน</p>
<p>5. Aadverse effects</p> <p>ถ้าให้ยานี้ในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีสมองถูกทำลาย หรือผู้ป่วยปัญญาอ่อน (mental retardation) อาจพบอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร รุนแรงกระสับกระส่าย และอารมณ์ผิดปกติ</p>	<p>ระมัดระวังฤทธิ์ของยาไม่เป็นไปตามเป้าหมายโดยเฉพาะการใช้ยากับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทางร่างกาย โดยเฉพาะสมอง</p>

ตารางที่ 4. แสดงอาการข้างเคียงและการพยาบาลยา Lithium

อาการข้างเคียง	การพยาบาล
1. Early side effects เป็นอาการที่เกิดขึ้นในช่วงแรกที่ได้ยาได้แก่	อาการเหล่านี้มักพบได้เป็นปกติแต่ไม่รุนแรง พบได้มาก 2-3 วัน ในช่วงของการปรับปริมาณยาในกระแสเลือด
1.1 ระบบทางเดินอาหารถูกรบกวน คลื่นไส้ ท้องเสีย	จึงควรให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่า ไม่มีอันตรายใด ๆ
1.2 กล้ามเนื้ออ่อนแรงและอ่อนเพลีย	
1.3 มือสั่นโดยเฉพาะเวลาเขียนหนังสือ	
1.4 กระหายน้ำและปัสสาวะบ่อย	สังเกตอาการต่าง ๆ เหล่านี้ในผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาเป็น
2. Later side effects เป็นอาการที่เกิดขึ้นเมื่อใช้ยานาน ได้แก่	เวลานานและให้การช่วยเหลือแบบประคับประคอง
2.1 อาการมือสั่น	หรือให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างต่อเนื่องโดยการ
2.2 กระหายน้ำและปัสสาวะบ่อย มากกว่าระยะแรก	ตรวจวัดหาระดับของยาในกระแสเลือดสม่ำเสมอ หรือ
2.3 น้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือบวม	ทุก 2 สัปดาห์ ถ้าอาการรุนแรงควรรายงานแพทย์
2.4 อาจมีภาวะแทรกซ้อนของ Hypothyroidism หรือ goiter	เพื่อการปรับเปลี่ยนปริมาณยา
2.5 Leukocytosis	
2.6 มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจ	
2.7 มีความผิดปกติที่ไต	

ยา Lithium มีระดับของยาในกระแสเลือดที่ส่งผลในการรักษาค่อนข้างแคบในระยะควบคุมอาการ Acute mania ควรมียาในระดับ 1.0-1.25 mEq/L ในระยะการรักษาทั่วไปควรมียาในระดับ 0.6-1.10 mEq/L ซึ่งถ้ามียาในกระแสเลือดตามระดับที่ต้องการ อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นมักไม่รุนแรงและไม่เป็นอันตราย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การรักษาด้วยกร ช็อกไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy, ECT)

ใช้รักษาโรคทางจิตเวชหลายชนิด ได้ผลดี โดยเฉพาะอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง และโรคจิตเภทหลายชนิด ในปัจจุบันการช็อกไฟฟ้ายังได้ผลดีมากและจำเป็นในหลายโรค (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

ข้อบ่งใช้

1) โรคอารมณ์แปรปรวน

- อาการซึมเศร้า ช็อกไฟฟ้าใช้ได้ดีมากในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง หรือมีอาการของโรคจิตด้วย เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อาการที่ได้ผลดีคือ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อารมณ์เพศลดลง ความรู้สึกไร้ค่า ความคิดฆ่าตัวตาย อาการเรื้อรัง กระวนกระวาย และอาการหลงผิดว่าเป็นโรคทางกาย

- mania การรักษาด้วยกรช็อกไฟฟ้าจะลดการเคลื่อนไหวมาก กระวนกระวายให้มีปกติ

2) ชนิดที่ได้ผลดีต่อการช็อกไฟฟ้า คือ catatonia ทั้งแบบ stupor และ excitement ชนิดอื่นจะทำเฉพาะรายที่มีอาการก้าวร้าว และวุ่นวายอย่างมาก ซึ่งใช้ยาแล้วไม่ได้ผล

กลไกการออกฤทธิ์ (Mechanism of Action)

ปัจจุบันยังไม่สามารถหาข้อสรุปเกี่ยวกับกลไกการออกฤทธิ์ของ การช็อกไฟฟ้า แต่จากการศึกษาพบว่า การรักษาด้วยวิธีนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายในระบบต่าง ๆ ของ neurotransmitters, neuropeptides และ neuroendocrine (มานิช ศิริสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยณิษฐ, 2542) ซึ่งกระแสไฟฟ้ากระตุ้นให้มีการหมุนเวียนและกลับสมดุลของสารสื่อประสาทหลายตัว

1.4.2 การรักษาทางจิตใจ (Psychological treatment)

คือการสร้างสัมพันธภาพเพื่อทำจิตบำบัด มีวัตถุประสงค์คือ ขจัด เปลี่ยนแปลงหรือลดอาการที่กำลังจะเกิดขึ้นและเป็นสื่อกลางในการแก้ไขพฤติกรรมที่วุ่นวาย รวมทั้งส่งเสริมการพัฒนาการของบุคคลิกภาพในด้านดี ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ต่อไป

การทำจิตบำบัด มีพื้นฐานที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 คน คือ ผู้ป่วย และผู้รักษา โดยที่ผู้ป่วยจะถูกกระตุ้นให้แสดงความวิตกกังวล ความกลัวและประสบการณ์ต่าง ๆ อย่างเสรีโดยไม่ต้องกลัวการกล่าวตำหนิจากผู้รักษา ในทำนองเดียวกัน ผู้รักษาต้องมีความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย ต้องวางตัวเป็นกลาง เพื่อให้เห็นความทุกข์ยากของผู้ป่วยอย่างเด่นชัดขึ้นและขณะเดียวกันจะต้องสะท้อนให้ผู้ป่วยได้เข้าใจตัวเองซึ่งเป็นการใช้ สัมพันธภาพในการรักษา

เทคนิคที่ใช้เพื่อการรักษาทางจิตใจประกอบด้วย (จำลอง และ พรหมเพรา ดิษยวณิช, 2542)

1) การให้ความเชื่อมั่น (Reassurance) เป็นการปลอบใจ และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ทำให้ความหวาดกลัวและความวิตกกังวลลดน้อยลงหรือหมดไป

2) การสนับสนุน (Encouragement) ต้องสนับสนุนความพยายามของผู้ป่วยทุกอย่างเพื่อเอาชนะอาการที่เกิดขึ้น ต้องให้ผู้ป่วยรู้จักอดทน ไม่หมดหวังหรือท้อถอยในชีวิต คอยช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ปัญหา การสนับสนุนจะทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ มั่นใจ และมีความมานะพยายามที่จะแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ต่อไป

3) สัมพันธภาพระหว่างผู้มีอำนาจกับความพึ่งพิง (Authority-dependent relationship) ผู้ที่ให้การดูแลรักษาต้องมีลักษณะของผู้มีอำนาจ หนักแน่น และตรงไปตรงมา มีความรับผิดชอบในตัวผู้ป่วย ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยต้องการพึ่งพิง เพื่อเป็นการตอบสนองของผู้ป่วย สัมพันธภาพเช่นนี้จำเป็นในระยะแรกของการรักษา

4) การแนะแนวหรือการแนะนำ (Guidance and Advice) เป็นการชี้แนะเกี่ยวกับการกระทำต่าง ๆ และการตัดสินใจของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้พัฒนาความสามารถในการปรับตัวต่อความจริงดีขึ้นและสุดท้ายควรสอนให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง

5) การเบนความสนใจสู่ภายนอก (Externalization of interests) มักใช้ได้ประโยชน์เมื่อผู้ป่วยหมกมุ่นกับตนเองและปัญหาต่างๆ ภายในจิตใจมากเกินไป ทำให้ไม่ค่อยเห็นความสำคัญของสิ่งแวดล้อมภายนอก อาจเน้นที่ กีฬา ดนตรี การบันเทิงและงานอดิเรกต่าง ๆ

6) การดัดแปลงสิ่งแวดล้อม (Environment manipulation) เป็นการแก้ไขปัญหาทางอารมณ์โดยการดัดแปลงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพจิตของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการรักษาโดยอาศัยสิ่งแวดล้อม

7) การชี้ให้เห็นปัญหา (Confrontation) เป็นการชี้ให้ผู้ป่วยรู้บางสิ่งบางอย่างที่เขาไม่ยอมรับ หรือที่เขาพยายามจะหลีกเลี่ยง มีจุดมุ่งหมายเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิเสธหรือการกดระงับความรู้สึกเอาไว้

8) การทำให้แจ่มแจ้ง (Clarification) เป็นกระบวนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ พฤติกรรม ความรู้สึก อารมณ์และความคิดดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยได้มองเห็นภาพจริงของความเป็นจริงภายนอก ผู้รักษาอาจพูดในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดใหม่ ด้วยวิธีที่เหมาะสมรัดกุมกว่า อาจถามรายละเอียดเพิ่มในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ได้เล่าให้ฟัง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาต่าง ๆ ของตนเองให้ดีขึ้น

9) การแปลความหมาย (Interpretation) เป็นสิ่งที่ช่วยทำให้สิ่งที่ถูกเก็บกดเอาไว้ในจิตไร้สำนึกออกมาสู่จิตสำนึก เป็นคำพูดแบบอธิบายเพื่อเชื่อมโยงความรู้สึก ความคิด พฤติกรรมให้เข้ากับ ความหมาย หรือสาเหตุที่อยู่ในจิตไร้สำนึก

10) การสนับสนุนให้เพิ่มรายละเอียด (Encouragement to elaborate) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่ารายละเอียดเพิ่มเติมในเรื่องที่ยกขึ้นมา อาจใช้คำถามปลายเปิดหรือ คำถามเฉพาะเจาะจง

11) การแสดงเห็นใจและเข้าใจ (Empathic Validation) เป็นการแสดงอารมณ์ หรือความรู้สึกร่วมของผู้รักษาให้สอดคล้องกับความรู้สึกภายในของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า ผู้รักษาเข้าใจภายใน จิตใจของเขา

12) การแนะนำและการชมเชย (Advice and Praise) เป็นการจูงใจโดยตรงไปตรงมาว่าผู้ป่วยควรจะประพฤติตัวอย่างไร

13) การยืนยัน (Affirmation) เป็นการใช้คำพูดและท่าทางเพื่อสนับสนุนความคิดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย

1.4.3 การรักษาทางสังคม (Social treatment)

สังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นกระบวนการที่มีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคล ตัวแทนสำคัญของสังคม คือ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน โรงเรียน สถาบัน องค์กร ศาสนา ตลอดจนสื่อมวลชนต่าง ๆ ในทางเดียวกันพฤติกรรมที่ผิดปกติ สามารถปรับปรุง ดัดแปลง และแก้ไข ให้ดีขึ้นโดยอาศัยอิทธิพลของสภาพแวดล้อมทางสังคม ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางจิตเวชได้แก่ จิตบำบัดแบบกลุ่ม ครอบครัวบำบัด และนิเวศน์บำบัด

จิตบำบัดแบบกลุ่ม (Group Psychotherapy)

เป็นการรักษาความแปรปรวนทางจิตใจและพฤติกรรม โดยนำผู้ป่วยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มาพูดคุยเกี่ยวกับความไม่สบายใจ ข้อสงสัย หวาดกลัว และผิดหวัง โดยเน้นสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเข้าใจ (จิวีวรรณ สัตยธรรม , 2541) อาศัยอิทธิพลของกระบวนการหรือกลไกกลุ่ม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอาจอยู่ในขอบเขตที่จำกัด แต่กระบวนการกลุ่มจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการและความมั่งคั่งของบุคลิกภาพให้ดีขึ้น

ครอบครัวบำบัด (Family therapy) เป็นวิธีการรักษาสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาทางจิตใจ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การกระทำหน้าที่ของครอบครัวต่างๆไปดีขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อลดปัญหาที่เกิดขึ้น ครอบครัวบำบัด ตั้งอยู่บนทฤษฎีพื้นฐานที่ว่าครอบครัวเป็นตัวแทนของระบบ มีความพยายามที่จะคงสภาพของภาวะสมดุลเอาไว้ (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, 2542)

นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการรักษาโดยใช้สิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นการรักษาทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการดีขึ้น เน้นที่การปรับปรุงและการดัดแปลงสิ่งแวดล้อมและต้องอาศัยแนวทางการรักษาแบบสหวิชาชีพ กลุ่มการรักษาต้องมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอเพื่อจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จนพร้อมที่จะกลับไปอยู่สังคมภายนอกได้ หลักในการจัดนิเวศน์บำบัด (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

การจัดสิ่งแวดล้อมยึดหลักการอำนวยความสะดวกตามสภาพของสถานที่มุ่งให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคคลอื่นสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาเพื่อเสริมสร้างสภาพสังคมและการอยู่ร่วมกัน ป้องกันการแยกตัวเองของผู้ป่วย

1.5 การดูแลผู้ป่วยจิตเวช

การดูแลผู้ป่วยจิตเวช แบ่งออกเป็น การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ และการประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ

1.5.1 การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

การดูแลมีหลักที่สำคัญคือ ผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดและผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจในกิจกรรมต่อไปนี้เป็นคือ (ดรุณี คชพรหม, 2543)

1) การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ การแปรงฟัน การสระผม การรักษาความสะอาดของเล็บ

2) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ตรงเวลาและให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทั้งนี้ควรให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่ย่อยง่ายรับประทานผักและผลไม้เพื่อจะช่วยให้ระบบขับถ่ายสะดวก

3) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาม้าเสมอจะสามารถควบคุมอาการของโรคจิตได้ ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางราย ผู้ดูแลต้องเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน

4) การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนช่วยทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ภายในบ้านเพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน แม้จะไม่ใช่งานอาชีพที่มีรายได้ตอบแทนที่เลี้ยงตัวได้ แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเป็นการเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้มาอยู่ที่ทำงานหรือกิจกรรมที่มอบ ให้ทำหรือในรายที่ผู้ป่วย ซึมเศร้า แยกตัวเอง ถ้าได้ทำงานก็จะทำให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจไปอยู่ที่การงานได้

5) การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยจิตเวชจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกายขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำผู้ป่วยปฏิบัติตนให้เหมาะสม

6) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันหลายวัน ผู้ดูแลต้องสังเกต หาสาเหตุ หรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

7) การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยอาจจะเป็นการให้ช่วยทำงานบ้าน ซุดดิน ดายหญ้า จะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้ร่างกายแข็งแรง

8) การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวช จะขาดทักษะทางสังคม เช่น การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้ถูกกาลเทศะ ซึ่งทักษะเหล่านี้ ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

9) การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น

10) การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตรรวมทั้งการไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา การสวดมนต์ ไหว้พระ

11) การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ควรให้คำชมเชยเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเอง

1.5.2 การดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมผิดปกติทางจิตและการสนับสนุนด้านจิตใจ

พฤติกรรมทำร้ายตนเอง หมายถึง การที่บุคคลพยายามที่จะทำร้ายตัวเองให้บาดเจ็บ และเป็นอันตรายโดยตั้งใจ หรือไม่ตั้งใจก็ตาม

วิธีการดูแล

- 1) จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ปราศจากอาวุธและสิ่งของทำร้ายตนเอง
- 2) สังเกตผู้มีแนวโน้มจะทำร้ายตนเองอย่างใกล้ชิด
- 3) ป้องกันการแยกตัว
- 4) สนับสนุนการดำเนินชีวิตประจำวันที่มีคุณค่า
- 5) สนับสนุนการตัดสินใจที่ดี และให้กำลังใจ

ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัดไม่สบายใจ เกงงว่าจะมีสิ่งร้าย หรือเหตุการณ์ไม่เกิดขึ้นกับตนเอง

วิธีการดูแล

- 1) แสดงการยอมรับ
- 2) อยู่เป็นเพื่อน
- 3) ให้ความมั่นใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือ
- 4) จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้นรบกวน
- 5) ดูแลความต้องการด้านร่างกาย อาหาร น้ำ และความสะอาด
- 6) ให้บุคคลได้ระบายความวิตกกังวล

ประสาทหลอน เป็น ความผิดปกติทางการรับรู้ ด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5 โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น การเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

วิธีการดูแล

- 1) ยอมรับสถานการณ์ของผู้ป่วย ไม่ปฏิเสธหรือตำหนิสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าให้ฟัง
- 2) รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่า พยายามสนองตอบโดยเน้นที่สถานการณ์จริงและการให้ข้อเท็จจริงเมื่อมีโอกาส
- 3) คอยดูแลช่วยเหลือ ป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ หรืออาการหวาดกลัวขณะที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางจิต และหากิจกรรมให้ผู้ป่วยทำเพื่อลดการครุ่นคิด วิตกกังวล

พฤติกรรมหวาดระแวง หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากความคิด หวาดระแวง อันตราย ทั้งต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยไม่มีเหตุผล พฤติกรรมหวาดระแวงเป็นเรื่องของความผิดปกติทางความคิดและอารมณ์

วิธีการดูแล

- 1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย โดยเน้นที่การสร้างควมไว้วางใจและความเชื่อถือ
- 2) การสื่อสารกับผู้ป่วยต้องเปิดเผย จริงใจ รักษาคำพูด ระวังการกระซิบบกระซิบกระซาบ ต่อหน้าผู้ป่วย ให้ข้อมูลอย่างชัดเจน ตรงไปตรงมา
- 3) ยอมรับผู้ป่วยในพฤติกรรมหลงผิด ไม่ได้แย้งต่อต้าน
- 4) ระวังอันตรายจากอุบัติเหตุ หรืออารมณ์รุนแรงที่เกิดจากการหลงผิดประสาทหลอน
- 5) แสดงความเห็นใจ พร้อมทั้งจะช่วยเหลือผู้ป่วยทันทีที่ผู้ป่วยต้องการ

แมเนีย (Mania) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ผู้ป่วยมีอาการ ครั่นครัง ครึกครื้น กว่าปกติ มักมีอาการเคลื่อนไหวมาก พูดมาก ความคิดปรับเปลี่ยนเร็ว ความคิดและการตัดสินใจเสีย

วิธีการดูแล

- 1) สร้างสัมพันธภาพที่ดี สม่ำเสมอ ให้การยอมรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย
- 2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ออกด้วยการพูดหรือกระทำในสิ่งที่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น
- 3) สนใจ ติดตาม ดูแล ใกล้ชิด ระวังผู้ป่วยทำร้ายตนเอง หรือทำร้ายผู้อื่นโดยเฉพาะ ขณะที่มีอาการหลงผิดเกิดขึ้น
- 4) จัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน และดูแลสุขภาพของตนเองทั้งด้านร่างกายให้ได้รับอาหารและการพักผ่อนอย่างเพียงพอ
- 5) จัดสถานการณ์ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้สถานการณ์จริง และแนวทางการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม

พฤติกรรมแยกตัว เป็นวิธีการแก้ปัญหาด้านสัมพันธภาพของบุคคล โดยการพยายามที่จะ หลีกเลี่ยงจากเหตุการณ์หรือบุคคล ที่ทำให้ตนเองรู้สึกไม่ปลอดภัย หรือเกิดความอึดอัดจึงต้อง หลบหนีจากสภาพนั้นมาอยู่คนเดียว

วิธีการดูแล

- 1) ส่งเสริมความปลอดภัยด้านร่างกาย คอยดูแลและสังเกตอาการประสาทหลอน เพราะอาจเป็นอันตรายต่อตนเองและบุคคลอื่น

2) ในกรณีที่ผู้ป่วยหมกมุ่นกับความคิดของตนเอง ถดถอย ไม่อาจช่วยเหลือได้ ต้องคอยดูแลช่วยเหลือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวมานาน ๆ การที่พยาบาลอยู่กับผู้ป่วยเป็นการเชื่อมความคิดของผู้ป่วยเข้ากับสถานะความเป็นจริงในปัจจุบัน

3) ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ความเป็นจริงที่ถูกต้อง ด้วยการบอกข้อมูลที่เหมาะสมโดยไม่ได้เถียง หรือขัดแย้ง

4) ส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจชัดเจนในคำพูด การกระทำของบุคคลอื่น สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกที่แท้จริง มากกว่าการพูดหาเหตุผล

5) ลดความแปรปรวน ทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม พยาบาลต้องแสดงบทบาทเป็นตัวอย่าง โดยการแสดงสีหน้า ให้เหมาะสมกับเรื่องที่พูด

6) พัฒนาความไว้วางใจ ความจริงใจ ความสม่ำเสมอ เป็นสิ่งสำคัญ แสดงออกให้เห็นด้วยการยอมรับและสนทนาทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้

พฤติกรรมซึมเศร้า เป็นการแสดงออกของความผิดปกติทางอารมณ์ จะรู้สึกเศร้าสร้อย สิ้นหวัง สลดหดหู่ ท้อแท้ ขาดอารมณ์เบิกบาน ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ความคิดวนเวียนอยู่กับเรื่องผิดหวัง สูญเสีย และสำนึกผิด

วิธีการดูแล

1) เผื่อระวังการฆ่าตัวตาย โดยการเก็บสิ่งของซึ่งอาจใช้เป็นอาวุธในการฆ่าตัวตาย สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด

2) ดูแลสุขภาพอนามัย กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การแต่งกาย การนอนหลับ และการรับประทานอาหาร

3) ให้กำลังใจ ที่จะดำเนินชีวิตต่อไป เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกท้อแท้ เสียใจ สิ้นหวัง ยอมรับความคิดเห็น และพฤติกรรมของผู้ป่วย

4) กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬาเพื่อลดความตึงเครียด

5) ลดความรู้สึกผิด และเสริมความรู้สึกมีคุณค่า โดยการให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมและมีงานอดิเรกทำ

พฤติกรรมแสดงออกมาก (Over activity) เป็นการแสดงความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง เขื่อนมั่นในตนเองเหนือกว่าใคร สามารถควบคุมโชคชะตาของคนอื่นได้ เป็นการปกปิดอารมณ์ด้วยการแสดงอารมณ์ร้ายแรง เยาะเย้ยถากถาง แสดงออกมา

วิธีการดูแล

- 1) ดูแลความปลอดภัยด้านร่างกาย จัดให้อยู่ในสถานที่เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้น เสียงดัง เก็บสิ่งของที่เป็นอันตรายและอาจจำกัดพฤติกรรมตามความจำเป็น
- 2) ดูแลให้ได้รับอาหารอย่างง่าย แคลอรีสูง ดื่มน้ำให้เพียงพอ แลพักผ่อนให้เพียงพอ
- 3) สร้างสัมพันธภาพด้วยความสงบมั่นคง ใช้คำพูดง่ายตรงไปตรงมา ให้โอกาสผู้ป่วยได้แสดงออกในขอบเขตที่เหมาะสม สนับสนุนให้มีสัมพันธภาพกับคนอื่น
- 4) ช่วยให้อ่านและสนองตอบสิ่งเร้าตามความเป็นจริงด้วยการบอกความจริงและไม่ส่งเสริมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น กีฬากลางแจ้ง ทำงานที่ต้องใช้แรงงาน

พฤติกรรมเพ้อคลั่ง (Delirium) เป็นภาวะการรู้ตัวไม่แจ่มชัด ความตั้งใจ สมาธิสั้นและแคบ การรับรู้ผิดไป ความคิดสับสน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแปรปรวน การรับรู้ต่อวัน เวลา และสถานที่ผิดไป

