

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง เป็นสาเหตุให้บุคคลมีความแปรปรวนของพฤติกรรม ความคิด อารมณ์และสภาพจิตมีผลทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดำเนินชีวิตที่สมบูรณ์และไม่สามารถปฏิบัติตามที่สังคมคาดหวังได้ มีความสนใจในตัวเองและสิ่งแวดล้อมน้อยลง จึงทำให้ต้องพึ่งพาคือคนอื่น และเป็นปัญหาสังคม (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) ประกอบกับในปัจจุบันแนวทางการบริการผู้ป่วยเปลี่ยนไป การรักษาตัวในโรงพยาบาลจะเน้นเฉพาะภาวะวิกฤตเท่านั้น เพื่อลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลขณะที่อาการผิดปกติทางจิตหลงเหลืออยู่ มุ่งให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลภายใต้สภาพครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของสังคม ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว (ศิริรักษา นันทพงษ์, 2542) ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้อง ของผู้ป่วยที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงอย่างใกล้ชิด ปรึกษา ประคับประคองและให้การสนับสนุนต่อการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยมากที่สุด ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น พบว่าครอบครัวที่ต้องดูแลมีภาวะสุขภาพจิตที่น่าเป็นห่วง โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลจำนวนมากต้องเผชิญกับความรู้สึกถูกคุกคาม ข่มขู่จากผู้ป่วยจิตเภทเป็นประจำ สร้างความตึงเครียดต่อเนื่องทำให้มีปัญหาสุขภาพจิตและสุขภาพกาย รู้สึกโกรธกับการไร้ความสามารถของผู้ป่วย (Buck Walter et al., 1999 อ้างใน สมคิด ตรีร่าภี , 2545)

นอกจากนั้นการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ยังทำให้ครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ในฐานะผู้ดูแล โดยครอบครัวมีส่วนสำคัญในการป้องกันการกำเริบของโรค และลดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาต่อที่บ้านด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตแต่ละวัน ดูแลรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา สังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างผาสุก (Ruppert, 1996) บทบาทหน้าที่เหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลต้องเรียนรู้การปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิตทั้งในด้านการบริหาร หน้าที่การทำงาน ภารกิจในสังคม ภารกิจส่วนตัว เพื่อที่จะรับมือกับการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นหรือขาดรายได้ เนื่องจากค่าใช้จ่ายส่วนตัวและค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องจ่ายอย่างต่อเนื่องและระยะยาว ทำให้ครอบครัวมีความเดือดร้อน ทางการเงิน และมีหนี้สิน (เขาวลัทธิ กลินหอม , 2540) มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงศ์สงวนสิน (2544) พบว่าผู้ดูแลมีชีวิตความเป็นส่วนตัวลดลง ไม่มีเวลาทำกิจกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในสังคม ทำให้เหน็ดเหนื่อยกับ

การดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้รับประทานอาหารได้น้อยลง มีอาการใจสั่น ปวดศีรษะ แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม และความดันโลหิตสูง และผลกระทบที่เกิดกับผู้ดูแลที่สำคัญคือด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด โกรธ วิตกกังวล เศร้า และเกิดความรู้สึกเครียดเนื่องจากผู้เป็นโรคจิตเภท มีความคิด พฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น มีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิด หวาดระแวง มีพฤติกรรมก้าวร้าว (รัชนีกร อุปเสน, 2541; เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543 ; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ ; 2543) สิ่งเหล่านี้ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงสถานะของตนในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งทั้ง 4 ด้านเป็นความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล (The WHOQOL Group, 1994 อ้างใน กรมสุขภาพจิต, 2547)

จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในเขตอำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 74 ราย ด้วยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF THAI-26) พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง จำนวน 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.24 และอีก 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.76 มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และจากการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมโดยการสัมภาษณ์พยาบาลในกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ที่ทำหน้าที่เยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ เครียด วิตกกังวลกับสภาพปัญหาและพฤติกรรมของผู้ป่วย สังคมขาดความเชื่อถือ ศรัทธา ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และไม่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการป่วยซ้ำต้องกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลอีก เป็นเช่นนี้ซ้ำแล้วซ้ำเล่า จากสถิติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตอำเภอเมืองประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 187 ราย พบว่ามีการป่วยซ้ำภายใน 1 ปี จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.3 (ศูนย์วิเคราะห์ข้อมูลโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ , 2548) อีกทั้งผู้ดูแลในครอบครัวบางรายคิดว่าเป็นเวรกรรมจึงปล่อยปะละเลย นอกจากนั้นยังพบว่าญาติและครอบครัวของผู้ป่วยมักมองว่าผู้ป่วยเป็นปัญหาครอบครัวมาก ญาติรู้สึกลำบากใจในการดูแลผู้ป่วย เพื่อนบ้านข้างเคียงไม่ค่อยเข้าใจผู้ป่วย รู้สึกรังเกียจ เหยียดหยามบุคคลในครอบครัวผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลบกพร่องในเรื่องการสื่อสาร การปรับตัวเข้ากับสังคม การแสดงออกทางอารมณ์และการแก้ปัญหา (ข้อมูลทะเบียนเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ปีงบประมาณ 2547-2548)

ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ขาสวรรณ (2545) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตซึ่งแปลและพัฒนาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย(WHOQOL-BREF-THAI-26)ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่นำผู้ป่วยมา

ตรวจรักษาหรือรับยาแทนที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลฝาง และโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง(ร้อยละ80) และร้อยละ 2.50 มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ พรชัย พงศ์สงวน และคณะ (2541 : 22) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 570 คน พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล อยู่ในระดับปานกลาง

ถึงแม้ว่าคุณภาพชีวิตในภาพรวมจะอยู่ในระดับปานกลางแต่องค์การอนามัยโลกได้ให้ข้อคิดว่าการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังถือเป็นภาระที่หนักยิ่งคั้งนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังล้วนต้องการคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (WHO , 1996 อ้างใน กองแพทย์ทางเลือก, 2547) และการที่บุคคลต้องรับบทบาทหน้าที่การดูแลเป็นเวลานานจะก่อให้เกิดเป็นความเครียดเรื้อรังทำให้สภาพจิตใจ อารมณ์ความรู้สึกแปรเปลี่ยนไป นอกจากนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของบุคคลในครอบครัวถือเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและไร้ความสามารถ ไม่สามารถรักษาให้หายได้ รวมทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทยังเป็นมลทิน สิ่งเหล่านี้เป็นความซับซ้อนที่ก่อให้เกิดความรู้สึกการสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness)ต่อผู้ดูแลในครอบครัว (Parker, 1993 อ้างในสมคิด ตีรวิภา , 2545) ซึ่งภาวะสูญเสียพลังอำนาจ จะก่อให้เกิดผลเสียต่อสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ (Low self esteem) มีผลให้มีการตอบสนองทางอารมณ์ในรูปแบบต่างๆเช่น โกรธ ก้าวร้าว วิตกกังวล ซึมเศร้า และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและทางด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ล้วนส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลงได้ (เขาวลัักษณ์ กลิ่นหอม , 2540) ผู้ดูแลในครอบครัวจึงต้องพยายามปรับตัวเพื่อเข้าสู่ภาวะสมดุลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อช่วยให้อาการของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและลดผลกระทบที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยตามมา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องดำเนินการช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถปรับตัวและเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ได้ตระหนักในความสามารถและเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจในการจัดการควบคุมสถานการณ์ เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (จอม สุวรรณ โณ , 2541)

➡ เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา สถานที่ และการรับรู้ของบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา วัฒนธรรมและความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่แตกต่างกัน (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2537) ดังนั้นในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต้องมีบทบาทสำคัญในการเลือกแนวทางที่สามารถช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว และสามารถคงความมีคุณภาพนั้นไว้ตลอดไป ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตได้แก่ ระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัว การมองโลกในแง่ดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุน

ทางสังคม รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ความมีอิสรภาพ เพื่อนบ้านและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมของบ้านที่อยู่อาศัย (จันทรา ธีระสมบุรณ์, 2539)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นรูปแบบหนึ่งซึ่งจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้ เนื่องจาก การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการกระทำให้บุคคลรู้สึก มั่นใจ มั่นคง ยึดมั่นและผูกพัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและการกระทำภารกิจให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเองบุคคลต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองได้รับการยอมรับสนับสนุนส่งเสริมและมีอิสระในการตัดสินใจกระทำ (อรพรรณ ลือบุญ รัชชัย, 2541)

