

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ จากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาซึ่งนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของผู้ดูแล
 - 1.2 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
 - 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล
 - 2.4 การพยาบาลเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.2 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.3 ปัจจัยนำและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
4. การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

1.1 ความหมายของผู้ดูแล (Caregivers)

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแล ดังนี้

Davis (1992) ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

Horowitz (1985 อ้างใน เสาวลักษณ์ บาสวรรณ 2545) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมในการดูแลคือ

ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการทำกิจกรรมในการดูแลโดยตรง อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง

ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง เป็นบุคคลอื่นที่มีหน้าที่หลักในการทำกิจกรรมในการดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

Orem (1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ให้ความหมายผู้ดูแล หมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแลช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ให้ความหมายว่าผู้ดูแลหมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา สามิ ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนทำการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลและในสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดที่บ้านหรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ

ดังนั้นผู้ดูแล คือ บุคคลที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์และมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงการดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่น ๆ เช่น เพื่อน ซึ่งในการเลือกบุคคลให้เป็นผู้ดูแลในครอบครัว ต้องพิจารณาหลาย ๆ ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และ

ความสะดวกในการดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพหรืองานประจำที่ทำอยู่นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาพร้อมกับแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องมีผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลได้

1.2 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenic Patient's Family Caregivers)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยทั่วไปจะมีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ แต่มีความแตกต่างที่ชัดเจนในส่วนของการดูแลเฉพาะของโรคจิตเภท และในผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะอาการและความรุนแรงของพฤติกรรม ที่มีผลต่อความบกพร่องในด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบัน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ ผู้ดูแลจะต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีที่เข้าหาผู้ป่วย เข้าสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการการดูแลให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วย

ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์ (2538) สรุปว่า ผู้ที่ป่วยโรคจิตเภทต้องการได้รับการดูแลทั้ง 6 ด้านดังนี้

- 1) ด้านความเป็นอยู่ ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ที่เป็นโรค หากมีอาการทางจิตมากไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลต้องคอยให้ความช่วยเหลือ กระตุ้นเตือนให้ทำกิจวัตรประจำวัน ต่าง ๆ ดูแลการรับประทานอาหารและการพักผ่อน
- 2) ด้านเศรษฐกิจ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความเสื่อมของบุคลิกภาพ อาจจะไม่สามารถประกอบอาชีพที่มั่นคงได้ ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่รับภาระเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายต่าง ๆ รวมทั้งค่ารักษาพยาบาล
- 3) ด้านสังคม ผู้ที่มีพฤติกรรมเฉื่อยชา แยกตัวเอง ต้องกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมากขึ้น เช่น การพูดคุยกับผู้อื่น เล่นกีฬา การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน
- 4) ด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลควรชมเชยให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ช่วยแก้ปัญหา ให้คำปรึกษาแนะนำ ไม่ดูค่าหรือแสดงอารมณ์ที่รุนแรง เพื่อลดความวิตกกังวล และสร้างความเชื่อมั่นในการปรับตัวให้กับผู้ป่วย
- 5) ด้านการรักษา ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือน หรือดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และมารับการรักษาตามนัด พร้อมทั้งเป็นผู้ช่วยสนับสนุนการรักษาพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

6) ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและฝึกทักษะการปรับตัวให้ผู้ที่เป็โรค ให้สามารถรับมือชอบและช่วยเหลือตนเองได้