วิธีการดูแล

- 1) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร และน้ำให้เพียงพอ ต่อความต้องการของร่างกาย
- 2) ระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดเนื่องจากภาวะรู้ตัวไม่ชัดเจน และในกรณีที่มีภาวะประสาทหลอน
- 3) การสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพต้องใช้ข้อความที่ชัดเจน และพูดช้า ๆ อย่านำให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจ เพราะผู้ป่วยจะงง และเครียดมาก

พฤติกรรมเสื่อมถอย (Dementia) จะแสดงอาการเสื่อมถอยทางสติปัญญา ความจำ การพิจารณาหาเหตุผล การตัดสินใจ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง

วิธีการดูแล

- 1) ดูแลให้ได้รับสารอาหาร และน้ำ อย่างเพียงพอ ต่อความต้องการของร่างกาย
- 2) ช่วยให้ผู้ป่วยคงสภาพของการปฏิบัติหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ให้ดีที่สุด
- 3) จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
- 4) สร้างสัมพันธภาพสื่อสารด้วยคำพูดที่สุภาพ นิ่มนวล
- 5) ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้กลไก การเผชิญปัญหาได้เหมาะสม ให้กำลังใจและใช้คำชม
- 6) ไม่บังคับให้ผู้ป่วยทำในสิ่งที่ไม่ชอบ หรือไม่คุ้นเคย ให้โอกาสผู้ป่วยเลือกหรือตัดสินใจ

พฤติกรรมเจ้ากี้เจ้าการ (Manipulation Behavior) เป็นการควบคุม เพื่อป้องกันความล้มเหลวหรือความคับข้องใจของตนเอง เป็นพฤติกรรมที่ทำให้ตนเองมีอำนาจเหนือกว่าผู้อื่นจะแสดงการควบคุมหรือบงการให้ผู้อื่นปฏิบัติ หรือแสดงพฤติกรรมตามที่ตนเองต้องการ โดยไม่คำนึงถึงความถูกต้องและความเดือดร้อนของผู้อื่น

วิธีการดูแล

- 1) ดูแลด้านสุขภาพและป้องกันอันตรายจากอารมณ์รุนแรง ชาดการยับยั้งชั่งใจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่น
- 2) การสื่อสารใช้คำพูดแบบตรงไปตรงมา จะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติอะไรต้องบอกให้ชัดเจน
- 3) ให้ความสนใจและชื่นชมเมื่อผู้ป่วยแสดงความต้องการอย่างตรงไปตรงมาและไม่ตอบสนองในกรณีที่เกี่ยวข้อง ความสนใจไม่เหมาะสม
- 4) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นและยอมรับผู้อื่น

ความไม่เป็นมิตร (Hostility) เป็นปฏิกิริยา มีการตอบสนองรุนแรง ชับช้อนโดยมีแต่ความเกลียด ความไม่ชอบ ความต้องการที่จะทำลาย มักจะเป็นผลมาจากความก้าวร้าว ความรู้สึกไม่พอใจและความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง

วิธีการดูแล

- 1) ป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับบุคคลอื่น พยาบาลต้องมีความรู้สึกไวต่อพฤติกรรมก้าวร้าว
- 2) จัดการกับสิ่งแวดล้อมและบุคคลอื่น เพื่อป้องกันอันตราย
- 3) จัดห้องแยกให้จำกัดพฤติกรรมในกรณีที่มีพฤติกรรมรุนแรง
- 4) เตรียมพร้อมเพื่อให้การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน
- 5) พยาบาลต้องมีอารมณ์ สงบ สุขุม เยือกเย็น แต่จับใจ ให้การยอมรับพฤติกรรมผู้ป่วย
- 6) ลดสิ่งยั่วยุอารมณ์ ให้เกิดภาวะความไม่เป็นมิตร
- 7) กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกไม่เป็นมิตร สนับสนุนให้ผู้ป่วยพิจารณาการกระทำของตนเองและการเรียนรู้การควบคุมตนเอง

ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ (Powerless) เป็นความรู้สึกและการรับรู้ของบุคคลว่าไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ตนเองเป็นผู้กระทำได้

วิธีการดูแล

- 1) ให้กำลังใจ และบอกความก้าวหน้าในการรักษาให้ผู้ป่วยทราบ
- 2) สนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกอย่างเปิดเผย ให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองให้เลือกและตัดสินใจเอง
- 3) จัดสภาพแวดล้อม เพื่อให้เกิดความสะดวกกับผู้ป่วย
- 4) ให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการสูญเสียพลังอำนาจ

ภาวะพึ่งพา (Dependence) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เชื่อมั่นในความช่วยเหลือและสนับสนุนจากผู้อื่น บุคคลจะอาศัยผู้อื่นทางด้านร่างกาย ความตั้งใจ ความคิด การตัดสินใจ และอื่น ๆ

วิธีการดูแล

เป้าหมายระยะยาวมุ่งเน้นให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง ตามศักยภาพสูงสุดที่มีอยู่ ส่วนเป้าหมายระยะสั้นของการพยาบาลด้านร่างกายได้แก่ การแยกแยะหาสาเหตุที่แท้จริงของภาวะพึ่งพา ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้กลไกทางจิตได้เหมาะสมในการเผชิญปัญหา ช่วยแก้ไขข้อขัดแย้งต่าง ๆ ในจิตใจ พยายามช่วยให้บุคคลรู้สึกตัวเอง มีคุณค่า มีความรู้สึกทางบวกต่อตนเอง ลดความต้องการที่จะพึ่งพิงผู้อื่น ส่งเสริมให้บุคคลยอมรับที่จะแก้ไขภาวะพึ่งพา และยืนยันยึดดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง

ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา

วิธีการดูแล

- 1) ถามสาเหตุของการไม่รับประทานยา
- 2) พูดบอกถึงผลดีของยาที่มีต่อผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล
- 3) จัดยาให้ตามจำนวนและเวลา โดยดูแลให้ผู้ป่วยกลืนยาเรียบร้อยแล้ว
- 4) ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา ให้ขอร้องแถมบังคับ ด้วยบุคคลที่ผู้ป่วยเชื่อถือและไว้วางใจ
- 5) ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาจริง ๆ ให้คลุกยาลงในอาหารพร้อมทั้งดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและยาจนเสร็จ
- 6) ถ้าผู้ป่วยยังไม่ยอมรับประทานยา ให้นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมมาให้ญาติมาปรึกษาแพทย์แทน

1.6 บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

1.6.1 บทบาทของพยาบาลจิตเวช

จิตนา ยูนิพันธ์ (2542) กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลจิตเวช ในการปฏิบัติงานมีความแตกต่างกันกับผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ในด้านจิตเวชคือ การปฏิบัติกรพยาบาลมุ่งพัฒนาผู้ให้บริการในฐานะบุคคลทั้งในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้าน กาย จิต และวิญญาณอยู่รวมกัน อย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ โดยใช้ศาสตร์การพยาบาล และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ทำให้การปฏิบัติกรพยาบาลครอบคลุม 6 บทบาท คือ

1) บทบาทผู้เลี้ยงดู เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในผู้ป่วยเองและมีปัจจัยภายนอก มุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

2) บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลเป็นผู้ประสานการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสันทนาการ และกิจกรรมอื่น ๆ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิต

3) บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสมโดยการจัดการให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองปฏิบัติพฤติกรรมทางสังคมในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับผู้อื่น

4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการสำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตนเอง พัฒนาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ ปรับวิธีคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเอง รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง

5) ผู้ให้ความรู้/ผู้สอน พยาบาลมีบทบาทให้ความรู้ สนับสนุนให้ข้อมูลย้อนกลับให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างถาวร

6) ผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาลเป็นผู้ที่ให้ความรู้ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล การสนับสนุน การระคับประคอง ช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อมีปัญหา ให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

Brown (1986 อ้างถึงใน อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2542) กล่าวถึง พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลมี 8 ด้าน คือ

- 1) ตระหนักถึงคุณค่าและความต้องการของบุคคล
- 2) สนับสนุนให้กำลังใจ
- 3) ให้ข้อมูลข่าวสาร
- 4) แสดงออกถึงความรู้และทักษะวิชาชีพ
- 5) ช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย
- 6) ให้เวลากับผู้รับการดูแล
- 7) เสริมสร้างเอกลักษณ์แห่งตน
- 8) ระมัดระวังเพื่อให้เกิดความปลอดภัย

1.6.2 การดูแลครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ในปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลรักษาเน้นในเรื่องของการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาทางจิตเวชมากขึ้น ยาใจ ลีทิมงคล (2542) แบ่งแนวคิดการดูแลรักษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

1) แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช (Psychoeducational Family Intervention Model) ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช การให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว จิวรรณ สัตยธรรม (2541) สรุปแนวทางการให้ความรู้กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชดังนี้

- สอนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ของผู้ป่วย อาการทางจิต การรักษา และการให้คำแนะนำเพื่อการป้องกันไม่ให้เกิดอาการป่วยซ้ำ
- สอนผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแก้ปัญหาและกระบวนการตัดสินใจ

2) แนวคิดเกี่ยวกับภาระของครอบครัว (Family Burden Approach) แนวคิดเกี่ยวกับภาระของครอบครัว เป็นแนวคิดที่ได้รับความนิยมมากในปัจจุบันและจากการวิจัยเกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าครอบครัวมีภาระการดูแลมากและก่อให้เกิดปัญหาในการอยู่ร่วมกัน คือผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ เช่น เดือดร้อน ชุ่นเคือง เศร้าโศก เครียด กังวล และผลกระทบด้านร่างกาย สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกอ่อนแอหมดแรง ภาระทางการเงิน

บทบาทของพยาบาลจิตเวช คือ มุ่งลดภาระของครอบครัว โดยการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นการส่งเสริมให้ญาติ ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (จอม สุวรรณโน, 2541) ทำให้ญาติผู้ดูแล มีแนวโน้มประเมินสถานการณ์การดูแลประสบการณ์ และผลลัพธ์การดูแลในทางบวก (Kramer, 1993 อ้างใน จอม สุวรรณโน, 2541) การนำครอบครัวผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมวางแผนการรักษายังก่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษาและยังทำให้ผู้ดูแลมีอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ ซึ่งผลของการนำครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษายาบาล เป็นแนวทางของการลดภาระครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่สำคัญ

3) แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษารวมชาติที่แท้จริงของครอบครัวในฐานะผู้ดูแล (Explanatory Model of the Nature of Family Caregiving) บทบาทของพยาบาล คือ การให้ความรู้และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาที่บดบังในครอบครัวซึ่งครอบครัวจะยอมรับอย่างมาก (Dunkin, 1998)

2. ภาวะการดูแล

2.1 ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้เหมือนบุคคลทั่วไป ไม่สามารถสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ดังนั้นผู้ป่วยจิตเวช จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ (Minkhoff อ้างใน ยาใจ สิทธิมงคล, 2538) ประกอบกับแนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป มุ่งเน้นรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลเฉพาะในภาวะวิกฤตเท่านั้น จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด (Deinstitutionalization) ให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมของสังคมตามความเป็นจริง (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538; ขวัญภา ประเสริฐทรง, 2543) และบทบาทที่สำคัญอย่างหนึ่งของครอบครัวผู้ดูแล คือต้องรับผิดชอบดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย (Reinhard, 1994 cited in Reinhard et al., 1995) ซึ่งการรับหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชนี้ก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ หรือเรียกว่าภาวะการดูแล (Rungreangkulkij and Gilliss, 2000)

การศึกษาเกี่ยวกับภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเริ่มขึ้นประมาณปี 1960 ซึ่งเป็นการศึกษาถึงผลที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช ศึกษาทั้งบุคคลที่ป่วยและสมาชิกในครอบครัว (Chesia, 1988 ; Maurin & Boyd, 1990 cited in Rungreangkulkij and Gilliss, 2000) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านนี้เป็นความยากลำบากอย่างยิ่งและเป็นสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดที่ยาวนานของครอบครัว (Loukissa, 1995 ; Reinhard, 1994 cited in Rungreangkulkij and Gillis, 2000)

Grand and Sains (1963 cited in Vitaliano et al., 1991) เป็นบุคคลแรกที่ยอมรับผลกระทบที่เกิดจากการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยทางจิตเวช ว่ามีผลกระทบด้านลบหรือเป็นภาระของครอบครัว ภาวะการดูแลของผู้ดูแล เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย อารมณ์ หรือจิตใจ และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ต่อมาได้มีผู้ศึกษาและแบ่งชนิดของภาระแตกต่างกันออกไป

Hoing and Hamington (1966 cited in Jones, 1996) เป็นบุคคลแรกที่แบ่งภาวะการดูแลออกเป็นภาระเชิงอัตวิสัย (Objective Burden) และภาระเชิงจิตวิสัย (Subjective Burden) ซึ่งเป็นแนวคิดเดียวกันกับ Tomson and Dall (1982 cited in Vitaliano et al., 1991) ทำให้การมองภาระเป็นระบบชัดเจนมากยิ่งขึ้นและได้รับการสนับสนุนจากนักวิจัยรุ่นต่อมา นอกจากนี้ยังทำให้มองเห็น

ความแตกต่างระหว่างความต้องการที่เป็นจริงในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช และความรู้สึกเดือดร้อนที่เกิดกับสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช (ยาใจ สิริธิมงคล, 2538) ต่อมามีการศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแลมากขึ้น Chwalisz et al. (1995) สรุปแนวทางการศึกษาและการให้คำจำกัดความของภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็น 3 แนวทางคือ

ภาระการดูแลเหมือนผลลัพธ์ (Burden as outcome) เป็นผลลัพธ์การดูแลด้านลบ ส่วนมากเป็นการศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในคู่สามีภรรยาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีการให้ความหมายของภาระที่แตกต่างกันตามประสบการณ์ที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคลแต่มีความคล้ายคลึงกันในชนิดของความเครียดและปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแล คือ อายุ เพศ การแก้ปัญหาและการสนับสนุนทางสังคม

ภาระการดูแล เชิงอัตวิสัย หรือภาระที่เป็นรูปธรรม (Objective burden) เป็นผลลัพธ์การดูแลของคู่สมรสและการให้การดูแลที่เป็นรูปธรรมก่อให้เกิดความอ่อนแอของสภาพร่างกายและการเรียนรู้ของผู้ดูแล

ภาระเชิงจิตวิสัย หรือภาระที่เกี่ยวกับจิตใจของผู้ดูแล (Subjective burden) เป็นประสบการณ์ด้านความรู้สึกที่รับรู้ต่อภาระการดูแลเป็นการเรียนรู้ด้านจิตใจหรือกระบวนการของอารมณ์มากกว่าภาระที่เป็นรูปธรรม เป็นความเครียดด้านจิตใจที่มีผลต่อการทำนายผลลัพธ์การดูแลที่เป็นลบ

Tesler และคณะ (1982 cited in Jones, 1996) ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับภาระชื่อ Tesler's Concept of caregiver burden ซึ่งแบ่งภาระออกเป็นภาระเชิงอัตวิสัย และจิตวิสัย ภาระนี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลและพฤติกรรมของผู้ป่วย ดังนี้

พฤติกรรมของผู้ดูแล	ภาระเชิงจิตวิสัย ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์สัมพันธ์กับภาระที่หนักของผู้ดูแล	ภาระเชิงอัตวิสัย ภาระที่หนักของผู้ดูแลมาจากสถานการณ์การให้การดูแล
พฤติกรรมของคนไข้	ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่รบกวนคนไข้	ภาระที่หนักของผู้ดูแลมาจากพฤติกรรมที่รบกวนของคนไข้

มุมมองของ Tesler

ภาระเชิงจิตวิสัย เกิดจาก การประเมินสถานการณ์การดูแลของผู้ดูแลซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาระที่หนักของผู้ดูแล และพฤติกรรมที่รบกวนของผู้ป่วย

ภาระเชิงอัตวิสัย เป็นภาระที่หนักของผู้ดูแลมาจากสถานการณ์การให้การดูแลและพฤติกรรมที่รบกวนของคนไข้

กล่าวโดยสรุปปัจจุบันแนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นแนวความคิดที่ได้รับความสนใจและมีการศึกษาเกี่ยวภาวะการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้นรวมทั้งแนวความคิดเกี่ยวกับภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่แบ่งภาวะเป็น เจริญอติวิสัยและเจริญจิตวิสัย เป็นแนวคิดที่ทำให้มองภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นรูปธรรมมากขึ้น ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ เป็นแนวทางการจัดบริการสนับสนุนที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะการดูแลของครอบครัว ซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์ในทางที่ดี ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวและสภาพแวดล้อมของสังคมได้ ก่อให้เกิดการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขของครอบครัวผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวช

2.2 ความหมาย ของภาวะการดูแล

Platt (อ้างถึงใน ยาใจ สิทธิมงคล, 2538) ให้ความเห็นเกี่ยวกับภาวะของครอบครัวเป็นปัญหาและความยุ่งยาก หรือเหตุที่ทำให้เกิดความยากลำบากกับบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช

Given (1986 cited in Dowdell, 1995) ให้ความหมายภาวะ ในรูปแบบของการให้การดูแลที่เป็นปัญหากระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และด้านเศรษฐกิจ ของผู้ดูแล

Schott Baer et al. (1995) ให้ความหมายของภาวะการดูแล แบ่งเป็น 2 มิติ

ภาวะเจริญอติวิสัย เป็นภาวะที่ต้องปฏิบัติการดูแลที่สามารถมองเห็นเป็นรูปธรรมอยู่ในขอบเขตของการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต ของผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัว

ภาวะเจริญจิตวิสัย เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติหรือปฏิกิริยาของอารมณ์ต่อประสบการณ์การดูแล

Elliot (1998) ให้ความหมายของภาวะการดูแลคือความหลากหลายของสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของบุคคลผู้ซึ่งให้การดูแลและสนับสนุนทางอารมณ์ต่อผู้ป่วย Dementia และเป็นสิ่งที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแล

Tomson & Dall (1992 cited in Roes, 1996) ให้ความหมายของ ภาวะแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ภาวะเชิงจิตวิสัย เป็นความรู้สึกในเหตุการณ์ให้การดูแลที่หนักเกินไปสัมพันธ์กับความยุ่งยาก และความรู้สึกไม่พอใจที่ต้องให้การดูแล

ภาวะเชิงอัตวิสัย มีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ บทบาทหน้าที่ การทำกิจวัตรประจำวัน ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน และความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

Mongomery (1985) ให้ความหมายของภาวะการดูแลโดยแบ่งภาวะออกเป็น 2 ส่วนคือ ภาวะเชิงอัตวิสัย อยู่ในขอบเขตของการรบกวนหรือเปลี่ยนแปลงในปัญหาที่หลากหลาย ของชีวิตผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ภาวะเชิงจิตวิสัย ทักษะคิดหรือปฏิกิริยาของอารมณ์ที่ตอบสนองต่อประสบการณ์การให้การดูแล

ทานตะวัน แยมบุญเรือง (2540) ให้ความหมายของภาวะการดูแล เป็นสิ่งที่มีผลกระทบใน ด้านลบต่อผู้ดูแล โดยแบ่งภาวะออกเป็น

ภาวะตามสภาพจิตใจ ได้แก่ ความอับอาย ความรู้สึกผิด วิตกกังวลซึมเศร้า เบื่อหน่าย โกรธเคือง ซึมเศร้า

ภาวะที่ไม่มีความรู้สึกเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านการเงิน บทบาท กิจวัตร ประจำวัน เวลาพักผ่อน ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านและสุขภาพ

Fatheringham et al. (1972 cited in Poulshock and Deimling, 1984) ภาวะการดูแล คือการเปลี่ยนแปลงเฉพาะการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล เช่น ทำให้เกิดความเสียหายของการปฏิบัติหน้าที่ประจำวัน

Poulshock and Deimling (1984) ภาวะการดูแล คือการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุและการให้การดูแลมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลและครอบครัว

Baumgarten (1992 cited in Ostwald et al., 1999) ภาวะการดูแล มีสาเหตุที่ซับซ้อนคือ เชื่อมโยงกับประสบการณ์ผู้ดูแลด้านลบ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาสู่กับการรับรู้ของผู้ดูแล หรือการไม่สามารถจัดการได้

Orey et al. (1985 cited in Guest and Novak, 1989) ภาวะการดูแลคือ ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงในการเรียน รับรู้ และพฤติกรรมของผู้ป่วย Alzheimer ต่อครอบครัว และผลที่ตามมาของความต้องการดูแล

George & Gwyther (1996 cited in Vitaliano et al., 1991) ภาวะการดูแลคือ ปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นประสบการณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ

เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2544) ภาวะการดูแล คือ ความเครียด หรือภาวะที่เป็นผลมาจากการตอบสนองของหลายมิติของผู้ดูแล ต่อสถานการณ์การดูแลมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การดูแล แบ่งเป็น ภาวะเชิงอัตวิสัย เป็นภาวะที่เป็นรูปธรรม อันเป็นผลเนื่องมาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ปัญหา เศรษฐกิจ ผลกระทบต่อชีวิตส่วนบุคคล การเปลี่ยนแปลงบทบาท ความมากน้อยของกิจกรรมการดูแล

ภาวะเชิงจิตวิสัย เป็นความคิด ความรู้สึก หรือความกลัว อันเป็นผลมาจากการรับรู้ของผู้ดูแลต่อสถานการณ์การให้การดูแล ซึ่งมักแสดงออกโดยทัศนคติและอารมณ์

Rungreangkulkij and Gilliss (2000) ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นผลกระทบทางลบต่อครอบครัว และการรับรู้ถึงภาวะของครอบครัว แบ่งเป็น

ภาวะเชิงอัตวิสัย เป็นภาวะที่สามารถสังเกตได้ เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยทางจิตเวช เช่น การรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัว ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลและปัญหาเศรษฐกิจ

ภาวะเชิงจิตวิสัย เป็นการประเมินส่วนบุคคล ของสถานการณ์และขอบเขต ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาวะการดูแลซึ่งเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยทางจิตเวช รวมทั้งความรู้สึก ทัศนคติ และอารมณ์ ได้แก่ความรู้สึกเป็นทุกข์ อับอาย เบื่อหน่าย ไม่อยากดูแลผู้ป่วยจิตเวชอีกต่อไป และ ความรู้สึกว่าขาดการช่วยเหลือ

Kasuya et al. (2000) ภาวะการดูแล คือสิ่งที่เป็นความเครียด ที่เกิดจากบุคคลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือบุคคลที่ไร้ความสามารถในครอบครัว เป็นการตอบสนองต่อความเครียดหลายมิติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ เชื่อมโยงกับประสบการณ์ การให้การดูแล

Provencher (1996) ภาวะการดูแล หมายถึง การพิจารณาด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลผู้ซึ่งให้การดูแล แบ่งเป็น

ภาวะเชิงอัตวิสัย เป็นสิ่งที่สามารถสังเกตได้ เป็นผลที่เกิดขึ้นทางลบ โดยสมาชิกในครอบครัวของบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท เช่น ปัญหาด้านร่างกาย และการถูกจำกัดชีวิตในสังคม

ภาวะเชิงจิตวิสัย เป็นความตอบสนองของความรู้สึกภายในสัมพันธ์กับสถานการณ์การให้การดูแล เช่น ความเครียดทางอารมณ์ ความรู้สึกผิด ความกลัวและการมีรอยมลทิน

Beekman & Nancy (1991) ภาวะการดูแล หมายถึง ความเครียดของผู้ดูแลซึ่งเป็นการปฏิบัติหน้าที่ที่หนัก กับความเครียดที่มาจากภาระประเมินสถานการณ์ของผู้ดูแล

