บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ จากตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมาย

1.2 สาเหตุของการเกิดโรค

1.3 ลักษณะอาการผู้ป่วยจิตเภท

1.4 การดำเนินโรค

1.5 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของผู้ดูแล

2.2 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

2.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว

3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

3.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

3.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

3.4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

3.5 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

3.6 การพยาบาลเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว

4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.2 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.3 ปัจจัยนำและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

5. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง จิตเภทมาจากคำศัพท์ว่า จิต บวกกับคำว่าเภท จิต แปลว่า จิตใจ เภท แปลว่าแตกแยกหรือทำลาย ดังนั้น จิตเภท จึงแปลว่า จิตใจที่แตกแยกในภาษาอังกฤษใช้คำว่า Schizophrenia ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษากรีก และถูกนำมาใช้ครั้งแรกโดยจิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ ชื่อ Eugen Bleuler เมื่อปี ค.ศ 1908 และได้ใช้คำนี้มาจนถึงปัจจุบัน (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544)

1.1 ความหมาย

องค์การอนามัยโลก ซึ่งใช้ชื่อย่อว่า ICD-10 (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision) (WHO, 1992)ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ การรับรู้ ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ทื่อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาวน์ปัญญามักดีอยู่ แม้ว่าการสูญเสียการรับรู้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) และกำหนดระยะเวลาของการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 6 เดือนโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยา หรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ได้กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ลักษณะเฉพาะของโรคนี้ คือ อาการของโรคจิตซึ่งทำให้การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของจิตใจมีความบกพร่องไปและเกิดความผิดปกติในด้านต่าง ๆ คือ ความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม (ทวี ตั้งเสรี, 2541)

Fox & Kan (1996: 321) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่สามารถทำงานได้ ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตและประชากรส่วนโดยทั่วไปร้อยละ1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิงมีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคนี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะดี 8 เท่าและมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

สมภพ เรืองตระกูล(2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของ ความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนโดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกายโรคของสมองหรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุควนิชย์ (2543) ได้ให้ความหมาย ของโรคจิตเภทว่าเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นเมื่อเป็นแล้ว

มักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่จะมีกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตัวเอง

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549)ได้ให้ความหมายว่าโรคจิตเภทหรือ Schizophrenia เป็นโรคที่มีความผิดปกติ ของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมโดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกาย หรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

Sadock,B.J.& Sadock,V.A. (2001) ได้กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด โดยมีทั้งลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) อาการทางลบ(Negative symptoms) และเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ ดังนั้นอาการของโรคจิตเภทจึงมีผลต่อการรับรู้ พฤติกรรมสังคมและการทำหน้าที่

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีความผิดปกติในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นความบกพร่องในด้านความคิด โดยความผิดปกติของกระบวนการคิดนั้น แสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด เป็นต้น ความผิดปกติในด้านอารมณ์ การรับรู้ ส่งผลต่อพฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม โดยที่ไม่พบความผิดปกติทางกายและทางสมอง อีกทั้งยังทำให้มีการแสดงออก และการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้อง กับสภาพความเป็นจริงในการดำเนินชีวิตในครอบครัว ชุมชน และสังคม

1.2 สาเหตุของการเกิดโรค

จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทนั้นเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ซึ่งปัจจัยทุกด้านมีความสำคัญ โดยมีรายละเอียดของแต่ละปัจจัย ดังนี้ (กิตติวรรณ เทียม-แก้ว, 2544)

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors)เชื่อว่าเกิดจากความแปรปรวนของสารเคมีประสาทในสมอง (neurochemical disturbance) เช่น สมมติฐานของโดปามีน (The Dopamine Hypothesis) สมมติฐานเกี่ยวกับ Transmethylation (Transmethylation Hypothesis) สมมติฐานความไม่สมดุลระหว่าง dopamine กับ norepinephrine (dopamine-norepinephrine imbalance) สมมติฐานจากภาพถ่ายทางสมอง (brain imaging)

1.2.2 ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetics factors) จากการศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภทพบว่า พี่น้องของผู้ป่วยและบุตรที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคจิตเภท มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลทั่วไป การศึกษาในบุตรบุญธรรม ที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคจิตเภทพบว่า จะมีโอกาสเป็นโรคนี้ร้อยละ 25 ถ้าบิดาหรือมารดาเป็นโรคจิตเภทเพียงคนเดียวจะมีโอกาสเป็นโรคนี้ร้อยละ 20 และจากการศึกษาคู่แฝดพบว่า ในคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบ

เดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้ อีกคนหนึ่งจะเป็นด้วยร้อยละ 70-90 และโอกาสที่คู่แฝดจากไข่คนละใบจะเป็นโรคนี้ด้วยมีร้อยละ 14 (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

1.2.3 ปัจจัยทางจิตสังคม(psychosocial factors)ด้านความขัดแย้งในใจ(intrapsychic conflict) ด้านสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกที่ผิดปกติ (defects in the mother-child relationship)ด้านการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในครอบครัว (Double-bind communication) ด้านครอบครัวที่มีพยาธิสภาพ(Dysfunction family) เกิดมาในครอบครัวที่มีผู้ที่เลี้ยงดูหรือบิดามารดา มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น บุคลิกภาพแปรปรวน ติดยา ติดสุรา เชื่อว่ามีผลต่อคุณภาพการเลี้ยงดูบุตร ไม่สามารถตอบสนองร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม

1.2.4 ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic factors) เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท จากการศึกษาทางระบาดวิทยาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเภทพบในหมู่ประชากรที่มีฐานะยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะดี มีสองความคิด คือ เชื่อว่ากลุ่มประชากรที่มีฐานะทางสังคมและระดับเศรษฐกิจต่ำต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่า แต่มีคนแย้งว่าโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เมื่อเป็นแล้วก็จะทำให้สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยตกต่ำลง

1.3 ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทมีบุคลิกภาพก่อนการเจ็บป่วยเป็นแบบ Schizotypal คือ มีบุคลิกภาพค่อนข้างเงียบ เก็บกด มีเพื่อนน้อย ช่างฝัน เก็บตัว หวาดระแวง และไม่ค่อยสมาคมกับผู้อื่น (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) โดยทั่วไปแบ่งอาการออกเป็น 2 แบบ (Taylor,1994; Johnson, 1993)

1.3.1 อาการบ่งชี้ทางบวก (Positive symptoms / Type I syndrome) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการเด่นชัด คือ มีความผิดปกติของความคิดทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิด ร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการแสดงที่เด่นชัด คือ อาการหลงผิด (Delusion)ประสาทหลอน (Hallucination) พูดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว (Disorganize speech) และมีพฤติกรรมการแสดงออกที่แปลกไปจากเดิม (Bizarre behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน

1.3.2 อาการบ่งชี้ทางลบ (Negative symptoms / Type II syndrome) คือ การที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ท่าเดียวนาน ๆ โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Catatonic schizophrenia or Waxy Flexibility) ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะด้านการแสดงออกทางอารมณ์ ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) หรือเฉยชา (Blunt or Flattening) ขาดความกระตือรือร้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2544)

1.4 การดำเนินโรค ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ มักเริ่มป่วยในระยะวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น แต่ก็อาจมีบ้างที่อาการเริ่มเป็นในวัยกลางคน (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2542) การดำเนินโรคจะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ในระยะแรกอาการอาจจะน้อยและไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลไม่สังเกตหรือเห็นความสำคัญ และเมื่ออาการเกิดชัดเจนขึ้น ผู้ดูแลจึงนำมาพบแพทย์ ปัจจุบันมีการรักษาหลายวิธี การดำเนินโรคจึงเปลี่ยนไป โดยทั่วไปการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536;มาโนช หล่อตระกูล, 2543)

1.4.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่เริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยเฉลี่ยระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนบอกยาก ว่าผิดปกติตั้งแต่เมื่อไหร่ โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ มักมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพการเรียนหรือการทำงาน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิมระยะนี้ในช่วงที่ผู้ป่วยเครียดจัดหรือช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุรามาก อาจเห็นชัดขึ้นว่าไม่ค่อยปกติ ในบางคนอาจจะไม่เห็นระยะนี้ชัดเจนแต่พอมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการโรคจิตรุนแรงขึ้นมาเลยก็มี

1.4.2 ระยะอาการกำเริบ(Active phase) คือ มีอาการชัดเจน โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวกได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พูดไม่ประติดประต่อกันหรือพูดไม่รู้เรื่อง และมีพฤติกรรมแปลกประหลาดชัดเจน ญาติและบุคคลใกล้ชิดจะสังเกตพบและพามาพบแพทย์ในระยะนี้เป็นส่วนมาก อาการที่พบบ่อยมีดังนี้ อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะที่มีเหตุผลแปลก ๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผลหรือไม่เหมาะสม มักจะหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเองที่เข้าใจคนเดียว มีความคิดหลงผิด คิดว่าตนกำลังถูกผู้อื่นปองร้าย มีความคิดแปลกประหลาด อาการด้านอารมณ์ ผู้ป่วยมีลักษณะอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม อาจพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางครั้งมีการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะร่วนหรือหัวเราะคนเดียว อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการของโรคจิตดีขึ้นอาการด้านการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอน ที่พบบ่อย คือ หูแว่ว ความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมอาจต้องออกจากงานหรือโรงเรียนเป็นระยะเวลานานทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งในด้านต่าง ๆ (Moller&Murphy,2001)อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างชัดเจน บางรายเก็บตัวมากขึ้น อยู่แต่ในห้องไม่อาบน้ำหลาย ๆ วัน ติดต่อกัน ผมเผ้ารุงรัง ชอบเดินไปมา กลางคืนไม่นอนหรือทำท่าทางแปลก ๆ บางครั้งหงุดหงิดฉุนเฉียว มีพฤติกรรมก้าวร้าว

1.4.3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ เช่น ประสาทหลอน หลงผิด อาจยังมีอยู่ แต่มิได้มีผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเหมือนในช่วงแรกส่วนมากในระยะนี้จะพบลักษณะของอาการทางลบ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีลักษณะพฤติกรรม

เกี่ยวกับการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง เช่นไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถรักษาสัมพันธภาพทางสังคม สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีลักษณะอาการแสดงออกที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นความผิดปกติในด้านการบกพร่องทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมการแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ ทั้งในลักษณะอาการด้านบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอนหรือลักษณะอาการด้านลบ เช่น เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1.5 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท สาเหตุของโรคจิตเภทอาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว ทำให้ยากแก่การรักษา ดังนั้นการรักษาจึงแปรเปลี่ยนไปตามอาการเด่นๆของผู้ป่วย วิธีการรักษาอาจต้องใช้การผสมผสานของวิธีการหลายอย่างร่วมกัน โดยแนวทางในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทมีดังนี้ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542)

1.5.1 การรักษาด้วยยา โดยยาจะช่วยปรับแก้ความผิดปกติของการหลั่งสารสื่อประสาทที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรค มีผลทำให้ลดอาการรุนแรงของโรคลงเกือบทุกอาการ โดยเฉพาะอาการทางบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น การรักษาด้วยยาต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล เมื่อเริ่มอาการทุเลา ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น การติดต่อสื่อสารจะดีขึ้น ซึ่งในระยะนี้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำเป็นต้องได้รับยาต่อไปจนกว่าอาการจะคงที่ โดยจะต้องรับยาต่อเนื่องประมาณ 1-2 ปี ในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

1.5.2 การรักษาทางจิตสังคม เนื่องจากโรคจิตเภททำให้ ผู้ป่วยมีอาการเสื่อมเสียอย่างมากในด้านการทำงาน และการเข้าสังคมซึ่งปัญหาดังกล่าวยังคงอยู่ แม้อาการของโรคจิตจะลดลงแล้ว ดังนั้นการรักษาทางจิตสังคมจึงจำเป็นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเชิญกับความเครียด ซึ่งมีหลายวิธีดังนี้

1.5.2.1 การรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งจะลดความเครียดของผู้ป่วยและผู้ดูแลลง และการรักษานี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเรียนรู้จากประสบการณ์จริงเพื่อให้สามารถกลับไปประยุกต์ใช้เมื่ออยู่ในชุมชนของตนเองได้

1.5.2.2 การรักษาแบบไปกลับ การรักษานี้สามารถจัดให้กับผู้ป่วยนอก โดยจัดให้ผู้ป่วยมีการเข้าสังคม การฝึกอาชีพ การทำจิตบำบัดและการให้ความรู้ในเรื่องของจิตใจ

1.5.2.3 การทำจิตบำบัด โดยแบ่งเป็นจิตบำบัดรายบุคคล และจิตบำบัดรายกลุ่ม การรักษาแบบนี้มีประโยชน์ในการช่วยผู้ป่วยแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพของตนเองให้ได้มากที่สุด

1.5.2.4 ครอบครัวบำบัด มุ่งเน้นให้ความรู้แก่ครอบครัวในเรื่องธรรมชาติบำบัดของโรค และบทบาทของญาติในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำ

1.5.2.5 การฝึกความชำนาญในการเข้าสังคม ซึ่งจะเป็นการมุ่งเน้นเพิ่มความชำนาญในการคบหาผู้อื่น การให้ผู้ป่วยมีโอกาสฝึกฝนพฤติกรรมต่างๆ ก่อนที่จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

1.5.2.6 การจัดการรายกรณี เพื่อดูแลในเรื่องต่างๆ เช่น การดำเนินชีวิตและสุขภาพ การประสานงานต่างๆ รวมทั้งการจัดการเรื่องที่พักและการเงิน การฝึกฝนวิชาชีพและความต้องการพื้นฐานอื่นๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามสมควร และลดความจำเป็นในการรักษาในโรงพยาบาล

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคจิตเภทแบ่งตามระยะอาการของโรคและความรุนแรงของโรค ได้ 3 ระยะคือ ระยะเฉียบพลัน ระยะอาการทุเลา และระยะคงสภาพ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2546) ดังนั้น การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ควรให้การพยาบาลตามระยะอาการ โดยมีกิจกรรมการพยาบาลต่างๆร่วมกัน ที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมองอย่างเป็นองค์รวม ดังนี้

1.6.1 การให้การพยาบาลในระยะเฉียบพลัน ระยะนี้ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการทางจิตรุนแรง ส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมอาการให้สงบโดยเร็ว และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

1.6.1.1 การให้การพยาบาลด้วยยา โดยให้ยาตามแผนการรักษา ประเมินจากการรักษาและผลข้างเคียงของยา

1.6.1.2 การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า เริ่มจากการเตรียมร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยในขณะที่มีอาการเกร็งตัว การประคองต้นคอเพื่อป้องกันกระดูกหัก เมื่อเกร็งกระตุกสงบลง ค้องตะแคงหน้าผู้ป่วย ดูดเสมหะในทางเดินหายใจให้โล่ง สังเกตอาการปลายมือปลายเท้าเขียวที่เกิดจากการขาดออกซิเจน และสังเกตการหายใจ การสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยไฟฟ้า เช่น วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน งุนงง สับสน ซึ่งจะพบ 1-2 ชั่วโมงหลังการรักษา โดยต้องระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยพักผ่อน บางรายอาจมีอาการหลงลืมแต่เมื่อได้รับการพักผ่อน อาการหลงลืมจะค่อยๆดีขึ้น

1.6.1.3 นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น และสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งกิจกรรมนี้จะให้การพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในโรงพยาบาลโดยใช้สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