Gibson C.H. (1993) ได้ชี้แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาของเด็กป่วยเรื้อรังด้วยโรกระบบประสาท ซึ่งกำลังรู้สึกทุกข์ทรมานกับการรับผิดชอบ ห่วงใยกังวลต่อการดูแลบุตรของตน Gibson ได้ใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจในการเพิ่มศักยภาพของบุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะมารดาเด็กให้เกิดความรู้สึกที่ดี ได้รับความรู้ที่ถูกต้อง ส่งเสริมความสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ดี พบว่า สามารถพัฒนาสมรรถนะเชิงความรู้ ความคิด ความเข้าใจ และการรู้จักตนเอง ยอมรับความจริง ควบคุมตนเองมีความมั่นใจและพยายามแก้ปัญหาด้วยตนเองได้เหมาะสม นอกจากนั้น Corrigan W.P. และ German A.N. (1997) ได้ศึกษาวิจัยโดยการนำการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการบำบัดทางจิตสังคม และงานบริการทางจิตเวช พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีบทบาทในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ความมีคุณค่าแห่งตน Bickman, Leonard et al. (1989) ศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวผู้ดูแล (Long term outcome to family caregiver Empowerment) เป็นการศึกษาเพื่อประเมินผลโครงการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กที่ป่วยทางจิตเวช พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อความรู้ของผู้ดูแลและมีความเชื่อในศักยภาพของตนเองที่มีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของจตุรัตน์ สติธิปัญญา (2544) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด โรงพยาบาลประสาทสงขลาสรุปผลได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเพิ่มขึ้นและพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเองทั้งของผู้ป่วยและญาติสูงขึ้นและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น แสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้ศึกษาพบว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นเป้าหมายสำคัญของบริการสุขภาพ พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของครอบครัวในระยะยาว ผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นว่าการให้ความรู้ การมีส่วนร่วมกับการรักษาและเพิ่มความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแลว่าเป็นผู้มีความรู้ความ

ชำนาญซึ่งเป็นกลยุทธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถปรับตัวต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีศักยภาพในการจัดการกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น ซึ่งผู้ศึกษาเชื่อว่าสามารถนำไปเป็นรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการศึกษาอิสระ

เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการศึกษา

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นบทบาทหนักของผู้ดูแลในครอบครัวก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรังจนไม่สามารถแก้ปัญหา วางเป้าหมายและกระทำการต่างๆ ได้ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลในครอบครัว ทำให้เหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอและเกิดปัญหาสุขภาพและเศรษฐกิจ มีความเครียด เป็นทุกข์ รับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ มีความรู้สึกไม่อิสระ เกิดความเบื่อหน่าย สิ้นหวัง มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อยลง ซึ่งผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ล้วนส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลงได้ (เสาวลักษณ์ ชาติสุวรรณ, 2545) ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจึงควรมุ่งเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการเพิ่มความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัว รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนร่วมกับทีมรักษาพยาบาล เพื่อเพิ่มพลังให้ผู้ดูแลเพิ่มอำนาจการปกครองหรือควบคุมความเป็นอยู่ของตนเอง ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้และดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถปรับพฤติกรรมทางสุขภาพได้ดี มีภาวะสุขภาพที่ดี ส่งผลให้มีการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตไปในทางที่ดี ซึ่งนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

(Antonovsky, 1982 อ้างใน เขาวลักษณ์ กลิ่นหอม, 2540)

ในการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทครั้งนี้ ได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมาจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของสมคิด ตีรวาณี (2545) ซึ่งได้พัฒนาจากแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจของGibson (1995) และ Dunst & Trivette (1996 cited in Hulm , 1999) ซึ่งเป็นกระบวนการที่จะพัฒนาการใช้ความรู้ที่