Jones (1996) ได้ให้ความหมายของภาวะการดูแลที่สามารถแบ่งได้เป็น 2 ส่วนประกอบ คือ ภาวะเชิงอัตวิสัย เป็นภาวะที่เป็นรูปธรรม เช่น กิจกรรมการดูแล การรบกวนต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล

ภาวะเชิงจิตวิสัย เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์การดูแล เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อภาวะ

Petemelj - Taylor & Hortly (1993) ภาวะการดูแลหมายถึงสิ่งที่เกิดจากการดูแลที่ต่อเนื่องและเรื้อรังแบ่งเป็น

ภาวะเชิงอัตวิสัย มาจากปัญหาที่เป็นรูปธรรม เช่น เศรษฐกิจ ชีวิตในสังคมถูกจำกัดและรบกวนการดำเนินชีวิตในครอบครัว

ภาวะเชิงจิตวิสัย เป็นการรับรู้ของบุคคลที่ต้องอยู่ร่วมกับบุคคลที่ป่วยทางจิตเวช ซึ่งเป็นสาเหตุของความวิตกกังวลและความเครียดของบุคคลในครอบครัว

กล่าวโดยสรุป แนวความคิด ภาวะการดูแลของผู้ดูแล มีผู้ศึกษาและเสนอแนวความคิดอย่างหลากหลายมุมมอง ซึ่งอาจกล่าวเป็นภาพรวมของภาวะการดูแล คือผลกระทบด้านลบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากการให้การดูแลผู้ป่วยสัมพันธ์กับพฤติกรรมให้การดูแลของผู้ดูแล พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและด้อยความสามารถของผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพิงผู้ดูแล ภาวะการดูแลเป็นความรู้สึกและการรับรู้ด้านลบของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในการดูแล และเป็นผลกระทบที่ตามมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งประกอบด้วย 2 ลักษณะคือ

1) ภาวะเชิงอัตวิสัย ความรู้สึกและการรับรู้ด้านลบของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวช เป็นสิ่งที่สามารถสังเกตได้ ได้แก่การรบกวนการการต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัวผู้ดูแล ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลและปัญหาเศรษฐกิจ

2) ภาวะเชิงจิตวิสัย ความรู้สึกและการรับรู้ด้านลบของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวช เป็นสิ่งที่แสดงถึงความรู้สึกอารมณ์และเจตคติของผู้ดูแลได้แก่ ความรู้สึกเป็นทุกข์ อับอาย เบื่อหน่ายไม่อยากจะดูแลผู้ป่วยจิตเวชอีกต่อไป และ ความรู้สึกว่าการช่วยเหลือ

2.3 ภาวะการดูแลเชิงอัตวิสัย และจิตวิสัย

ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หมายถึงความรู้สึกและการรับรู้ด้านลบของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในการดูแล และเป็นผลกระทบที่ตามมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วย 2 ลักษณะคือ

2.3.1 ภาวะเชิงอัตวิสัย เป็นความรู้สึกและการรับรู้ด้านลบของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวช เป็นสิ่งที่สามารถสังเกตได้ การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันและการเข้าร่วมสังคมผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแล และปัญหาทางเศรษฐกิจ (Rungreangkulkij and Gilliss, 2000)

1) ปัญหาด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน และการเข้าร่วมสังคมของผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยจิตเวชผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือและเฝ้าดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลาเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้และมีภาวะอารมณ์แปรปรวน ไม่สามารถสื่อสารหรือบอกความต้องการของตนเองได้ (ศิริพันธ์ สาสัตย์ และคณะ, 2543) และยังคงเฝ้าระวังเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากสิ่งคุกคามและเป็นอันตราย (Elliot, 1998) และจากผลการศึกษาหลายการศึกษาที่ให้ผลสอดคล้องกันว่าผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่มีเวลาพอที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การสังสรรค์กับเพื่อนเพราะต้องคอยดูแลผู้ป่วย (สถิตย์ วงศ์สุรประภิต, 2542) รวมทั้งการศึกษาของ วรรณนิภา สัมมวรรณ (2537) เรื่อง สัมภาษณ์ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 51.7 เห็นว่าภาวะการดูแลรบกวนความเป็นอยู่ประจำวัน และร้อยละ 51.7 ให้ความเห็นว่าการดูแลรบกวนเวลาตอนกลางคืน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pruchno & Rech (1989 cited in Donaldson, 1997) พบว่าภาวะเสื่อมด้านความจำและพฤติกรรมที่รบกวนของผู้ป่วยจะลดกิจกรรมในสังคมของผู้ดูแล ในแนวทางเดียวกัน วรรณนิภา บุญระยอง (2543) ศึกษาภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 17.2 ต้องตื่นกลางดึกเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการรบกวนเวลาตอนนอนของผู้ดูแล

กล่าวโดยสรุป การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นภาระหนักสำหรับผู้ดูแล ต้องคอยดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการเข้าร่วมสังคมของผู้ดูแล คือ รมกวนเวลานอน ไม่มีเวลาว่าง และยังไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้

2) ปัญหาด้านสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเนื่องมาจากความรักความผูกพันทำให้ผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลทุ่มเทแรงกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งไม่มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง และเกิดความเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง ความดันโลหิตลดลง ระดับไขมันในเลือดเปลี่ยนแปลง (Elliot, 1998) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานของสายพิน เกษมวัฒน์กิจ (2536) เรื่อง แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแลพบว่า ภรรยาผู้ดูแลจะมีโรคประจำตัวที่พบมากได้แก่ ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะไมเกรน บางครั้งมีอาการ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ตกใจง่าย ใจสั่น รับประทานอาหารได้น้อย และจากการศึกษาของ Fuller (อ้างใน ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543) ศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุชายที่ดูแลภรรยาที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า สามีที่มีบทบาทเป็นผู้ดูแลมีอาการทางระบบทางเดินหายใจสูงกว่าสามีที่ไม่ได้มีบทบาทผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานของ Deimling & Bass (1986 cited in Donaldson et al., 1997) ศึกษาโดยใช้การวิเคราะห์จำแนกทดสอบผลของพฤติกรรมต้องพึ่งพิง ผู้ดูแลของผู้สูงอายุและผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ภาวะที่ต้องพึ่งพิงของผู้ป่วยมีผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพของผู้ดูแล และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้น จะมีผลด้านลบต่อสุขภาพของผู้ดูแล (Ip Gleydy and Mackenzie, 1998) และจากการศึกษาของ Barusch (1998 cited in Beckman and Nancy, 1999) ศึกษาคู่สมรสที่ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 76 วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ซึ่งความเครียดและความเหน็ดเหนื่อยจากการดูแลจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล

3) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เป็นปัญหาสำคัญที่ครอบครัวต้องรับมือขอดูแลรวมทั้งผู้ป่วยไม่สามารถหารายได้มาจุนเจือครอบครัวและบางครั้งผู้ดูแลต้องออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบกับค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ายา ค่าเดินทางมารักษา ทำให้ครอบครัวผู้ดูแลมีภาระหนักขึ้น การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงนำมาสู่ปัญหาเศรษฐกิจที่รุนแรง (สถิตย์ วงศ์สุระประกิจ, 2542 ; Ip Gleydy and Mackenzie, 1998) และจากการศึกษาของ ศิริพันธ์ สาส์ตย์ และคณะ (2543) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมซึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรังและด้อยความสามารถ มีปัญหาด้านการเงินด้วยเช่นกัน

2.3.2 ภาวะเชิงจิตวิสัย ความรู้สึกและการรับรู้ด้านลบของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวช เป็นสิ่งที่แสดงถึงความรู้สึกอารมณ์และเจตคติของผู้ดูแลได้แก่ ความรู้สึกเป็นทุกข์ อับอาย เบื่อหน่ายไม่อยากดูแลผู้ป่วยจิตเวชอีกต่อไป และ ความรู้สึกว่าขาดการช่วยเหลือ

จากผลการศึกษาของ ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) เรื่องความรู้สึกและความต้องการคำแนะนำ : กรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วย

1) ความเศร้าโศก สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลจะรู้สึกเสียใจและสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีความทุกข์ เศร้า ที่บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยและรู้สึกหมดหวังความรู้สึกโศกเศร้าของครอบครัวผู้ดูแล จะน้อยลงเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตมากขึ้นทำให้ครอบครัวผู้ดูแลต้องเจ็บปวดซึ่งผลกระทบสุดท้ายคือทำให้ครอบครัวต้องเจ็บปวด

2) ความรู้สึกผิด ครอบครัวจะมีความรู้สึกผิดตลอดเวลาว่าเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย ครอบครัวผู้ดูแลจะรู้สึกผิดและสับสนต่อการดูแลผู้ป่วยว่าควรปฏิบัติอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย

3) ความรู้สึกโกรธ ครอบครัวผู้ดูแลจะรู้สึกโกรธที่มีบุคคลในบ้านเจ็บป่วย ความรู้สึกโกรธจะเริ่มจากโกรธผู้ป่วยแต่ในที่สุดจะเปลี่ยนเป็นลงสารและโกรธที่ถูกเน้นบทบาทของผู้ดูแลจากที่มสุขภาพและรู้สึกว่าที่มสุขภาพไม่เข้าใจ

4) ความรู้สึกหมดหวังหมดพลัง เป็นผลมาจากความโกรธ ความเศร้าและความรู้สึกผิด ประกอบกับการเจ็บป่วยทางจิตเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังการดำเนินของโรคขึ้นๆ ลงๆ ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ครอบครัวผู้ดูแลจะรู้สึกหมดหวังและหมดพลัง

5) ความรู้สึกกลัว เมื่อมีความรู้สึกหมดหวังหมดพลังจะมีความรู้สึกกลัวร่วมด้วยกลัวในเรื่องของการรักษาครอบครัวผู้ดูแลจะรู้สึกไม่มั่นคงในความปลอดภัยต่อตนเองและทรัพย์สิน เมื่อผู้ป่วยมีอาการคุมคลั่งและกลัวในเรื่องการจัดการปัญหาหรือการกระทำที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกดีและมีอาการสงบ

6) ความรู้สึกแยกตัวไม่อยากจะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัวหรือชุมชนโดยแยกตัวทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลออกจากสังคม ด้วยความรู้สึกอายนที่บุคคลในครอบครัวมีอาการทางจิตกลัวว่าผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้อื่นรังเกียจการแยกตัวนี้จะทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะในการเข้าสังคม ครอบครัวผู้ดูแลเกิดความเหงา ว้าเหว่ เบื่อหน่ายท้อแท้ขาดกำลังใจขาดที่ปรึกษาและเกิดความรู้สึกซึมเศร้า

2.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

การเจ็บป่วยทางจิตเวชต้องการ การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวผู้ดูแลและการที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชได้ตามปกติ ครอบครัวจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช รวมทั้งบุคคลในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมีความเมตตาและอดทนต่อผู้ป่วย (สุวิมล สมรรณะ, 2541)

Horowitz (1985 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโณ, 2541) ให้ความหมายของของญาติผู้ดูแล เป็น 2 ลักษณะโดยจำแนกตาม ระดับขอบเขตความรับผิดชอบ

1) ญาติผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วย โดยตรงมุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองของความต้องการด้านร่างกาย เช่นการอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว ให้อาหาร หรือให้อาหารสายยางทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วย รับประทานยาโดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2) ญาติผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึงบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชน หรือ งานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษาเป็นต้นหรืออาจให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) แบ่งบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ตามประเภทของบทบาทได้ 2 กลุ่ม คือ

1) บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (Care Provider role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพ อนามัยของร่างกาย และตอบสนองของความต้องการด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยโดยยึดแนวทางการรักษา เช่น การให้อาหาร การรับประทานยา ซึ่งการดูแลด้านร่างกายนั้นมักจะละเลยการดูแลด้านภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย

2) บทบาทของผู้จัดการดูแล (Care manager role) เป็นบทบาทของผู้ดูแลที่ต้องประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และภาวะจิตสังคม โดยผู้ดูแลจะทำหน้าที่ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือบริการอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดด้านการป้องกันส่งเสริม รักษาและฟื้นฟู

จอม สุวรรณโณ (2541) กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไว้ดังนี้

- 1) ปฏิบัติการดูแลโดยตรงทางด้านร่างกาย ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำแต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
- 2) ช่วยเหลือระดับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ
- 3) จัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัด จากสถานบริการสุขภาพ จัดหาซื้อยา รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยา
- 4) ช่วยเหลือด้านการเงิน
- 5) แบ่งเบาภาระงานบ้าน
- 6) เป็นธุระติดต่อกับชุมชน

2.5 แนวทางการลดภาระการดูแล

ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแลและครอบครัวเนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบทั้งทาง ร่างกายและจิตใจผู้ดูแล แนวทางการลดภาระการดูแลประกอบด้วย

1) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Patient intervention) เป็นการมี ปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วยเพื่อลดผลกระทบด้านลบต่อผู้ดูแลให้น้อยที่สุดซึ่งแบ่งได้เป็น(Elloit, 1998 ;Dunkin, 1998)

- การรักษาทางยา (Drug Approach) เป็นการศึกษาและพัฒนายาที่ใช้รักษาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เช่น การไม่อยู่นิ่ง พฤติกรรมก้าวร้าว (Dunkin , 1998)

- การไม่ใช้ยา (Non Drug Approach) ได้แก่การมีพฤติกรรมสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมนำมัดต่าง ๆ การฝึกให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งทักษะด้านกายภาพและการเคลื่อนไหว และจะช่วยลดอาการของการนอนไม่หลับ (Elloit , 1998)

2) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (Caregiver intervention) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลเพื่อลดภาระการดูแลแนวทางการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล เพื่อลดภาระการดูแลออกเป็น

- การให้ความรู้ (Education) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ที่สามารถให้บริการได้ในสังคม และสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยได้รับ (Dunkin et al., 1998) และทักษะการดูแลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยา อาการที่ควรระวังและการเพิ่มเทคนิคที่เหมาะสม

สำหรับการดูแลเพิ่มความรู้สึกของความพึงพอใจ และเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ (Kasuya, 2000) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช สามารถลดภาระการดูแลได้ เช่น ดรุณี คชพรหม (2543) ศึกษาผลของกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาคือ การได้รับความรู้สามารถลดภาระการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชได้

- กลุ่มสนับสนุน (Support group) ผู้ดูแลได้เรียนรู้ภาระการดูแล โดยการบรรยายหรือการพูดคุยกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนทางสังคม จากกลุ่มสนับสนุน (Dunkin, 1998) นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มสนับสนุนเป็นความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยการรักษา แหล่งประโยชน์ และวิธีการแก้ปัญหา Howe & Howe (1987 cited in cook, 1999) ศึกษาผลของการเข้าไปมีส่วนร่วมในกลุ่มสนับสนุนต่อภาระการดูแลของพ่อแม่ผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ (The Effect of Support group Participation on Caregiver Burden Among Parent of Adult Off Spring with Severe mental illness) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนมีภาระการดูแลที่น้อยลง

- ครอบครัวบำบัด (Family therapy) ครอบครัวบำบัดจะต้องไม่เกี่ยวข้องกับการแทรกแซงการรักษาผู้ป่วย หรือสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ครอบครัวบำบัด เป็นการให้ความรู้และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหาที่สมาชิกในครอบครัวซึ่งครอบครัวจะยอมรับอย่างมาก (Dunkin, 1998)

- การพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัว (Develop Family Strength) ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญหน้าและรับผิดชอบความเลวร้ายของปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตเวชและต้องรับภาระหนักในการดูแล จำต้องพัฒนาความแข็งแกร่งของการให้การดูแลที่หนักของทุกวัน รวมทั้งความแข็งแกร่งของความรู้สึกของผู้ดูแลให้มีความพึงพอใจและเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับปัญหาได้ ซึ่งการพัฒนาความแข็งแกร่งนี้เป็นแนวทางในการลดภาระการดูแล (Brow University Report, 2000)

- ให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา (Involving Caregiver in treatment) เป็นการเปลี่ยนมุมมองที่ครอบครัวเป็นสาเหตุของการเกิดโรค หรือครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้เป็นการให้ความสำคัญกับครอบครัว สิ่งที่สำคัญของการมีส่วนร่วม คือการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลของการรักษาต่อผู้ดูแลผู้ป่วย (Elliot, 1998) การสนับสนุนให้ความรู้ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมเป็นการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (จอม สุวรรณโน, 2541) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีแนวโน้มประเมินสถานการณ์การดูแลประสบการณ์ และผลลัพธ์การดูแลในทางบวก (Kramer, 1993 อ้างใน จอม สุวรรณโน, 2541) การมีส่วนร่วมที่แท้จริง คือ การมีส่วนร่วมใน

การรักษา เช่น การร่วมวางแผนการรักษา และก่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษาและผลลัพธ์ ผู้ดูแลต้องมีความเชื่อมั่นในผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งการมีส่วนร่วมนี้จะช่วยลดความแตกต่างหรือช่องว่างระหว่างที่การรักษาและผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของครอบครัวกับผู้เชี่ยวชาญในการรักษา นี้ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ และความรู้สึกของการมีอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ และเป้าหมายของการมีส่วนร่วม คือ ผู้ดูแลได้พบกับความต้องการของตนเอง (Mohr, 2000)

กล่าวโดยสรุปแนวทางการลดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วย 2 แนวทางคือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล โดยการนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในแผนการรักษา การให้ความรู้ผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวช รวมทั้งการพัฒนาความแข็งแกร่งของผู้ดูแล ให้สามารถควบคุมสถานการณ์ การดูแลได้

ดังนั้นการศึกษาเพื่อลดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล โดยใช้กลวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลนั้นเป็นบทบาทอิสระและแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวช การพัฒนาศักยภาพการดูแล และการให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแล การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นแนวคิดที่สามารถลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.1 ความเป็นมาของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เริ่มขึ้นครั้งแรกปลายทศวรรษที่ 1960 และต้นทศวรรษที่ 1970 เริ่มจากการเคลื่อนไหวเพื่อดูแลตนเองของประชาชน (Kiether, 1984 cited in Hulme, 1999)

Friere (1970 cited in Hulme, 1999) เป็นนักการศึกษาของประเทศบราซิล เชื่อว่าการเสียประโยชน์ของประชาชนทำให้เกิดการสูญเสียความเป็นมนุษย์ เป็นการสะท้อนให้เกิดการพัฒนาตนเอง ทั้งด้านความคิดและการกระทำในเวลาเดียวกัน Friere ได้รวมความคิดและการกระทำดังกล่าว เป็นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และในทศวรรษที่ 1970 ผู้รับบริการมีการตื่นตัวกับแนวคิดของการดูแลตนเองด้านสุขภาพซึ่งเชื่อว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้นโดยผ่านกระบวนการกระทำทางสังคม คือการให้กำลังใจประชาชน เพื่อการมีส่วนร่วมและควบคุมการดำรงชีวิตของตนเอง เป็นการได้มาซึ่งพลังเพื่อให้เกิดผลของการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี (Friere, 1974 cited in Schofield, 1998) และ Guralnik (1970 cited in Hawks, 1992) ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจเหมือนกับ 1) การให้พลังหรืออำนาจหน้าที่ต่อบุคคลอื่นอย่างถูกต้อง 2) ให้ความสามารถเพื่อเพิ่มความสามารถหรือเปิดโอกาสให้แสดงความสามารถ

การเสริมสร้างพลังอำนาจที่เกิดขึ้นในระยะแรกนั้น เป็นการให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบทั้งของผู้ดำเนินการและในชุมชนซึ่งผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้บุคคลรู้จักตนเองมากขึ้นและเป้าหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือ การเปลี่ยนแปลงทรัพยากรหรือ สถานการณ์ของสังคม ซึ่งมีการบังคับหรือกดขี่เป็นพื้นฐาน (Ryles, 1999)

แนวความคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจได้รับความสนใจมากขึ้นในปี ค.ศ. 1986 เมื่อองค์การอนามัยโลก (WHO) ให้คำจำกัดความของสุขภาพ เป็นขอบเขตซึ่งบุคคลหรือกลุ่มคนสามารถปฏิบัติเพื่อให้ได้ในสิ่งที่มีความต้องการของตนเองและของบุคคลอื่น เพื่อเปลี่ยนแปลงหรือแก้ปัญหา ร่วมกับสภาพแวดล้อม เพราะฉะนั้นสุขภาพเป็นสิ่งที่เหมือนกับการดำรงชีวิตทุกวันเป็นแนวความคิดทางบวก ที่ให้ความสำคัญต่อสังคมและทรัพยากรบุคคล (Schofield, 1998) ต่อมาแนวความคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ถูกนำมาใช้อย่างมากในผู้ป่วยโรคเอดส์ การเสริมสร้างพลังอำนาจนักเรียน การเสริมสร้างพลังอำนาจวัยรุ่น การเสริมสร้างพลังอำนาจครู แต่การเสริมสร้างพลังอำนาจทางกายภาพนั้นยังมีน้อย รวมทั้งการให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจยังไม่ชัดเจน การศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในระยะแรกที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลส่วนมากเป็นการวิเคราะห์แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1991; Hawks, 1992)

จากการวิเคราะห์แนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1991) การเสริมสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาลมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และการพัฒนาสภาพแวดล้อม โดยได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากบุคลากรวิชาชีพพยาบาล และสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ ความเท่าเทียมกันของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และการยอมรับบริการให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอย่างเสมอภาคกัน พยาบาลเป็นแหล่งทรัพยากรของความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างพลังอำนาจและนำไปสู่การปฏิรูประบบบริการด้านสุขภาพในอนาคต

ปัจจุบันการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดที่กว้างและมีผู้ให้คำจำกัดความและนำไปประยุกต์ใช้กับประชากรและสถานการณ์ที่หลากหลาย ซึ่งมีพื้นฐานมาจากการเชื่อในความสามารถ หรือความรู้ความชำนาญของบุคคล หรือการช่วยให้บุคคลได้มาซึ่งความรู้สึกของพลังที่จะควบคุมชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง เป็นการให้ความสามารถเพื่อพัฒนาความพึงพอใจทางบวกของการดำเนินชีวิต (Jane, 1991) และในระยะต่อมาได้นำแนวความคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจมาดัดแปลงเพื่อใช้ในวิชาชีพพยาบาลมากขึ้น โดยเฉพาะในองค์กรที่ให้ความสำคัญกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในองค์กร การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับบุคลากรพยาบาลเป็นแนวทางหนึ่งที่จะทำให้ องค์กรพยาบาลประสบความสำเร็จ (บุญใจ ศรีสถิตยัณทรากูร, 2539) นอกจากนี้ยังนำมาใช้เสริมสร้างพลังอำนาจผู้รับบริการเพื่อปรับเปลี่ยนการบริการให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ใช้บริการ เช่น การศึกษาของ Sandra (1996) เป็นการศึกษาโครงการสนับสนุนครอบครัวโดยใช้กลยุทธ์การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยให้พ่อแม่ผู้ดูแลเด็กป่วย มีส่วนร่วมในการจัดบริการและประเมินผลคุณภาพการบริการ ผลการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลทำให้เกิด คุณภาพบริการเป็นไปตามความต้องการของผู้รับบริการ Gibson (1995) ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของแม่ที่ดูแลลูกป่วยเรื้อรังในระบบประสาท และสรุปเป็นกรอบแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ชัดเจน ซึ่งกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) เป็นที่รู้จักกันโดยทั่วไปและนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยกันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย เช่นการศึกษาของ จารวรรณ จินตามงคล (2541) ใช้กรอบแนวคิดของ Gibson (1995) สร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเวช และการศึกษาของ สายฝน เขียวรางกูร และคณะ (2542) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสวนปรุง เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเปรียบเทียบ และได้นำกรอบแนวคิดของ Gibson (1995) มาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยเช่นกัน