1.6.2 การพยาบาลในระยะอาการทุเลา ระยะนี้แม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทจะยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่แต่ผู้ป่วยจิตเภทก็สามารถเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การพยาบาลจะ

มีจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมอาการและให้การบำบัดทางจิตใจ เพื่อให้สามารถช่วยเหลือโดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ ซึ่งจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

1.6.2.1 จิตบำบัด (Psychotherapy)มี 2 ลักษณะ คือ บำบัดรายบุคคลและบำบัดแบบกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริม ให้กำลังใจและช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตัวเองอย่างเหมาะสม โดยใช้ศักยภาพของตนเองและสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม

1.6.2.2 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์อย่างสูง (High expressed emotion) ของสมาชิกกายในครอบครัว โดยการนำครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทหลายครอบครัว มาร่วมกันสนทนากลุ่ม ได้ระบายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป ซึ่งสามารถช่วยลดการป่วยซ้ำของ ผู้ป่วยได้

1.6.2.3 พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้บำบัดจะให้แรงจูงใจและเสริมแรงในกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้

1.6.3 การพยาบาลในระยะคงสภาพ ระยะนี้จะมุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวได้และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การรักษาในระยะนี้ ผู้ป่วยต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย1-2 ปี สำหรับผู้ที่มีอาการครั้งแรก และอย่างน้อย 5 ปี สำหรับผู้ที่มีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งขึ้นไป ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับผลข้างเคียงจากการได้รับยา เป็นระยะเวลานาน ดังนั้นผู้ได้รับการดูแลควรให้การดูแลอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ครอบครัวควรมีการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลร่วมกับการใช้ระบบส่งต่อเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ซึ่งมีดังนี้

1.6.3.1 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่นการอาบน้ำแปรงฟัน รับประทานอาหาร และกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ โดยเริ่มจากกิจกรรมที่ง่ายและทำได้ด้วยตนเอง แล้วจึงค่อยเพิ่มมากขึ้น เช่นการดูแลต้นไม้ดูแลความสะอาดในบ้าน และเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น ควรส่งเสริมให้ประกอบอาชีพที่ถนัดเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าด้วยตนเอง

1.6.3.2 การให้ความรู้ครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากโรคนี้มีระยะการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน อาจทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ในการดูแล ส่วนหนึ่งมาจากขาดความรู้ความเข้าใจ ดังนั้น ควรให้ความรู้แก่ครอบครัว เกี่ยวกับโรคจิตเภทและ

การดูแลผู้ป่วย การสังเกตอาการและการแสดงของโรค การสังเกตอาการที่จะนำไปสู่การเจ็บป่วยซ้ำ การวางแผนการป้องกันและการเผชิญกับอาการที่เหลืออยู่

1.6.3.3 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการเยี่ยมบ้านและชุมชนเพื่อประเมินสภาพอาการผู้ป่วย เริ่มจากการเตรียมแผนการจำหน่ายตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อเตรียมตัวการกลับสู่ชุมชน ให้คำแนะนำผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการประสานหรือขอความช่วยเหลือ จากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

เนื่องจาก การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสังคม โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชนในการพึ่งตนเอง ดูแลตนเองให้สามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน และเน้นการพัฒนาสุขภาพจิตและการส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าในสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว และชุมชน ให้มีความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2543) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว จึงต้องเรียนรู้กิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ผสมผสานเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตตนเอง โดยเฉพาะการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

1) การประเมินสภาพปัญหา เน้นการศึกษา การค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมในระยะคงสภาพ ที่ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัวและชุมชนแล้ว เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตลอดเวลา ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลได้

1.1) การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยปฏิเสธอาหารหรือไม่ ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอหรือไม่ การพักผ่อน ผู้ป่วยนอนหลับได้เพียงพอเพียงใด พยาบาลใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาวะทางด้านร่างกาย

1.2) การประเมินด้านการคิด ผู้ป่วยมีความผิดปกติระดับใด มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนหรือไม่ มีความคิดว่าผู้อื่นปองร้ายหรือไม่ มีระดับความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน และระมัดระวังเป็นพิเศษเพียงใด

1.3) การรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นบ้างไหม และเกิดขึ้นตอนใด มีอาการไม่แน่ใจ มีการตอบสนองอย่างไร เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

1.4) พฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร ส่วนใหญ่มักมีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีอาการไม่แน่ใจ ไม่อยู่นิ่ง รบกวนผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน ต้องได้รับความช่วยเหลือ

1.5) ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยาบาลต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความไว้วางใจก่อน อย่าเร่งรีบหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียในด้านความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

2) การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งสภาพทางด้านร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และสัมพันธภาพ ลักษณะของข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท มีลักษณะดังนี้

2.1) ร่างกายสกปรก ไม่สนใจดูแลสุขภาพอนามัยของตน

2.2) ขาดอาหารและน้ำ เนื่องจากปฏิเสธอาหารและระแวงว่ามียาพิษในอาหาร

2.3) เสี่ยงต่ออันตรายจากอุบัติเหตุจากการพยายามหนีจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน

2.4) พฤติกรรมถดถอยเนื่องจากการรับรู้เสีย

2.5) แยกตัว เนื่องจากไม่มั่นใจการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

2.6) ไม่สามารถสื่อสารได้ดีเนื่องจากการรับรู้บกพร่อง

2.7) สับสน วุ่นวายจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน

3) การวางแผนการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลระยะสั้นและระยะยาว เน้นหลักการดังนี้

3.1) การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่าง ๆ ดังนี้

3.1.1) การดูแลความปลอดภัย ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยเฉพาะการระวังเรื่องอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง

3.1.2) การดูแลสภาพร่างกาย ให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำดื่ม การพักผ่อนและสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักหมกมุ่นกับเรื่องของตนเองจนขาดความสนใจในสิ่งเหล่านี้

3.1.3) การดูแลด้านการบำบัดทางชีวภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย สังเกตและระมัดระวังอาการที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

3.1.4) ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไฟฟ้า (ECT) ต้องกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมต่อต้านและสับสนมึนงง

3.1.5) การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเข้าใจ ไว้วางใจ และสนับสนุนผู้ป่วยให้เรียนรู้ประโยชน์และทักษะของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม

3.1.6) การพัฒนาการปรับตัว การมองตน และการมองโลกในแง่ดี

3.2) การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาว และต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต ซึ่งประกอบด้วยแผนที่ควรดำเนินการดังต่อไปนี้

3.2.1) การดูแลตนเองด้านสุขภาพ และการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เน้นการใช้ยาอย่างถูกต้อง เน้นการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมต่าง ๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลที่บ้าน

3.2.2) การกำหนดแผนการดำเนินชีวิต ในครอบครัวและในสังคมอย่างเหมาะสม

3.2.3) การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชน และหน่วยงานใกล้บ้าน เช่น ศูนย์บริการสุขภาพจิตเขตต่าง ๆ

3.3) กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล ทุกแผนการพยาบาลควรระบุเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ในการดูแล ไว้ในลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิด และสามารถเป็นไปได้จริง โดยเน้นที่ความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล

4) การปฏิบัติการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสม ใช้เทคนิคการพยาบาลดังนี้

4.1) เสริมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ

4.2) ลดความวิตกกังวลด้วยการยอมรับ เสนอแนะและส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

4.3) รักษาสมดุลด้านชีววิทยา

4.4) ใช้ความคงเส้นคงวา และชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร

4.5) ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

4.6) นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยการจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม

4.7) ระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย และผู้ที่อยู่ข้างเคียง ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

5) การประเมินผล ในการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้น จนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว เปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล ผลการประเมินที่ควรพิจารณามีดังนี้

5.1) ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตรายและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะไม่รู้สติ

5.2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยา และการบำบัดทางชีวภาพ

5.3) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น

5.4) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น

5.5) ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคมดีขึ้น

5.6) ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวดีขึ้น

5.7) ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

สรุปได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดและการรับรู้ ซึ่งมีการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ผู้ให้การพยาบาลจึงต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน วินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมินได้ วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ รวมทั้งด้านสังคม และสุดท้ายต้องมีการประเมินผลทางการพยาบาล เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังการพยาบาลจึงควรมุ่งเน้นในการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของผู้ดูแล

ความหมาย ผู้ดูแลในครอบครัว หรือผู้ดูแลที่บ้าน คือ สมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน

Davis (1992) ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวว่า หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

Horowitz (1985) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะโดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายเช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึงบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชน จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปตรวจรักษาเป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

Orem (1991 อ้างใน สมจิต หนุเจริญกุล, 2540) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึงผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแล ช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

ดังนั้นผู้ดูแล คือ บุคคลที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์และมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงการดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่น ๆ เช่น เพื่อน ซึ่งในการเลือกบุคคลให้เป็นผู้ดูแลในครอบครัว ต้องพิจารณาหลาย ๆ ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพหรืองานประจำที่ทำอยู่ นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาร่วมกับแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องมีผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลได้

2.2 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยทั่วไปจะมีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ แต่มีความแตกต่างที่ชัดเจนในส่วนของการดูแลเฉพาะของโรคจิตเภท และในผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละคนทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะอาการและความรุนแรงของพฤติกรรม ที่มีผลต่อความบกพร่องในด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบัน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ ผู้ดูแลจะต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีที่เข้าหาผู้ป่วย เข้าสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้

ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการการดูแลให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องรับบทบาทในการดูแลเป็นระยะเวลานาน การศึกษาของลุบคิน (Lubkin อ้างในชฎากา ประเสริฐทรง, 2543) ได้แบ่งบทบาทของผู้ดูแลเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.2.1 บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (Care Provider Role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลเป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของร่างกายและตอบสนองความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยโดยยึดแนวทางการรักษา เช่น การให้อาหาร การให้รับประทานยา เป็นต้น ซึ่งเป็นการดูแลด้านร่างกายเท่านั้น มักจะละเลยการดูแลด้านภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย

2.2.2 บทบาทของผู้จัดการดูแล (Care Manager Role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ในการประสานงานในการประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคม โดยผู้ดูแลจะทำหน้าที่ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือบริการอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ในด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟู จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลต้องมีบทบาทในการดูแลตลอดจนประสานงานเพื่อให้การดูแลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเวช เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข

บทบาทที่สำคัญของญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย คือ

1) ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง

2) คอยสังเกตอาการกำเริบ

3) ช่วยลดความเครียดแก่ผู้ป่วยโดยการหลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้ป่วย

4) ลดความตึงเครียดของผู้ดูแลเอง โดยการหาเวลาส่วนตัว หรือพักผ่อนบ้างด้วยผลัดกันให้ญาติคนอื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วยแทนเพราะถ้าผู้ดูแลมีความตึงเครียดน้อย ส่งผลต่อความเครียดของผู้ป่วยให้ลดลงได้

5) ค้นหาและสนับสนุนจุดดีของผู้ป่วยแม้จะเป็นจุดเล็ก ๆ และสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย

6) ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาและมารับการตรวจตามนัด

ดังนั้น การมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวย่อมส่งผลต่อสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลหลักซึ่งจะต้องมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน จึงเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวตามมาอย่างมาก ซึ่งความรับผิดชอบของผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ

ดูแลผู้ป่วยในชุมชนหรือที่บ้านมีดังนี้ (Horowitz , 1982 cite in Davis , 1992 อ้างถึงใน ดรุณี คชพรหม , 2543)

1) การดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ในการดูแลมีหลักที่สำคัญ คือ ผู้ดูแลและครอบครัวต้องพยายามกระตุ้น ให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองมากที่สุด กิจวัตรประจำวันที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วย มีดังนี้

1.1) การรักษาความสะอาดของร่างกาย

1.2) การให้ผู้ป่วยมีส่วนช่วยทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ภายในบ้าน

1.3) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอ

1.4) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร

1.5) การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ให้ปฏิบัติตนให้เหมาะสมถูกกาลเทศะ

1.6) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

1.7) การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

1.8) การฝึกทักษะทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

1.9) การปรับตัวในการเผชิญปัญหา รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น

1.10) การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ

1.11) การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย

2) การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional and psychological support) ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ เกิดขึ้นในชีวิต การดูแลด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุด การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การป้องกันภาวะซึมเศร้า การป้องกันความเครียด

3) การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

4) การให้ความช่วยเหลือทางด้านการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ในค่ารักษาพยาบาล

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ดูแลและครอบครัวจะต้องดูแลให้ผู้ป่วย

ช่วยเหลือตัวเองมากที่สุด ทั้งในด้านการรับประทานยา การทำกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม การเผชิญปัญหา การให้กำลังใจและกำลังทรัพย์ ดังนั้นความรับผิดชอบของผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน คือสามารถดูแลผู้ป่วยให้อยู่ที่บ้านและชุมชนนานที่สุด รวมทั้งการดูแลตนเองและครอบครัวให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ต่อไป

2.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว

ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้ดูแลช่วยเหลือครอบคลุมทั้งทางด้านความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการรักษา ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง โดยจะต้องให้การดูแลช่วยเหลือเป็นระยะเวลานาน จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลจนอาจเกิดเป็นปัญหาสุขภาพ ดังนี้

2.3.1 ด้านกายภาพ การมีผู้ที่เป็นโรคจิตอยู่ในความดูแล ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลได้ เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคส่วนใหญ่มักจะมีอาการเรื้อรัง จึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้ากับบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง สุขภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ หัวใจเต้นแรง เจ็บหน้าอกโดยไม่ทราบสาเหตุ รับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับจนต้องพึ่งยานอนหลับหรือดื่มสุรา เกิดอารมณ์เศร้าซึมและเครียด (Ekberg, Griffith, & Foxall, 1986 ; Minister of Supply and Services of Canada, 1991, อ้างในณัฐิยา พรหมบุตร,2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนีกร อุปเสน (2541) เกี่ยวกับบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อยและบางรายอาจถูกผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้ายร่างกายด้วย

2.3.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น สมาชิกในครอบครัวจึงต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลมากขึ้นด้วย ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลในการดูแล ความรู้สึกไม่มั่นคงทางจิตใจ เมื่อต้องเผชิญกับอาการทางจิตที่คาดหมายล่วงหน้าไม่ได้ดังจะเห็น จากการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวล และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ของ ปรารถนา บริจันทร์ และคณะ (2536) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน อาการที่ไม่แน่นอนและอนาคตในการเรียน หรือการทำงานของผู้ที่เป็นโรคจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พหล วงศาโรจน์ และคณะ (2540 อ้างใน พหล วงศาโรจน์, 2541) เกี่ยวกับปัญหาอันเป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจมากที่สุด ปัญหาที่สำคัญ คือ กลัวว่าผู้ที่เป็นโรคจิตจะไม่หาย กังวลว่าจะไม่มีใครดูแลเมื่อผู้ดูแลตายไปและกังวลว่าชีวิตจะต้องผูกติดกับผู้ที่เป็นโรคจิตอยู่ตลอดเวลา