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของครอบครัวบำบัด มีองค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว โดย Friedman (1992 อ้างถึงใน ภูมิมาภิชาติ แสงเขียว , 2542) กล่าวถึงองค์ประกอบในการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวไว้ 5 ด้านดังนี้ 1) ด้านอารมณ์ ให้สมาชิกทุกคนได้รับความรัก ความอบอุ่น ตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ของสมาชิก 2) ด้านการอบรมสั่งสอนให้รู้ระเบียบทางสังคม 3) ด้านการสร้างสมาชิกใหม่ เพื่อความต่อเนื่องของครอบครัว และดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ในสังคม 4) ด้านการดูแลสุขภาพ 5) ด้านเศรษฐกิจ การตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ การจัดอาหาร เครื่องแต่งกาย ที่พัก และมีการดูแลเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้น ความรับผิดชอบของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวป่วย ครอบครัวต้องทำหน้าที่หลักในการดูแลและเป็นตัวประสานในการบำบัดรักษา มีบทบาทในการหารายได้มาค้ำจุนครอบครัว ให้ความมั่นคงทางจิตใจ อารมณ์ และ สังคมแก่สมาชิกในครอบครัว (อัมรา พงศาพิชญ์, 2538 อ้างถึงใน สถิต วงศ์สุรประกิจ , 2542) ครอบครัวซึ่งเป็นองค์กรทางสังคมขนาดเล็ก ซึ่งมีลักษณะเป็นองค์กรรวม สมาชิกในครอบครัวจะทำหน้าที่ประสานคล้อยตามกัน เพื่อผลประโยชน์ของครอบครัว มีการแลกเปลี่ยนพึ่งพิงซึ่งกันและกัน (ชาติชาย ไบทัตทิม,2547) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ผลิตเทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเขียนบทบาทของญาติในการดูแลพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้ (สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์ และ สุรีย์ บุญเฉย, 2546) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวมีส่วนสำคัญมากที่จะช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยทางจิต สิ่งสำคัญที่สุดคือความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภท โดยเฉพาะข้อความที่ว่า “ไม่มีคนใดคนหนึ่งหรือครอบครัวใดครอบครัวหนึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรคจิตเภท แต่ทุกคนในครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วย” ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย คือ

- 1) ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง
 - 2) คอยสังเกตอาการกำเริบ
 - 3) ช่วยลดความเครียดแก่ผู้ป่วยโดยการหลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้ป่วย
 - 4) ลดความตึงเครียดของผู้ดูแลเอง โดยการหาเวลาส่วนตัว หรือพักผ่อนบ้างด้วย
- ผลัดกันให้ญาติคนอื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วยแทนเพราะถ้าผู้ดูแลมีความตึงเครียดน้อย ส่งผลต่อความเครียดของผู้ป่วยให้ลดลงได้
- 5) ค้นหาและสนับสนุนจุดดีของผู้ป่วยแม้จะเป็นจุดเล็ก ๆ และสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย
 - 6) ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาและมารับการตรวจตามนัด

ดังนั้นการมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลหลักซึ่งจะต้องมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน ซึ่งการที่ครอบครัวจะทำหน้าที่ได้ดี ก็ต้องมีการเตรียมความพร้อมของครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ รวมทั้งความรับผิดชอบที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชนเนื่องจากผู้ป่วยเป็นจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นเวลาระยะนาน เป็นโรคที่มีอาการรุนแรงและเรื้อรัง กำเริบซ้ำบ่อย ๆ เมื่อแนวการรักษาในปัจจุบันเน้นจำหน่ายผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2541) จึงเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวตามมาอย่างมาก ซึ่งความรับผิดชอบของผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบต่อดูแลผู้ป่วยในชุมชนหรือที่บ้านมีดังนี้ (Horowitz , 1982 cite in Davis , 1992 อ้างถึงใน ตรีณี คชพรหม , 2543)

1) การดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ในการดูแลมีหลักที่สำคัญ คือ ผู้ดูแลและครอบครัวต้องพยายามกระตุ้น ให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองมากที่สุด กิจวัตรประจำวันที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วย มีดังนี้

- การรักษาความสะอาดของร่างกาย
- การให้ผู้ป่วยมีส่วนช่วยทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ภายในบ้าน
- การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอ
- การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร
- การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ให้ปฏิบัติตนให้เหมาะสมฤดูกาลเทศะ
- การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย
- การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- การฝึกทักษะทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น
- การปรับตัวในการเผชิญปัญหา รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น
- การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ
- การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย

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

3) การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแปลงประโยชน์ที่จำเป็นเพื่อขอความช่วยเหลือต่อไป

4) การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ในค่ารักษาพยาบาล ตลอดจนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ดูแลและครอบครัวจะต้องดูแลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองมากที่สุด ทั้งในด้านการรับประทานยา การทำกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม การเผชิญปัญหา การให้กำลังใจและกำลังใจดี ดังนั้นความรับผิดชอบของผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน คือสามารถดูแลผู้ป่วยให้อยู่ที่บ้านและชุมชนนานที่สุด รวมทั้งการดูแลตนเองและครอบครัวให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว

ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้ดูแลช่วยเหลือครอบคลุมทั้งทางด้านความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการรักษา ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง โดยจะต้องให้การดูแลช่วยเหลือเป็นระยะเวลาานาน จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลจนอาจเกิดเป็นปัญหาสุขภาพ ซึ่งประมวลได้ดังนี้

ด้านกายภาพ การมีผู้ที่เป็นโรคจิตอยู่ในความดูแล ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลได้ เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคส่วนใหญ่จะมีอาการเรื้อรัง จึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อยกับบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง สุขภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ หัวใจเต้นแรง เจ็บหน้าอกโดยไม่ทราบสาเหตุ รับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับจนต้องพึ่งยานอนหลับหรือดื่มสุรา เกิดอารมณ์เศร้าซึม และเครียด (Ekberg, Griffith, & Foxall, 1986 ; Minister of Supply and Services of Canada, 1991, อ้างในฉวีญา พรหมบุตร, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิกร อุปเสน (2541) เกี่ยวกับบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อยและบางรายอาจถูกผู้ที่เป็นโรคจิตเพิกเฉยร่างกายด้วย

ด้านจิตใจและอารมณ์ เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น สมาชิกในครอบครัวจึงต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลมากขึ้นด้วย ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลในการดูแล ความรู้สึกไม่มั่นคงทางจิตใจ เมื่อต้องเผชิญกับอาการทางจิตที่คาดหมายล่วงหน้าไม่ได้จะเห็น จากการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวล และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ของ ปรรณนา บริจันทร์ และคณะ (2536) พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน อาการที่ไม่แน่นอนและอนาคตในการเรียน หรือการทำงานของผู้ที่เป็นโรคจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พหล วงศาโรจน์ และคณะ (2540 อ้างใน พหล วงศาโรจน์, 2541) เกี่ยวกับปัญหาอันเป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจมากที่สุด ปัญหาที่สำคัญ คือ

กล่าวถึงผู้ที่เป็โรจจิตจะไม่หาย กังวลว่าจะไม่มีใครดูแลเมื่อผู้ดูแลตายไปและกังวลว่าชีวิตจะต้องผูกติดกับผู้ที่เป็โรจจิตอยู่ตลอดเวลา

นอกจากนี้ยังมีการศึกษา เกี่ยวกับการดูแลที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแลในต่างประเทศอีกมากมาย ดังเช่นการศึกษาของ Selleh (1994 อ้างใน ฌีญา พรหมบุตร, 2545) เกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวชาวมาเลเซีย พบว่าผู้ดูแลมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติทางจิตเวชสูงถึงร้อยละ 41 และร้อยละ 26 มีอาการแสดงของความผิดปกติทางจิตเวชอย่างชัดเจน โดยพบโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลมากที่สุด การศึกษาเกี่ยวกับภาระเชิงปรนัย (objective burden) ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของ Provencher (1996 อ้างใน ฌีญา พรหมบุตร, 2545) พบว่าผู้ดูแลจะเกิด ภาวะอารมณ์ที่เป็นปัญหา และมีสัมพันธภาพที่ตึงเครียดภายในครอบครัว โดยครอบครัวจะรับรู้ว่ามีภาระหนักเกินไปและมีการตอบสนองทางอารมณ์ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การกระทำที่ไม่ยอมรับ ผู้ที่เป็นโรจจิตเภท เกิดอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกผิด บาดใจ โกรธ กลัว และหมดสิ้นความหวัง (ครุณี รุจกรกานต์, 2536)