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวความคิดที่ทันสมัยและสอดคล้องกับสถานการณ์สังคมปัจจุบัน ที่ใช้เป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาองค์กร สังคมและบุคคล (จินตนา ยูนิพันธ์, 2538) รวมทั้งมีการให้คำจำกัดความไว้อย่างมากมาย บรรยายถึงการมีส่วนร่วมของหลายองค์ประกอบ มีจุดสนใจอยู่ที่การส่งเสริมให้เข้าถึงแหล่งประโยชน์ ความรู้ ความชำนาญและศักยภาพในตนเอง (Heflinger et al., 1997) รวมทั้งการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการให้ได้มาซึ่งพลังอำนาจ (Power) ของบุคคล (Segal et al., 1995) เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลเข้าใจปัญหาของตนเอง มีความหวังและกำลังใจ มีความสามารถในการปรับตัวรับรู้ศักยภาพของตนเองว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถแก้ปัญหาของตนเองได้

3.2 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.2.1 ความหมายของพลังอำนาจ

Tyson & Jackson (1992 อ้างถึงใน อวยพร ตันมูชยกุล) พลังอำนาจ เป็นการรู้จักเป้าหมายของตนเองและรู้จักใช้ทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น

Lukes (1974 cited in Ryles, 1999) เสนอรูปแบบของพลังออกเป็น 3 มิติ มีความต่อเนื่องของการวิเคราะห์มุมมองในทางที่ดี มิติที่ 1 บรรยายเหมือนกับผลลัพธ์ของความคับข้องใจ และเป็นพื้นฐานของบุคคลที่จะเป็นผู้ชนะ คือการคงไว้ซึ่งพลัง มิติที่ 2 แนวทางของการตัดสินใจกระทำและไม่กระทำเป็นความสำคัญของการวิเคราะห์พลัง มิติที่ 3 เป็นการบรรยายถึงพลังในทางที่ดี เป็นการลดความคับข้องใจพลังจึงเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการรับรู้สิ่งที่เป็นความต้องการของบุคคล

Dodd and Gutierrez (1990 cited in Segal et al., 1995) พลังหมายถึง ความสามารถที่ทำได้ในสิ่งที่ต้องการและความสามารถมีอิทธิพลต่อสิ่งอื่นทั้งความรู้สึกและการกระทำ และ/หรือ พฤติกรรมที่เป็นแนวทางของการได้ในเรื่องที่ต้องการในอนาคต

Akey et al. (2000) พลังอำนาจ หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการที่ผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเวชรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง มีความหวังและกำลังใจ มีความสามารถในการปรับตัวรับรู้ศักยภาพของตนเองว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถแก้ปัญหา

เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ รวมถึงรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์และสามารถใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

กล่าวโดยสรุป พลัง หมายถึง แนวความคิดในทางบวก ก่อให้เกิดการลดความคับข้องใจ เข้าใจปัญหาของและรู้จักเป้าหมายของตนเองเป็นแนวทางในการตัดสินใจ รับรู้ศักยภาพของตนเองว่าเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ และรู้จักใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสมเพื่อกระทำในสิ่งที่ต้องการและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีในการดำรงชีวิต

3.2.2 ความหมายของ การเสริมสร้างพลังอำนาจ

Vanderslice (1984 cite in Heflinger et al ,1997) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการผ่านบุคคลให้กลับมามีอิทธิพลต่อบุคคลเหล่านั้นและองค์กรที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของตนเองและการดำรงชีวิตของบุคคลที่ต้องให้การดูแล

file : // A : \ Caregiver and Support Services.htm การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการทางสังคมผ่านประชาชน เพิ่มพลังประชาชนให้มีอำนาจปกครองหรือพลังอยู่เหนือการดำรงชีวิตของตนเอง และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม นั่นคือการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

Heifer (1984 cite in Robert E.H,2001) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการพัฒนาการทำงานเป็นผลของการตื่นตัวที่ต้องดิ้นรนผ่านความคับข้องใจภายในสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน ประชาชน จะกลับมาพลังจะต้องพัฒนาผ่าน 4 ระยะ คือ การพัฒนาทักษะ (develop Skill) ความมั่นใจ (Confidence) ความเคารพในตนเอง (Self-esteem) และความสมบูรณ์ของบุคคล (Maturity) โดยผ่านเวลาที่ยาวนานต่อเนื่องเชื่อมโยงกับการช่วยเหลือขององค์กร

Hess et al. (1984 cited in Robert, 2001) พลังสามารถเข้าใจภายในบริบทของระบบ และสิ่งที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจคือ 1) เพิ่มความรู้และทักษะ 2) เพิ่มผลที่ตามมาทั้งทางลบและทางบวก 3) เพิ่มสภาพแวดล้อมที่เปิดโอกาสรวมทั้งผู้เชี่ยวชาญสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนผ่านการพัฒนาเทคโนโลยีทางสังคม เช่น การฝึกอบรม การให้ความรู้ และการจัดเตรียมข้อมูลข่าวสาร

Hawks (1992) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยฝ่ายหนึ่งเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจและอีกฝ่ายหนึ่งเป็นผู้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการเตรียมความรู้ ทักษะการ วิธีการและสภาพแวดล้อม รวมถึงการศึกษามิถหลังของแต่ละฝ่าย เพื่อนำมาพัฒนาเพิ่มความสามารถของฝ่ายรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

บุญใจ ศรีสถิตนรากร (2539) เป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถกระทำด้วยตนเอง สามารถสอนหรือฝึกให้บุคคลอื่น โดยการเพิ่มอำนาจและอำนาจหน้าที่ให้เหมาะสมกับขอบเขตงานที่รับผิดชอบ พัฒนาบุคคลให้มีศักยภาพสูงสุดในการปฏิบัติงาน รู้สึกมั่นใจในตนเอง และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มความแข็งแกร่งให้กับบุคคล เพื่อให้บุคคลมีสมรรถนะในการปฏิบัติงาน ทำให้ทั้งบุคคลและองค์กร ได้รับการพัฒนาและผลประโยชน์ร่วมกัน

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2539) ได้สรุปความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจจากการทบทวนวรรณกรรมของ Gibson (1991) ไว้ดังนี้

- 1) กระบวนการที่บุคคล องค์กร หรือชุมชน ใช้ในการได้มาซึ่งความสามารถในการควบคุม กำกับ การดำรงชีวิตของตนเอง
- 2) กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก และทั้ง 2 ฝ่ายต้องใช้ความพยายามร่วมกัน
- 3) เพิ่มความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตนและการสร้างประสิทธิภาพของตนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือ การสร้างเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคลตลอดจนการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมด้วย
- 4) การที่บุคคลเรียนรู้การใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทำงานร่วมกันซึ่งเป็นการเชื่อมโยงทรัพยากรที่มีอยู่ภายในบุคคล ภายนอกบุคคล และที่มีอยู่ภายนอกบุคคล
- 5) กระบวนการที่เน้นหาทางออกทางแก้ปัญหามากกว่าที่ตัวปัญหา เน้นที่ความแข็งแกร่ง ศิทธิและความสามารถของบุคคลมากกว่าข้อจำกัดหรือจุดด้อยของบุคคล
- 6) กระบวนการที่มีลักษณะสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างประโยชน์ร่วมกันโดยมุ่งเน้นความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้นในโครงสร้างและสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ในหน่วยเล็กและหน่วยใหญ่ คือชุมชน
- 7) กระบวนการที่มีกลไกเกี่ยวกับอำนาจของบุคคลทั้งการให้หรือการรับ อำนาจ หรือการใช้อำนาจและการถ่ายโอนอำนาจ

8) กระบวนการที่เน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก หรือการกระทำร่วมกัน เพื่อให้มีการเจริญเติบโต และการพัฒนาการของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน เพื่อให้บุคคลมีความรู้ความสามารถเฉพาะที่ตั้งใจ

9) กระบวนการของการช่วยเหลือบุคคลให้ประสบความสำเร็จ ในการควบคุมสิ่งแวดล้อมหรือกำหนดทิศทางชีวิตของตนเองได้

Ellis-Stollard Popkiss-Vawter (1998) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการมีบทบาทร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

Buchanan and Gerity (1989 cited in Hulme, 1999) ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว คือ การตระหนักรู้ในแหล่งประโยชน์มีหลากหลาย เข้าใจและให้การดูแลที่แตกต่างกันอย่างเหมาะสม ใช้บริการเฉพาะเวลาฉุกเฉินเท่านั้น

Hasenfeld (1987 cited in Segal, 1995) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการได้มาซึ่งพลังการปฏิบัติงานในสังคมเป็นกระบวนการที่ผ่านผู้ป่วยโดยการเพิ่มความสามารถให้ควบคุมอยู่เหนือสภาพแวดล้อมของพวกเขาเอง

Zimmerman (1986 cited in Akey et al., 2000) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการพลวัติ รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อมของสังคมในแต่ละวันของบุคคล

Schofield (1998) เป็นการเปลี่ยนมุมมองที่ให้การพยาบาลเน้นที่การเจ็บป่วยเป็นการเน้นที่สุขภาพในการให้ความรู้ผู้ป่วย

Nirbhay & John (1997) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถส่วนบุคคลเพื่อควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเอง โดยสิ่งที่ชักจูงเข้าสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ตนเอง และสภาพแวดล้อมทางสังคม

Roodwell (1996 cited in Hulme, 1999) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลให้เลือกตัดสินใจกระทำ อยู่เหนือการดำเนินชีวิตของตนเอง

กล่าวโดยสรุป การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวความคิดที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันมีการกล่าวถึงกันอย่างกว้างขวาง เป็นการพัฒนาศักยภาพมนุษย์และทรัพยากรธรรมชาติให้มีศักยภาพและให้ประโยชน์อย่างเต็มที่ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลและองค์กร

3.3 รูปแบบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Model of Empowerment)

Simmons & Parson (1983 cited in Gibson, 1991) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลให้เป็นผู้มีอำนาจในสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้น และประสบความสำเร็จในการตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งการเกิดขึ้นของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจต้องผ่านการเปลี่ยนแปลงรายบุคคล เป็นการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคลหรือการเปลี่ยนแปลงระหว่างบุคคล หรือการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนั้นมีผลกระทบต่อปัจเจกชน

Ryles (1999) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ เป็นแนวความคิดที่เป็นพลวัต และเป็นนามธรรม เป็นแนวความคิดที่เป็นทางบวก นำไปสู่การเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ

1) Psychological Model เป็นแนวความคิดของมนุษยวิทยา นำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลให้ความสำคัญกับการตระหนักรู้ตนเอง และการพัฒนาความสามารถของบุคคลเพื่อค้นหาความสำเร็จกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกิดควาลลำบากใจ สิ่งที่เป็นพื้นฐานของ Model นี้คือ ความไว้วางใจและความเคารพซึ่งกันและกัน

2) Political Model การเสริมสร้างพลังอำนาจ เชื่อว่าบุคคลสามารถเต็มไปด้วยพลัง ถ้าพวกเขาตระหนักรู้ ร่วมคิดในขอบเขตของตนเอง เป็นการยกระดับของระบบอย่างมีหลักการ และต้องเข้าใจระบบการเมือง เศรษฐกิจ ซึ่งเป็นสิ่งที่มาก่อนการปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Kieffer's (1984 cited in Ryles, 1999) ได้เสนอโครงสร้างของการเสริมสร้างพลังอำนาจในระยะแรก การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเชื่อมโยงระดับเล็ก (ระหว่างบุคคล การมีคุณค่าในตนเองและศักยภาพ) โครงสร้างที่มีการเชื่อมโยงระหว่างกลุ่ม (สมาชิกกลุ่มและความตั้งใจจริง) และโครงสร้างระดับใหญ่ (สังคมและกิจกรรมทางการเมือง) ทั้ง 3 สภาพะของการเสริมสร้างพลังอำนาจต้องเป็นปัจจุบันและชัดเจน เพื่อให้ชุมชนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและเป็นการเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่สำคัญ

Dunst & Trivette (1996 cited in Hulme, 1999) การเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 3 องค์ประกอบพื้นฐาน

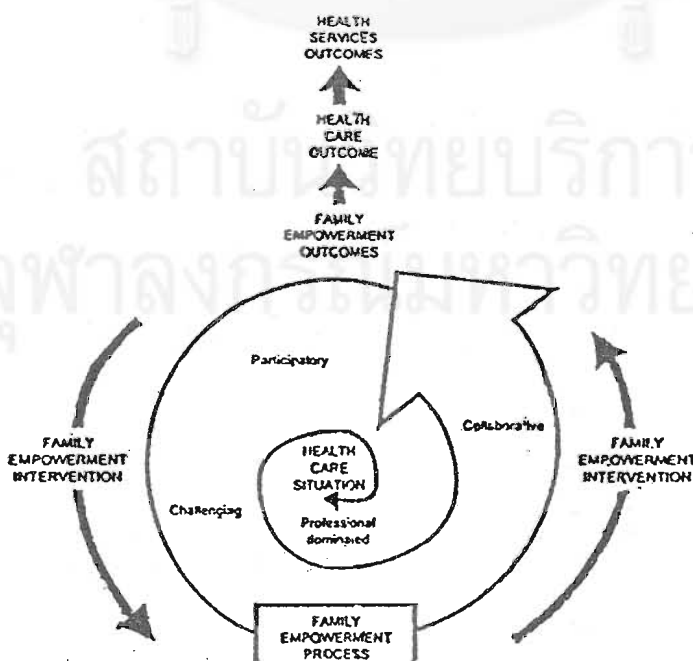
- 1) เชื้อมั่นในความแข็งแกร่งของบุคคลที่จะพัฒนาไปสู่ผู้มีความรู้ความชำนาญ
- 2) ประสบการณ์การมีส่วนร่วม
- 3) การได้รับความรู้

Hulme (1999) เสนอโครงสร้างของการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว ประกอบด้วย 2 แนวคิดที่แตกต่างกัน

- 1) ปัจจุบันสภาพแวดล้อมของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทาย ครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกที่ป่วยเรื้อรัง
- 2) สังคมต้องประกอบด้วยบุคคลอย่างน้อย 2 คน การดูแลก็มีลักษณะพิเศษ ความผูกพันซึ่งกันและกัน มีจุดมุ่งหมายเดียวกันเป็นเวลานาน และความรับผิดชอบครอบครัว เป็นสิ่งที่ต้องคงไว้ซึ่งการดูแลซึ่งกันและกัน

Family empowerment Model (Hulme, 1999) การเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว ประกอบด้วย 4 ระยะ

แผนภาพที่ 1. รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวตามแนวคิดของ Hulme (1999)



ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย

1) ระยะเวลาผู้เชี่ยวชาญ เป็นผู้มีอำนาจ (Professional Dominate phase) เป็นระยะแรกของบุคคลในครอบครัว เป็นระยะที่มีการรบกวนการดำเนินชีวิต การวินิจฉัยว่าเป็น โรคเรื้อรัง ครอบครัวจะเชื่อฟังบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ

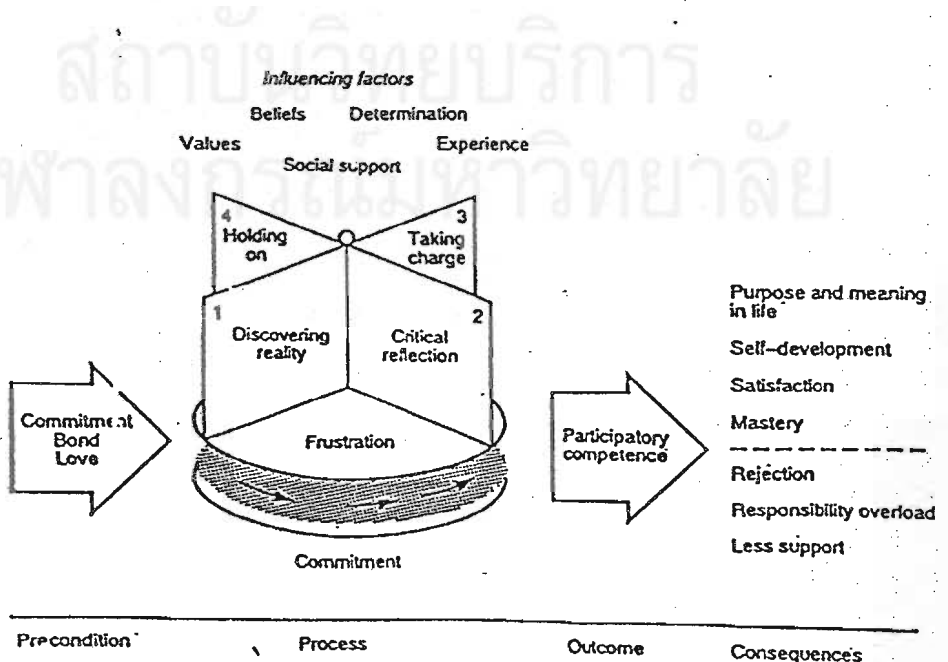
2) ระยะการมีส่วนร่วม (Participatory phase) เป็นระยะของการใช้วิจารณ์ญาณคิดอย่างมีเหตุผลทำให้สมาชิกในครอบครัวพบตนเองเป็นบุคคลสำคัญในการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและความรับผิดชอบเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตของบุคคลในครอบครัว

3) ระยะท้าทาย (Challenging phase) เป็นระยะที่มีความสมดุลของพลังครอบครัว มีบทบาทในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ครอบครัวมีความคับข้องใจและไม่แน่ใจขาดความไว้วางใจต่อบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ

4) ระยะของการร่วมมือ (Collaborative phase) เป็นระยะสุดท้าย ครอบครัวแสดงเอกลักษณ์ใหม่โดยการเปลี่ยนแปลงที่มีความพึงพอใจในตนเอง และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งมีความสามารถในการเจรจา กับบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ เป็นการปรับบทบาทและความรับผิดชอบในการจัดการกับการดำเนินชีวิตในครอบครัว

Gibson (1995) เสนอ Model ของการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาที่ดูแลลูกป่วยเรื้อรังในระบบประสาท

แผนภาพที่ 2 แสดงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson (1995)



กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1) การค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering reality) เป็นระยะแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยการตอบสนองด้านอารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมตอบสนองด้านอารมณ์ มีความรู้สึก ซ้อค สับสน ตกใจ เป็นทุกข์ และโกรธ ไม่เข้าใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคมองอนาคตเป็นปัญหาระยะยาว ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

- การตอบสนองด้านการรับรู้ แสวงหาข้อมูลข่าวสาร เพื่อการเข้าใจเหตุการณ์ มีความรู้สึกไม่แน่ใจและคับข้องใจ เมื่อไม่สามารถเข้าใจว่าอะไรเกิดขึ้น มีความไว้วางใจต่อวิชาชีพ สุขภาพมาก

- การตอบสนองด้านพฤติกรรม แม่จะให้การดูแลลูกทุกอย่าง มีความคาดหวังในทางที่ดีซึ่งทำให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ต่อไปในระยะของการค้นพบสถานการณ์จริง จะมีความคับข้องใจ ซึ่งความคับข้องใจนี้จะนำไปสู่การคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งเป็นการพัฒนาความรู้สึกที่มีพลังและช่วยให้เผชิญกับความจริง

2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) ความคับข้องใจที่เพิ่มมากขึ้นทำให้แม่ประเมินตนเอง สิ่งคุกคาม ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจนำไปสู่การพัฒนาความรู้สึกมีพลังในตนเอง ตระหนักถึงความแข็งแกร่ง ความสามารถและทรัพยากรของตนเอง หลังจากการคิดอย่างมีวิจารณญาณ จะพบกับสถานการณ์จริงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ทำให้มีสติและตัดสินใจกระทำต่อไป สามารถควบคุมอารมณ์ และพบว่าตนเองเป็นผู้เข้มแข็ง มีศักยภาพและทราบจุดมุ่งหมายบนความต้องการของตนเอง การมีสติทำให้เกิดการปฏิบัติการตอบสนองในเหตุการณ์ขณะนั้น และตัดสินใจลงมือปฏิบัติ

3) ตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) เมื่อเชื่อมั่นในความรู้จะตัดสินใจลงมือปฏิบัติในเหตุการณ์นั้น การลงมือปฏิบัติเกี่ยวข้องกับสิ่งต่อไปนี้

- การสนับสนุนลูก (Advocating for the child) แม่เป็นห่วงและคอยช่วยเหลือดูแลลูกเพราะลูกต้องพึ่งพา และแม่เป็นตัวแทนของลูก

- เรียนรู้และสอดคล้อง (Learning the ropes) แม่เรียนรู้ที่จะค้นหาระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เรียนรู้ที่จะทำสิ่งที่ถูกต้อง เช่น การเล่าประวัติของลูกให้แพทย์ฟัง

- เรียนรู้ความอดทน (Learning to persist) แม่จะยึดมั่นในตนเองและก้าวร้าวเพื่อลูก แม่จะดูแลลูกอย่างดีที่สุดที่จะสามารถทำได้

- การกดดันจากในโรงพยาบาล (Driving negotiation in the hospital setting) ความกดดันในโรงพยาบาลทำให้แม่มีความเครียดแม่จะทำตามที่ตนเองต้องการเพราะแม่จะเชื่อว่าตนเองรู้ดีที่สุดเกี่ยวกับลูก

- พื้นฐานของการมีส่วนร่วม (Establish partnership) แม้ต้องการมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพ ต้องการทราบข้อมูลพื้นฐาน ต้องการทราบข้อคิดเห็น สิ่งสำคัญคือการสื่อสารระหว่างแม่และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ

4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ (Holding on) เป็นระยะสุดท้าย เป็นผลมาจากแม่ตระหนักในความแข็งแกร่ง ความชำนาญและความสามารถที่จะคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีพลัง แม่จะพัฒนาความรู้และการควบคุม รวมทั้งการผ่านกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ตระหนักถึงความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ พยายามเข้าใจเมื่อผลที่เกิดขึ้นไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง แม่จะคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีพลัง แม่จะทำทุกอย่างที่สามารถทำได้

Ellis-Stoll & Popkess - Vawter (1996) พัฒนา Model of Empowerment Program
สภาพก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Antecedents)

ผู้รับบริการมีการปรับตัวด้านสุขภาพที่ไม่ดี (Maladaptation) หรือการมีปัญหาด้านสุขภาพจะนำผู้ป่วยเข้ามาสู่ระบบบริการสุขภาพและจะเกิดการกระตุ้น (Motivation) พยาบาลและผู้รับบริการจะกำหนดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพร่วมกัน และเกิดกระบวนการแก้ปัญหา (Problem Solving) ผู้รับบริการมีความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พยาบาลจะจัดเตรียมข้อมูลข่าวสารให้ผู้ป่วยได้รับรู้ ทำให้เกิดระยะความสำคัญของบุคคล (Personal Significant) ผู้รับบริการต้องรับรู้ความเสี่ยงและผลดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและนำไปสู่การตัดสินใจเลือก (Autonomous choice)

ลักษณะสำคัญ (Defining Attributes)

เป็นการเชื่อมโยงกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ การมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ การฟังอย่างตั้งใจจะได้มาซึ่งข้อมูลข่าวสารและความรู้ ซึ่งเกี่ยวกับปัญหาและความไม่สุขสบายของคนไข้ พยาบาลต้องประเมินความต้องการของคนไข้ก่อน และจะนำไปสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ผลลัพธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

คือกระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลและคนไข้ พยาบาลส่งเสริมการปรับตัวเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ไม่ดีไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลทางบวกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือการตัดสินใจด้วยตนเองและมีอิสระในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