นอกจากนี้ยังมีการศึกษา เกี่ยวกับการดูแลที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแลในต่างประเทศอีกมากมาย ดังเช่นการศึกษาของ Selleh (1994 อ้างใน ณัฐยา พรหมบุตร,2545) เกี่ยวกับการะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวชาวมาเลเซีย พบว่าผู้ดูแลมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติทางจิตเวชสูงถึงร้อยละ 41 และร้อยละ 26 มีอาการแสดงของความผิดปกติทางจิตเวชอย่างชัดเจน โดยพบโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลมากที่สุด การศึกษาเกี่ยวกับภาระเชิงปรนัย (objective burden) ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของ Provencher (1996 อ้างใน ณัฐยา พรหมบุตร,2545) พบว่าผู้ดูแลจะเกิด ภาวะอารมณ์ที่เป็นปัญหา และมีสัมพันธภาพที่ตึงเครียดกายในครอบครัว โดยครอบครัวจะรับรู้ว่ามีภาระหนักเกินไปและมีการตอบสนองทางอารมณ์ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การกระทำที่ไม่ยอมรับ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เกิดอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกผิด บาป โกรธ กลัว และหมดสิ้นความหวัง (ดรุณี รุจกรกานต์, 2536)

2.3.3 ด้านสังคม การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำเป็นต้องให้การดูแล ทั้งในเรื่องของสุขอนามัยส่วนบุคคล การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและการระวังภัยอันตรายต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งไม่สามารถกำหนดเวลาที่จะให้การดูแลได้แน่นอน เพราะต้องขึ้นอยู่กับอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรค ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าขาดความเป็นอิสระ ไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามความต้องการ (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี, 2536) ส่งผลกระทบต่อการทำงาน การบริหารเวลาและกิจกรรมในสังคมของผู้ดูแล (Hoyert & Seltzer, 1992 อ้างในสมคิด ตรีรากี,2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Loukissa (1995 อ้างในหงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) เกี่ยวกับการะของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง พบว่า เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตกลับมาอยู่กับครอบครัว ผู้ดูแลจะเกิดปัญหาการวางตัวในสังคม เครียดในการจัดการกับพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ที่เป็นโรค รู้สึกหวาดกลัวต่ออาการทางจิตที่รุนแรง เป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและบุคคลอื่น ทำให้ผู้ดูแลจำเป็นต้องเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิดและจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยในบางครั้งเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า รู้สึกอับอาย ไม่อยากให้เพื่อนบ้าน ทราบว่ามีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในครอบครัวและไม่อยากให้บุคคลอื่นถามหรือพูดถึง จึงพยายามหลีกหนีจากผู้คน ส่งผลให้ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ดูแลลดลง ประกอบกับหน้าที่การดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในชุมชนได้ (วรกช นิธิกุล, 2535)

การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรงทั้งทางด้านกายภาพ จิตใจ อารมณ์ และสังคมดังที่กล่าวมาข้างต้น เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและต้องการการช่วยเหลือ หากผู้ดูแลสามารถหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีและผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก็จะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำได้

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและต้องทำในระยะยาว ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และความรู้สึก ความบกพร่องเหล่านี้ย่อมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่และรับภาระอย่างมากตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) ผลกระทบด้านร่างกาย (Physical impact) การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว ในระยะที่มีอาการกำเริบผู้ดูแลบางราย อาจต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างใกล้ชิดสูงถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้เวลาสำหรับการดูแลตนเองและการพักผ่อนลดลง นอกจากนี้การรับผิดชอบในหลายบทบาท เช่น การดูแลสมาชิกคนอื่นๆ กายในครอบครัว การหารายได้ควบคู่กับการทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลัก อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอ่อนล้าจากการรับบทบาทที่มากเกินไป (รุจา ภู่ไพบูลย์, 2535) จนอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลหลายคนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้ากับการดูแล (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538 ; ทานตะวัน แย้มบุญเรือง , 2540) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนีกร อุปเสน (2541) เกี่ยวกับบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อย และบางรายอาจถูกผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้ายร่างกายด้วย และจากการศึกษาของ Salleh (1994) พบว่าอาการของผู้ป่วยจิตเภทจะขัดขวางการปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัวของผู้อื่น และบางครั้งมีผลให้ผู้อื่นมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบายทางกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัว ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน ผู้ดูแลต้องกระทำแทน อีกทั้งต้องคอยดูแลด้านความปลอดภัยของตนเอง ผู้ป่วย และสิ่งของต่าง ๆ อีกด้วย

2) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological impact) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น สมาชิกในครอบครัวจึงต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลมากขึ้นด้วย ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลในการดูแล ความรู้สึกไม่มั่นคงทางจิตใจ เมื่อต้องเผชิญกับอาการทางจิตที่คาดหมายล่วงหน้าไม่ได้ดังจะเห็น จากการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวล และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ของ ปรารถนา บริจันทร์ และคณะ (2536) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน อาการที่ไม่แน่นอนและอนาคตในการเรียน หรือการทำงานของผู้ที่เป็นโรคจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พหล วงศาโรจน์ และคณะ (2540 อ้างใน พหล วงศาโรจน์, 2541) เกี่ยวกับปัญหาอันเป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจมากที่สุด ปัญหาที่สำคัญ คือ กลัวว่าผู้ที่เป็นโรคจิตจะไม่หาย กังวลว่าจะไม่มีใครดูแล

เมื่อผู้ดูแลตายไปและกังวลว่าชีวิตจะต้องผูกติดกับผู้ที่เป็นโรคจิตอยู่ตลอดเวลา การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจต่าง ๆ ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง มีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย อาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และกังวลว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไรถึงจะเหมาะสม จนก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543 ; Loukissa, 1995) นอกจากนี้การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปและความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า โกรธ หรือรู้สึกเครียดอยู่ตลอดเวลา (Ip & Mackenzie, 1998) ดังเช่นการศึกษาของ Baker (1989) พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด คือ ความรู้สึกสูญเสีย เศร้าโศก เสียใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และในรายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลก็จะกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลที่อยู่รอบข้าง บางครั้งจำเป็นต้องแยกหรือขังผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกคับข้องใจที่ต้องทำเช่นนั้น ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมา

3) ผลกระทบด้านสังคม (Social relationship impact) จากการที่ต้องเข้ารับบทบาทใหม่ของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในขณะเดียวกันก็ต้องรับบทบาทอื่นร่วมด้วย การรับบทบาทใหม่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีเวลาสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอื่น ๆ ลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดปัจจัยในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การพบปะเพื่อนฝูงลดลง เนื่องจากการที่ผู้ดูแลต้องเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างมาก ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการเฝ้าดูแลในขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพังได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจวัตรส่วนตัวได้ตามความต้องการ ไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปร่วมทำบุญ ประเพณี ต่าง ๆ หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่จัดขึ้นภายในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความห่างเหินกับสังคม รู้สึกว่าถูกแยกและถูกทอดทิ้งจากเพื่อน (มนตรี อมรพิเชษฐ์กุลและพรชัย พงศ์สงวนศิลป์, 2544 ; Eakes, 1995) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Loukissa (1995 อ้างในหงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) เกี่ยวกับภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง พบว่า เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตกลับมาอยู่กับครอบครัว ผู้ดูแลจะเกิดปัญหาการวางตัวในสังคม เครียดในการจัดการกับพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ที่เป็นโรค รู้สึกหวาดกลัวต่ออาการทางจิตที่รุนแรง เป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและบุคคลอื่น ทำให้ผู้ดูแลจำเป็นต้องเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิดและจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยในบางครั้งเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า รู้สึกอับอาย ไม่อยากให้เพื่อนบ้าน ทราบว่ามีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในครอบครัวและไม่อยากให้บุคคลอื่นถามหรือพูดถึง จึงพยายามหลีกหนีจากผู้คน ส่งผลให้

ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ดูแลลดลง ประกอบกับหน้าที่การดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในชุมชนได้ (วรกช นิธิกุล, 2535)

4) ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (Environment impact) การที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวจะส่งผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมต่อผู้ดูแลและบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนทั้งด้านความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิตภายในสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายจะมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร ผู้ดูแลต้องคอยระมัดระวังพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้น(ไกรวรรณ เจริญกุล, 2539 ; ทานตะวัน แย้มบุญเรือง, 2540 ; เอื้ออารี สาลิกา, 2543) และส่งผลให้เกิดความสูญเสียรายได้ทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพราะผู้ป่วยจิตเภทต้องขาดงาน รวมทั้งผู้ดูแลต้องลางาน หยุดงานหรืออาจต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (รัชนีกร อุปเสน, 2541; Thomson., 1993; Eakes, 1995) ประกอบกับผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในครอบครัวและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง นอกจากนั้นยังพบว่าการที่ต้องพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ ผู้ดูแลต้องหยุดการทำงานประจำทั้งวัน การใช้เงินเพิ่มขึ้นในการดูแล ทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และเงินออมลดลง ทั้งค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย ค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นในระยะยาวและต่อเนื่อง (รัชนีกร อุปเสน, 2541 ; เวทินี สุขมาก และคณะ, 2544 ; Glendy & Mackenzie, 1998) จึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ (นมิตา ล. สกุล, 2544)

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน ทั้ง4 ด้าน ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม เนื่องจากผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน ซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ล้วนส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลงได้ หากผู้ดูแลสามารถหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีและผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก็จะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำได้

3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจุบันในวงการทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต ตลอดจนการสาธารณสุขทั่วไป ได้มีการให้ความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมากยิ่งขึ้น โดยมีผู้ให้คำจำกัดความ หรือนิยามศัพท์ของคำว่า คุณภาพชีวิต ในความหมายต่างๆ กัน เช่น ความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being), ความสุข (happiness), ความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งในปัจจุบันได้มีนักวิชาการหลากหลายสาขา พยายามให้ความหมาย หรือคำจำกัดความของคำว่า "คุณภาพชีวิต" กันอย่างกว้างขวาง ส่วนมากมีความหมาย

คล้ายคลึงกัน หรือมีความสอดคล้องกัน จะแตกต่างกันบ้างในเรื่องรายละเอียด หรือจุดเน้นตามศาสตร์ หรือสาขาวิชานั้นๆ เห็นว่ามีความสำคัญ

3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายกว้างขวาง เป็นแนวคิดประกอบด้วยหลายมิติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้นจึงมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ 2525 ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต ประกอบด้วย คำ 2 คำคือ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะที่ดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

Ferrans& Power (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกผาสุกของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจแต่ละด้านของชีวิต และการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ในชีวิต

Hunter (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

Zhan (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ระดับความพึงพอใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึงความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตตามสภาพที่ตนเองเป็นอยู่

Hughes (1993) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความสุขพึงพอใจในชีวิตตนเองของบุคคล คล้ายกับ มีเบิร์ก (Meeberg, 1993) ที่ว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความพึงพอใจในชีวิต (life satisfyaction) และความผาสุก

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ภายใต้องค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งมี 4 องค์ประกอบคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ที่เขาอาศัยอยู่มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจซึ่งเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อนของบุคคล

Spiker (1990 cite in Oliver et al. 1999) ได้ศึกษาความหมายของคุณภาพชีวิตได้แก่ 1) สภาวะสุขภาพทางกาย (Physical health status) 2) ความสามารถในการทำหน้าที่(Functional ability) 3)สภาวะทางจิตใจและความเป็นอยู่ที่ดี (Psychological status and well-being) 4)การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction)5) สถานภาพทางเศรษฐกิจ (Economic status)

I2162378I

Padilla & Grant (1985) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้กว้าง ๆ ว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดีหรือความผาสุก (Well-being) ความสุข (Happiness) และความพึงพอใจ (satisfaction) ในชีวิตตนเอง

Ware (1984) ได้กำหนดความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็นศูนย์กลางที่มีลำดับขั้นตอนที่แสดงให้เห็นผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการทำหน้าที่ของบุคคลความรู้สึกเป็นอยู่ที่ดี ความทุกข์ทรมานจิตใจ รวมถึงการเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและท้ายสุดคือบทบาทและการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งจะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตมีความสำคัญ โดยเริ่มจากบุคคลแต่ละบุคคลไปจนถึงระดับสังคม

กลุ่มที่มีแนวคิดว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง ความผาสุก ความสุข และความพึงพอใจในชีวิต ได้แก่ Campbel (1976 cited in Graham & Longman,1987อ้างในสัมพันธ์ มณีรัตน์, 2546) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตคือ ความสุข ความพึงพอใจและความหวังของแต่ละบุคคลที่มีต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Dalkey & Rourke(1973) ที่ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกเป็นสุขของบุคคล ความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล พิชัย นันทชัยพันธ์ (2539) ได้ชี้แจงให้เห็นถึงคุณลักษณะที่สำคัญของคุณภาพชีวิตได้หลายประการดังนี้

1) คุณภาพชีวิตเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล เป็นการรับรู้ เป็นความรู้สึกของบุคคลซึ่งเกิดจากความรู้และประสบการณ์เดิม โดยเปรียบเทียบกับผู้อื่น ผู้ที่ตัดสินได้ดีที่สุดว่ามีคุณภาพชีวิตหรือไม่เพียงใด ก็ควรเป็นบุคคลผู้เป็นเจ้าของชีวิตนั่นเอง

2) คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมแสดงถึงการมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของคุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานการณ์ปัญหาครอบครัวและสังคม แหล่งประโยชน์และทรัพยากร ตลอดจนวัตถุสิ่งของต่าง ๆ สำหรับปัจจัยด้านบุคคลของคุณภาพชีวิตประกอบด้วยภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วยหรือสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ การรับรู้ความรู้สึกนึกคิด (Cognitive ability) และศักยภาพรวมถึงความสามารถของตนเองในการจัดการควบคุมและจัดการกับชีวิตและสถานการณ์

3) คุณภาพชีวิตเป็นแนวความคิดที่มีหลายมิติ (Multidimension construct) และมีความซับซ้อน จึงต้องพิจารณาแบบองค์รวม ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทั้งนี้จะขึ้น อยู่กับว่าใครให้ความสำคัญกับเรื่องใดเป็นพิเศษ

4) คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เป็นพลวัตร (dynamic) ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปในกระบวนการของชีวิต ซึ่งความไม่คงที่นี้เป็นลักษณะของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิตในช่วงชีวิตต่าง ๆ กันอาจมีผลแตกต่างกันได้

5) คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Health) โดยภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความผาสุก และความพึงพอใจในชีวิตนั่นคือภาวะสุขภาพถือว่าเป็นองค์ประกอบหรือมิติของคุณภาพชีวิต

โดยสรุป จากการให้ความหมายของนักวิชาการที่กล่าวมาทั้งหมด พบว่าคำว่าคุณภาพชีวิตเป็นคำซึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรมค่อนข้างสูง เป็นลักษณะของการรวมหลายมิติ ทั้งทางด้านชีวภาพ จิตใจ อารมณ์ สังคมเข้าไว้ด้วยกัน จึงพอจะสรุปความหมายของคุณภาพชีวิตได้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นการประเมินของบุคคลต่อความรู้สึกผาสุกในชีวิต เป็นการประเมินความสุข ความพึงพอใจในชีวิตของตนเองต่อสิ่งที่เป็นองค์ประกอบของชีวิตที่แต่ละบุคคลให้ความสำคัญทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและอยู่ภายใต้วัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของแต่ละบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ความหมายขององค์การอนามัยโลก(WHOQOL Group, 1996) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก

3.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

นักวิชาการหลายท่านที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ไว้ดังนี้ Ferrans & Power (1985, 1992) ได้วิเคราะห์ปัจจัย (Factors analysis) องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของ George&Bearon แล้วสรุปเป็นองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 องค์ประกอบดังนี้คือ