จำเป็น ความสามารถและความเชื่อมั่นที่จะทำให้ความคิดของตนเองมีความหมาย เป็นกระบวนการทางสังคมที่ให้การยอมรับ ส่งเสริม และพัฒนาความสามารถของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกลงในคุณค่าของตนเอง และการสร้างประสิทธิภาพของคนในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล มาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สูงขึ้น ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ อยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำงานร่วมกัน และการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เป็นขั้นตอนแรกของการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่มๆ ละ 3-5 คน ในการคิดทบทวนและอภิปรายถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงผลกระทบด้านลบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเอง เมื่อผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ เกิดความรู้สึกรับผิดชอบใจมีกำลังใจ เกิดความเข้าใจชัดเจนในการดูแล Mok et al. (2002 อ้างในสมคิด ตรีราภิ ,2545) ได้สรุปว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและการสนับสนุนให้กำลังใจผู้ดูแล เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตใจที่ดี ในทางเดียวกัน Kay. (1996 อ้างใน หงษ์ บรรเทิงสุข,2545) พบว่าวิธีการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเพื่อวางแผนเพิ่มการปฏิบัติให้ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและวิธีเผชิญความเครียด ร่วมกับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพจิตเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวปรับตัวและมีวิธีเผชิญความเครียดที่ดีส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาการตระหนักในคุณค่าของตนเอง เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นระยะของการพัฒนาพลังอำนาจในตัวบุคคล โดยจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม ๆ ละ 3-5 คน ในการคิดทบทวนและอภิปรายถึงสาเหตุที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแล ความสำคัญของผู้ป่วยและความสำคัญของผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของตนเองและของผู้ป่วย มีผลนำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมองและแนวคิดใหม่ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา (Antonovsky 1982 อ้างในเขาวลัดกษณ์ กลิ่นหอม,2540) ได้กล่าวสรุปว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นการรับรู้ของบุคคลอย่างเชื่อมั่นว่า ไม่ว่าจะมีความปัญหาหรือเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้นทั้งภายในตัวเองและสิ่งแวดล้อมภายนอกก็สามารถเข้าใจได้จัดการแก้ไขได้และปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่มีความพอที่จะเข้าไปจัดการแก้ไข การรับรู้แบบนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้ออำนวยต่อการจัดการหรือหลีกเลี่ยงภาวะเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงหรือความผันผวนต่าง ๆ ในชีวิต จึงสามารถดำรงความมีสุขภาพดีและมีความสุขในชีวิตหรือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ได้ เช่นเดียวกับ Hawks (1992 อ้างใน สมคิด ศรีราที ,2545) พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจจะพัฒนาทัศนคติทำให้เกิดความพึงพอใจในสิ่งที่กระทำอยู่และยังก่อให้เกิดความพอใจต่อแนวทางการดำเนินชีวิตของตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาศักยภาพการดูแล เป็นการจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม ๆ ละ 3-5 คน ในการคิดทบทวนอภิปรายการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสมทั้งทางร่างกาย จิตใจ รวมถึงการตอบสนองอาการผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยจิตเภท และกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันและนำแผนไปปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลได้ประสบการณ์ตรง และพยายามแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมจนสามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเองและลงมือปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายจากภาวะเครียด มีความมั่นใจในการตัดสินใจ มีความหวังในชีวิตมากขึ้น รู้สึกมีพลังกำลังในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความรู้สึกถึงความผาสุก ความสุขและความพึงพอใจสภาพทางด้านร่างกาย ความรู้สึกถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม และการที่ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมซึ่งส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2537)

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

จากการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน จะเห็นได้ว่า การให้ความรู้ การสนับสนุนข้อมูลและการมีส่วนร่วมในการคิดและแก้ปัญหาเป็นกลยุทธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถช่วยให้ครอบครัวนำศักยภาพทางสติปัญญาและพลังงานในตนเองมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด การสนับสนุนความรู้และแหล่งของอำนาจ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยให้บุคคลพัฒนาตนเองเพื่อป้องกันหรือลดการสูญเสียพลังอำนาจได้ การศึกษาของศิริภานันท์พงษ์ (2542) พบว่าผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

จากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเลือกวิธีการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่รู้สึกอ้างว้าง และโดดเดี่ยว ได้รับการยอมรับ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ มีความรู้สึกเป็นอิสระ ปลอดภัยมั่นคงในชีวิต รับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากสังคม ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Weiss as cited in Weinert, 1987 อ้างใน วันเพ็ญ ชื่นยงแสน, 2545) สอดคล้องกับแนวคิดของ Down & Bengtson (1978 cite in Houg & Folmar, 1986) ที่ว่า คุณภาพชีวิตที่ดีคือ การมีสุขภาพชีวิตที่ดี มีรายได้ที่เพียงพอ การไม่มีภาวะกดดันทางจิตใจได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน

สมมติฐานการศึกษา

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุ 20 - 60 ปี ที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ตัวแปร ที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้ศึกษาพัฒนาจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ สมคิด ตีรารักษ์ (2545) ซึ่งได้พัฒนาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และ Dunst & Trivette (1996 cited in Hulm , 1999)

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนามาจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ สมคิด ศรีราช (2545) ซึ่งได้พัฒนาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และ Dunst & Trivette (1996 cited in Hulm , 1999) ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ อยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำงานร่วมกัน และการมีส่วนร่วม โดยแบ่งระยะของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึงการพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง ทำให้เข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้ในเรื่อง โรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษาพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผลกระทบด้านลบที่เกิดจากการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเอง เมื่อผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ เกิดความรู้สึกรับรู้ความมั่นใจมีกำลังใจ เกิดความเข้าใจชัดเจนในการดูแล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตใจที่ดี

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาการตระหนักในคุณค่าของตนเอง เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หมายถึงการพัฒนาพลังอำนาจในตัวบุคคล ในการคิดทบทวนและอภิปรายถึงสาเหตุที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแล ความสำคัญของผู้ป่วยและความสำคัญของผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของตนเองและของผู้ป่วย มีผลนำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมองและแนวคิดใหม่ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กล่าวคือไม่ว่าจะมีปัญหาหรือเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้นทั้งภายในตัวเองและสิ่งแวดล้อมภายนอกก็สามารถเข้าใจได้จัดการแก้ไขได้และปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่มีความพอที่จะเข้าไปจัดการแก้ไข การรับรู้แบบนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้ออำนวยต่อการจัดการหรือหลีกเลี่ยงภาวะเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงหรือความผันผวนต่าง ๆ ในชีวิต จึงสามารถดำรงความมีสุขภาพดีและมีความสุขในชีวิตหรือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาศักยภาพการดูแล หมายถึงการคิดทบทวนอภิปรายการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสมทั้งทางร่างกาย จิตใจ รวมถึงการตอบสนองอาการผิดปกติ ด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยจิตเภท และกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันและนำไปปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลได้ประสบการณ์ตรง และพยายามแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมจนสามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างถูกต้องเหมาะสม ฉะนั้นในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนใน

ด้านต่างๆ จากบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะเครือญาติ หรือเพื่อนบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเลือกวิธีการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล หมายถึง การมีพฤติกรรมที่มีประโยชน์ต่อเนื้อสมาชิกเสมอ โดยการคิดทบทวน วิเคราะห์ ผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยตามแผนที่กำหนดทั้งเชิงบวกและเชิงลบ รวมทั้งแนวทางการแก้ไขการปรับแผนการดูแลให้มีประสิทธิภาพให้กำลังใจสนับสนุนให้ผู้ดูแลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุดเพื่อให้ผู้ดูแลมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในตนเองสามารถจัดการแก้ไขปัญหาหรือสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกถึงความผาสุก ความสุขและความพึงพอใจ ซึ่งเกิดจากการประเมินการรับรู้ของบุคคลในบริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าต่าง ๆ อันสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวัง ในชีวิต ประเมินโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตซึ่งแปลและพัฒนามาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI-26) ซึ่งพัฒนา โดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) มีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

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

ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้ถึงความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง มีความรู้สึกภาคภูมิใจ มั่นใจในตนเอง มีความคิด ความจำ สติ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น ความรู้สึกถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรคของตนเอง

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น ความรู้สึกถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม และการที่ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งความรู้สึกในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ ความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้าน

การเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ มีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ มีกิจกรรมสหนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่างเป็นต้น

ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึงบุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท โดยเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา คู่สมรส พี่ น้อง หรือบุตร ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยตนเองเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และอาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความเข้มแข็งส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

2) เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่นำผู้ป่วยมารับบริการที่ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์