Ahem and Fisher (2001) พัฒนา Model การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเวช ให้กลับคืนสู่สภาพปกติ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย

1) สัมพันธภาพ (Recovery Relationships) บุคคลต้องการให้มีบางอย่างที่เชื่อมั่นในตัวเองขณะที่บุคคลไม่มีความเชื่อมั่นในตัวเอง กระบวนการนี้เกิดขึ้นโดยผ่านความเชื่อถึงความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจ ซึ่งจะนำไปสู่การเชื่อในความสัมพันธ์ของตนเอง

2) ความเชื่อ (Recovery Beliefs) ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชและบุคคลรอบ ๆ ข้างต้องมีความเชื่อว่าเขาจะกลับมาของผู้ป่วยจิตเวชว่าเป็นคนที่มีคุณค่า เชื่อในตัวนักจิตวิทยาเชื่อในการรักษาทางจิตเวช จะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามความคาดหวัง

3) ตัวผู้ป่วยเอง (Recovery self / Identity) เป็นความรู้สึกทางบวกต่อตนเอง เป็นการกลับเข้าสู่บทบาทของบุคคลที่ต้องมีความรู้สึกของความเป็นมนุษย์อย่างสมบูรณ์และสามารถอยู่ในชุมชนได้

4) ชุมชน (Recovery Community) เมื่อกลับเข้าสู่ชุมชน บุคคลต้องการความช่วยเหลือจากสังคมได้รับการยอมรับและมีส่วนร่วมในสังคมเหมือนกับบุคคลอื่น

5) ทักษะ (Recovery Skill) บุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง มีทักษะจัดการกับความเครียดและสามารถควบคุมชีวิตของตนเอง

3.4 การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

การเจ็บป่วยทางจิตเวชก่อให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจของบุคคลในครอบครัวเนื่องจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและไร้ความสามารถ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ไม่มีทางช่วยและหมดหวัง รวมทั้งการเจ็บป่วยทางจิตเวชยังเป็นมลทิน สิ่งเหล่านี้เป็นความรู้สึกซับซ้อนที่ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ (Paker, 1993) รวมทั้งแนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันเน้นการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลเฉพาะในภาวะวิกฤตเท่านั้น ครอบครัวผู้ดูแลจึงต้องรับภาระการดูแลต่อเรื่องที่บ้านโดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยสามารถปรับเข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมตามความเป็นจริงและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ดังนั้นผู้ดูแลต้องรับภาระการดูแลที่หนักและก่อให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจดังกล่าว

แนวความคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจนำมาใช้อย่างแพร่หลายในด้านสุขภาพจิตและการบริการสังคมเมื่อ 10 ปีที่ผ่านมา มีการให้ความหมายกันอย่างมากมายจุดสำคัญอยู่ที่การส่งเสริมให้เข้าถึงแหล่งประโยชน์ มีความรู้ความชำนาญและการมีศักยภาพในตนเอง (Heflinger et al., 1997)

และการเสริมสร้างพลังอำนาจยังเป็นการจัดเตรียมโอกาส ทวีพยากร เพื่อสร้างและพัฒนาหรือเพิ่มความสามารถของบุคคล (Hawks H.J, 1992)

ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบคลุมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงเป็นแนวความคิดที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันโดยมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือเข้าใจถึงการเจ็บป่วยทางจิตเวชและการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (Buchanan, 1998 cited in Hulme, 1999) การเสริมสร้างพลังอำนาจยังทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลในทางที่ดี (จอม สุวรรณโณ, 2541) นอกจากนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจยังมีผลทางบวกต่อความเครียดของผู้ดูแล (Friesen & Wahlers, 1989 cited in Nirbhay & John, 1997)

กลยุทธ์ที่สำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความเชื่อมั่นในความแข็งแกร่งของบุคคลที่จะพัฒนาเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ ประสบการณ์การมีส่วนร่วมและการได้รับความรู้ (Dunst & Trivette, 1996 cited in Hulme, 1999) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nirbhay & John (1997) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวเด็กที่อารมณ์ไม่สงบไม่หยุดนิ่ง และขาดการดูแลเอาใจใส่ ผลการศึกษาพบว่า จำนวนสมาชิกในกลุ่มสนับสนุนมีอิทธิพลต่อการทำนุบำรุงการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว การมีส่วนร่วมในระบบช่วยเหลือและความรู้เป็นสิ่งสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบคลุมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกับทีมการรักษาพยาบาลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีความรู้และทักษะการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดรุณี ศุภพรหม (2543) ศึกษาผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ประกอบด้วยการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น ใช้กระบวนการกลุ่มเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษามีภาระเชิง ปริณัย และเชิงอัตนัย น้อยกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มควบคุม

จากแนวความคิดและผลการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดภาระการดูแล ทำให้เกิดแนวความคิดการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดภาระการดูแลประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ

ขั้นที่ 1. พัฒนาการรับรู้ภาระการดูแล เป็นการจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม 3 - 5 คน ในการคิดทบทวนและอภิปรายถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช สาเหตุ อาการ การรักษาและผลกระทบด้านลบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลของตนเอง

ขั้นที่ 2. พัฒนาการตระหนักในคุณค่าของตนเองและผู้ป่วย เป็นการจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม 3 - 5 คน ในการคิดทบทวนอภิปรายถึงสาเหตุที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแล ความสำคัญของผู้ป่วย และความสำคัญของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของตนเองและความสำคัญของผู้ป่วยรวมถึงยอมรับภาระการดูแลอย่างเต็มใจ

ขั้นที่ 3. การพัฒนาศักยภาพการดูแล เป็นการจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม 3 - 5 คน ในการคิดทบทวนอภิปรายถึงการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เหมาะสมทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงการตอบสนองอาการผิดปกติด้านจิตใจของผู้ป่วยจิตเวช และกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันและนำไปปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลได้ประสบการณ์ตรง สามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

ขั้นที่ 4. พัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล เป็นการจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม 3 - 5 คน ในการคิดทบทวน วิเคราะห์ ผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยตามแผนที่กำหนดทั้งเชิงบวกและเชิงลบ รวมทั้งแนวทางการแก้ไขการปรับแผนการดูแลให้มีประสิทธิภาพ ให้กำลังใจสนับสนุนให้ผู้ดูแลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด เพื่อให้ผู้ดูแลมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

โดยมีแนวหลักการและเหตุผลดังนี้คือ

1. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นภาระหนักของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ดูแล ทำให้เหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอและเกิดปัญหาสุขภาพและยังมีผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลมีความเครียด เป็นทุกข์ พยายามลดภาระหนักถึงการช่วยเหลือและสนับสนุนการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลเพื่อลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้นการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชจึงควรมุ่งเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการเพิ่มความรู้อ ความสามารถของผู้ดูแลรวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกับการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือตนเองได้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และเต็มใจรับภาระการดูแลต่อไป ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ภาระการดูแลน้อยลง ดังแนวคิดของ Marsh (1992 cited in Mohr, 2000) กล่าวว่า จุดมุ่งหมายของการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ไม่ใช่เพียงแค่การรักษาหน้าที่ที่เสียไปของบุคคลในครอบครัว แต่เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวให้ประสบผลสำเร็จของการมีอำนาจในการปกครองและควบคุมการดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของครอบครัวให้ช่วยเหลือตนเองโดยใช้วิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นการเพิ่มความรู้อ ความสามารถพิเศษและความรักเพื่อนำไปสู่ การเปลี่ยนแปลงภาระของครอบครัวในทางที่ดี

2. จอม สุวรรณโณ (2541) กล่าวว่า การนำญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เป็นกลวิธีที่สำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ญาติได้ตระหนักถึง ความสามารถและอำนาจ ในการควบคุมสถานการณ์ใช้กระบวนการพิจารณาตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติดูแลร่วมกับทีมการ พยาบาล มีการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลซึ่งกันและกันทำให้ญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ การดูแลและประสบการณ์การดูแลในทางที่ดี ในทางเดียวกัน Bemheim (1988 cited in Bartol et al., 1994) ได้จัดโครงการ สนับสนุนครอบครัวและให้การความรู้เพื่อลดความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่ได้รับ การช่วยเหลือและความเครียดของครอบครัวซึ่งเป็นภาระเชิงจิตวิสัย โครงการดังกล่าวประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี นอกจากนี้ Friesen & Wahlers (1993 cited in Nirbhay & John ,1997) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวของเด็กที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์และพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวโดยผ่านการสนับสนุนจากกลุ่มมีผลทาง บวกต่อความเครียดของพ่อ แม่ ที่อยู่ร่วมกับเด็กที่มีความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม

กล่าวโดยสรุป การเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลในทาง ที่ดีลดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ดูแล และมีความรู้สึกที่ดีต่อภาระการดูแล ซึ่งความ วิตกกังวล และความเครียด ของผู้ดูแลเป็นภาระเชิงจิตวิสัย ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจึง สามารถลดภาระการดูแลเชิงจิตวิสัยได้

3. กลยุทธ์สำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือการได้รับความรู้ ทักษะที่จำเป็นและ การให้กำลังใจ (Nirbhay & John, 1997) ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีภาระการดูแลลดลง เช่นการศึกษา ของ พรชัย จุลเมตต์ และคณะ (2540) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และด้าน อารมณ์ต่อการลดภาระผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้ การสนับสนุน ด้านอารมณ์ขณะเยี่ยมบ้าน และการแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและด้านอารมณ์มีภาระการดูแลเชิงปรณัยได้แก่ความ ยากลำบากที่เกิดจากกิจกรรมการดูแลและเชิงอัตนัยได้แก่ความรู้สึกและทัศนคติของผู้ดูแลในทาง ลบที่มีต่อสถานการณ์การดูแล น้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

จากผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า การให้ความรู้ การมีส่วนร่วม การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร และด้านอารมณ์ สามารถลดภาระการดูแลได้ทั้งภาระเชิงอัตวิสัย และภาระเชิงจิตวิสัย ซึ่ง วิธีการดังกล่าว เป็นกลยุทธ์ส่วนหนึ่งของการเสริมสร้างพลังอำนาจ จึงอาจกล่าวได้ว่า การเสริมสร้าง พลังอำนาจสามารถลดภาระการดูแลได้ทั้ง เชิงอัตวิสัย และ เชิงจิตวิสัย

4. ระยะเวลาการเสริมสร้างพลังอำนาจ Heflinger et al. (1997) ศึกษาการประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจของ ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง จัดกิจกรรมดังนี้ 1) ให้ความรู้ 2) ฝึกทักษะ 3) มีส่วนร่วมในทีมการรักษาพยาบาล การประเมินการเสริมสร้างพลังอำนาจในระยะปานกลาง (Intermediate) 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจประสบความสำเร็จอย่างสูงมาก ผู้ดูแลมีความรู้และมีส่วนร่วมในทีมการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น และจากผลการศึกษาของ จารุวรรณ จินดามงคล (2541) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทวัดผลการทดลอง 2 สัปดาห์หลังจบการทดลอง ผลการทดลองพบว่า กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถเผชิญปัญหาดีกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม จึงสรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะเกิดผลลัพธ์ที่ดีในระยะปานกลาง 3 เดือนหรือมากกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป แต่การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวัดผลครั้งที่ 2 ในระยะ 3 สัปดาห์ภายหลังการทดลอง เนื่องจากผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นแผนที่เคยผ่านการปฏิบัติและได้รับการวิเคราะห์และปรับปรุงแก้ไขร่วมกับผู้ร่วมกับผู้วิจัย จึงเชื่อว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถลดภาระการดูแลได้ทั้งภาระเชิงจิตวิสัยและเชิงอัตวิสัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Framcell (1998) ศึกษาเรื่อง การรับรู้ภาวะของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ศึกษาที่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 86 ครอบครัว โดยการแบ่งเป็นกลุ่มย่อยและสัมภาษณ์ (Focus group) เกี่ยวกับประสบการณ์ของภาวะในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มีอาการป่วยทางจิตเวช ผลการศึกษาพบว่า แนวทางที่จะช่วยลดภาวะครอบครัวคือ 1) การให้ความรู้กับครอบครัว (Family education) เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาและการจัดการกับภาวะวิกฤติ 2) ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทีมการรักษา (Inclusion of Family in the treatment team) และการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย

วรรณนิภา บุญระยอง (2543) ศึกษาภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ดูแล ในชุมชนเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 29 รายผลการศึกษาพบว่า ภาวะการดูแลเกิดจากอาการของผู้ป่วยสมองเสื่อม คือ ความจำบกพร่อง ความผิดปกติของความคิด การสนทนาและการสื่อสาร การทำความสะอาดร่างกายและการแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหว การนอน และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป สิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล และก่อให้เกิดภาวะเครียด เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ดูแลด้วย

Glendy and Mackenzie (1998) ศึกษาการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ประสพการณ์ครอบครัวในฮ่องกง เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อ เข้าใจประสบการณ์ของครอบครัวชาวจีน ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดเนื่องจากไม่สามารถตอบสนองพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้ ความเครียดเป็นความรู้สึกที่ผสมกับความโกรธ ความผิดหวัง และความคับข้องใจ และสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการคือ ต้องการการสนับสนุนทางสังคม ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับยา สถานบริการ และการจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย และบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพควรเป็นผู้จัดเตรียมข้อมูลข่าวสาร พยาบาล และแพทย์ เป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนทางอารมณ์ และข้อมูลข่าวสาร

Strengard et al. (2000) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในฟินแลนด์ ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว 3 ปี ศึกษาโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลไม่มีความพึงพอใจในบริการที่ผู้ป่วยได้รับ และความต้องการของผู้ดูแลคือ 1) ผู้ดูแลต้องการมีส่วนร่วมในทีมการรักษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย 2) ผู้ดูแลต้องการลดภาระการดูแล โดยการให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

สายพิน เกษมวัฒน์กิจ (2538) ศึกษาปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาที่ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง ศึกษาใน ภรรยาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ ไส้ตันหลังได้รับอันตราย จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความเสื่อมในการคิดรู้ การมีปัญหาการเงิน และการประเมินสถานการณ์การดูแลในทางลบ สามารถทำนายปัญหาสุขภาพได้ ร้อยละ 41

Bartal et al.(1994) ศึกษาการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วย เป็นการศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช โดยการศึกษาจากบทความ หนังสือ และรายงาน 10 ปี ย้อนหลัง (1982-1992) จำนวน 40 เรื่อง สรุปความต้องการของผู้ดูแลและครอบครัว

1) ต้องการฝึกทักษะ (Need for skill training) ครอบครัวต้องการฝึกทักษะเกี่ยวกับการตอบสนองต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยได้รับยา และการจัดการภาวะฉุกเฉินรวมทั้งต้องการเข้าถึงระบบบริการ

2) ต้องการข้อมูลข่าวสาร (Need for Information) ครอบครัวต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ยา แผนการรักษา และการพยากรณ์โรค รวมทั้งมีรายงานว่าครอบครัวไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจากบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ

3) ต้องการมีส่วนร่วมในแผนการรักษา (Need for participate in planing care) ครอบครัวจะมีความคับข้องใจถ้าไม่เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ครอบครัวต้องการเป็นส่วนหนึ่งของทีมการรักษา ร่วมกับบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ

4) ต้องการบุคคลสนับสนุน (Need for personal support) กลุ่มสนับสนุนที่มีลักษณะเหมือนกันจะช่วยระบายความรู้สึกที่เก็บกด แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้การแก้ปัญหา สิ่งเหล่านี้จะเป็นการลดความคับข้องใจของผู้ดูแล

ครุณี คชพรหม (2543) ศึกษาผลของกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ประกอบด้วยการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น ใช้กระบวนการกลุ่มเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษา มีภาวะเชิงปรนัยและเชิงอัตนัย น้อยกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม

Atkin and Ahad Waqar (2000) ศึกษาการให้การดูแลของครอบครัวและการเจ็บป่วยเรื้อรัง: การเผชิญปัญหาของพ่อแม่ที่ลูกป่วยเป็นธาร์สซีเมีย เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อประเมินผลการบริการครอบครัวที่ดูแลเด็กธาร์สซีเมีย ซึ่งการให้บริการใช้แนวทางของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการศึกษาพบว่า พ่อแม่ที่มีการติดต่อกับการบริการการเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าว เป็นปัจจัยสำคัญ ที่จะเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาและการสนับสนุนจากบุคลากรด้านวิชาชีพที่สามารถลดความเครียด

จากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้นำเสนอมาตามลำดับ จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน ผู้ดูแลมีภาระการดูแลอย่างมาก เนื่องจากโรงพยาบาลจะจำหน่ายผู้ป่วยออกสู่ชุมชนเร็ว มุ่งหวังให้มีการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริง ขณะที่ผู้ป่วยยังมีความผิดปกติทางจิตหลงเหลืออยู่ รวมทั้งผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ด้อยความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงต้องดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและตอบสนองอาการผิดปกติทางด้านจิตใจ จึงก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อผู้ดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวทางที่ก่อให้เกิด การยอมรับภาระการดูแล การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ มุ่งมั่นในการดูแล ซึ่งกลยุทธ์ที่สำคัญ คือ การให้ความรู้ การมีส่วนร่วม และการพัฒนาทักษะการดูแล ซึ่งการให้ความรู้และการมีส่วนร่วม มีการศึกษาเป็นที่ยอมรับแล้วว่า สามารถภาระการดูแลผู้ป่วยลงได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษา โดยการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มุ่งให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม การพัฒนาศักยภาพการดูแล และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การลดภาระการดูแลในเวลาต่อมาและผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวชสามารถอยู่รวมกันอย่างมีความสุขภายใต้สภาพแวดล้อมของสังคมตามความเป็นจริง

Bickman, Leonard et al. (1989) ศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวผู้ดูแล (Long term outcomes to family caregiver Empowerment) เป็นการศึกษาเพื่อประเมินผลโครงการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล ซึ่งโครงการเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมในการรักษาเด็กที่ป่วยทางจิตเวช โครงการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการ ทักษะที่ต้องการเพื่อการมีปฏิสัมพันธ์กับระบบบริการสุขภาพจิต พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลให้เชื่อในความสามารถของตนเอง เพื่อการมีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการ โครงการนี้ใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มารับบริการด้านสุขภาพจิต ประเมินผลระยะยาว 1 ปี ระยะปานกลาง 3 เดือน และการประเมินผลระยะปานกลางพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อความรู้ของผู้ดูแล และมีความเชื่อในศักยภาพของตนเองที่มีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการ

Kayama et al. (2001) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยพยาบาลจิตเวชปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วยการสร้างสัมพันธที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยให้กำลังใจและให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือ เคารพในการตัดสินใจเป็นคนไข้ในของผู้ป่วย รวมทั้งการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชกับครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า หลักสำคัญของการเยี่ยมบ้านคือ การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล การให้กำลังใจผู้ป่วยในการค้นหาแหล่งบริการช่วยเหลือ การพัฒนาการดำเนินชีวิตในชุมชน การให้สิทธิผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาเป็นคนไข้ใน การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องกับครอบครัว

Taylor (2001) ศึกษาความเป็นอิสระ และการเสริมสร้างพลังอำนาจ: จากการรับรู้ของนักเรียน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ และกรณีศึกษาระยะยาว 3 ปี ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมและความเป็นอิสระเป็นสิ่งสำคัญของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Ostwald et al. (1999) ศึกษาการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย Dementia โดยจัดโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล พัฒนาการความแข็งแกร่งของผู้ดูแลและทักษะการปฏิบัติภาระที่หนัก เพิ่มความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแลให้เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ ผลการศึกษาพบว่า การจัดโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดภาระของผู้ดูแลได้

พรชัย จุลเมตต์ (2540) และคณะ ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ ต่อภาระการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ที่โรงพยาบาลมหานครเชียงใหม่ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง ภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

Buckwalter et al. (1999) ศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อลดการซึมเศร้า ในครอบครัวผู้ป่วย Dementia เป็นการให้การศึกษา โดยการสอนผู้ดูแลเกี่ยวกับจิตเวชที่บ้าน เกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมที่อยู่ภายใน เป็นปัญหาของผู้ป่วย Dementia การบริการในชุมชนและกลุ่มสนับสนุน (Progressively low stress threshold Model) เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ซึ่ง National family caregiver association รายงานว่าผู้ดูแล 60 % จะมีภาวะซึมเศร้าจากการดูแล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าน้อยลง

กุลวดี มุขมุล (2543) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานและสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นการศึกษา ความสัมพันธ์ ระหว่างการเข้าถึงโครงสร้างงานที่มีการเสริมสร้างพลังอำนาจและสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีการเข้าถึงโครงสร้างงานที่มีการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะในการปฏิบัติงาน

Iverson (file:///A:/1/empowerment.htm) ศึกษาเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจ : กลยุทธ์เพื่อการพัฒนาและประเมินผลการบำบัด เป็นการศึกษากึ่งทดลองกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง การเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย การมีส่วนร่วมและการฝึกทักษะเฉพาะ ผลการศึกษาพบว่า บุคคลต้องการมีส่วนร่วมดังนี้ 1) เข้าใจเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ 2) ตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง หรือผู้ดูแลว่าเป็นส่วนหนึ่งของระบบ 3) บุคคลต้องการเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ ปัญหา สุขภาพของตนเอง ส่วนทักษะเฉพาะบุคคลต้องการทักษะดังนี้คือ 1) การสื่อสาร 2) การยืนยันความต้องการของตนเอง 3) การค้นหาข้อมูลข่าวสาร 4) การตัดสินใจ 5) การแก้ปัญหา 6) การค้นหาการสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ขั้นที่ 1: การพัฒนาการรับรู้ภาวะการดูแล

เป็นกิจกรรมกลุ่มย่อยจัดให้ผู้ดูแล กล่าวถึงผลกระทบด้านลบที่เกิดจากการดูแลและอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแล

ขั้นที่ 2 การตระหนักคุณค่าในตนเองผู้ดูแล

เป็นกิจกรรมกลุ่มย่อยจัดให้ผู้ดูแลกล่าวถึงเหตุผลที่ต้องรับหน้าที่ผู้ดูแล อภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับความสำคัญของผู้ป่วยและความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลยอมรับภาวะการดูแลอย่างเต็มใจ

ขั้นที่ 3 พัฒนาศักยภาพการดูแล

เป็นกิจกรรมกลุ่มย่อยจัดให้ผู้ดูแลอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกันและนำไปปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ขั้นที่ 4 มุ่งมั่นในการดูแล

เป็นกิจกรรมกลุ่มย่อยจัดให้ผู้ดูแลอภิปรายวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลและร่วมกันปรับแผนการดูแลให้มีประสิทธิภาพรวมถึงการสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ดูแลมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

ภาระการดูแล

- ภาระเชิงอัตวิสัย
(Objective burden)
- ภาระเชิงจิตวิสัย
(Subjective burden)

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองเบื้องต้น (Pre Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการลดภาระผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยเปรียบเทียบภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ รูปแบบการทดลองเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัด 2 ครั้ง



O₁ คือ ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

X คือ การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

O₂ คือ ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 3 สัปดาห์

ประชากร คือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกจิตเวช หอผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เลือกโดยการสุ่มแบบมีเงื่อนไขจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ที่ไม่แสดงอาการเฉียบพลัน ที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ บิดา มารดา นุตร และสามี ภรรยา
2. เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากที่สุด
3. ดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 6 เดือน
4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ไม่ได้รับค่าจ้างเป็นการตอบแทน
6. อายุ 20 – 60 ปี