1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning) เกี่ยวกับสุขภาพความสามารถในการดำรงชีวิต การทำหน้าที่ในกิจกรรมต่าง ๆ บทบาทในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การบำเพ็ญประโยชน์ การพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความสามารถในการรับผิดชอบต่อครอบครัว ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ความเครียดหรือความวิตกกังวล กิจกรรมในยามว่าง การสร้างความสุขในวัยสูงอายุ การมีอายุยืน การดูแลสุขภาพ

2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) เป็นสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล ประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน มีที่พักอาศัยมีงานทำ เพื่อนบ้านสภาพทั่วไปของบ้านเมือง เพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจตลอดจนการศึกษา

3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual) เป็นสภาพการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ประกอบด้วย ความพึงพอใจในตนเอง ความสุขทั่วไป การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบในใจ รูปร่างหน้าตาของตนความศรัทธาในศาสนา

4) ด้านครอบครัว (Family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพในครอบครัวของบุคคล ประกอบด้วย ความสุขในครอบครัว บุตร ความสัมพันธ์ของครอบครัวคู่สมรส ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

Ferrell (1996) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง ได้สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้าน คือ

1) ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลในการควบคุมหรือบรรเทาความเจ็บป่วยด้านร่างกายและคงไว้ถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย

2) ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) เป็นการเผชิญต่อความรู้สึกเจ็บป่วยของบุคคล เช่น ความเครียด ความรู้สึกกลัว ให้มีความรู้สึกทางบวกกับสิ่งที่เกิดขึ้น

3) ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritaul well-being) ได้แก่ความหวัง ความเชื่อในด้านศาสนา

4) ความผาสุกด้านสังคม (Social well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมและบทบาทในสังคม

Zhan (1992) ได้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ

1) ความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไป เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตทุกด้านของชีวิตบุคคลจะรับรู้โดยองค์รวมถึงความแตกต่าง โดยเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่เป็นอยู่กับสิ่งที่คาดหวังในโลกแห่งความเป็นจริง อาจกล่าวได้ว่า เป็นประสบการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่บุคคลตั้งไว้ ซึ่งเป็นกระบวนการการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขภายนอกโดยขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ลักษณะนิสัย สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของบุคคล

2) ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับตัวเองโดยรวม หรือรายด้านในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยเกิดจากการรับรู้ปฏิกิริยาของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่และเปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยาก

3) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ หมายถึง สุขภาพที่ปราศจากโรคและสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย อาทิ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว

4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมคือสถานภาพทางสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกมั่นคงในชีวิตซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ ที่บุคคลสามารถหาได้จากองค์ประกอบสามประการ คือ การศึกษา อาชีพ รายได้

องค์การอนามัยโลก (The WHOQOL group, 1994) ที่ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ

ด้านระดับความเป็นอิสระ ไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล (The WHOQOL group, 1994) ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of independence) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) และด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality/religion/personal believe) ต่อมาได้พัฒนาประกอบด้วย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (The WHOQOL group, 1996) มีรายละเอียดดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์ แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพละกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าตนไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์ อื่น ๆ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำสมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมการรับรู้ว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าตนมีโอกาสที่จะ

ได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าตนได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่างเป็นต้น

Flanagan (1978) กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบคือ

1) การมีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางวัตถุ ได้แก่ มีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก

2) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดา มารดาญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตรก็ถือว่าเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

3) การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น

4) การมีพัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ ตามพัฒนาการเช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจการเรียน และการเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจทำ ได้รับผลตอบแทนที่ดีและการแสดงออกในทางที่สร้างสรรค์

5) การมีสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬาหรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

โดยสรุปจะเห็นได้ว่าองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตนั้นจะเป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อการดำรงชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิตและองค์ประกอบที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งคุณภาพชีวิตนั้นประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ โดยมีความหมายที่มีความแตกต่างกันตามแนวคิดแต่ละแนวคิด ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ WHO(1996) ประกอบด้วย4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบที่สำคัญในชีวิตซึ่งเป็นมิติที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

3.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

ในปัจจุบันยังไม่มีข้อกำหนดหรือข้อตกลงที่ชัดเจน เกี่ยวกับแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต จึงเป็นผลที่ทำให้ยากที่จะสรุปถึงการใช้เครื่องมือชี้วัด ในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลที่เป็นแบบวัดที่มีความเป็นมาตรฐานสากลได้ การประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลจึงมีความหลากหลายและมีรูปแบบวิธีการประเมินที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษานั้น ๆชนิดของการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ มี 2 ชนิด คือ

3.3.1 ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (objective indicators) ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมที่มองเห็นได้ วัดได้และเป็นปัจจัยหรือตัวบ่งชี้ทางสังคม ได้แก่ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่นรายได้ การศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล เป็นต้น

3.3.2 ตัวบ่งชี้เชิงจิตวิสัย(subjective indicators) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลทางด้านจิตวิทยา ประเมินโดยการสอบถามความรู้สึกและเจตนคติที่มีต่อประสบการณ์ชีวิต การรับรู้ หรือความรู้สึกอารมณ์และจิตใจของบุคคลต่อสภาพความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิตและสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ความรู้สึกเป็นสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ตลอดจนการตัดสินใจ หรือการรับรู้ต่อคุณค่าและความหมายในชีวิตของบุคคลด้วย (UNESCO, 1980 ; Zhan etal., 1992; Meeberg , 1993) อย่างไรก็ตาม แนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิตของแฟรงค์ - สตรอมเบอร์ก(Frank- Stromberg, 1984) ได้เสนอแนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถกระทำได้ 3 ลักษณะคือ

3.3.2.1 การประเมินเชิงปริมาณโดยผู้อื่น (objective scales yielding quantitative data) เช่น แพทย์ พยาบาลหรือบุคคลอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ โดยประเมินภาวะสุขภาพ รายได้ การศึกษาหรืออาชีพและประเมินออกมาเป็นคะแนน

3.3.2.2 การประเมินเชิงปริมาณโดยตัวผู้ป่วยประเมินตัวเอง (subjective scales yielding quantitative data) ขึ้นอยู่กับนิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่นความรู้สึกพึงพอใจ ความสุขที่ตนเองได้รับเป็นต้น โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3.3.2.3 การประเมินเชิงคุณภาพโดยตัวผู้ป่วยประเมินตัวเอง (subjective scales yielding Qualitative data) โดยผู้ป่วยได้รับคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพ เช่นครอบครัว กิจกรรมในสังคมหรือภาวะเจ็บป่วย ผลที่ออกมาจะเป็นการบรรยายถึงสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยในปัจจุบันนักวิชาการส่วนใหญ่ เชื่อว่าการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ตัวชี้วัดที่บุคคลจะต้องเป็นผู้ประเมินคุณภาพชีวิตตามความรู้สึก ทัศนคติของตนเอง จะเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่ถูกต้องและตรงกับสภาพความเป็นจริง (Campbell, 1976; Frank-Stromberg, 1984;Meeberg, 1993) โดยทั่วไปแบบประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มนี้อาจแบ่งได้เป็น2 ลักษณะ คือ การประเมิน แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของแคนทิล (Cantril, 1960 cited in McKeehan et al., 1986) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเพียงข้อเดียวเป็นคำถามสรุปว่าความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับใดลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 10 ระดับที่มีลักษณะขั้นบันไดในแนวตั้งบันไดคุณภาพของเครื่องมือค่อนข้างดี แต่มีจุดอ่อนของเครื่องมือชนิดนี้ คือ เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม ทำให้ขาดรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบ ทำให้ไม่ทราบว่าบุคคลมีความพึงพอใจในแต่

ละองค์ ประกอบแต่ละด้านของชีวิตอย่างไรซึ่งยากต่อการนำผลวิจัยไปใช้ ดังนั้นจึงมีผู้พัฒนาการประเมินคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ โดยมีแนวคิดว่าบุคคลจะมีระดับความพึงพอใจต่อชีวิตด้านต่าง ๆไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับการรับรู้ ประสบการณ์และปัจจัยอื่น ๆ เช่น แบบวัดคุณภาพชีวิตของ WHO(1996) เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษา ได้นำแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ WHO(1996) มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของ WHO(1996) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self–report subjective) เนื่องจากสามารถวัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านที่จะศึกษาได้ครบถ้วน ดังนี้ ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และ ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

3.4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาและจากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับประเด็นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทนั้นผู้ศึกษาได้นำมาวิเคราะห์ในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

3.4.1 ประเด็นเกี่ยวกับการศึกษาในลักษณะการสำรวจคุณภาพชีวิต และเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยอื่นและกลุ่มคนปกติสรุปได้ดังนี้ โดยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีระดับที่ต่ำกว่ากลุ่มบุคคลทั่วไป และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย(Mercier et al 1998; Bobes & Gonzales,1997; Lehman et al, 1986) และมีการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ ซึ่งประเมินจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตในชุมชน โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก (Bobes, 1996 cited in Katsching et al. 1997) และพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 84-85 ที่ประเมินว่าไม่พึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตในครอบครัว ส่วนในประเทศไทยจากการศึกษาของ จันทรา ธีระสมบูรณ์ (2539) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ตามกรอบแนวคิดของ Bruckhardt (1982) ซึ่งประกอบด้วยความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต ความพึงพอใจเฉพาะเรื่องของชีวิตและคุณภาพชีวิตโดยรวม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มารักการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ นรวีร์ พุ่มจันทร์ (2548) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ : กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประเด็นที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินว่าไม่พึงพอใจในการดำเนินชีวิต ได้แก่ ด้านความปลอดภัย เศรษฐกิจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและภายในครอบครัว ความสามารถในการทำหน้าที่และการทำงาน การทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ ความพอใจในตนเอง

ความมั่นใจในตนเอง ความอิสระ ความสนุกสนานและความรัก ปัญหาด้านสุขภาพจิตความรู้และการศึกษา ศาสนาและสุขภาพร่างกาย (Meltzer et.al. 1990; Skanze et al. 1992; Sullivan et al. 1992; Katsching, 2000)

3.4.2 ประเด็นการวิเคราะห์องค์ประกอบที่ใช้ในการพิจารณาคุณภาพชีวิต

Barry & Crosby (1996) ศึกษาคุณภาพชีวิตโดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 34 ราย เป็นการศึกษาระยะยาว โดยทำการศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Lehman et.al. (1982) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตทั้งหมด 8 ด้าน คือ สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพทางสังคม กิจกรรมเวลาว่าง การเงิน ความปลอดภัย สุขภาพ

Gapta et al. (1998) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 90 ราย ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันวิจัยทางการแพทย์ ประเทศอินเดีย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Endicott et al. (1993) โดยแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 8 ด้าน คือ สุขภาพร่างกาย การรับรู้ความผาสุก กิจกรรมเวลาว่าง สัมพันธภาพทางสังคม การทำกิจกรรมทั่วไป การทำงาน การทำกิจกรรม เวลาว่างและการเรียน

Caron et al. (1998) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล Quebec ประเทศแคนาดาจำนวน 60 ราย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Bakerand Intagliata (1982) แบ่งเป็น 5 ด้าน คือสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความเป็นอิสระ การทำกิจกรรมเวลาว่าง เพื่อนบ้าน และสัมพันธภาพทางสังคม

Norman et al. (2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิต การทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทกับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในรัฐ ออนตาริโอ ประเทศแคนาดา โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Heinrichs et al. (1984) แบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 4 มิติ คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำตามบทบาทและหน้าที่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและพื้นฐานภายในจิตใจ

Green et al. (2001) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน ซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 344 คน โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Biglow et.al. (1991) ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิต 10 ด้าน คือ ด้านความตึงเครียดทางจิตใจความผาสุกทางใจ ความอดทนต่อความตึงเครียด ความพอใจกับความต้องการพื้นฐาน ความเป็นอิสระ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การทำงาน ความสามารถในการทำงานการใช้เวลาว่าง

Ruggeri et al. (2001) ที่ได้ทำการศึกษาพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในการให้บริการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 285 คน โดยใช้กรอบของ Oliver (1997) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 9 ด้าน คือ ด้านการทำงานและการศึกษากิจกรรมนันทนาการ ความเชื่อทางด้านศาสนา การเงิน สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต ความปลอดภัยและกฎหมาย สัมพันธภาพทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพ

สรุปได้ว่า การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภทนั้นในปัจจุบันมีการศึกษาถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต ไม่ว่าจะเป็นในองค์ประกอบด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำตามบทบาทหน้าที่ สภาพทั่วไปในการดำรงชีวิตการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและพื้นฐานด้านจิตใจ ซึ่งสิ่งที่คล้ายคลึงกันของการศึกษา คือการประเมินด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าบุคคลทั่วไป สำหรับในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของ WHO(1996) ประกอบด้วย4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และมีอีกหลายแนวคิดซึ่งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การศึกษาของผู้ศึกษา อีกทั้งยังเป็นการประเมินองค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมมิติร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วยจิตเภท

3.5 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

เฮอร์แมน และคณะ กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่

3.5.1 ลักษณะเฉพาะบุคคลของผู้ดูแล (Caregiver cheracteristics) ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ และลักษณะพื้นเพของชนชาติ

3.5.2 ลักษณะเฉพาะบุคคลของผู้ป่วยหรือผู้พิการที่ต้องการดูแล (Care recipient chalacteristics) ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะของความสัมพันธ์กับผู้ดูแล รายได้ ลักษณะของสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล และสภาพของการเจ็บป่วย

3.5.3 สถานการณ์การดูแล (Caregiving situation) ได้แก่ ลักษณะของกิจกรรมที่ทำ ระยะเวลาของการดูแล ค่าใช้จ่ายในการดูแล ความถี่ของปัญหาในการดูแล ลักษณะของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นและสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เน้นความรู้และทักษะที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถและปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคลส่งผลให้บุคคลเข้าใจในสถานการณ์การดูแล (Suk bling,1998 อ้างใน สัมพันธ์ มณีรัตน์, 2546)

3.5.4 การรับรู้ที่มีต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล(Cognitive/ Affective response to caregiving role) ได้แก่ ทัศนคติ หรือความรู้เกี่ยวกับโรคนั้น การรับรู้ภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ของผู้ป่วยหรือผู้พิการ ลักษณะของพฤติกรรมควบคุมตนเอง การตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ (cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความรู้สึก ความสามารถหรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ วารสารทางวิชาการ การถามจากแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยคนอื่นๆ ซึ่งประสบเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่างๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ การให้คุณค่าของบทบาทที่เป็นผู้ดูแลและประสบการณ์การเป็นผู้ดูแล จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเน้นการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้กันมากในการอธิบายลักษณะและความเชื่อที่สะท้อนความรู้สึกของการควบคุม หรืออิทธิพลของบุคคลที่จะเคารพต่อพฤติกรรมการแสดงออกที่หลากหลาย รวมถึงการควบคุมตนเองและประสิทธิภาพในตน(Zimmeman, 1995) โดยอธิบายภาพรวมผู้ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้เกิดผลลัพธ์ได้แก่ การนับถือตนเอง(Self-esteem) สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Self-determination) มีสมรรถนะในตน (Self-efficacy) ควบคุมตนเองได้ (Self of control) มีแรงจูงใจ (Motivation) เรียนรู้ (Learning) เจริญเติบโต (Growth) มีความรู้สึกเป็นนายตนเอง (Sense of mastery) มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Sense of connectedness) การปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (Improved quality of life) สุขภาพดีขึ้น (Better health) และมีจิตสำนึกในการตัดสินสังคม (Sense of social justice)