ด้านสังคม การดูแลผู้ที่เป็โรจจิตเภทจำเป็นต้องให้การดูแล ทั้งในเรื่องของ สุขอนามัยส่วนบุคคล การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและการระวังภัยอันตรายต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งไม่สามารถกำหนดเวลาที่จะให้การดูแลได้แน่นอน เพราะต้องขึ้นอยู่กับอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรจ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าขาดความเป็นอิสระ ไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามความต้องการ (ชะอุทธิ์ พงศ์อนุตรี, 2536) ส่งผลกระทบต่อการทำงาน การบริหารเวลาและกิจกรรมในสังคมของผู้ดูแล (Hoyert & Seltzer, 1992 อ้างในสมคิด ตรีราก็, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Loukissa (1995 อ้างในหงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) เกี่ยวกับภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง พบว่า เมื่อผู้ที่เป็โรจจิตกลับมาอยู่กับครอบครัว ผู้ดูแลจะเกิดปัญหาการวางตัวในสังคม เครียดในการจัดการกับพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ที่เป็นโรจ รู้สึกหวาดกลัวต่ออาการทางจิตที่รุนแรง เป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและบุคคลอื่น ทำให้ผู้ดูแลจำเป็นต้องเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิดและจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยในบางครั้งเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า รู้สึกอับอาย ไม่อยากให้เพื่อนบ้าน ทราบว่ามีผู้ที่เป็โรจจิตเภทอยู่ในครอบครัวและไม่อยากใ้บุคคลอื่นถามหรือพูดถึง จึงพยายามหลีกเลี่ยงจากผู้คน ส่งผลให้ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ดูแลลดลง ประกอบกับหน้าที่การดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในชุมชนได้ (วรช นิชกุล, 2535)

การดูแลผู้ที่เป็โรจจิตเภท ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรงทั้งทางด้านกายภาพ จิตใจ อารมณ์ และสังคมดังที่กล่าวมาข้างต้น เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและต้องการความช่วยเหลือ หากผู้ดูแลสามารถหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและ

ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสุขทางจิตที่ดีและผู้ที่เป็โรคนจิตเภทก็จะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำได้

2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต (Quality of life)

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายกว้างและซับซ้อนเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้นจึงมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิต (2525อ้างในสัมพันธ์ มณีรัตน์, 2546) ได้ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำสองคำ คือ “คุณภาพ” หมายถึง ลักษณะที่ดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ “ชีวิต” หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น “คุณภาพชีวิต” หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

Ferrans and Powers (1992 อ้างในสัมพันธ์ มณีรัตน์, 2546) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความรู้สึกผาสุกของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พอใจแต่ละด้านของชีวิตและการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ในชีวิต

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group,1996) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลในชีวิตภายใต้องค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยมที่เขาอาศัยอยู่มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจซึ่งเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อนของบุคคล

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

Ware (1984) ได้กำหนดความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็นศูนย์กลางที่มีลำดับขั้นตอนที่แสดงให้เห็นผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการทำหน้าที่ของบุคคลความรู้สึกเป็นอยู่ที่ดี ความทุกข์ทรมานจิตใจ รวมถึงการเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและท้ายสุดคือบทบาทและการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งจะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตมีความสำคัญ โดยเริ่มจากบุคคลแต่ละบุคคลไปจนถึงระดับสังคม

กลุ่มที่มีแนวคิดว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง ความผาสุก ความสุข และความพึงพอใจในชีวิตได้แก่ Campbel (1976 cited in Graham & Longman,1987อ้างในสัมพันธ์ มณีรัตน์, 2546) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตคือ ความสุข ความพึงพอใจและความหวังของแต่ละบุคคลที่มีต่อสถานการณ์ที่

เป็นอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Dalkey & Rourke(1973) ที่ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกเป็นสุขของบุคคล ความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล

แนวคิดของ Jackle(1974 อ้างในเขาวลัทธิ กลิ่นหอม,2540) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตคือ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ส่วน Liu (1975 อ้างในเขาวลัทธิ กลิ่นหอม,2540) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความผาสุก คือ การกินดีอยู่ดีมีความสุขของคนภายในสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ Flanagan ,1982; Smart & Yates ,1987; Niemi, et al.,1988; Holme ,1989; Meeberg ,1993; อ้างใน หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) มีความเห็นว่าคุณภาพชีวิตนั้นมีความหมายเช่นเดียวกับความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) และความผาสุก (well-being) นั้นเอง

ส่วนนักวิจัยอีกกลุ่มหนึ่ง มีแนวคิดว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสภาวะของตนในด้านต่าง ๆ ของชีวิต ได้แก่ Patterson (1975 cite in Holmes & Dickerson) มีความเห็นว่า คุณภาพชีวิตเป็นการที่บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่จะช่วยให้ดำรงชีวิตประจำวัน ได้อย่างปกติ ซึ่ง Ferrel (1995) กล่าวเพิ่มเติมว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความผาสุกของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับแนวคิดของ Down & Bengtson (1978 cite in Houg & Folmar, 1986)ที่ว่า คุณภาพชีวิตที่ดีคือ การมีความสุขชีวิตที่ดี มีรายได้ที่เพียงพอ การไม่มีภาวะกดดันทางจิตใจการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน

2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

2.2.1 สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540)ได้แปลและพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตมาจากองค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความรู้สึกถึงความผาสุก ความสุขและความพึงพอใจ ซึ่งเกิดจากการประเมินการรับรู้ของบุคคลในบริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าต่าง ๆ ของเขอันสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวัง ในชีวิต ซึ่งมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์ แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาษาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึก

ภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

2.2.2 Ferran & Power (1992 อ้างในสัมพันธ์ มณีรัตน์, 2546) ได้วิเคราะห์ปัจจัย (Factors analysis) องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของ Geofge & Bearon แล้วสรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 องค์ประกอบคือ

1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and function) เกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถในการดำรงชีวิต การทำหน้าที่ในกิจกรรมต่าง ๆ บทบาทในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากภาวะสุขภาพประกอบด้วย การบำเพ็ญประโยชน์ การพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความสามารถในการรับผิดชอบต่อครอบครัว ความสามารถในการเดินทาง สุขภาพต่อตนเอง ความเครียด หรือความวิตกกังวล กิจกรรมในยามว่าง การสร้างความสุขในวัยสูงอายุ การมีอายุยืน การดูแลสุขภาพ

2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) เป็นสถานทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคลประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน มีที่พักอาศัย มีงานทำ เพื่อนบ้านสภาพทั่วไปของบ้านเมือง เพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและการศึกษา

3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological/Spiritual) เป็นสภาพการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ประกอบด้วยความพึงพอใจในตนเอง ความสุขทั่วไป การประสบความสำเร็จตามอุดมมุ่งหมาย ความพอใจรูปร่างหน้าตาของตนเอง ความศรัทธาในศาสนา

4) ด้านครอบครัว (Family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพในครอบครัวของบุคคล ประกอบด้วยความสุขในครอบครัวบุตร ความสัมพันธ์ของครอบครัวคู่สมรส ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

2.2.3 Zhan (1992 อ้างในสัมพันธ มณีรัตน์, 2546) ได้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ

1) ความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไปเป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตทุกด้านของชีวิต บุคคลจะรับรู้โดยองค์รวม ถึงความแตกต่างโดยเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่เป็นอย่างกับสิ่งที่คาดหวังในโลกแห่งความเป็นจริง อาจกล่าวได้ว่าประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่บุคคลตั้งไว้ ซึ่งเป็นกระบวนการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขภายนอก โดยขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ลักษณะนิสัยสิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของบุคคล

2) ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับตัวเองโดยรวมหรือรายด้านในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยเกิดจากการรับรู้ปฏิริยาของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างคงที่และเปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยาก

3) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ หมายถึง สุขภาพที่ปราศจากโรค และสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายอาทิ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว

4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมคือสภาพทางสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจ ทำให้ความรู้สึกคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกมั่นคงในชีวิตซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ (Resource) ที่บุคคลสามารถหาได้จากองค์ประกอบสามประการคือ การศึกษา อาชีพ รายได้

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

เซอร์แมน และคณะ กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่

1) ลักษณะเฉพาะบุคคลของผู้ดูแล (Caregiver characteristics) ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ และลักษณะพื้นเพของชนชาติ

2) ลักษณะเฉพาะบุคคลของผู้ป่วยหรือผู้พิการที่ต้องการดูแล (Care recipient characteristics) ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะของความสัมพันธ์กับผู้ดูแล รายได้ ลักษณะของสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล และสภาพของการเจ็บป่วย

3) สถานการณ์การดูแล (Caregiving situation) ได้แก่ ลักษณะของกิจกรรมที่ทำระยะเวลาของการดูแล ค่าใช้จ่ายในการดูแล ความถี่ของปัญหาในการดูแล ลักษณะของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นและสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เน้นความรู้และทักษะที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถและปฏิบัติต่อกัน

ระหว่างบุคคลส่งผลให้บุคคลเข้าใจในสถานการณ์การดูแล (Suk bling,1998 อ้างใน สัมพันธ์ มณีรัตน์, 2546)

4) การรับรู้ที่มีต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล(Cognitive/ Affective response to caregiving role) ได้แก่ ทักษะคิด หรือความรู้เกี่ยวกับโรคนั้น การรับรู้ภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ของผู้ป่วยหรือผู้พิการ ลักษณะของพฤติกรรมควบคุมตนเอง การให้คุณค่าของบทบาทที่เป็นผู้ดูแลและประสบการณ์การเป็นผู้ดูแล จากแนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเน้นการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้กันมากในการอธิบายลักษณะและความเชื่อที่สะท้อนความรู้สึกรู้สึกของการควบคุม หรืออิทธิพลของบุคคลที่จะเคารพต่อพฤติกรรมการแสดงออกที่หลากหลาย รวมถึงการควบคุมตนเองและประสิทธิภาพในตน(Zimmeman, 1995) โดยอธิบายภาพรวมของผลลัพธ์ได้แก่ การนับถือตนเอง ความสามารถในการควบคุมตนเอง และความสามารถในตน

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

6) ตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Possible mediating variables) ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลเมื่อก่อนการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้และการใช้บริการสุขภาพ การได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งอื่น ๆ แหล่งประโยชน์และกลยุทธ์การจัดการกับปัญหา

2.4 การพยายามเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว

เนื่องจากโรคจิตเภทเป็น โรคเรื้อรังและเป็น โรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านการแพทย์ การพยาบาล เศรษฐกิจ และสังคม เพราะเป็น โรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ อาจต้องพึ่งพาญาติหรือครอบครัวหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ รวมทั้งสังคม การพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายสำคัญของการบริการสุขภาพ พยายามจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ในระยะยาว พยายามต้องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะเรื้อรังและมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรมีการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดังต่อไปนี้ (จริยาวัชร คมพยัคน์, 2535 ; สุจิตร์ เหลืองอมรเลิศ, 2537 ; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมมือกันในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสม กระตุ้นผู้ป่วยและญาติลงมือกระทำตามวิธีการเลือกด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสามารถในการควบคุมสุขภาพตนเอง และพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจและสามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตตนเองเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของตนเองได้

2) สอนและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับ ลักษณะอาการที่จะมีทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง แนะนำความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการ วิธีสังเกตอาการให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจและการป้องกันการเกิดอาการและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เพราะครอบครัวถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญผู้ป่วย

3) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะญาติพี่น้องและบุคคลอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วยให้เห็นถึงความสำคัญของการเอาใจใส่ การสนับสนุนให้กำลังใจ การรับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาปัญหาแก่ผู้ป่วยเป็นบางครั้ง ซึ่งจะก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวเกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตได้

4) จัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

5) การวางแผนการสอนการจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการฝึกทักษะทางสังคมเช่น การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ฝึกการทำงาน ฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การจัดการกับปัญหา ร่วมกับให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เข้าใจในปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญและนำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตได้

6) ให้การสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น ให้ข้อเสนอแนะการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและดูแลตนเองที่บ้านได้เป็นเวลานาน (LubKin ,1986)

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2537) ได้เสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

1) ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย คือ การสอนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมุ่งให้ผู้ป่วยปฏิบัติเองได้ รวมทั้งครอบครัวและชุมชนให้การช่วยเหลือ หาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

2) การพยาบาลยึดแนวทางป้องกัน พื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อมิให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือช่วยให้การดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองแม้ว่าจะมีความพิการเกิดขึ้นแล้วก็ตาม

3) พยาบาลต้องให้การพยาบาลโดยอาศัยผลงานวิจัย เพื่อสร้างมาตรฐานการพยาบาลทั้งในสถานบริการและในชุมชนวิธีการต่าง ๆ จะต้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพได้ผลคุ้มค่าและมุ่งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากที่สุด

4) การให้การพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งต้องสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

Lubkin (1986) ให้ข้อเสนอแนะกว้าง ๆ เกี่ยวกับการพยาบาลที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังไว้ดังนี้

1) พยาบาลต้องให้การสนับสนุน โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อที่บ้านและครอบครัว สามารถทำกิจกรรมดูแลตนเองที่จำเป็น ต้องมีความสามารถประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้าน และสรรหาแนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ความสามารถและการกระทำของพยาบาลในสิ่งเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อโรคเรื้อรังได้และดูแลตนเองที่บ้านเป็นเวลานาน

2) พยาบาลต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยขณะวางแผนการพยาบาล การที่พยาบาลต้องรู้เกี่ยวกับแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพความแข็งแรง ความชอบ ความไม่ชอบ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากภาระเรื้อรังของโรค จะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยยอมรับ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

3) พยาบาลต้องยึดถือปรัชญาของการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการไม่เฉพาะทางด้านร่างกายเท่านั้น ควรให้ความสำคัญต่อการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณและด้านวัฒนธรรม ให้ครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่มีระยะการเจ็บป่วยนาน มีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพก้าวหน้าไปเรื่อย ๆ ผู้ป่วยจึงต้องมีช่วงเวลาเข้าและออก เพื่อให้ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ต้องได้รับ โอกาสและการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญสำหรับการประเมิน การวางแผนการพยาบาลและที่สำคัญที่สุดคือการทำที่ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าร่วมในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกรพยาบาล ตามแผนการพยาบาลนั้นดีกว่าทำให้บรรลุเป้าหมายตามแผนที่ได้กำหนด

4) พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งบทบาทดังกล่าวจะมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมและได้รับประโยชน์สูงสุดในการรักษาพยาบาล

5) พยาบาลต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล ประเด็นสำคัญในการทำงานเป็นทีมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต คือ

- ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสมาชิกทีมสุขภาพ
- การส่งเสริมการสื่อสารภายในทีม
- การกำหนดเป้าหมายของการทำงานเป็นทีม