การเลือกกลุ่มตัวอย่างดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. พบผู้ดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาแยกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชออกจากกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการทั่วไป
2. แนะนำตัวและอธิบายถึงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัยและการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยความสมัครใจของผู้ดูแล ได้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจทั้งหมด 36 คน
4. แบ่งกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มละ 3 - 5 คน และดำเนินการวิจัยโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
5. ผู้ดูแลที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยทั้ง 36 คน สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจครบทั้ง 4 ขั้นตอน และประเมินผลวัดภาวะการดูแล 3 สัปดาห์ หลังจากจบการทดลอง จำนวน 26 คน

ตารางที่ 5 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแต่ละขั้นตอน

กิจกรรม	จำนวน (คน)
โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ	
ขั้นที่ 1 การพัฒนาการรับรู้ภาวะการดูแล	36
ขั้นที่ 2 การพัฒนาการตระหนักในคุณค่าของตนเอง	32
ขั้นที่ 3 พัฒนาศักยภาพการดูแล	29
ขั้นที่ 4 ขั้นพัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล	28
ประเมินผลการทดลอง 3 สัปดาห์ หลังจากจบจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ	26

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่
 - 1.1 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 1 ชุด
 - 1.2 แบบประเมินพลังอำนาจ เป็นเครื่องมือกำกับการทดลองใช้เมื่อสิ้นสุดการทดลองทันที
2. เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลการทดลอง ได้แก่แบบประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ใช้วัดภาวะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 3 สัปดาห์

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยมีขั้นตอนการสร้างดังต่อไปนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี หลักการและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ซึ่งเป็นรูปแบบของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ มี 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1.1 การค้นพบสถานการณ์จริง
- 1.2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ
- 1.3 การตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติ
- 1.4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า

ทุกขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย การมีส่วนร่วมและการได้รับความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2. กำหนดเนื้อหาสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยกำหนดจากการศึกษาของ Bartal et al. (1994) เรื่องการพยายามช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วย เป็นการศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย ระบุความต้องการของผู้ดูแลและครอบครัวดังนี้

2.1 ต้องการฝึกทักษะ (Need for skill training) ครอบครัวต้องการฝึกทักษะเกี่ยวกับการตอบสนองต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยได้รับยา และการจัดการภาวะฉุกเฉินรวมทั้งต้องการเข้าถึงระบบบริการ

2.2 ต้องการข้อมูลข่าวสาร (Need for information) ครอบครัวต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ยา แผนการรักษา และการพยากรณ์โรค รวมทั้งมีรายงานว่าครอบครัวไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจากบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ

2.3 ต้องการมีส่วนร่วมในแผนการรักษา (Need for participate in planing care) ครอบครัวจะมีความคับข้องใจถ้าไม่เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ครอบครัวต้องการเป็นส่วนหนึ่งของทีมการรักษา ร่วมกับบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ

2.4 ต้องการบุคคลสนับสนุน (Need for personal support) กลุ่มสนับสนุนที่มีลักษณะเหมือนกันจะช่วยระบายความรู้สึกที่เก็บกด แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้การแก้ปัญหา สิ่งเหล่านี้จะเป็นการลดความคับข้องใจของผู้ดูแล

สรุปเนื้อหาของกิจกรรมในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

การรับรู้ภาวะการดูแล การตระหนักในคุณค่าของตนเองและคุณค่าของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การทดลองปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

3. กำหนดกลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากแนวคิดของ Dunst & Trivette (1996 cited in Hulme, 1999) กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ เชื่อมมั่นในความแข็งแกร่งของบุคคลที่จะพัฒนาไปสู่ผู้มีความรู้ความชำนาญ ประสบการณ์การมีส่วนร่วม และการให้ความรู้

ผู้วิจัยนำแนวความคิด หลักการของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในข้อ 1.1 เนื้อหาของกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในข้อ 1.2 และกลยุทธ์ที่ใช้ดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในข้อ 1.3 มาสร้างเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาการรับรู้ภาวะการดูแล

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรู้และเข้าใจถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจเนื่องจากการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

- 1) สามารถบอกสาเหตุอาการและการรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้
- 2) สามารถอธิบายถึงผลกระทบด้านลบที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจ

เนื่องจากการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

กิจกรรม

- 1) ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตนเองและประวัติโดยย่อ
- 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชกล่าวแนะนำตนเองและภูมิลำเนา
- 3) ผู้วิจัยกล่าวสรุปโครงการวิจัย
 - วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - กิจกรรมโดยย่อแต่ละกิจกรรม
 - ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม แจ้ง วัน เวลา สถานที่ ในการเข้าร่วมโปรแกรม

4) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชกล่าวถึงบทบาทหน้าที่ในการ ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย การดำเนินชีวิตในสังคมและปัญหาเศรษฐกิจ รวมถึงความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช

5) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช สาเหตุอาการ และการรักษา

6) ผู้วิจัยกล่าวสรุป ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช

7) ผู้วิจัยประเมินผลโดยการถามคำถามเกี่ยวกับภาระการดูแลและความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช

อุปกรณ์การสอน

1) กระดาษ ปากกา สำหรับผู้ดูแล ใช้ในกิจกรรมย่อย

2) แผ่นใส สำหรับการนำเสนอผลงานของกิจกรรมกลุ่มย่อย

การประเมินผล

1) สังเกตจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและการเสนอข้อคิดเห็น

2) การตอบคำถาม

ขั้นที่ 2 การพัฒนาการตระหนักคุณค่าในตนเอง

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย ความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย และยอมรับบทบาทผู้ดูแลอย่างเต็มใจ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1) ผู้ดูแลสามารถบอกสาเหตุที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแล

2) ผู้ดูแลสามารถบอกความสำคัญของผู้ป่วยและความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย

กิจกรรม

1) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลอภิปรายถึงเหตุผลที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและความรู้สึกที่ต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วย

2) ผู้วิจัยกล่าวสรุป เหตุผลที่ต้องรับภาระการดูแลและความรู้สึกของผู้ดูแลต่อภาระการดูแล

3) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลกล่าวถึงความสำคัญของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแลและความสำคัญของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย โดยแบ่งเป็นกิจกรรมกลุ่มย่อย กลุ่มละ 2-3 คน

4) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแต่ละกลุ่มนำเสนอผลงานของกิจกรรมกลุ่มย่อย

5) ผู้วิจัยกล่าวสรุป ความสำคัญของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย และความสำคัญของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแลพร้อมทั้งกล่าวชมเชยผู้ดูแลที่ตระหนักในความสำคัญของผู้ป่วย

อุปกรณ์การสอน

- 1) กระดาษ ปากกา สำหรับผู้ดูแล ใช้ในกิจกรรมย่อย
- 2) แผ่นใส สำหรับการนำเสนอผลงานของกิจกรรมกลุ่มย่อย

การประเมินผล

- 1) สังเกตจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและการเสนอข้อคิดเห็น
- 2) การตอบคำถาม

ขั้นที่ 3 พัฒนาศักยภาพการดูแล

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับประสบการณ์ตรงสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งทางร่างกายและจิตใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

- 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสามารถอภิปรายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- 2) ผู้ดูแลสามารถเขียนแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรม

- 1) ผู้วิจัยและผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- 2) ผู้วิจัยกล่าวสรุปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- 3) ผู้ดูแลเขียนแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยแบ่งเป็นกิจกรรมกลุ่มย่อย กลุ่มละ 2-3 คน พยายามเป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสาร และเป็นพี่ที่ปรึกษาขณะเขียนแผนการดูแล
- 4) ให้แต่ละกลุ่มนำเสนอแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และช่วยกันตรวจสอบและปรับปรุง
- 5) ผู้วิจัยกล่าวสรุป ชมเชย และให้กำลังใจผู้ดูแลในการปฏิบัติการดูแลตามแผน
- 6) ผู้ดูแลนำแผนการดูแลไปปฏิบัติ

อุปกรณ์การสอน

- 1) กระดาษ และปากกา
- 2) เอกสารคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ประเมินผลกิจกรรม

- 1) สังเกตการร่วมกิจกรรมกลุ่ม
- 2) การตอบคำถาม

ขั้นที่ 4 พัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความสามารถของผู้ดูแลในทางบวกทำให้มีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ผู้ดูแลสารบบอกมีความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างดีที่สุดในที่สุดต่อไป

กิจกรรม

- 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายงานผลการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามแผน
- 2) ผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวิเคราะห์แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกันรวมทั้ง

ปรับปรุงแผนการดูแลให้เหมาะสม

3) ผู้วิจัยกล่าวสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ดูแลเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความสามารถของผู้ดูแลในทางบวก

4) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลกล่าวถึงความรู้สึกเกี่ยวกับภาระการดูแลและความเชื่อมั่นที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

5) ผู้วิจัยกล่าวชมเชยและให้กำลังใจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและกล่าวถึงความเชื่อมั่นในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชว่าจะปฏิบัติหน้าที่ได้เป็นอย่างดีต่อไป

- 6) ผู้วิจัยกล่าวสรุปและประเมินผล

ประเมินผลกิจกรรม

- 1) สังเกตการมีส่วนร่วมกิจกรรมกลุ่ม
- 2) การตอบคำถาม

การสร้างเครื่องมือ แบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

แบบประเมินพลังอำนาจ เป็นเครื่องมือกำกับการทดลองใช้เมื่อจบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทันที เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ รวมทั้งแบบวัดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. เลือกแบบประเมินพลังอำนาจ(Psychological empowerment scale)พัฒนาโดย Akey et al.,(2000) พลังอำนาจ หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง มีความหวังและกำลังใจ ความสามารถในการปรับตัวรับรู้ศักยภาพของตนเองว่าเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญสามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้

รวมถึงรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์และสามารถใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

3. นำเครื่องมือมาแปลและพัฒนาให้เหมาะสมและครอบคลุมกับแนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และ Akey et al. (2000)

ตารางที่ 6. จำนวนข้อของแบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

หัวข้อ	เลขข้อ	จำนวน
1. การรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง	11,13	2
2. การรับรู้ศักยภาพของตนเองว่าเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ	3,4,10,16,17,18	6
3. สามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้	19,20	2
4. มีความหวังและกำลังใจ	5,14,15	3
5. รู้จักแหล่งประโยชน์และสามารถใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด	6,7,8,9,12	5
6. เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี	1,2	2
รวม		20

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ

	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย และน้อยที่สุด
เกณฑ์การให้คะแนน				
มากที่สุด	คะแนน	5	ผู้ดูแลรับรู้พลังอำนาจในการดูแลมากที่สุด	
มาก	คะแนน	4	ผู้ดูแลรับรู้พลังอำนาจในการดูแลมาก	
ปานกลาง	คะแนน	3	ผู้ดูแลรับรู้พลังอำนาจในการดูแลปานกลาง	
น้อย	คะแนน	2	ผู้ดูแลรับรู้พลังอำนาจในการดูแลน้อย	
น้อยที่สุด	คะแนน	1	ผู้ดูแลรับรู้พลังอำนาจในการดูแลน้อยที่สุด	

การแปลความหมายข้อมูล

การแปลความหมายข้อมูลให้ถือคะแนนของแต่ละบุคคลมากกว่าหรือเท่ากับ 60 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน เป็นบุคคลที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและมีพลังที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไปและถ้ากลุ่มตัวอย่างได้คะแนนน้อยกว่า 60 คะแนน ให้ดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจซ้ำ และวัดผลซ้ำ ถ้าการวัดผลครั้งที่ 2 ได้คะแนนน้อยกว่า 60 คะแนน ให้ตัดออกจากกลุ่มตัวอย่างและเลือกตัวอย่างใหม่

การสร้างเครื่องมือ แบบประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

แบบประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้วัดภาวะการดูแลก่อนและหลังจบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เลือกใช้แนวคิดเกี่ยวกับภาวะการดูแลของ Rungreankulkinj and Grilliss (2000) ร่วมกับแนวคิดที่ผู้วิจัยศึกษา ค้นคว้าเพิ่มเติม สรุปภาวะการดูแลหมายถึง ความรู้สึกและการรับรู้ด้านลบของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในการดูแล และเป็นผลกระทบที่ตามมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งประกอบด้วย 2 ลักษณะคือ

1.1 ภาวะเชิงอัตวิสัย คือความรู้สึกและการรับรู้ด้านลบของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวช เป็นสิ่งที่สามารถสังเกตได้ ได้แก่การรบกวนการดำเนินชีวิตและการเข้าร่วมสังคมผลกระทบต่อสุขภาพผู้ดูแลและปัญหาทางเศรษฐกิจ

1.2 ภาวะเชิงจิตวิสัย คือความรู้สึกและการรับรู้ด้านลบของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวชเป็นสิ่งที่แสดงถึงความรู้สึก อารมณ์และเจตคติของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้สึกเป็นทุกข์ อับอาย เบื่อหน่าย ไม่อยากดูแลผู้ป่วยจิตเวชอีกต่อไป และ ความรู้สึกที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือ

2. ศึกษาเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะการดูแล เลือกเครื่องมือชื่อ Perceived Caregiver Burden Scale พัฒนาโดย Rashi (1999) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดภาวะการดูแลของผู้สูงอายุ

3. นำเครื่องมือมาแปลและพัฒนาเพิ่มเติมให้ครอบคลุมแนวความคิดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ตารางที่ 7. จำนวนข้อของแบบประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

หัวข้อ	เลขข้อ	จำนวน
ภาวะเชิงอัตวิสัย		
1. ปัญหาด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและการเข้าร่วมสังคม	7- 12	6
1. ปัญหาด้านสุขภาพ	4-6	3
2. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ	1-3	3
ภาวะเชิงจิตวิสัย		
1. ความรู้สึกเป็นทุกข์	13-19	7
2. เบื่อหน่ายไม่อยากดูแลผู้ป่วยอีกต่อไป	20-23	4
3. ความรู้สึกไม่ได้รับการช่วยเหลือ	24-27	4
4. ความรู้สึกอับอาย	28-30	3
รวม		30

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ

มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน

น้อยที่สุด	คะแนน	1
น้อย	คะแนน	2
ปานกลาง	คะแนน	3
มาก	คะแนน	4
มากที่สุด	คะแนน	5

การแปลความหมายคะแนน

คะแนนน้อยกว่า 1.5	หมายถึง	มีภาระการดูแลน้อยที่สุด
คะแนน 1.5 - 2.49	หมายถึง	มีภาระการดูแลน้อย
คะแนน 2.5 - 3.49	หมายถึง	มีภาระการดูแลปานกลาง
คะแนน 3.5 - 4.49	หมายถึง	มีภาระการดูแลมาก
คะแนน 4.5 ขึ้นไป	หมายถึง	มีภาระการดูแลมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) เป็นผู้ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเนื้อหาความถูกต้อง ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และความชัดเจนเหมาะสมของภาษาที่ใช้ เกณฑ์ผ่านจากความคิดเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน ผลการตรวจสอบรายละเอียดมีดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง

- 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีข้อเสนอแนะและการแก้ไขดังนี้

ตารางที่ 8 แสดงข้อเสนอแนะและการแก้ไขเครื่องมือโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

ข้อเสนอแนะ	การแก้ไข
เนื้อหาในโปรแกรมยากไปสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช	ปรับเนื้อหาให้เหมาะสมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ผู้วิจัยยังขาดประสบการณ์ในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช	นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจขั้นตอนที่ 1 เรื่องการพัฒนาการรับรู้ภาวะการดูแลไปทดลองใช้ (Pilot study) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง

2) แบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้แก้ไข

1.2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไขดังนี้

ตารางที่ 9 ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไขเครื่องมือแบบประเมินภาวะการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ข้อเสนอแนะ	การแก้ไข
ควรเพิ่มจำนวนข้อคำถามให้มากขึ้น	ปรับเพิ่มจำนวนข้อของการวัดภาวะเชิงอัตวิสัยจาก 10 ข้อ เป็น 12 ข้อ และภาวะเชิงจิตวิสัย จาก 10 ข้อ เป็น 18 ข้อ รวมจำนวนข้อทั้งหมดของแบบประเมินภาวะการดูแลเท่ากับ 30 ข้อ

2. ตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ทำการตรวจสอบเฉพาะเครื่องมือแบบประเมินพลังอำนาจ และแบบประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบประเมินพลังอำนาจและแบบประเมินภาวะการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

2.2 นำคะแนนที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS

- แบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีค่าความเที่ยง เท่ากับ .89
- แบบประเมินภาวะการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีค่าความเที่ยง เท่ากับ .78

การดำเนินการทดลอง

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. สร้างและพัฒนาเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย
 - 1.1 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง
 - โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - แบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
 - 1.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินภาวะการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. ขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกจิตเวชหรือผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงติดต่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยและจัดเตรียมสถานที่ในการทำวิจัยกับกลุ่มงานการพยาบาลและแผนกจิตเวชดังนี้
 - 2.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือแบบประเมินพลังอำนาจ และแบบประเมินภาวะการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.3 ขอให้อุปกรณ์และสถานที่ในการดำเนินการทดลอง
 - 2.4 กำหนดวัน เวลา ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งเสร็จสิ้นการทดลอง
3. ทดลองใช้เครื่องมือ ที่หอผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
 - 3.1 ทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ขั้นที่ 1 เรื่องการพัฒนาการรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มละ 3 คน จำนวน 2 ครั้ง
 - 3.2 ทดลองใช้แบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89
 - 3.3 ทดลองใช้แบบประเมินภาวะการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78

ขั้นที่ 2 ขั้นการทดลอง

1. แนะนำตัวและอธิบายถึงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัยและโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 4 ขั้นตอนแต่ละขั้นตอนใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง ห่างกันขั้นตอนละ 1 สัปดาห์

2. อธิบายโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย

ขั้นที่ 1 พัฒนาการระการดูแล

ขั้นที่ 2 พัฒนาการตระหนักในคุณค่าของตนเอง

ขั้นที่ 3 พัฒนาศักยภาพการดูแล

ขั้นที่ 4 พัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล

ประโยชน์ที่จะได้รับ

- 1) ลดความรู้สึกเครียดทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสบายใจมากขึ้น
- 2) ลดความเหนื่อยจากการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย
- 3) เพิ่มความรู้และความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

3. วัดการดูแลด้วยแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

4. ดำเนินการทดลองด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ขั้นที่ 1 พัฒนาการรับรู้การดูแล

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรู้และเข้าใจถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทั้งทางร่างกายและจิตใจเนื่องจากการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

- 1) สามารถบอกสาเหตุอาการและการรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้
- 2) สามารถอธิบายถึงผลกระทบด้านลบที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจ

เนื่องจากการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

กิจกรรม

- 1) ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตนเองและประวัติโดยย่อ
- 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชกล่าวแนะนำตนเองและภูมิลำเนา
- 3) ผู้วิจัยกล่าวสรุปโครงการวิจัย
 - วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - กิจกรรมโดยย่อแต่ละกิจกรรม
 - ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม แจ้ง วัน เวลา สถานที่ ในการเข้าร่วมโปรแกรม

4) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชกล่าวถึงบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย การดำเนินชีวิตในสังคมและปัญหาเศรษฐกิจ รวมถึงความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช

- 5) ผู้ดูแลผู้วิจัยอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช สาเหตุ อาการ และการรักษา
- 6) ผู้วิจัยกล่าวสรุป ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช
- 7) ผู้วิจัยประเมินผลโดยการถามคำถามเกี่ยวกับภาระการดูแลและความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช

ขั้นที่ 2 การพัฒนาการตระหนักคุณค่าในตนเอง

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย ความสำคัญของตนเอง ที่มีต่อผู้ป่วย และยอมรับบทบาทผู้ดูแลอย่างเต็มใจ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

- 1) ผู้ดูแลสามารถบอกสาเหตุที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแล
- 2) ผู้ดูแลสามารถบอกความสำคัญของผู้ป่วยและความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย

กิจกรรม

- 1) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลอภิปรายถึงเหตุผลที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และความรู้สึกที่ต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วย
- 2) ผู้วิจัยกล่าวสรุป เหตุผลที่ต้องรับภาระการดูแลและความรู้สึกของผู้ดูแล
- 3) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลกล่าวถึงความสำคัญของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแลและความสำคัญของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย โดยแบ่งเป็นกิจกรรมกลุ่มย่อย กลุ่มละ 2-3 คน
- 4) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแต่ละกลุ่มนำเสนอผลของกิจกรรมกลุ่มย่อย

ผู้วิจัยกล่าวสรุป ความสำคัญของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยและความสำคัญของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแลพร้อมทั้งกล่าว ชมเชยผู้ดูแลที่ตระหนักในความสำคัญของผู้ป่วย

ขั้นที่ 3 พัฒนาศักยภาพการดูแล

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับประสบการณ์ตรงสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งทางร่างกายและจิตใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

- 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสามารถอภิปรายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
- 2) ผู้ดูแลสามารถเขียนแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรม

- 1) ผู้วิจัยและผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
- 2) ผู้วิจัยกล่าวสรุปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- 3) ผู้ดูแลเขียนแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยแบ่งเป็นกิจกรรมกลุ่มย่อย กลุ่มละ 2-3 คน พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสาร และเป็นที่ปรึกษาขณะเขียนแผนการดูแล
- 4) ให้แต่ละกลุ่มนำเสนอแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และช่วยกันตรวจสอบและปรับปรุง
- 5) ผู้วิจัยกล่าวสรุป ชมเชย และให้กำลังใจผู้ดูแลในการปฏิบัติกรดูแลตามแผน
- 6) ผู้ดูแลนำแผนการดูแลไปปฏิบัติ

ขั้นที่ 4 พัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความสามารถของผู้ดูแลในทางบวกทำให้มีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ผู้ดูแลสารทบอกรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างดีที่สุดในต่อไป

กิจกรรม

- 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายงานผลการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามแผน
- 2) ผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวิเคราะห์แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกัน รวมทั้งปรับปรุงแผนการดูแลให้เหมาะสม
- 3) ผู้วิจัยกล่าวสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ดูแลเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความสามารถของ ผู้ดูแลในทางบวก
- 4) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลกล่าวถึงความรู้สึกเกี่ยวกับภาระการดูแลและความเชื่อมั่นที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป
- 5) ผู้วิจัยกล่าวชมเชยและให้กำลังใจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและกล่าวถึงความเชื่อมั่นในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชว่าจะปฏิบัติหน้าที่ได้เป็นอย่างดีต่อไป
- 6) ผู้วิจัยกล่าวสรุปและประเมินผล

5. หลังจากจบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้ว วัดพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยแบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
6. ผู้วิจัยให้ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสามารถติดต่อได้ตลอดเวลา
7. หลังจากจบการทดลองแล้ว 3 สัปดาห์ วัดภาวะการดูแลด้วยแบบประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ขั้นที่ 3 การประเมินผลการทดลอง

1. วัดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยแบบประเมินการเสริมสร้างพลังอำนาจหลังจบการทดลองทันที
2. วัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ด้วยแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
 - 2.1 วัดภาวะก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 2.2 วัดภาวะหลังจากจบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 3 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการทดลอง

ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตนเอง

ชื่อ นาง สมคิด ตีระวาทิ เป็นนักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สนใจศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดภาวะการดูแล ใช้เวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง ขณะดำเนินการวิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยดังนี้

1. การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมทดลองทั้งหมดถ้าไม่เต็มใจเข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธได้
2. ขณะดำเนินการวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีเงื่อนไข
3. ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นความลับ จะนำเสนอผลเฉพาะที่เป็นภาพรวมเท่านั้น
4. การตอบรับหรือการตอบปฏิเสธในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาบริการในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC

1. ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยร้อยละ
2. ข้อมูล การการเสริมสร้างพลังอำนาจนำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยร้อยละ
3. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช นำมาวิเคราะห์โดยการ
 - 3.1 หาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 - 3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะการดูแลก่อนและหลังจบโปรแกรม

การเสริมสร้างพลังอำนาจ 3 สัปดาห์

4. สถิติที่ใช้ทดสอบ ใช้สถิติทดสอบแบบที
5. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 สร้างและพัฒนา-----

- โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- แบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
- แบบประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

8 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการทดลอง-----

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 36 คน ที่มารับ
บริการที่ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล
พระนครศรีอยุธยา เลือกโดยการสุ่มแบบมี
เงื่อนไขตามคุณสมบัติ

วัดภาวะการดูแล

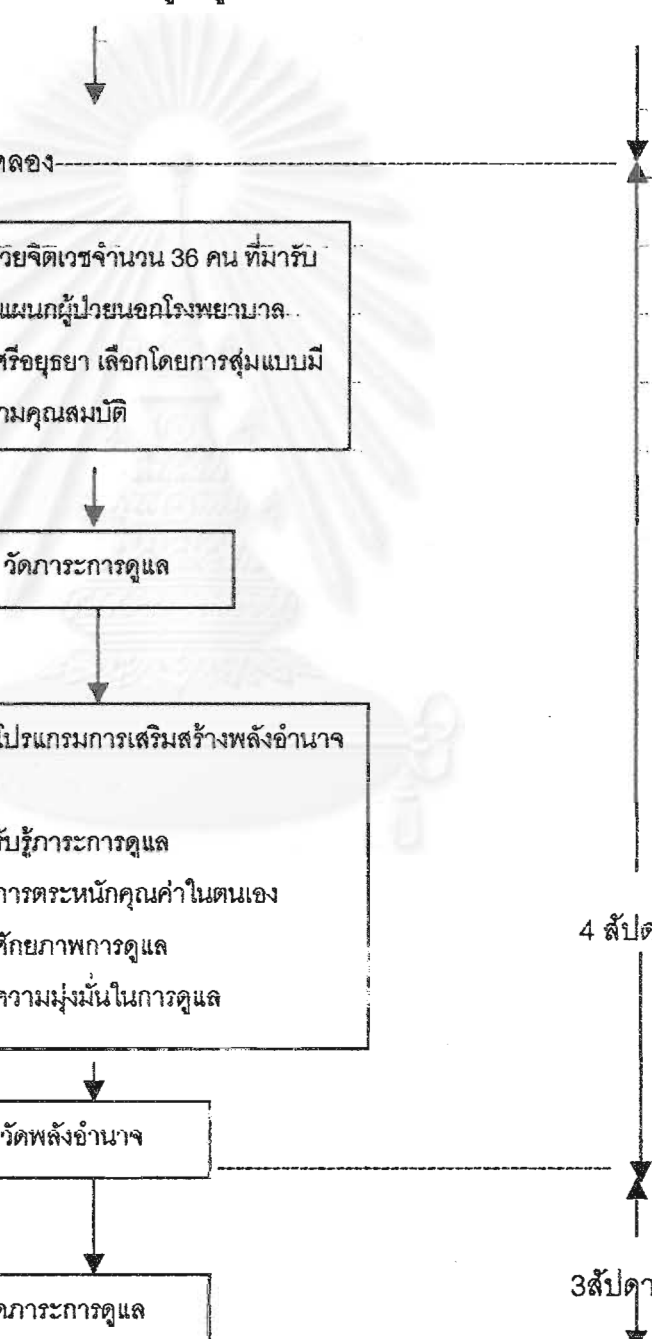
ให้การทดลองตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ขั้นที่ 1 การพัฒนารับรู้ภาวะการดูแล
ขั้นที่ 2 การพัฒนาการตระหนักคุณค่าในตนเอง
ขั้นที่ 3 การพัฒนาศักยภาพการดูแล
ขั้นที่ 4 การพัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล

4 สัปดาห์

วัดพลังอำนาจ

วัดภาวะการดูแล

3 สัปดาห์



ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ต่อภาวะการดูแล ศึกษากับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จากกลุ่มตัวอย่าง 26 คน โดยการเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- ตอนที่ 2 คะแนนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางต่าง ๆ ผู้วิจัย กำหนดสัญลักษณ์ แทนค่าสถิติต่าง ๆ ดังนี้

- n หมายถึง จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง
- \bar{X} หมายถึง ค่าเฉลี่ย
- S.D. หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- p หมายถึง ระดับการมีนัยสำคัญ
- t หมายถึง ค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของข้อมูลในแต่ละกลุ่ม

สถาบันวิทย์บริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 10 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส
ระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	10	38.46
หญิง	16	61.54
2. อายุ		
21-30	2	7.69
31-40	4	15.39
41-50	9	34.61
51-60	11	42.31
3. สถานภาพสมรส		
คู่	14	53.84
โสด	6	23.08
ม้าย	3	11.54
หย่า	3	11.54
4. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	21	80.77
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	11.54
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	2	7.69

จากตาราง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 61.54 อายุ ระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 42.31 รองลงมาคือ อายุ ระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 34.61 สถานภาพสมรส คู่ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 53.84 รองลงมาคือ โสด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 23.08 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 80.77

ตารางที่ 11 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
5. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			7. รายได้ของครอบครัว/เดือน		
มารดา/บิดา	11	44.22	ต่ำกว่า 2,500 บาท	1	3.85
ภรรยา	5	19.23	2,501 – 5,000 บาท	9	34.61
พี่สาว/พี่ชาย	4	15.38	5,001 – 7,500 บาท	13	50.00
สามี	2	7.69	7,501 – 10,000 บาท	3	11.54
บุตรสาว	2	7.69	8. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย		
น้องสาว/น้องชาย	2	7.69	1 – 3 ปี	4	15.38
6. อาชีพ			4 – 6 ปี	8	30.78
เกษตรกร	10	38.46	7 – 9 ปี	9	34.61
รับจ้างทั่วไป	6	23.08	10 ปี ขึ้นไป	5	19.23
อยู่บ้านเฉย/งานบ้าน	5	19.23			
รับจ้างบริษัทเอกชน	3	11.54			
ค้าขาย/ธุรกิจ	2	7.69			

จากตารางที่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ มารดา จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 23.08 รองลงมาคือ บิดา จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 19.23 ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 รองลงมา คือ รับจ้างทั่วไป จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 23.08 และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีรายได้ 5,001-7,000 บาท/เดือน รองลงมา คือ 2,501-5,000 บาท/เดือน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 11.54 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 7-9 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 34.61 รองลงมาคือ 4-6 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 30.78

ตอนที่ 2. คะแนนพลังอำนาจ

ตารางที่ 12. คะแนนพลังอำนาจหลังจบจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

คะแนน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
91 - 100	7	26.9
81 - 90	11	42.30
71 - 80	4	15.38
61 - 70	4	15.38

จากตารางหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเวชมีคะแนนพลังอำนาจระหว่าง 81 - 90 คะแนน มากที่สุด คือ 11คน คิดเป็นร้อยละ 42.30 และผู้ดูแลทุกคนได้คะแนนมากกว่า 60 คะแนน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 คะแนนภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะการดูแลของผู้ป่วยจิตเวชก่อน และหลัง การทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t
	X	S.D.	X	S.D.	
ภาวะการดูแล					
อติวิสัย	3.12	.63	3.17	.74	-.807
จิตวิสัย	3.10	.78	2.41	.64	6.687**
รวม	3.11	.62	2.71	.54	.989**

** p < .01

จากตารางการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภาวะโดยรวม และภาวะเชิงจิตวิสัยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของภาวะโดยรวมและภาวะเชิงจิตวิสัยหลังการทดลองน้อยกว่า ก่อนการทดลอง แต่ค่าเฉลี่ยของภาวะเชิงอติวิสัย ก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Pre Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ต่อภาวะการดูแล

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลัง การได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

สมมุติฐานการวิจัย

ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ภายหลังจากใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจน้อยกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบมีเงื่อนไขซึ่งกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้คือ เป็นบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ บิดา มารดา บุตร และสามีภรรยา เป็นผู้ดูแลหลัก ที่ให้การดูแล ผู้ป่วยจิตเวชมากที่สุด ดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 6 เดือนโดยไม่ได้รับค่าจ้างเป็นการตอบแทนและอายุ 20 - 60 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 26 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มี 2 ชุด คือ

1.1 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมี 4 ขั้นตอน คือ รับรู้ภาวะการดูแล ตระหนักในคุณค่าของตนเอง พัฒนาศักยภาพการดูแล และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า รวมทั้งการใช้เนื้อหาของโปรแกรมตามผลการศึกษาของ Bertal et al. (1994) ศึกษา

ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย ต้องการฝึกทักษะ ต้องการข้อมูลข่าวสาร ต้องการมีส่วนร่วมในแผนการรักษา และต้องการบุคคลสนับสนุน กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มาจากแนวคิดของ Dunst & Trivette (1996 cited in Hulme, 1999) กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วยความเชื่อมั่นในความแข็งแกร่งของบุคคลที่จะพัฒนาไปสู่ผู้มีความรู้ความชำนาญ ประสบการณ์การมีส่วนร่วม และการได้รับความรู้ นำมาสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง แบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยพัฒนามาจากเครื่องมือชื่อ Psychological Empowerment Scale พัฒนาโดย Akey et al. (2000) แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางสังคม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต และสภาพแวดล้อม ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและแบบประเมินพลังอำนาจไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบและนำมาปรับปรุงแก้ไขจากนั้น นำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาจำนวน 30 คน นำค่าคะแนนที่ได้มาหาค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มี 1 ชุด คือ แบบประเมินภาระการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่ผู้วิจัย พัฒนามาจากเครื่องมือวัดการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ชื่อ Perceived Caregiver Burden Scale พัฒนาโดย Rashi (1999) ซึ่งวัดภาระเป็น 2 ส่วนคือ ภาระเชิงอัตวิสัย และภาระเชิงจิตวิสัย

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบและนำมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชหอผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 คน นำค่าคะแนนที่ได้มาหาค่าความเที่ยง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. ข้อมูลเกี่ยวกับพลังอำนาจ นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

3. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช นำมาวิเคราะห์โดย

3.1 คำนวณหาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดลองแบบที (t-test)

3.3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนภาวะการดูแลเชิงจิตวิสัยและภาวะการดูแลเชิงอัตวิสัย ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง โดยใช้ค่าสถิติทดสอบแบบที (t - test)

4. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นรายด้านพบว่า

2.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะการดูแลเชิงจิตวิสัย ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะการดูแลเชิงจิตวิสัยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังการทดลอง น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะการดูแลเชิงอัตวิสัยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

สรุปผลการวิจัยตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช หลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจน้อยกว่าก่อนการใช้โปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ดังนั้นจากการสรุปผลการวิจัยตามสมมติฐาน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช สามารถลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 61.54 อายุระหว่าง 51-60 ปีจำนวน 11 คนคิดเป็นร้อยละ 42.13 และ 41-50 ปีจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 34.16 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 80.77 สถานภาพสมรสคู่ มีอาชีพเกษตรกรรมจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 และรับจ้างทั่วไปจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 23.08 รายได้ของครอบครัว 5,001-7,500 บาท/เดือน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ดูแลผู้ป่วยนาน 7-9 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 34.16 และเป็นบิดามารดาของผู้ป่วยจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 23.08

จากผลการวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับผลการวิจัยของ วัชรภรณ์ อุทัยภาส (2544) ศรีธนา นันทพงษ์ (2542) และสถิต วงษ์สุระประกิจ (2542) ซึ่งส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นมารดาของผู้ป่วย ที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจากมารดาเป็นผู้มีความสัมพันธ์และรักใคร่ดูแลทุกข์สุขของบุตรอยู่เสมอ ทั้งเมื่อยามสุขภาพปกติ และยามเจ็บป่วย (รุจา ภูไพบูลย์, 2535) รวมทั้งสังคมไทยมารดามีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลทุกข์สุขของสมาชิกในครอบครัวและเพศหญิงมีการประเมินสัมพันธภาพภายในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชได้ดี (วัชรภรณ์ อุทัยภาส, 2544) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจาก จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นพื้นที่ราบลุ่มติดแม่น้ำเหมาะแก่การทำเกษตรกรรม ทำให้อาชีพหลักของประชาชนในจังหวัด ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ปรงศรี วลลิโถม , 2542) อายุ 51-60 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมคือการทำนาซึ่งจะทำเป็นบางเวลาของช่วงฤดูกาลเท่านั้น จากการสอบถามพบว่าที่ว่างจากการทำนาผู้ดูแลมีหน้าที่ในการดูแลเด็ก ผู้ป่วย และดูแลบ้าน รายได้ของครอบครัวประมาณ 5,001-7,500 บาท/เดือน รายได้ของครอบครัวนี้ส่วนใหญ่มาจากอาชีพ เกษตรกรรม และจากการสอบถามพบว่ายังมีสมาชิกครอบครัว ส่วนหนึ่งประกอบอาชีพรับจ้าง ในโรงงานอุตสาหกรรม ทำให้รายได้ของครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย 7-9 ปี เป็นระยะการดูแลที่นาน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (ภุมมาภิชาติ แสงเขียว , 2542) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดรุณี คชพรหม (2543) ที่พบว่าระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในช่วง 6-10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.3

ตอนที่ 2 พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบเครื่องมือที่ใช้วัดการเสริมสร้างพลังอำนาจเพียง 2 ชุด คือ Family Empowerment Scale (Nirbhay & John, 1997) และ Psychological empowerment scale ซึ่งทั้ง 2 เครื่องมือไม่ได้กล่าวถึงผลของการวัดพลังอำนาจ แต่กล่าวถึงการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้วัดพลังอำนาจ การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินพลังอำนาจเพื่อเป็นเครื่องมือในการกำกับติดตามว่า หลังจากใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีพลังอำนาจที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไปโดยใช้เกณฑ์คะแนนพลังอำนาจ 60 คะแนน ขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ถือว่าผู้ดูแลมีพลังอำนาจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช คะแนนพลังอำนาจเฉลี่ยเท่ากับ 84.88 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้คะแนนมากกว่า 60 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีผลทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงเข้าใจระบบบริการของแผนกจิตเวช โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และมีการตระหนักในคุณค่าของตนเอง ทำให้ผู้ดูแลมีพลังอำนาจที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nirbhay & John (1997) ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความรู้เกี่ยวกับระบบบริการด้านสุขภาพจิต ความรู้จึงเป็นเป็นสิ่งสำคัญของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Ellis-Stoll & Wawter, 1998) และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Marian et al. (2000) เรื่องการวิเคราะห์ผลกระทบระยะยาวของการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยผลการศึกษาพบว่าการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของความรู้ซึ่งเป็นส่วนประกอบย่อยของการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประสบผลสำเร็จสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพลังอำนาจเฉลี่ยเท่ากับ 84.88 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้คะแนนมากกว่า 60 คะแนนจากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ทำให้ผู้ดูแลมีพลังอำนาจที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

ตอนที่ 3 ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยแสดงว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีผลทำให้ภาวะการดูแลโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชลดลงตามสมมติฐานและเป็นไปตามแนวคิดของ Gibson (1995) ที่กล่าวว่า ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือการเพิ่มความสามารถและความแข็งแกร่งของผู้ดูแลให้สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีความสามารถและความแข็งแกร่งเพิ่มขึ้นจะมีผลทำให้ผู้ดูแลมีภาวะการดูแลที่น้อยลง (Elliot, 1998; Ostwald, 2000) นอกจากนี้กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช มุ่งให้เกิดการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลและการตระหนักในคุณค่าของตนเอง ซึ่งจะมีผลทำให้ลดภาวะการดูแลสอดคล้องกับการศึกษาของ Framcell (1998) พบว่า การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชและการมีส่วนร่วมในแผนการรักษาสามารถ ลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชลงได้

ในทางเดียวกัน Mok et al. (2002) ศึกษาเรื่องความเข้าใจการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในฮ่องกงเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 24 คน ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วยกลยุทธ์ 4 อย่าง คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้และทักษะ 3) การตระหนักถึงความสำคัญของตนเองของผู้ดูแล 4) ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดี ผลที่ตามมาของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือ สัมพันธภาพที่อบอุ่น ผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้ง ยอมรับการตายของผู้ป่วย มีความพึงพอใจต่อการดูแล ตระหนักในคุณค่าของตนเองและความรู้สึกที่สงบ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ สรุปว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและการสนับสนุนให้กำลังใจรวมถึงการตระหนักในคุณค่าของตนเองของผู้ดูแล เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดภาวะของครอบครัว

กล่าวโดยสรุปโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งประกอบด้วย การพัฒนาการรับรู้ภาวะการดูแล การพัฒนาการตระหนักในคุณค่าของตนเอง การพัฒนาศักยภาพการดูแลและการพัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล โปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพลดภาวะการดูแลได้

อภิปรายผลแยกเป็นรายด้านได้ดังนี้

3.1 ภาระเชิงจิตวิสัย (Subjective Burden)

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาระการดูแลเชิงจิตวิสัย ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาระการดูแลเชิงจิตวิสัย หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปแนวคิดของ Hawks (1992) ที่กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ จะพัฒนาทัศนคติทำให้เกิดความพึงพอใจในสิ่งที่กระทำอยู่และยังก่อให้เกิดความพอใจต่อ แนวทางการดำเนินชีวิตของตนเอง (Janes, 1991) และสนับสนุนแนวคิดของ จอม สุวรรณโณ (2541) ที่มีแนวคิดว่า การนำญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นกลวิธีที่สำคัญ ของการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ญาติได้ตระหนักถึงความสามารถและอำนาจในการควบคุม สถานการณ์ให้กระบวนการพิจารณาตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติดูแลร่วมกับทีมการพยาบาล มีการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลซึ่งกันและกันทำให้ญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลและ ประสิทธิภาพการดูแลในทางที่ดี

สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Friesen & Wahlers (1993 cited in Nirbhay, 1997) พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ครอบครัวผู้ดูแลมีผลทางบวกต่อการตอบสนองต่อ ความเครียดของพ่อ แม่ ผู้ดูแล ประกอบกับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างขึ้นมุ่งให้เกิด การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวช พัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งทางด้าน ร่างกายและจิตใจ มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลและการตระหนักในคุณค่าของตนเอง นอกจากนี้การส่งเสริมให้ผู้ดูแลตระหนักในคุณค่าของตนเองมีผลทำให้ลดความเครียดที่เกิดจาก การดูแลได้ (Thomson & Doll, 1993 อ้างถึงใน ศรีธรรมา นันทพงษ์, 2542) และการให้ผู้ดูแล เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลนั้นยังเป็นไปตามความต้องการของผู้ดูแล (Strengard et al., 2000) ในทางเดียวกันการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้บุคคลมีความแข็งแกร่ง เข้าใจสภาพเศรษฐกิจและ สังคมได้ดี อันจะนำไปสู่ความสามารถในการแก้ปัญหาที่ดีได้สำเร็จ (Katz, 1984 และ Kieffer, 1984 อ้างถึงใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2541) ซึ่งความสามารถในการเผชิญปัญหาจะช่วยส่งเสริมความ รู้สึกควบคุมสถานการณ์ ลดความรู้สึกหมดหวัง หมดหนทางช่วยเหลือ ลดความตึงเครียดของบุคคล ช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้เหตุการณ์ในทางที่ดี (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และคณะ, 2542)

จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสามารถลดภาระดูแลเชิงจิตวิสัยอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ความรู้สึกเป็นทุกข์ อับอาย เบื่อหน่าย และความรู้สึกว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือน้อยลงทำให้เต็มใจยอมรับภาระการดูแลต่อไป

ภาระเชิงอัตวิสัย (Objective Burden)

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยภาระการดูแลเชิงอัตวิสัยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่แตกต่างกัน

ที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจากการเสริมสร้างพลังอำนาจวัดผลได้เฉพาะในสิ่งที่เป็นนามธรรมเท่านั้น (Zimmerman & Rappaport, 1998 cited in Clarks, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Clarks (2001) เรื่องการฝึกอบรมโดยการใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในชุมชน: การอภิปรายแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร โปรแกรมการฝึกอบรมการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย การพัฒนาการควบคุมการดำเนินชีวิตตนเอง การพัฒนาศักยภาพการดูแลและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการเสริมสร้างพลังอำนาจของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

รวมทั้งการเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดผลที่เป็นรูปธรรมในระยะยาว เช่น การศึกษาของ Dumiso and Mirian (2000) ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ผลระยะยาว ของการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว และผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย ศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาพบว่า มีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว คะแนนการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วย รวมถึงคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย และจากการศึกษาของ Heflinger et al. (1997) การประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว ศึกษาที่พ่อแม่ ผู้ดูแลที่มาใช้บริการแผนกจิตเวชเด็ก เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อทดสอบโครงการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

- 1) การให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจิต
- 2) ฝึกทักษะการแก้ปัญหา และการสื่อสารกับแพทย์
- 3) การให้กำลังใจ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลคนอื่น

ประเมินผลระยะปานกลาง 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า โครงการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวเกิดผลดีในระยะ 3 เดือน

ดังนั้นจึงอาจสรุปเหตุผลของความไม่แตกต่างกันของคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลเชิงอัตวิสัย
เนื่องมาจากเหตุผล 2 ประการคือ

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงผลที่ผลที่เป็นรูปธรรม
ระยะปานกลางถึงระยะยาว และภาวะการดูแลเชิงอัตวิสัยเป็นภาวะที่เป็นรูปธรรม โปรแกรม
การเสริมสร้างพลังอำนาจ จึงไม่สามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะเวลา 3 สัปดาห์

2. ส่วนประกอบย่อยของภาวะเชิงอัตวิสัย คือ ภาวะด้านการเงินซึ่งในปัจจุบันสภาพ
เศรษฐกิจของประเทศไทยตกต่ำก่อให้เกิดปัญหาด้านการเงินเกือบทุกครอบครัว รวมทั้งภาวะด้านการ
เงินเป็นเรื่องของค่าใช้จ่ายที่เป็นวัตถุประสงค์ที่ต้องใช้ จึงไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับพลังอำนาจที่เพิ่มขึ้นโดย
การมีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวช ความมั่นใจในการดูแลและการตระหนักในคุณค่าของ
ตนเองของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการวิจัยที่ต่อเนื่องในลักษณะของการติดตามผลเป็นระยะรวมถึงการประเมิน
ผลระยะปานกลาง 3 เดือนและการประเมินผลระยะยาว 1 ปี เพื่อดูผลการเปลี่ยนแปลงของภาวะ
การดูแล ซึ่งนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการลดภาวะการดูแลโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจ
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมบำบัด และการฝึกให้ผู้ป่วย
สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งน่าจะลดภาวะการดูแลได้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากยิ่งขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กุลวดี มุทุมม และคณะ.(2543).การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานและสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำกรร โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. พยาบาลสาร.27,3:49-61.
- จอม สุวรรณโน.(2541).ญาติผู้ดูแล : แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง.วารสารพยาบาลศาสตร์. 7,3:147-154.
- จารุวรรณ จินตามงคล.(2541). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2539). การเสริมสร้างพลังอำนาจวิชาชีพ. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.9,1-3 มกราคม-ธันวาคม:10-17.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม.(2541). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ:บริษัท ยุทธรินทร์การพิมพ์ จำกัด.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง.(2543). ความรู้สึกและความต้องการคำแนะนำ:กรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 14,2:30-31.
- ชัชชัยพร ทิพย์สุวรรณ. (2543). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนปรุง ในกลุ่มญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและกลุ่มญาติไม่มีส่วนร่วมในการดูแล. วารสารสวนปรุง. 16,3:54-68.
- ศรณี ศพพรหม. (2543). ผลของกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาระพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทานตะวัน แยมบุญเรือง. (2540). กรณีศึกษา:ผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทีปประพิณ สุขเชียว.(2543). การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาระพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธวัชชัย วราพงศธร. (2543). หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4, กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นภากร.(2539).การเสริมสร้างอำนาจ:ยุทธวิธีการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 9,มกราคม-ธันวาคม:1-9.