3.5.5 สุขภาพจิตและสุขภาพกายของผู้ดูแล (Mental and physical health) ได้แก่ สภาวะที่ส่งเสริมหรือบั่นทอนสุขภาพกายและจิต พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจในชีวิต การมีสุขภาวะที่ดี หมายถึงการที่ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาพการเจ็บป่วยตรงตามความเป็นจริง เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตตนเองได้มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ต่อเนื่องของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่งผลต่อสุขภาวะที่ดี นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Suk bling,1998 อ้างใน สัมพันธ์ มณีรัตน์, 2546)

3.5.6 ตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Possible meddiating varriables) ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลเมื่อก่อนการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้และการใช้บริการสุขภาพ การได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งอื่น ๆ แหล่งประโยชน์และกลยุทธ์การจัดการกับปัญหา

นรวีร์ พุ่มจันทร์ (2548) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติคือ สัมพันธภาพในครอบครัว อาการทางจิตของผู้ป่วย การศึกษา อาชีพ และความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ชี้ให้เห็นถึงคุณลักษณะที่สำคัญของคุณภาพชีวิตหลายประการดังนี้

1) คุณภาพชีวิต เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล เป็นการรับรู้เป็นความรู้สึกของบุคคลซึ่งเกิดจากความรู้และประสบการณ์เดิม โดยเปรียบกับผู้อื่น ผู้ที่ตัดสินได้ดีที่สุดว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่เพียงใด ก็ควรเป็นบุคคลผู้เป็นเจ้าของชีวิตนั้น

2) คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม แสดงถึงการมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของคุณภาพชีวิตได้แก่ สถานการณ์ปัญหาครอบครัวและสังคม แหล่งประโยชน์และทรัพยากรทางสังคม ตลอดจนวัตถุสิ่งของต่าง ๆ สำหรับปัจจัยด้านบุคคลของคุณภาพชีวิตประกอบด้วยภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วยหรือสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ การรับรู้ความรู้สึกนึกคิด (cognitive ability) และศักยภาพของบุคคล รวมถึงความสามารถของตนเองในการควบคุมและจัดการกับชีวิตและสถานการณ์

3) คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ (Multidimension construct) และมีความซับซ้อน (complex) จึงต้องมีการพิจารณาแบบองค์รวม (Holistic) ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม

4) คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาเป็นพลวัต (Dynamic) ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปในกระบวนการของชีวิต ซึ่งความไม่คงที่นี้เป็นลักษณะของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิตในช่วงชีวิตต่าง ๆ อาจมีผลแตกต่างกัน

5) คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Health) โดยภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิต นั่นคือภาวะสุขภาพถือเป็นองค์ประกอบหรือมิติของคุณภาพชีวิต

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วยปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัย ดังนั้นในการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทนั้น พยาบาลต้องมีความเข้าใจปัจจัยต่าง ๆ และองค์ประกอบ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยพยาบาลต้องตระหนักถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและความสอดคล้องกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านและการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิต

วิญญาณ ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลต้องสนับสนุนให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้แม้ในยามปกติและในยามเจ็บป่วย ตลอดจนสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างมีความสุข

3.6 การพยาบาลเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว

เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านการแพทย์ การพยาบาล เศรษฐกิจ และสังคม เพราะเป็นโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ อาจต้องพึ่งพาญาติหรือครอบครัวหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ รวมทั้งสังคม การพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายสำคัญของการบริการสุขภาพ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ในระยะยาว ดังนั้นจึงควรมีการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดังต่อไปนี้ (จริยาวัฒร คมพยัคฆ์, 2535 ; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537 ; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

3.6.1 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมมือกันในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสม กระตุ้นผู้ป่วยและญาติลงมือกระทำตามวิธีการเลือกด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสามารถในการควบคุมสุขภาพตนเองและพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจและสามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตตนเองเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของตนเองได้

3.6.2 สอนและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับ ลักษณะอาการที่จะมีทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงแนะนำความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการ วิธีสังเกตอาการให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจและการป้องการเกิดอาการและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้เพราะครอบครัวถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญผู้ป่วย

3.6.3 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะญาติพี่น้องและบุคคลอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วยให้เห็นถึงความสำคัญของการเอาใจใส่ การสนับสนุนให้กำลังใจ การรับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาปัญหาแก่ผู้ป่วยเป็นบางครั้ง ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวเกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตได้

3.6.4 จัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

3.6.5 การวางแผนการสอนการจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการฝึกทักษะทางสังคมเช่น การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ฝึกการทำงาน ฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การจัดการกับปัญหา ร่วมกับให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เข้าใจในปัจจัยที่ทำให้

ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญ และนำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตได้

3.6.6 ให้การสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น ให้ข้อเสนอแนะการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและดูแลตนเองที่บ้านได้เป็นเวลานาน (LubKin ,1986)

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2537) ได้เสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

1) ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย คือ การสอนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมุ่งให้ผู้ป่วยปฏิบัติเองได้ รวมทั้งครอบครัวและชุมชนให้การช่วยเหลือ หาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

2) การพยาบาลยึดแนวทางป้องกัน ฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อมิให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือช่วยให้การดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองแม้ว่าจะมีความพิการเกิดขึ้นแล้วก็ตาม

3) พยาบาลต้องให้การพยาบาลโดยอาศัยผลงานวิจัย เพื่อสร้างมาตรฐานการพยาบาลทั้งในสถานบริการและในชุมชนวิธีการต่าง ๆ จะต้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพได้ผลคุ้มค่าและมุ่งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากที่สุด

4) การให้การพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งต้องสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

Lubkin (1986) ให้ข้อเสนอแนะกว้าง ๆ เกี่ยวกับการพยาบาลที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังไว้ดังนี้

1) พยาบาลต้องให้การสนับสนุน โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อที่บ้านและครอบครัว สามารถทำกิจกรรมดูแลตนเองที่จำเป็น ต้องมีความสามารถประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้านได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้าน และสรรหาแนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ความสามารถและการกระทำของพยาบาลในสิ่งเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อโรคเรื้อรังได้และดูแลตนเองที่บ้านเป็นเวลานาน

2) พยาบาลต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยขณะวางแผนการพยาบาล แบบแผนการพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพความแข็งแกร่ง ความชอบ ความไม่ชอบ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากภาระเรื้อรังของโรค จะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยยอมรับ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

3) พยาบาลต้องยึดถือปรัชญาของการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการไม่เฉพาะทางด้านร่างกายเท่านั้น ควรให้ความสำคัญต่อการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณและด้านวัฒนธรรม ให้ครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่มีระยะการเจ็บป่วยนาน

4) พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งบทบาทดังกล่าวจะมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมและได้รับประโยชน์สูงสุด

5) พยาบาลต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล ประเด็นสำคัญในการทำงานเป็นทีมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต คือ ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสมาชิกทีมสุขภาพ การส่งเสริมการสื่อสารภายในทีม การกำหนดเป้าหมายของการทำงานเป็นทีม

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิด การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (จริยาวัฒร คมพยัคฆ์, 2535 ; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537 ; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) โดยพยาบาลต้องตระหนักถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านและการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้แม้ในยามเจ็บป่วย ตลอดจนสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข พยาบาลต้องตระหนักถึงการช่วยเหลือและสนับสนุนการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจึงควรมุ่งเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการเพิ่มความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกับทีมการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือตนเองได้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และเต็มใจรับภาระการดูแลต่อไป

4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พลังอำนาจหรือ Power เป็นคำนาม หมายถึง คุณลักษณะที่แสดงถึงความสามารถความมีอิทธิพล หรือมีอำนาจในการควบคุมและตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ส่วนคำว่าการมอบอำนาจหรือให้พลังอำนาจตรงกับคำว่า Empower ซึ่งเป็นคำกิริยา หมายถึง การที่บุคคลที่มีอำนาจสูงกว่าได้กระจายอำนาจไปสู่บุคคลที่มีอำนาจด้อยกว่า (to give power or authority to) หรือส่งเสริมความสามารถให้ (to give ability to, enable) (Liewellyn, 1989 อ้างในพนารัตน์ เจนจบ,2542) พลังอำนาจไม่ใช่ความสามารถที่มีมาตั้งแต่กำเนิด แต่เป็นความสามารถที่พัฒนาให้เกิดขึ้นในบุคคลได้ กระบวนการที่ช่วยทำให้บุคคลพัฒนาพลังอำนาจขึ้นมาได้ เรียกว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นคำนาม มี

ความหมายตามพจนานุกรมของเวบสเตอร์ (Webster's New World Dictionary of the American Language) ว่าเป็นกระบวนการเกี่ยวกับการให้อำนาจ (process of empowering) หมายถึง สภาพของการมีพลังอำนาจ โดยแสดงออกถึงคุณสมบัติของการมีอำนาจในการควบคุม จัดการ การเข้าไปมีอิทธิพลและการใช้ทรัพยากรหรือความรู้ ความสามารถของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่พบได้ทั่วไปมักใช้กันในความหมายของการกระทำในรูปแบบต่าง ๆ ที่มุ่งพัฒนาให้เกิดศักยภาพหรือความสามารถ ความมีประสิทธิภาพแก่บุคคล จึงเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพ ความสามารถ ความแกร่งในการทำกิจกรรมหรือการดำรงชีวิต เป็นการใช้ในเชิงกระบวนการปฏิสัมพันธ์ (interactional process) ที่ช่วยให้บุคคลได้พัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิต การงาน ความสำเร็จและความเป็นอยู่ของตนเอง เป็นกระบวนการส่งเสริมอำนาจที่จะเกิดความร่วมมือ ความเท่าเทียมกัน ความมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นการถ่ายทอดอำนาจให้เกิดความเท่าเทียมกันหรือให้มีพลังอำนาจเพิ่มมากขึ้น(พิกุล นันทชัยพันธ์, 2542)

นอกจากนี้ความหมายที่ใช้ในเชิงกระบวนการ เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลช่วยเหลือให้บุคคลได้พัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของตนเอง (Price, 1988) หรือเป็นกระบวนการส่งเสริมอำนาจและความสามารถของบุคคลในการเป็นเจ้าของชีวิตของตนเอง (Gray,Doan, & Church,1990อ้างในพนารัตน์ เจนจบ,2542) กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะพัฒนาการใช้ความรู้ที่จำเป็น ความสามารถและความเชื่อมั่นที่จะทำให้ความคิดของตนเองมีความหมาย เป็นกระบวนการทางสังคมที่ให้การยอมรับ ส่งเสริม และพัฒนาความสามารถของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง และการสร้างประสิทธิภาพของตนในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

Gibson ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ดังต่อไปนี้คือ

1) เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ เพื่อให้ได้มาซึ่งความสามารถในการควบคุมกำกับการดำรงชีวิตของตนเอง

2) เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก และมีลักษณะที่ทั้งสองฝ่ายต้องใช้ความพยายามร่วมกัน

3) การเพิ่มพูนความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน และการสร้างประสิทธิภาพของตนในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคลตลอดจนการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมด้วย

4) การที่บุคคลเรียนรู้การใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทำงานร่วมกัน ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงทรัพยากรที่มีอยู่ภายในบุคคล ภายนอกบุคคลและที่มีอยู่ในชุมชน

5) กระบวนการที่มีลักษณะสำคัญที่มีการปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างประโยชน์ร่วมกันที่มุ่งเพิ่มความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้น

6) กระบวนการที่เป็นการหาทางออก ทางแก้ปัญหามากกว่าที่ตัวปัญหา เน้นความแข็งแกร่งสิทธิความสามารถของบุคคลมากกว่าข้อจำกัด หรือจุดด้อยของบุคคล

7) กระบวนการที่มีกลไกที่เกี่ยวข้องกับอำนาจของบุคคล มีทั้งการให้และการรับอำนาจหรือการใช้อำนาจร่วมกัน มิใช่เพียงแต่ผู้ใช้อำนาจพยายามสร้างอำนาจแต่รวมถึงผู้มีอำนาจถ่ายโอนอำนาจ

8) กระบวนการที่มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก หรือกระทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้มีความเจริญเติบโต และการพัฒนาการของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน เพื่อให้เป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะที่ตั้งใจ

9) กระบวนการของความช่วยเหลือบุคคลให้ประสบความสำเร็จในการควบคุมสิ่งแวดล้อมและ/หรือกำหนดทิศทางชีวิตของตนเองได้

10) การเสริมอำนาจเป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคมของการแสดงการยอมรับชื่นชม (Recognizing) การส่งเสริม (Promoting) การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคล (Enhancing people's abilities) ในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเองและความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็น ในการดำรงชีวิตเพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้

Gibson (1995) ได้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ว่าเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการควบคุมองค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพในการตอบสนองความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนได้

นอกจากนี้ Gibson ได้กล่าวว่าการที่พยาบาลจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้นั้นต้องมีความเชื่อพื้นฐาน ดังนี้

1) บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพ สุขภาพเป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่จะต้องรับผิดชอบแม้ว่าแพทย์ พยาบาลจะมีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลแต่ก็ยังไม่มีอำนาจผูกขาดต่อสุขภาพเหนือบุคคลนั้น ๆ แต่กลับต้องให้ความเคารพในสิทธิของบุคคลต่อการมีภาวะสุขภาพ

2) บุคคลควรได้รับความเคารพนับถือต่อศักยภาพของบุคคลในการที่จะพัฒนาความเจริญงอกงามและความต้องการสนองตอบต่อเป้าหมายของเขาเอง (growth and self-determination) บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจในเรื่องใด ๆ ของตน แม้ว่าบางครั้งอาจต้องอาศัยข้อมูลหรือความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างก็ตาม

3) บุคลากรทางสุขภาพไม่สามารถไปเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยได้ แต่ผู้ป่วยจะเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง ในขณะที่บุคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องให้การช่วยเหลือให้เกิดการคงทนของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและรู้จักใช้ทรัพยากรที่ดีให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมได้ และเชื่อมั่นในความสามารถของตน

4) บุคลากรทางสุขภาพต้องยอมรับความสำคัญของการให้ความร่วมมือของชุมชนด้องมีสำนึกในเรื่องของอิสรภาพและพร้อมจะรับการปฏิเสธความช่วยเหลือของบุคคล บุคคลจะตัดสินใจเลือกสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง

5) กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดขึ้นได้จากความเคารพนับถือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ไม่ใช่ลักษณะการมองฝ่ายหนึ่งว่าเป็นผู้เสียเปรียบหรือมีปมด้อยในขณะที่อีกฝ่ายเป็นผู้ได้เปรียบและมีความสามารถเหนือกว่า ปฏิสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่ายควรเป็นแบบที่เกื้อกูลผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน

6) ต้องมีความเชื่อใจซึ่งกันและกันเป็นสิ่งที่จำเป็นมากในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพราะถ้ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจประสบความสำเร็จ จะทำให้บุคคลได้เกิดการเรียนรู้อย่างแท้จริงในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับตัวเอง

คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นด้วยความร่วมมือของทีมสุขภาพและผู้รับบริการ ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้

1) เป็นกระบวนการช่วยเหลือ

2) เป็นหุ้นส่วนที่มองเห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น

3) ตัดสินใจร่วมกันในการใช้แหล่งประโยชน์ โอกาสและอำนาจ

4) มีอิสระในการเลือกและรับผิดชอบผลที่ตามมา

4.2 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Gibson (1995) ได้ทำการศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาจำนวน 12 ราย ที่ให้การดูแลบุตรที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพรวบรวมข้อมูลด้วย

การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การบันทึก การสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามทั้งหมดสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi – structured interview guide) ระยะเวลาที่ทำการศึกษาทั้งหมด 12 เดือน ผลการศึกษาสรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการส่วนบุคคลที่จะพัฒนาตนเอง กระบวนการในการเสริมสร้างอำนาจ อยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำงานร่วมกัน และการมีส่วนร่วม (Gibson, 1995) ซึ่งจากการศึกษาของ Gibson ได้แบ่งระยะของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ 4 ระยะดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality)

การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจ ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Emotionally) ด้านสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive) และด้านพฤติกรรม (Behaviorally)

การตอบสนองด้านอารมณ์ (emotional responses) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิตกกังวล กระวนกระวาย กลัวโกรธ ซึ่งอาการทั้งหมดเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็นจริงได้ ความรู้สึกเจ็บปวดที่จะต้องเผชิญ ประกอบกับความไม่เข้าใจในสภาพและความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ความไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ รวมทั้งการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลที่จะเกิดขึ้นต่อไป ในระยะนี้บุคคลจะรู้สึกคับข้องใจที่จะคิดว่าตนเองป่วยและไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่ถ้าบุคคลจะรู้สึกดีขึ้นหากมีการเปลี่ยนความคิดโดยมีความหวังว่าตนเองมีโอกาสที่จะมีอาการดีขึ้นได้แต่อาจจะต้องอาศัยระยะเวลาเป็น ตัวช่วยซึ่งการคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ (cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความรู้สึก ความสามารถหรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง ระยะนี้บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ วารสารทางวิชาการ การถามจากแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยคนอื่นๆ ซึ่งประสบเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่างๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ

การตอบสนองทางพฤติกรรม (behavioral responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่

สามารถทำได้ขณะนี้ มองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี และพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนเองต้องการการดูแลอย่างแท้จริงคืออะไร เกิดความเข้าใจ ชัดเจนในการดูแล และตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมามาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องว่าการวิตกกังวลจนเกินไป จะทำให้รู้สึกสับสน คับข้องใจ และไม่มั่นใจ จนในที่สุดผู้ดูแลจะตระหนักได้เองถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและการกระทำของตน และจะเริ่มเปลี่ยนความคิดว่าถ้าเปลี่ยนมาคิดในแง่ดี ปัญหาทุกอย่างก็จะสามารถแก้ไขได้ดีกว่า ดังนั้นบุคคลจะพยายามปรับตัวโดยคิดในแง่ดี และจะกระทำทุกอย่างเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพินิจ พิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง และเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแล จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้กลับมามองปัญหาประเมิน และคิดพินิจพิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้น ทั้งหมด ในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (A Sense of personal control) จะทำให้คิดได้ว่าจากเดิมที่คิดว่าตนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก็เกิดความคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างตนไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่ได้กระทำเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น บุคคลจะได้มาซึ่งทางเลือกต่างๆ ในการปฏิบัติ หลังจากการคิดวิเคราะห์อย่างละเอียดแล้วจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาขึ้น ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเอง ความสามารถความถูกต้องของตน เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะของตนเองในการที่จะดูแลตนเองมากขึ้น จึงกล่าวได้ว่าขั้นตอนนี้มีความสำคัญนำไปสู่ การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมและช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถ และมีพลังมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking Charge) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับเพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการเผชิญหน้าเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-Determination) หลังจากผ่านทั้งสองขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น ในขั้นตอนนี้บุคคลจะ

ตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมดีที่สุด โดยที่การตัดสินใจจะอยู่ภายใต้เงื่อนไข คือ

1) เป็นวิธีการที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้

2) สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ

3) ผู้ป่วยได้รับความเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง

4) ผ่านการร่วมปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ

5) เป็นวิธีที่สร้างความยอมรับ และสามารถเปิดกว้างในการที่ผู้ป่วยคนอื่นๆ จะนำไปใช้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ โดยในขั้นตอนนี้บุคคลจะมีพันธะสัญญากับตนเอง ดังนี้

การปกป้อง (advocating for) โดยคิดว่าการให้การดูแลเป็นการปกป้องตนเองเป็นการระหน้าที่ และความรับผิดชอบของตน ดังนั้นสิ่งที่คิดว่าทำแล้วเป็นผลดีกับตนเองก็จะทำ

การเรียนรู้ในการแก้ปัญหา (learning the ropes) เป็นการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาจากการใช้ประสบการณ์เดิม และการเรียนรู้ร่วมกับทีมสุขภาพ

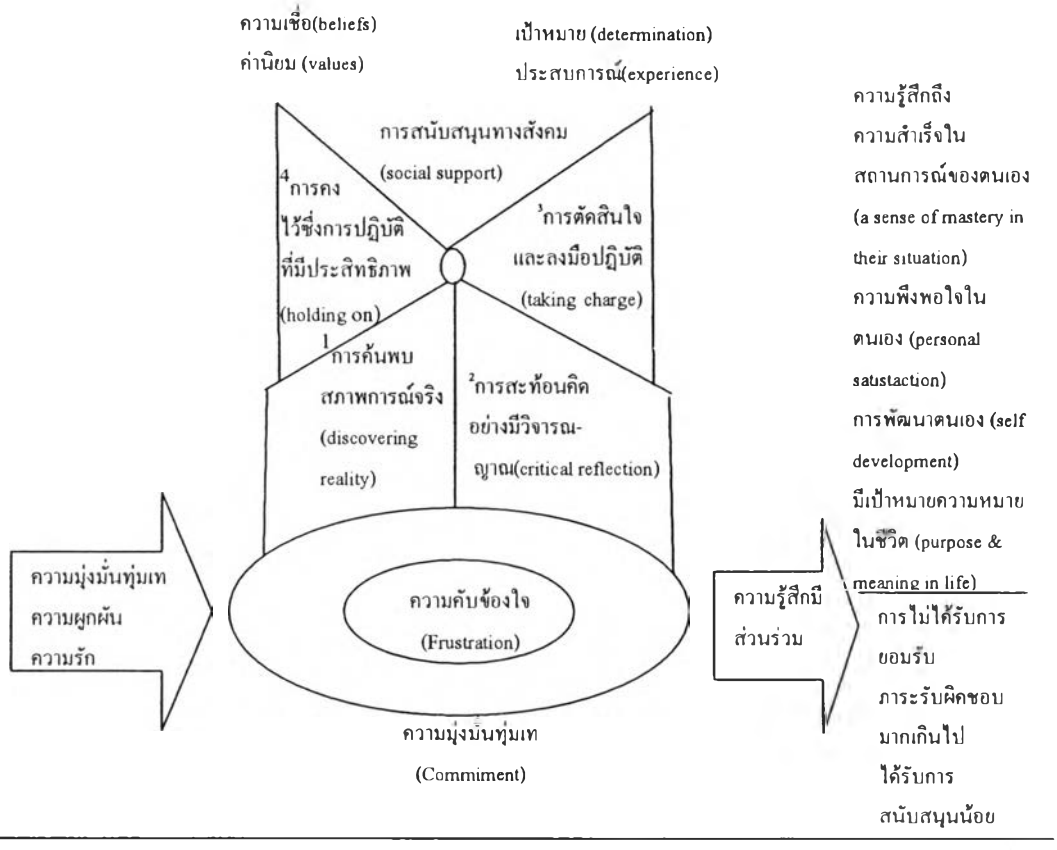
การเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม (learning to persist) โดยจะไม่ย่อท้อต่อความตั้งใจดูแลตนเอง พยายามกระทำสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ตนเอง

การเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาล (driving negotiation in the hospital setting) โดยคิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลรักษา

การสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วม (establishing partnership) การต้องการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลรักษา และการตัดสินใจในการรักษา จะทำให้บุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัย เป็นประโยชน์จากบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ จากการแสวงหาข้อมูลความรู้ด้วยตนเอง การสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมอภิปรายปัญหากับทีมสุขภาพ การทำงานเป็นทีม ช่วยให้การตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)

การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติ ในระยะนี้เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือกแล้วพยาบาลและผู้ป่วยจะร่วมมือแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป



แผนภาพที่ 1 แสดงรูปแบบของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995)

การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของGibson (1993 อ้างในพนารัตน์ เจนจบ, 2542) เป็นกระบวนการระหว่างบุคคล (The process of empowerment was largely interpersonal) ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีความต่อเนื่องกัน และสามารถเกิดสลับไปมาได้ในแต่ละบุคคล และการที่บุคคลจะสามารถผ่านแต่ละขั้นตอนได้จะต้องใช้พลังใจ พลังความคิด รวมทั้งความสามารถในระดับสูง ทั้งนี้ขั้นตอนต่างๆ จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใดย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยนำและปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งได้กล่าวไปแล้วในตอนต้น อย่างไรก็ตามเมื่อบุคคลสามารถผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะ

เกิดผลต่อบุคคลในคุณลักษณะที่จะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ

จะเห็นว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในแต่ละระยะ เมื่อนำมาใช้ในการประยุกต์เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม ตลอดจนสามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งบุคคลที่กระทำการดูแลตนเอง จะต้องผ่านกระบวนการคิด พิจารณา ทำความเข้าใจเพื่อให้เกิดความรู้ เข้าใจ เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นำมาวิเคราะห์เพื่อการตัดสินใจเลือกแล้วจึงตั้งเป้าหมาย และวางแผนนำสู่การกระทำโดยมีการควบคุม และประเมินผลการกระทำด้วยตนเอง

Dunst & Trivette (1996 cited in Hulm , 1999) การเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบพื้นฐาน

1. เชื่อมั่นในความแข็งแกร่งของบุคคลที่จะพัฒนาไปสู่ผู้มีความรู้ ความชำนาญ

2. ประสบการณ์การมีส่วนร่วม

3. การได้รับความรู้

Hulme (1999) ได้กล่าวถึงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ 4 ระยะคือ

1) ระยะผู้เชี่ยวชาญ เป็นผู้มีอำนาจ (Professional Dominete phase) เป็นระยะแรกของบุคคลในครอบครัว เป็นระยะที่มีการรบกวนการดำเนินชีวิต การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง ครอบครัวจะเชื่อฟังบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ

2) ระยะการมีส่วนร่วม (Participatory phase) เป็นระยะของการใช้วิจารณญาณคิดอย่างมีเหตุผลทำให้สมาชิกในครอบครัวพบตนเองเป็นบุคคลสำคัญในการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและความรับผิดชอบเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตของบุคคลในครอบครัว

3) ระยะท้าทาย (Challenging phase) เป็นระยะที่มีความสมดุลย์ของพลังครอบครัวมีบทบาทในการดูแลสมาชิกมากขึ้น ครอบครัวมีความคับข้องใจและไม่แน่ใจ ขาดความไว้วางใจต่อบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ

4) ระยะของการร่วมมือ (Collaborative phase) เป็นระยะสุดท้าย ครอบครัวแสดงเอกลักษณ์ใหม่โดยการเปลี่ยนแปลงที่มีความพึงพอใจในตนเอง และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งมีความสามารถในการเจรจากับบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ เป็นการปรับบทบาทและความรับผิดชอบในการจัดการกับการดำเนินชีวิตในครอบครัวผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพได้แก่

4.1) การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้กันมากในการอธิบายลักษณะและความเชื่อที่สะท้อนความรู้สึกของการควบคุม หรืออิทธิพลของบุคคลที่จะเคารพต่อ

พฤติกรรมการแสดงออกที่หลากหลาย รวมถึงการควบคุมตนเองและประสิทธิภาพในตน (Zimmerman, 1995:585) โดยอธิบายภาพของผลลัพธ์ ได้แก่ การนับถือตนเอง (Self-esteem) ความสามารถในการควบคุมตน (Personal control) และความสามารถในตน(Self-efficacy)

4.2) การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เน้นความรู้และทักษะที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถและปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคล ความสามารถของบุคคล คุณลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะความคิด ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์ และกิจกรรมรวมกลุ่ม เป็นคำที่ใช้ในการอธิบายการกระทำของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Suk bling, 1998:31)

4.3) การมีสุขภาวะที่ดี (Well-being) เป็นสภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม บุคคลจะมีสุขภาวะที่ดีได้ แม้ว่าจะอยู่ในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพหรือเจ็บป่วย(Orem, 1995) การมีสุขภาวะที่ดี หมายถึงการที่ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาพการเจ็บป่วยตรงตามความเป็นจริง เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆในชีวิตตนเองได้ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ ซึ่งผลลัพธ์ต่อเนื่องของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่งผลต่อสุขภาวะที่ดี นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย(Suk bling,1998) การเสริมพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เน้นความรู้และทักษะที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถและปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคล ช่วยให้บุคคลยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนตามความจริง

จากแนวคิดและผลการศึกษาดังกล่าวผู้ศึกษาพบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวรูปแบบกระบวนการเสริมพลังอำนาจ 4 ขั้นตอนของ (Gibson, 1995) นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้บุคคลมีความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม ตลอดจนสามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งบุคคลกระทำการดูแลตนเองจะต้องผ่านกระบวนการพินิจพิจารณา ทำความเข้าใจ เพื่อให้เกิดความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นำมาวิเคราะห์เพื่อการตัดสินใจเลือกแล้วจึงต้องตั้งเป้าหมาย และวางแผนนำสู่การกระทำโดยมีการควบคุม และประเมินผลการกระทำด้วยตนเอง

การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม เป็นการนำกระบวนการกลุ่มบำบัด มาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่บุคคลในการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา เช่น กิบสัน(Gibson,1995) ได้ประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ศึกษาในกลุ่มเด็กอัฟริกันอเมริกัน พบว่าปฏิสัมพันธ์กายในกลุ่มช่วยเพิ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยการช่วยให้บุคคลมีโอกาสพูดคุยกันถึงประสบการณ์ ยอมรับการสนับสนุนจากสังคม ซุค บลิง (Suk Bling, 1998)ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในผู้ป่วยมะเร็งชาวจีนและบทบาท ของกลุ่มที่สนับสนุนกันเองพบว่า การรับรู้ถึงความเหมือน การเป็นตัวแบบ การสนับสนุนทางสังคม

เป็นกลไกที่สำคัญในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและพบว่า กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งชาวจีนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในด้านการให้ความหมายต่อชีวิต ความหวัง ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ การยอมรับการเจ็บป่วย และความคิดทางบวก นอกจากนี้ ซุค บลิง(Suk Bling, 1998) ยังพบว่า กลยุทธ์ในการส่งเสริมความสามารถของบุคคล ทั้งในส่วนที่มีอยู่แล้วในตัวบุคคลและพยายามให้บุคคลได้แสดงออก หรือพัฒนาให้เกิดขึ้นนั้น วิธีการที่ดีที่สุด คือ การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ อันจะทำให้บุคคลแสดงคุณลักษณะของตนทางด้านความสามารถ ที่ส่งผลต่อเหตุการณ์สำคัญในชีวิต และการปฏิบัติที่คำนึงถึง การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นฐาน เน้นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม การพิจารณาตนเองและการตระหนักถึงแรงขับทางด้านสังคมได้

มีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมาประยุกต์ใช้กับการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากโครงการส่งเสริมการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย (เสรี พงศ์พิศ และวิชิต นันทสุวรรณ, 2545) เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการที่ได้ประยุกต์แนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน โดยกระบวนการประชาพิจัยและพัฒนาที่เน้นการเรียนรู้และพึ่งตนเอง โดยส่งเสริมให้บุคคล ได้ค้นหาศักยภาพของตนเอง ค้นหาศักยภาพของชุมชนหรือกลุ่ม ให้เกิดการตระหนักสามารถแสวงหาทางเลือก สำหรับตนเองและมีการจัดการที่ดีในการใช้ความรู้ ทรัพยากร และศักยภาพที่มีอยู่ของตนเอง เพื่อการแก้ไขปัญหา ดูแลสุขภาพของตนเองและของกลุ่มการศึกษาของ จุฬารัตน์ สุริยาทัย (2547) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 26 คน โดยใช้แนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) พบว่าประสิทธิภาพของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มที่เห็นได้ชัด คือ การได้เรียนรู้ร่วมกันของสมาชิกกลุ่ม ช่วยให้กลุ่มเกิดการค้นพบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีการวิเคราะห์ไตร่ตรอง ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองด้วยตนเอง การคิดและเลือกแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเอง ที่เป็นของตนเองสอดคล้องกับความเป็นอยู่ ในชีวิตประจำวันของตนเอง โดยที่กลุ่มเป็นเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหาและให้กำลังใจ ในผู้ที่ประสบกับปัญหาที่คล้ายคลึงกัน กลุ่มสามารถติดตามและกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่ม ปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทางการดูแลตนเองที่ได้เลือกไว้ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดูแลตนเองได้ดีเพิ่มขึ้น แม้ว่าจะมีผู้ติดเชื้อจำนวน 4 รายที่ไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ตลอดเนื่องจากภาระในครอบครัวจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจะเห็นได้ว่า กระบวนการกลุ่มช่วยให้สมาชิกกลุ่มผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ มีปฏิสัมพันธ์กัน ร่วมแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น และอภิปรายในปัญหานั้น ประกอบกับมีผู้นำกลุ่มที่ได้รับการฝึกฝนทักษะ ประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดมาก่อน ช่วยให้สมาชิกกลุ่มพร้อมที่จะนำประสบการณ์

จากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน การมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่มทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการผนึกกำลังกัน ทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิดไปในทางที่ดีขึ้น ผู้ศึกษาจึงเลือกที่จะใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มแทนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบรายกรณีเพื่อให้กระบวนการของการทำกลุ่มช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการรับรู้พลังอำนาจของตนเองได้มากขึ้นต่อไป

ขนาดของกลุ่ม ออตาเวย์(Ottaway, 1996) กล่าวว่า กลุ่มควรมีขนาดเล็ก เพราะจะช่วยให้สมาชิกมีโอกาสแสดงออกอย่างอิสระ โดยทั่วถึงกัน สมาชิกไม่ต้องใช้เสียงดังมากนัก ทุกคนในกลุ่มสามารถได้ยินอย่างทั่วถึง ดังนั้นกลุ่มควรมีขนาดอย่างมาก 12 คน หรือถ้ามากกว่านั้นไม่ควรเกิน 15 คน เพราะมิฉะนั้นแล้วจะทำให้แบบพฤติกรรมผิดไปจากเดิม ขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมที่สุด ควรมีจำนวนสมาชิก 9-20 คน จึงจะทำงานบังเกิดผลดีที่สุด

4.3 ปัจจัยนำและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) นั้น ปัจจัยที่จะทำให้บุคคลมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจก็คือ ความมุ่งมั่นทุ่มเท (Commitment) ความผูกพัน (Bond) และความรัก (Love) ของบุคคลที่มีต่อเรื่องนั้นๆ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ (Beliefs) ค่านิยม (Values) ประสบการณ์ส่วนบุคคล (Experience) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) และเป้าหมายในชีวิต (Determination) โดยมีความคับข้องใจ (Frustration) ความขัดแย้ง ปัญหาหรืออุปสรรค เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเข้าสู่ขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการ ซึ่งการที่บุคคลมีความรักต่อบุคคลอื่น พร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ และพบว่าเมื่อบุคคลมีกำลังใจและสามารถกระทำทุกวิถีทาง เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งดังกล่าวและการที่บุคคลจะสามารถเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้น ประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factor) และปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factor)

4.3.1 ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่

4.3.1.1 ค่านิยม (Values) ค่านิยมของตนเอง มีความรักในตนเอง ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยภายในบุคคลที่เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบในการที่จะดูแลตนเอง

4.3.1.2 ความเชื่อ (Beliefs) ซึ่งความเชื่อจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค และความยากลำบากในการดูแลที่เกิดขึ้น การที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลหรือเชื่อว่าการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น ความเชื่อ ดังกล่าวก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง (A hopeful future) มีการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี มีความคิดที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อใน

ความสามารถของตนเองว่าสามารถดูแลตนเองได้ (Abilities to care) ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเกิดพลังในการที่จะพยายามแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ดี ตลอดจนความเชื่อในพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (God / Higherpower)

4.3.1.3 เป้าหมายในชีวิต (Determination) เกิดจากการที่บุคคลมีพลังความเข้มแข็งและแรงจูงใจ (Strong and motivation) ที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายโดยจะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุดแม้ว่าจะมีอุปสรรค ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดจะส่งผลต่อการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลทุกขั้นตอน

4.3.1.4 ประสบการณ์ส่วนบุคคล (Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในสถานการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมาและประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการศึกษา อ่านจากตำรา วารสารวิชาการ (Educational contexts) ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์

4.3.1.5 ความเชื่ออำนาจในการควบคุม (Locus of control) คือ การที่บุคคลรับรู้เหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นตนสามารถควบคุมได้ บุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตน (Internal locus of control) มีแนวโน้มที่จะรับรู้ว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านบวกและลบเป็นผลมาจากการกระทำของตน อยู่ภายใต้การควบคุมของตน

4.3.2 ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากหลายๆ แหล่งด้วยกัน คือ คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว บุคคลสำคัญในชีวิต รวมถึงญาติซึ่งมีส่วนสนับสนุนให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ให้การประคับประคองและให้ความมั่นใจในการที่จะดูแลตนเอง จากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและแผนการรักษา การได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนการได้รับการบริการส่งต่อในชุมชน หรือการดูแลที่บ้าน สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ แหล่งสนับสนุนต่างๆ เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ผลดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังมีผู้ที่เสนอปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจการเสริมสร้างพลังอำนาจ มักได้รับความสนใจก็ต่อเมื่อมีความพร่องหรือขาดหายไปของอำนาจ และการควบคุม มีการสูญเสียอำนาจ (powerlessness) ไม่ว่าจากสาเหตุใดก็ตามเมื่อเกิดภาวะดังกล่าวขึ้นแล้วก็ตระหนักถึงความสำคัญของความรู้สึกที่มีอำนาจในการควบคุมและคิดวิธีการที่จะได้มาหรือพัฒนาขึ้นนั้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพใน ตนเองสามารถจัดการแก้ไขปัญหาหรือสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ (Pfister-Minogue, 1983 ; Stapleton, 1983) ดังนั้นพบว่า ปัจจัยที่ทำให้มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ข้อ ดังนี้

4.3.2.1 การสูญเสียหรือการพร่องไปของอำนาจที่ควรจะมีนั่นเอง อาจจะเป็นจากทัศนคติของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพต่อผู้รับบริการในลักษณะที่เป็นผู้ปฏิบัติมากกว่า

ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมหรือตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537) การขาดความยืดหยุ่นในระบบบริการ ระบบการรักษา การมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ และทัศนคติของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการควบคุม (Gray et al., 1990) สิ่งเหล่านี้มีผลในการลดพลังอำนาจของผู้รับบริการทั้งสิ้น

4.3.2.2 สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้อง ต้องเป็นสัมพันธภาพที่ตั้งอยู่บนความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ต้องสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลและมีความเปิดเผยต่อกันได้ ต้องมีการยอมรับซึ่งกันและกัน มีการให้คุณค่าเคารพในสิทธิและความเป็นบุคคลระหว่างกัน จึงเกิดความร่วมมือและความมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างอำนาจได้ (Chandler, 1992 ; Haney, 1988 ; Price, 1988)

4.3.2.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ต้องเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีบรรยากาศของการดูแล ช่วยเหลือ และปรารถนาดีต่อกัน (nurturing, helping, caring environment) การเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีขึ้นได้ก็ต่อเมื่อฝ่ายที่เป็นผู้ให้บริการหรือผู้ดูแลมีจุดมุ่งหมายให้ฝ่ายที่ด้อยอำนาจกว่านั้นได้พัฒนาความสามารถและพัฒนาอำนาจในตนเอง (Chandler, 1992 ; Gray et al., 1990 ; Haney, 1988 ; Pfister-Minogue, 1983)

4.3.2.4 ปัจจัยด้านบุคคล ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจต้องอาศัยความร่วมมือ การมีส่วนร่วมในทุกๆ ขั้นตอน ดังนั้นบุคคลที่เกี่ยวข้องจะต้องยอมรับในบทบาทภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบที่จะมีขึ้นนั้นคือต้องถือเป็นความยึดมั่นผูกพัน (commitment) ที่บุคคลพึงปฏิบัติร่วมกัน การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงจะเกิดได้ (Chandler, 1992 ; Conger&Kanungo, 1988) นอกจากนี้ปัจจัยซึ่งประกอบด้วยคุณสมบัติของบุคคล ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับตนเองในด้านบวก ทักษะการ รับรู้ ภาวะสุขภาพที่ดี สามารถปรับตัว ความกล้าหาญอดทน ความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

4.3.2.5 ปัจจัยด้านเวลา ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะต้องอาศัยเวลาค่อนข้างยาวนาน เพราะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นทีละเล็กทีละน้อย ค่อยเป็นค่อยไปอย่างต่อเนื่อง (gradual process evolutionary process) การพัฒนาอำนาจ และความสามารถจะค่อยๆ เพิ่มพูนทีละน้อยๆ ต้องอาศัยเวลา (Havens & Mills, 1992 ; Horter, 1992)

4.3.2.6 ปัจจัยด้านปรัชญาและความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจ บุคคลที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต้องมีความเชื่อในความเท่าเทียมกันต้องมีการปลดปล่อย ยึดถือในความอิสระเสรี ยึดถือในระบบประชาธิปไตย ต้องมีความเชื่อในศักยภาพของบุคคลด้วย (Dugger, 1992 ; Kendal, 1992)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีความสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจให้เป็นไปได้ด้วยดีและประสบความสำเร็จ แต่ไม่ว่าจากปัจจัยใดก็ตามเมื่อเกิดภาวะดังกล่าวขึ้นแล้ว ควรตระหนักถึงความสำคัญของความรู้สึกที่มีอำนาจในการควบคุมและวิธีการที่จะได้มาหรือพัฒนาขึ้นนั้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในตนเองสามารถจัดการแก้ไขปัญหาหรือสามารถดำรงอยู่ได้ตามสภาพการณ์ที่เป็นอยู่

5. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทก่อให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจของบุคคลในครอบครัว เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและไร้ความสามารถ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ไม่มีทางช่วยและหมดหวัง รวมทั้งการเจ็บป่วยทางจิตเวชยังเป็นมลทินสิ่งเหล่านี้เป็นความรู้สึกซับซ้อนที่ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ (Paker, 1993 อ้างใน สมคิด ตรีราภี, 2545) รวมทั้งแนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันเน้นการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลเฉพาะในภาวะวิกฤตเท่านั้น ครอบครัว ผู้ดูแลจึงต้องรับบทบาทการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยสามารถปรับเข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมตามความเป็นจริงและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ดังนั้นผู้ดูแลต้องรับบทบาทหน้าที่การดูแลที่หนักและก่อให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจดังกล่าว

แนวความคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจนำมาใช้แพร่หลายในด้านสุขภาพจิตและการบริการสังคมเมื่อ 10 ปีที่ผ่านมา มีการให้ความหมายกันอย่างมากมายจุดสำคัญอยู่ที่การส่งเสริมให้เข้าถึงแหล่งประโยชน์มีความรู้ความชำนาญและการมีศักยภาพในตนเอง(Heflinger et al.,1997 อ้างในสมคิด ตรีราภี, 2545) และการเสริมสร้างพลังอำนาจยังเป็นการจัดเตรียมโอกาส ทรัพยากร เพื่อสร้างและพัฒนาหรือเพิ่มความสามารถของบุคคล (Hawks H.J.,1992 อ้างในสมคิด ตรีราภี, 2545) ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นแนวความคิดที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน โดยมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือเข้าใจถึงการเจ็บป่วยทางจิตเวชและการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (สมคิด ตรีราภี, 2545) การเสริมสร้างพลังอำนาจยังทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลในทางที่ดี (จอม สุวรรณโน, 2541) นอกจากนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจยังมีผลทางบวกต่อความเครียดของผู้ดูแล (Friesen & Wahlers, 1989 cited in Nirbhay & John, 1997 อ้างใน สมคิด ตรีราภี, 2545)

กลยุทธ์ที่สำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความเชื่อมั่นในความแข็งแกร่งของบุคคลที่จะพัฒนาเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ ประสบการณ์การมีส่วนร่วมและการได้รับความรู้ (Dunst & Trivette, 1996 อ้างใน สมคิด ตรีราภี, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nirbhay & John (1997) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวเด็กที่อารมณ์ไม่สงบไม่หยุดนิ่ง และขาด

การดูแลเอาใจใส่ ผลการศึกษาพบว่า จำนวนสมาชิกในกลุ่มสนับสนุนมีอิทธิพลต่อการทำนายการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว การมีส่วนร่วมในระบบช่วยเหลือและความรู้เป็นสิ่งสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ จึงมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกับทีมการรักษาพยาบาลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้มีความรู้และทักษะการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับ จอม สุวรรณโณ (2541) กล่าวว่าการนำญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เป็นกลวิธีที่สำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ญาติได้ตระหนักถึงความสามารถและอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ใช้กระบวนการพิจารณาตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติดูแลร่วมกับทีมการพยาบาล มีการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลซึ่งกันและกันทำให้ญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลและประสบการณ์การดูแลในทางที่ดี

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะพัฒนาการใช้ความรู้ที่จำเป็น ความสามารถและความเชื่อมั่นที่จะทำให้ความคิดของตนเองมีความหมายเป็นกระบวนการทางสังคมที่ให้การยอมรับส่งเสริม และพัฒนาความสามารถของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง และการสร้างประสิทธิภาพของตนในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคลมาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

การเสริมสร้างพลังอำนาจในการศึกษาครั้งนี้เป็นการนำเอาแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) มาใช้ เป้าหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือการเพิ่มความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพชีวิตเพื่อบุคคลมีพลังมีความสุข และมีอำนาจในการตัดสินใจ การเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ และดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Gibson, 1995) ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจจะนำมาซึ่งการรับรู้พลังอำนาจว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้พัฒนามาจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของสมคิด ตรีราภี (2545) ซึ่งใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) Dunst & Trivette (1996 cited in Hulm,1999)และโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของสัมพันธ์ มณีรัตน์ (2546) ซึ่งมีผลในการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมทั้งคู่มาพัฒนา เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของการศึกษาในครั้งนี้ โดยโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง

อำนาจสมคิด ตรีราภี (2545) ใช้แนวคิดของ Gibson (1995)มีรูปแบบกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1. พัฒนาการรับรู้ภาระการดูแล 2.การพัฒนาการตระหนักในคุณค่าของตนเอง 3. พัฒนาศักยภาพการดูแล 4. พัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล และใช้แนวคิดของ Dunst & Trivette (1996 cited in Hulm, 1999) กำหนดกลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ คือ1. เชื่อมั่นในความแข็งแกร่งของบุคคลที่จะพัฒนาไปสู่ผู้มีความรู้ ความชำนาญ 2. ประสบการณ์การมีส่วนร่วม 3. การให้ความรู้ ส่วนโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของสัมพันธ์ มณีรัตน์ (2546) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ 2) การสร้างปฏิสัมพันธ์เพื่อค้นหาสถานการณ์จริง 3) การสร้างพลังด้วยการแก้ไขปัญหาในการจัดการกับการเจ็บป่วยด้วยการสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจสถานการณ์ 4) การสนับสนุนข้อมูล ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ทักษะการสื่อสารสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 5) การดำเนินการด้วยตนเอง ในการจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วย 6) การเสริมสร้างความมั่นใจและการคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายของชีวิต

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจใช้กระบวนการกลุ่มที่มีขนาดเล็ก ออตาเวย์(Ottaway, 1996) กล่าวว่า กลุ่มควรมีขนาดเล็ก เพราะจะช่วยให้สมาชิกมีโอกาสแสดงออกอย่างอิสระ โดยทั่วถึงกัน สมาชิกไม่ต้องใช้เสียงดังมากนัก ทุกคนในกลุ่มสามารถได้ยินอย่างทั่วถึง ดังนั้นกลุ่มควรมีขนาดอย่างมาก 12 คน หรือถ้ามากกว่านั้นไม่ควรเกิน 15 คน เพราะมิฉะนั้นแล้วจะทำให้แบบพฤติกรรมผิดไปจากเดิม ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ขนาดของกลุ่มที่เหมาะสม มีจำนวนสมาชิกจำนวนกลุ่มละ 3-5 คน

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปรับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของสมคิด ตรีราภี (2545) ในขั้นตอนที่1 เนื้อหาเดิมคือพัฒนาการรับรู้ภาระการดูแล ปรับเป็น ขั้นตอนที่1 พัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของสัมพันธ์ มณีรัตน์ (2546) ในขั้นตอนที่4 คือ การสนับสนุน ข้อมูลเรื่องโรคจิตเภท มาปรับรวมในส่วนของขั้นตอนที่1 พัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแลในครอบครัว โดยเพิ่มรายละเอียด โดยเน้นการสนับสนุน ข้อมูลเรื่องโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson(1995) โดยจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่มๆละ 3-5 คน ในการคิดทบทวนและอภิปรายถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล โดยเน้นการสนับสนุนข้อมูลเรื่องโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล สาเหตุ อาการ การ

รักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงผลกระทบด้านลบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเอง เมื่อผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ เกิดความรู้สึกมั่นใจมีกำลังใจ เกิดความเข้าใจชัดเจนในการดูแล Mok et al. (2002 อ้างในสมคิด ตรีราภี ,2545) ได้สรุปว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและการสนับสนุนให้กำลังใจผู้ดูแล เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตใจที่ดี ในทางเดียวกัน Kay. (1996 อ้างใน หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) พบว่าวิธีการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเพื่อวางแผนเพิ่มการปฏิบัติให้ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและวิธีเผชิญความเครียด ร่วมกับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพจิตเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวปรับตัวและมีวิธีเผชิญความเครียดที่ดีส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาการตระหนักในคุณค่าของตนเอง เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นระยะของการพัฒนาพลังอำนาจในตัวบุคคล โดยจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นกลุ่มๆละ 3-5 คน ในการคิดทบทวนและอภิปรายถึงสาเหตุที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแล ความสำคัญของผู้ป่วยและความสำคัญของผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของตนเองและของผู้ป่วย มีผลนำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมองและแนวคิดใหม่ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา (Antonovsky 1982 อ้างในเยาวลักษณ์ กลิ่นหอม,2540) ได้กล่าวว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นการรับรู้ของบุคคลอย่างเชื่อมั่นว่า ไม่ว่าจะมีปัญหาหรือเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้นทั้งภายในตัวเองและสิ่งแวดล้อมภายนอกก็สามารถเข้าใจได้จัดการแก้ไขได้และปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งมีคุณค่าพอที่จะเข้าไปจัดการแก้ไข การรับรู้แบบนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้ออำนวยต่อการจัดการหรือหลีกเลี่ยงภาวะเครียดที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงหรือความผันผวนต่างๆในชีวิต จึงสามารถดำรงความมีสุขภาพดีและมีความผาสุกในชีวิตหรือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้ เช่นเดียวกับ Hawks (1992 อ้างใน สมคิด ตรีราภี, 2545) พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจจะพัฒนาทัศนคติทำให้เกิดความพึงพอใจในสิ่งที่กระทำอยู่และยังก่อให้เกิดความพอใจต่อแนวทางการดำเนินชีวิตของตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาศักยภาพการดูแล เป็นการจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม ๆ ละ 3-5 คน ในการคิดทบทวนอภิปรายการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสมทั้งทางร่างกาย จิตใจ รวมถึงการตอบสนองอาการผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยจิตเภท และกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันและนำแผนไปปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลได้ประสบการณ์ตรง และพยายามแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมจนสามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเองและลงมือปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายจากภาวะเครียด มีความมั่นใจในการ

ตัดสินใจ มีความหวังในชีวิตมากขึ้น รู้สึกมีพละกำลังในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความรู้สึกถึงความผาสุก ความสุขและความพึงพอใจสภาพทางด้านร่างกาย ความรู้สึกถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม และการที่ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมซึ่งส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2537)

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล เป็นการจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่มๆละ 3-5 คน ในการคิดทบทวน วิเคราะห์ ผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยตามแผนที่กำหนดทั้งเชิงบวกและเชิงลบ รวมทั้งแนวทางการแก้ไขการปรับแผนการดูแลให้มีประสิทธิภาพ ให้กำลังใจสนับสนุนให้ผู้ดูแลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุดเพื่อให้ผู้ดูแลมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป ตามแนวคิดของGibson(1995) นั้น ปัจจัยนำที่ทำให้บุคคลเกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ ความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะสนองความต้องการของตนเอง ทำให้เกิดผลลัพธ์คือ ความรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง การรับรู้ถึงการพัฒนาตนเอง การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในตนเองสามารถจัดการแก้ไขปัญหาหรือสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ (Pfister-Minogue, 1983; Stapleton, 1983 อ้างใน พนารัตน์ เจนจบ, 2542)

ระยะเวลาการเสริมสร้างพลังอำนาจ Hefliger et al.(1997) ศึกษาการประเมินผลการสร้างพลังอำนาจของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง จัดกิจกรรมดังนี้ 1) ให้ความรู้ 2) ฝึกทักษะ 3) มีส่วนร่วมในทีมการรักษาพยาบาล การประเมินผลการสร้างพลังอำนาจในระยะปานกลาง(Intermediate) 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจประสบผลสำเร็จอย่างสูงมาก ผู้ดูแลมีความรู้และมีส่วนร่วมในทีมการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นและจากผลการศึกษาของ จารุวรรณ จินดามงคล (2541) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท วัดผลการทดลอง 2 สัปดาห์ หลังจบทดลอง ผลการทดลองกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถในการเผชิญปัญหาดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม จึงสรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะเกิดผลลัพธ์ที่ดีในระยะปานกลาง 3 เดือน หรือมากกว่า2 สัปดาห์ขึ้นไป ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาวัดผลการทดลอง(Post test) ในระยะ2 สัปดาห์ หลังจบทดลอง เนื่องจากผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลตามแผนการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นแผนที่เคยผ่านการปฏิบัติและได้รับการวิเคราะห์และปรับปรุงแก้ไขร่วมกับผู้ศึกษา จึงเชื่อว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า คุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลางแสดงให้เห็นว่าการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวระดับปานกลางทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความเชื่อส่วนบุคคล

พรชัย พงศ์สงวน และคณะ (2541 : 22) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 570 คน พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล อยู่ในระดับปานกลางและพบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตของครอบครัวทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และเงินออมที่ลดลงทั้งจากค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย ค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นในระยะยาวและต่อเนื่อง โดยเฉพาะครอบครัวที่มีความยากลำบากทางด้านการเงินอยู่เดิม การที่มีผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวจึงทำให้เกิดความยากลำบากเป็นทวีคูณ เป็นผลให้กระทบกระเทือนต่อระดับคุณภาพชีวิตของญาติ

จารุวรรณ จินดามงคล (2541) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คนโดยทำการทดลองเป็นรายบุคคลมีระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง3 สัปดาห์ๆละ2 ครั้ง วัดผลก่อนและหลังการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลของการวิจัยพบว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุฑารัตน์ สถิรปัญญา (2544) ศึกษาประสิทธิผลของการสร้างพลังเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด โรงพยาบาลประสาทสงขลาสรุปผลได้ว่า การสร้างพลังเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิต มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดในกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$) และพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเองทั้งของผู้ป่วยและญาติสูงขึ้นและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$) แสดงให้เห็นว่า การสร้างพลังสามารถสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้ดีขึ้น

เสาวลักษณ์ ยาสุวรรณ (2545) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่นำผู้ป่วยมาตรวจรักษาหรือรับยาแทนที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลฝาง และโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (ร้อยละ80) และร้อยละ 2.50 มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ

สมคิด ตรีราภี (2545) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ภาระการดูแลโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

สัมพันธ์ มณีรัตน์ (2546) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนกับหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

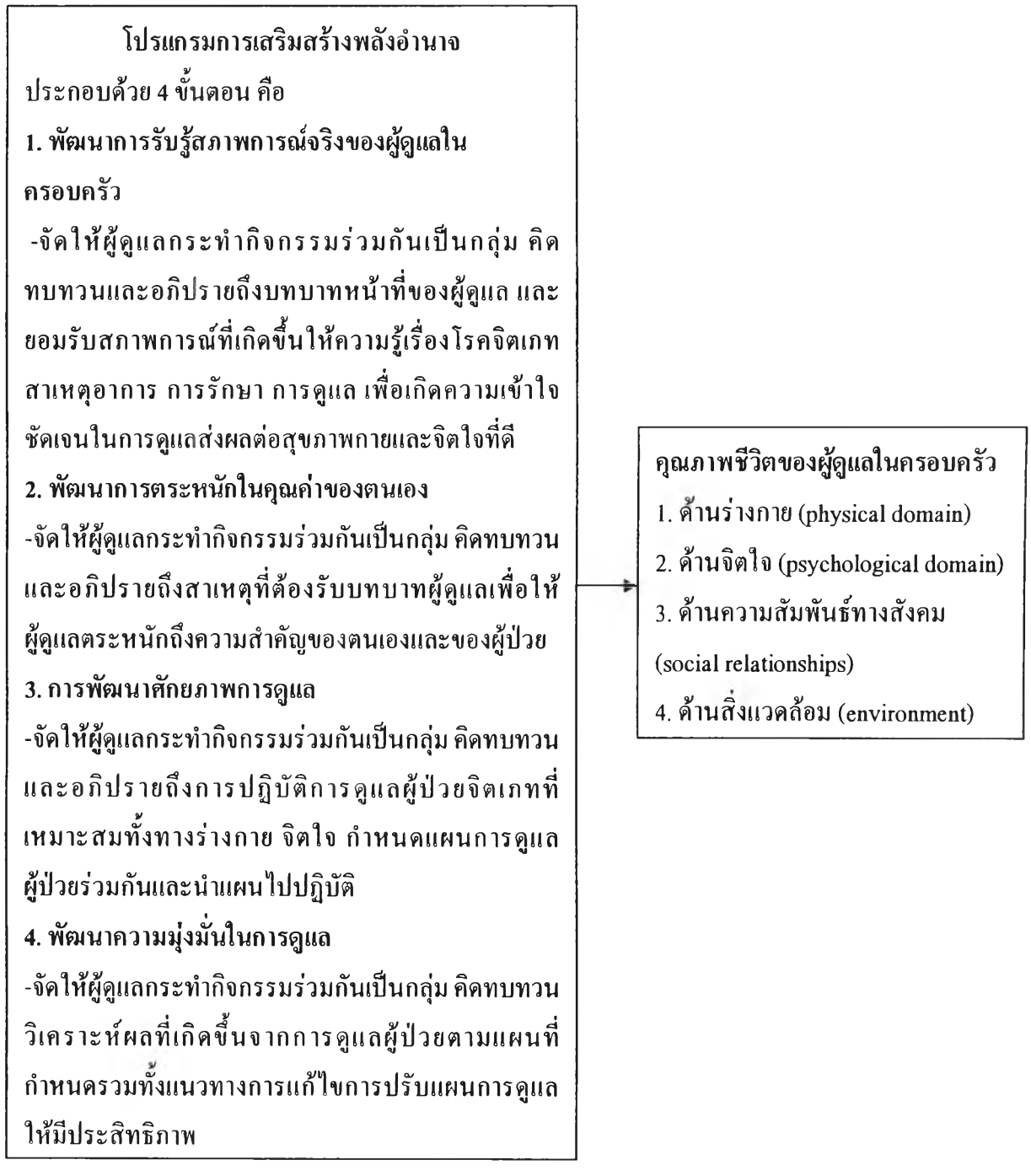
นรวีร์ พุ่มจันทร์ (2548) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันสถาบันสมเด็จเจ้าพระยา โดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 72 ราย เป็นผู้ป่วย 36 ราย ญาติ 36 ราย โดยการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับกลาง

Bickman, et al. (1989) ศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวผู้ดูแล(Long term outcome to family caregiver Empowerment) เป็นการศึกษาเพื่อประเมินผลโครงการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล ซึ่งโครงการเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมในการรักษาเด็กที่ป่วยทางจิตเวช โครงการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการ ทักษะที่ต้องการเพื่อการมีปฏิสัมพันธ์กับระบบบริการสุขภาพจิต พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลให้เชื่อในความสามารถของตนเอง เพื่อการมีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการ โครงการนี้ใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มารับบริการด้านสุขภาพจิต ประเมินผลระยะยาว 1 ปี ระยะปานกลาง 3 เดือน และการประเมินผลระยะปานกลางพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อความรู้ของผู้ดูแลและมีความเชื่อในศักยภาพของตนเองที่มีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการ

Bling (1998) ได้ทำการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็ง ชาวจีนและบทบาทของกลุ่มสนับสนุนกันเอง คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 1) กระบวนการสร้างแรงจูงใจ 2) กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ 3) กระบวนการของการแสวงหา

ทักษะและความรู้ 4) กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดซึ่งแต่ละกระบวนการมีความเกี่ยวข้องและตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยการให้ความหมายต่อชีวิต ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ และความคิดทางบวก จากการศึกษาพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลองทำให้ได้ผลลัพธ์ที่มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมในด้านการให้ความหมายต่อชีวิต ความหวัง ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ การยอมรับความเจ็บป่วย ความคิดทางบวกรวมถึงความผาสุกทางจิต

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

Taylor (2001 อ้างในสมคิด ตรีราภี, 2545) ศึกษาความเป็นอิสระ และการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากการรับรู้ของนักเรียนเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ และกรณีศึกษาระยะยาว 3 ปี ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมและความเป็นอิสระเป็นสิ่งสำคัญของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กรอบแนวคิดการศึกษา