- บุญใจ ศรีสถิตยีนรากร. (2544). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ ;โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พนิดา รัตนไพโรจน์. (2542). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ผลที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและเจตคติต่อการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมการพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล.
- เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2544). ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. เอกสารประกอบการบรรยายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภุมมาภิชาติ แสงเขียว. (2542). การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2538). ภาวะของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต:การวิเคราะห์รายงานการวิจัย. วารสารพยาบาลศาสตร์. 13,1:19-25.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2542). ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13, 2:1-9.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และคณะ (2542) . ความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุ ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล. วารสารวิจัยทางการพยาบาล. 3,3:251-265.
- เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชฎา วิทยานาม (2543). สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม. วารสารพัฒนศึกษาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 1,4:31-37.
- ร่างแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 (2545-2549).กระทรวงสาธารณสุข.
- วรรณิภา บุญระยอง. (2543). ภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม.วารสารพยาบาลศาสตร์. 1,1: 1-17.
- วรรณิภา สัมมานวรรณ. (2537). การสำรวจภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรัณยา ทองจีน และคณะ. (2543). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่บ้านสำหรับญาติ. นครสวรรค์ ; แสงศิลป์การพิมพ์.
- ศิริมา นันทพงษ์. (2542). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ศิริพันธ์ สาสัตย์. (2543). การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวพุทธศาสนาในประเทศไทย. วารสารพุทธมิตวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 1,4: 15-24.
- สถิต วงศ์สุระประกิจ. (2541). ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สายพิน เกษมวัฒน์กิจ. ปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 13,4:76-85.
- สายฝน เอกวางกูร และคณะ. (2540). การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง. วารสารสวนปรุง. 15,3:1-13.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2543). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ; โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2541). การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 12, มกราคม-ธันวาคม:14-24.
- อุดม ลักษณะวิจารณ์. (2513). สุขภาพจิตดีเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต. โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์. อุบลราชธานี.

จุฬาลง

ภาษาอังกฤษ

- Ahern.L and Fisher D.(2001). Recovery at year own PAC. Journal of Psychosocial Nursing . 39,4:22-31.
- Akey T. M.et al. (2000). Validation of scores on the psychological empowerment scale: A measure of Empowerment for parents of children with a disability. Educational & Psychological Measurement 60, 3: 419-438.
- Alicia C,D. & Peter B,J. (2000). A theory of self - esteem. Social Forces. 80,3:1041-1068.
- Atkin K.and Ahad Waqar I.U. (2000). Family care-giving and chronic illness : how parents cope with a child with a sickle cell disorder or thalassaemia. Health and Social Care in the Community. 8,1: 57-69.
- Bartol G.M.et al.(1994).Nursing assistance for families of patients. Journal of Psychosocial Nursing. 32 ,12: 27-29.
- Bickman, Leonard. (1998). Longterm outcome to family caregiver empowerment. Journal of child and Family Studies. 7,3:269-282.
- Buckwalter K.C, et al ,(1999). A nursing intervention to decrease depression in family caregivers of persons with dementia. Archives of Psychiatric Nursing. 13,2: 80-88.
- Bukman & Nancy. (1991). Family caregiving -Research. Lite: //A/ Family Caregiving Research. htm.
- Chwalisz et al.(1995). Perceived stress: A better measure of caregiver burden. Measurement in Counseling & Development. 28,2: 88-98.
- Cook, et al. (1994). The impact of serious mental illness on patient's family. JAMA. 272,1839-1844.
- Cook, et al. (1999). The effect of support group participation on caregiver burden among parent of adult off spring with severe mental illness. Family Relation. 48,4:405-410.
- Corrigan W.P. (1997). Behavior therapy empowers person with severe mental illness. Behavior modification. 21,1:45-61.
- Corign W.P & Garman N.A (1997). Consideration for reach on consumer empowerment and psychosocial intervention. Psychiatric Services. 48 ,3:347-352.
- Donaldson C. et al, (1997). The impact of the symptoms of dementia on caregiver. British Journal of Psychiatry. 60, 3: 419-438.

- Doornbos.M.M.(1997).The problem and coping methods of young adults with mental illness. Journal of Psychosocial Nursing.35,9:22-26.
- Dowdell B.E, (1995). Caregiver burden: Grandmothers raising their high risk Grandchildren. Journal of Psychosocial Nursing. 33,3:27-30.
- Elliot D.P.(1998). Caregiver issues in patients with dementia. Journal of Consultant Pharmacists.13 ,supplement 11A:
- Ellis – Stoll. C & Popkess – vawters (1998). A concept analysis on the process of empowerment. Advance Nursing Science.21 ,2:62-68.
- Francell G.C(1998). Family perceptions of burden of care for chronic mentally ill relative. Hospital and Community Psychiatry . 39,12;1296-1300.
- Gibson C.H. (1991). A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing. 16,March: 354-361.
- Gibson C.H. (1995). The process of empowerment in ill children . Journal of Advance Nursing. 32 ,August:1201-1210.
- Hawks H.J. (1992) Empowerment in nursing education Concept analysis and application philosophy learning and Instruction. Journal of Advance Nursing.17, 609-618.
- Heflinger et al. (1997). A theory-driven intervention and evaluation to explore family Caregiver Empowerment. Journal of Emotion & Behavioral Disorder. 5, 3:33-50.
- Hulme.P.A. (1999). Family Empowerment: A Nursing Intervention With Suggested Outcomes for Family of Children With a Chronic Health Condition. Journal of Family Nursing. 5,1: 33-50.
- Inversion C.D Empowerment. Strategies to develop : Evaluate Intervention <file:///Empowerment.htm>
- IP S.H.Glendy S.H. and Mackenzie E.A (1998). caring for relative with serious mental illness at home : The Experiences of Family Career in Hongkong. Archives of Psychiatric Nursing. 12, 5 :288-294.
- Jane E.M. (1991). Empowerment for Later Life Eric Digest . ERIC Clearing house on Counseling and Personnel Services .
- Jones.S.L. (1996). The association between objective and subjective caregiver burden. Archives of Psychiatric Nursing. 10,2:77-84.

- Kasuya T.R.(2000). Caregiver burden and burnout. A guide for primary care physicians. Postgraduate Medicine. 108,7: 23-26.
- Kayama M. et al. (2001). Japanese expert public health mere empower clients with schizophrenia living in the community. Journal of Psychosocial. 39, 2:40-45.
- Larsen.L.S.(1998). Effectiveness a counseling intervention to assist family caregivers of Chronically ill relatives. Journal of Psychosocial Nursing. 36, 8:26-32.
- Miriam G. et al. (2000). A longitudinal Analysis of Family Empowerment and Client Outcomes. Journal of child and family studies. 9,4: 449-460.
- Mohr.W.K.(2000). Partnering with Families . Journal of Psychosocial Nursing. 38,1: 15-21.
- Mok,E et al. (2002). Perception of empowerment by family caregivers of patients with a terminal illness in HongKong. International Journal of Palliative Nursing. 8,3: 137-145.
- Nirbhay N.S & John W.E .(1997).Empowerment status of family whose children have Serious Emotional Distance and attrition deficit/hyperactivity Disorder. Journal of Emotional & Behavioral Disorder. 5, 4: 223 – 229.
- O'Donnell et al. (1999). A study of client-focused care management and consumer advocacy: The community and consumer service project. Australian & Newzealand . Journal of Psychiatry. 33,5: 684-693.
- Ostwald K.S, et al. (1999). Reducing caregiver burden: A Randomized psychoeducational intervention for caregivers of person with dementia. Gerontologist. 39 ,3: 299-309.
- Parker P.A.(1993).Living with mental illness: The family as caregiver .Journal of psychosocial .31,3:19-21.
- Petermeli – Taler A.C (1993). Living with mental illness professional/family collaboration. Journal of Psychosocial Nursing . 31,3:23-28.
- Pieranunzi R.V. (1997). The lived experience of power and powerlessness in Psychiatric Nursing : A Heideggerian hemeneutical analysis. Journal of Psychosocial Nursing. 11,3: 155-162.
- Rashmi G. (1999). The revised burden scale : Preliminary evaluation. Research on Social Practice. 9,4:508-520.
- Robert E.H. et al. (2001). Empowerment effects of teaching leadership skill to adults with a severe mental illness and their families. Psychiatric Rehabilitation Journal. 24,3: 257-265.

- Rose L.E. (1997). Caring for Caregivers: Perceptions of Social Support. Journal of Psychosocial Nursing, 35 (2), 17-24.
- Rungreangkulkinj, S. and Gilliss, C.L. (2000). Conceptual Approaches to studying family caring for persons with severe Mental illness. Journal of Family Nursing, 6,4: 341-366.
- Ryless M. Setal (1999). A concept analysis of empowerment its relationship to mental health nursing. Journal of Advance Nursing . 29 ,3: 600-607.
- Sandra E.H. (1996). Parents' perspectives on quality in family support programs. Journal of Mental Health Administration, 23,2: 156-169.
- Schofield, R. (1998). Empowerment education for individual with serious mental illness. Journal of Psychosocial Nurse ,36,2: 35-40.
- Sharon K. et al. (1999). Reduce Caregiver Burden : A randomized psychoeducational for caregiver of person with dementia. The Gerontologist. 39,3: 299-309.
- Schott-Baer D. and Gregory C. (1995). Dependent care, Caregiver burden hardness and self-care agency of caregivers. Cancer Nursing, 18,4: 299-305.
- Segul P.S. et al. (1995). Measuring empowerment. In client-Run self-help Agencies. Community Mental Health Journal. 31,3:215-227.
- Sharon K. et al. (1999). Reducing caregiver burden : A randomized psychoeducational for caregivers of persons with dementia. The Gerontologist 39,3:299-309.
- Stengard, E. (2000). Satisfaction of caregivers of patients with schizophrenia in Finland. Psychiatric Services, 51,8:1034-1039.
- Stuart, G.W. (1997). Psychiatric Nursing. 6th ed. Philadelphia Massy.
- Susan C.R; Allan V.H. (1995). Caregiver Burden : Differentiating the content and consequences of Family caregiving. Journal of the Marriage & The Family, 57,3:741-750.
- Taylor C.M. (2001). Independent and empowerment evidence from the student perspective. British Journal of Occupational therapy, 64 ,5:245-252.
- Tebb S. (1995). An Aid to Empowerment : A caregiver well-being scale. Health & Social Work, 20 (2), 87-93.
- Tuck J., et al. (1997). Experience of Caring for an Adult Child with Schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing, 9,3:118-125.

Varcarolis E.M. (1998). Foundation of Mental Health Nursing. Philadelphia W.B. Saunders Brace & Company.

Vitaliano.P.P. et al. (1991). The screen for caregiver burden. Gerontological. 31,1: 76-83.

Wilson, H.J. (1995). Therapeutic partnership. Journal of Psychosocial Nursing. 33,2: 27-30.

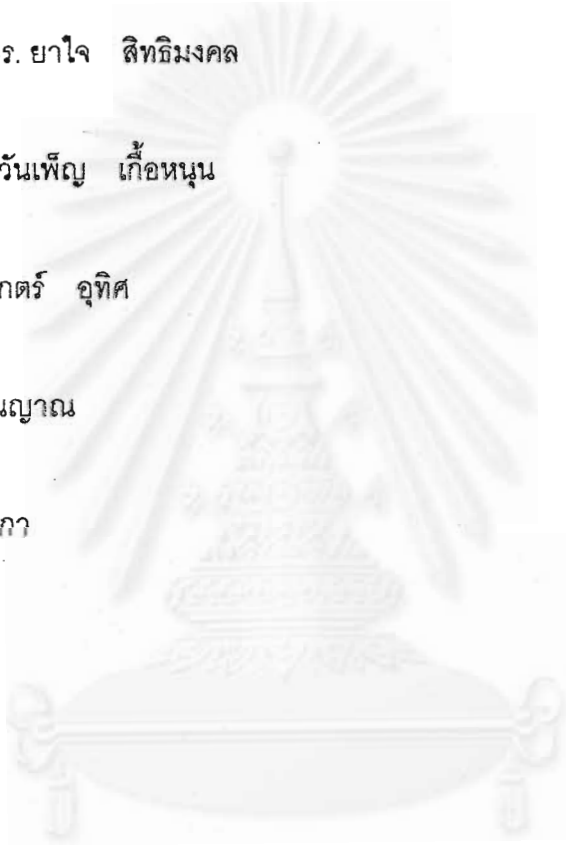


สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันเพ็ญ เกื้อหนุน
3. อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ
4. นางดวงตา กุลรัตนญาณ
5. นางเอื้ออารีย์ สาลิกา



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างแผนการดำเนินโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ครั้งที่ 1

เรื่อง การพัฒนาการรับรู้ภาวะการดูแล

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 5-7 คน

สถานที่ ห้องทำกลุ่ม ตึกกิมลี กิจจาทร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1. รู้และเข้าใจถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจเนื่องจากการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. รู้และเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวช


วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสามารถ

1. อธิบายถึงผลกระทบด้านลบที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. บอกสาเหตุ อาการและการรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้

สถาบันพระเทพยบรกรรม
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื้อหา	กิจกรรม/แนวทางการปฏิบัติ	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
<p>ชื่อเรื่อง การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ต่อภาระการดูแล</p> <p>รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อลดความรู้สึกเหนื่อยทางด้านร่างกาย และลดความรู้สึกเครียดด้านจิตใจ</p> <p>การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย 4 กิจกรรม ดังนี้</p> <p>กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาการรับรู้ภาระการดูแล</p> <p>กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาการตระหนักในคุณค่าของตนเอง</p> <p>กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาศักยภาพการดูแล</p> <p>กิจกรรมที่ 4 การคงไว้ซึ่งศักยภาพการดูแล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยการกล่าวแนะนำตนเอง - ผู้วิจัยกล่าวสวัสดิ์ แนะนำตนเอง บอกชื่อ นามสกุล เป็นพยาบาลที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ขณะนี้กำลังศึกษาต่อระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลบอกชื่อ - นามสกุล และอาชีพ รวมทั้งระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย 3. ผู้วิจัยกล่าวสรุป โครงการวิจัยให้ผู้ดูแลรับทราบและแจ้งการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย 		

เนื้อหา	กิจกรรม/แนวทางการปฏิบัติ	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
<p>เวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม 1.30-2 ชั่วโมง</p> <p>การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เป็นสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด ถ้าไม่เต็มใจเข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธได้ 2. ขณะดำเนินการวิจัยผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีเงื่อนไข 3. ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นความลับ นำเสนอผลเฉพาะภาพรวมเท่านั้น 4. การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การเข้ารับบริการในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา 			

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื้อหา	กิจกรรม/แนวทางการปฏิบัติ	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
<p>ภาวะการดูแล หมายถึง ความรู้สึกและการรับรู้ด้านลบของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในการดูแลและเป็นผลกระทบที่ตามมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งประกอบด้วย 2 ลักษณะคือ</p> <p>1. ภาวะเชิงอัตวิสัย ความรู้สึกและการรับรู้ด้านลบของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติต่อ ผู้ป่วยจิตเวช เป็นสิ่งที่สามารถสังเกตได้ ได้แก่การรบกวนการดำเนินชีวิตและการเข้าร่วมสังคม ผลกระทบต่อสุขภาพผู้ดูแลและปัญหาทางเศรษฐกิจ</p> <p>2. ภาวะเชิงจิตวิสัย ความรู้สึกและการรับรู้ด้านลบของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติต่อ ผู้ป่วยจิตเวชเป็นสิ่งที่แสดงถึงความรู้สึกอารมณ์และเจตคติของผู้ดูแลได้แก่ ความรู้สึกเป็นทุกข์ อับอาย เบื่อหน่าย ไม่อยากดูแลผู้ป่วยจิตเวชอีกต่อไป และ ความรู้สึกว่าขาดการช่วยเหลือ</p>	<p>4 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลกล่าวถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช</p> <p>5 ผู้วิจัยรับฟัง สนับสนุน กระตุ้น ยกตัวอย่างถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลในจังหวัดที่เหมาะสม</p> <p>6 ผู้วิจัยกล่าวสรุปผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหรือภาวะการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ</p>	<p>แผ่นใส ภาวะการดูแล</p>	<p>ผู้ดูแลสามารถบอกผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ</p>

เนื้อหา	กิจกรรม/แนวทางการปฏิบัติ	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
<p>ความหมาย การเจ็บป่วยทางจิตเวช หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมอย่างรุนแรง ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ประจำวันได้ ไม่สามารถสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น</p> <p>สาเหตุ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พันธุกรรม ปัจจุบันยังไม่ทราบ DNA ที่ผิดปกติอยู่ที่ใด และมีการถ่ายทอดอย่างไร 2. ชีวเคมีในสมองเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท 3. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม มีผลกระตุ้นให้เกิดอาการในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค 4. ปัจจัยด้านจิตใจ ผู้ป่วยซึมเศร้ามักจะมองตนเองทั้งอดีตและอนาคตไม่ดี <p>อาการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผิดปกติด้านสติสัมปชัญญะ มีความสับสน ไม่สามารถสนใจเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้นาน 2. ความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว มีทั้งเคลื่อนไหวช้าลงและมากขึ้น 3. ความผิดปกติด้านอารมณ์ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม 4. ความผิดปกติด้านความคิด ความคิดหยุดชะงัก จำไม่ได้ว่าจะพูดอะไร ความคิดหลายอย่างเกิดขึ้นรวดเร็ว 	<p>7. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวช สาเหตุ อาการ การรักษา</p>		

เนื้อหา	กิจกรรม/แนวทางการปฏิบัติ	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
<p>5. ความผิดปกติของการรับรู้ แปลความหมายผิดเห็นเชือกเป็นงู รับรู้โดยปราศจากสิ่งเร้า (ประสาทหลอน)</p> <p>6. ความผิดปกติด้านความจำ ไม่สามารถจำหรือระลึกเหตุการณ์ที่ผ่านมาได้</p> <p>7. ความผิดปกติของเซอวิปัญญา เซอวิปัญญาเสื่อมลง ปัญญาอ่อน การรักษา</p> <p>1. รักษาด้านร่างกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - รักษาทางยา ยาจะช่วยปรับสารเคมีในสมองให้สมดุล - ช็อกไฟฟ้า กระแสไฟฟ้าจะกระตุ้นให้มีการหมุนเวียนและกลับสมดุลของสารสื่อประสาท <p>2. การรักษาทางจิตใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - เป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อทำจิตบำบัด <p>3. การรักษาด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - จิตบำบัดแบบกลุ่ม นำผู้ป่วยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมาพูดเกี่ยวกับความไม่สบายใจ และช่วยกันแก้ปัญหา เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เรียนรู้และไว้วางใจ - ครอบครัวบำบัด มีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพในครอบครัวเพื่อลดปัญหา - นิเวศน์บำบัด เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความสุขสบายตามสภาพของผู้ป่วย 	<p>8. ผู้วิจัยกล่าวสรุป ผู้ป่วยจิตเวช และการเจ็บป่วยทางจิตเวช สาเหตุ อาการ และการรักษา</p> <p>9. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถาม</p> <p>10. ผู้วิจัยถามคำถามโดยให้ช่วยกันตอบ</p> <p>11. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณที่ผู้ดูแลสละเวลามาร่วมกลุ่ม กล่าวชมเชยให้กำลังใจผู้ดูแล</p>	<p>แผ่นใส การเจ็บป่วยทางจิตเวช สาเหตุ อาการ และการรักษา</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การเจ็บป่วยทางจิตเวชหมายถึง - บอกรายการของผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อยคนละ 2 ข้อ

ภาคผนวก ค

แบบประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

คำชี้แจง แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินภาวะการดูแลประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชว่ารับรู้

ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากน้อยเพียงใดประกอบด้วย 30 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุปี
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () ม้าย () หย่า () แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
5. อาชีพ
() เกษตรกรรม () รับจ้างทั่วไป () รับจ้างบริษัทเอกชน () ราชการ/รัฐวิสาหกิจ
() ค้าขาย/ธุรกิจ () อยู่บ้านเฉยๆ/งานบ้าน () อื่นๆระบุ.....
6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน
() ต่ำกว่า 2,500 บาท () 2,501 – 5,000 บาท
() 5,001 – 7,500 บาท () 7,501 – 10,000 บาท
() มากกว่า 10,000 บาท
7. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยปี
8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
() พ่อ () แม่ () พี่ () น้อง () สามี () ภรรยา () บุตร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านตามสถานการณ์นั้นๆมากที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชท่านรู้สึกว่ามีผลกระทบต่อนานอย่างไร					
1. ท่านต้องมาดูแลผู้ป่วยทำให้ครอบครัวขาดรายได้					
2. ท่านไม่มีเงินเพียงพอในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล					
3. การดูแลผู้ป่วยทำให้ครอบครัวของท่านมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ					
4.					
5.					
6.					
7.					
.					
.					
.					
.					
.					
30.					

ภาคผนวก ง

แบบประเมินพลังอำนาจดูแลผู้ป่วยจิตเวช

คำชี้แจง แบบประเมินพลังอำนาจดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นแบบประเมินผู้ดูแลแล้วมีพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากน้อยเพียงใด

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านตามสถานการณ์นั้นๆมากที่สุด

ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านเชื่อว่าท่านมีพลังที่จะทำการเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วย					
2. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลให้ผู้ป่วยดีขึ้น					
3. ท่านมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย					
4. ท่านสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดี					
5. ท่านมีความตั้งใจที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุดต่อไปเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น					
6. เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยท่านรู้ว่าจะปรึกษาใคร					
7. ท่านรู้จักสถานที่ที่จะหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้					
8. ท่านรู้จักสถานที่ที่จะช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย					
9. ท่านเข้าใจระบบการให้บริการของโรงพยาบาลแห่งนี้					
10. ท่านสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกับทีมการรักษาพยาบาล					
11. ท่านรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระหนักที่เหมือนกันทุกครอบครัว					
12. ท่านหาโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกับผู้ดูแลคนอื่นๆ					

ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
13. ท่านรู้สึกว่ามีคนอื่นเข้าใจปัญหาที่ท่านเผชิญอยู่					
14. ท่านมีคนคอยให้กำลังใจเสมอ					
15. ท่านสามารถให้กำลังใจผู้ดูแลผู้ป่วยคนอื่นเมื่อมีโอกาส					
16. ท่านปฏิบัติตนในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีประสบการณ์อย่างเหมาะสม					
17. ท่านสามารถแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกับผู้ดูแลคนอื่นได้					
18. ท่านหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ					
19. ท่านสามารถประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้					
20. ท่านสามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้					

สถาบันวิทยบริการ
 าลงกรณ์มหาวิทยาลัย