สรุป ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตนั้น ต้องมีความเข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพื่อที่จะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยพยาบาลต้องตระหนักถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านและการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้แม้ในยามเจ็บป่วย ตลอดจนสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข นอกจากนั้นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานานจะก่อให้เกิดเป็นความเครียดเรื้อรังทำให้สภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกแปรเปลี่ยนไป นอกจากนั้นการเจ็บป่วยทางจิตเวชของบุคคลในครอบครัวเนื่องมาจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและไร้ความสามารถไม่สามารถรักษาให้หายได้ ไม่มีทางช่วยและหมดหวัง รวมทั้งการเจ็บป่วยทางจิตเวชยังเป็นมลทินสิ่งเหล่านี้เป็นความซับซ้อนที่ก่อให้เกิดความรู้สึกการสูญเสียพลังอำนาจ(Powerlessness)ต่อผู้ดูแลในครอบครัว (Parker, 1993 อ้างในสมคิด ตรีราภิ , 2545) ซึ่งภาวะสูญเสียพลังอำนาจ จะก่อให้เกิดผลเสียต่อสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ (Low self esteem) มีผลให้มีการตอบสนองทางอารมณ์ในรูปแบบต่างๆเช่น โกรธ ก้าวร้าว วิตกกังวล ซึมเศร้า และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและทางด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ล้วนส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลงได้ (เขวาลักษณ์ กลิ่นหอม , 2540) พยาบาลต้องตระหนักถึงการช่วยเหลือและสนับสนุนการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทจึงควรมุ่งเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการเพิ่มความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกับการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือตนเองได้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และเต็มใจรับภาระการดูแลต่อไป

3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พลังอำนาจหรือ Power เป็นคำนาม หมายถึง คุณลักษณะที่แสดงถึงความสามารถ ความมีอิทธิพล หรือมีอำนาจในการควบคุมและตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ส่วนคำว่า การมอบอำนาจ หรือให้พลังอำนาจตรงกับคำว่า Empower ซึ่งเป็นคำกริยา หมายถึง การที่บุคคลที่มีอำนาจสูงกว่า ได้กระจายอำนาจไปสู่บุคคลที่มีอำนาจน้อยกว่า (to give power or authority to) หรือส่งเสริมความสามารถให้ (to give ability to, enable) (Liewellyn, 1989 อ้างในพนารัตน์ เจนจบ, 2542) พลังอำนาจไม่ใช่ความสามารถที่มีมาตั้งแต่กำเนิด แต่เป็นความสามารถที่พัฒนาให้เกิดขึ้นในบุคคลได้ กระบวนการที่ช่วยทำให้บุคคลพัฒนาพลังอำนาจขึ้นมาได้ เรียกว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นคำนาม มีความหมายตามพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Webster's New World Dictionary of the American Language) ว่าเป็นกระบวนการเกี่ยวกับการให้อำนาจ (process of empowering) หมายถึง สภาพของการมีพลังอำนาจ โดยแสดงออกถึงคุณสมบัติของการมีอำนาจในการควบคุม จัดการ การเข้าไปมีอิทธิพลและการใช้ทรัพยากรหรือความรู้ ความสามารถของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่พบได้ทั่วไปมักใช้กันในความหมายของการกระทำ ในรูปแบบต่าง ๆ ที่มุ่งพัฒนาให้เกิดศักยภาพหรือความสามารถ ความมีประสิทธิภาพแก่บุคคล จึงเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพ ความสามารถ ความแกร่งในการทำกิจกรรมหรือการดำรงชีวิต เป็นการใช้ในเชิงกระบวนการปฏิสัมพันธ์ (interactional process) ที่ช่วยให้บุคคลได้พัฒนาขีดความสามารถ ในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิต การงาน ความสำเร็จและความเป็นอยู่ของตนเอง เป็นกระบวนการส่งเสริมอำนาจที่จะเกิดความร่วมมือ ความเท่าเทียมกัน ความมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นการถ่ายทอดอำนาจให้เกิดความเท่าเทียมกันหรือให้มีพลังอำนาจเพิ่มมากขึ้น (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2542)

อวยพร ตัณมุขกุล (2540) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ กระบวนการที่เสริมสร้างให้บุคคล องค์กรมีพลังอำนาจในการควบคุมชีวิตของตน เป็นกระบวนการทางสังคมที่แสดงถึงการยอมรับการส่งเสริม การช่วยเหลือ ชี้นำให้บุคคลเกิดความสามารถที่จะดำเนินการสนองความต้องการของตนเอง เป็นการรู้จักเป้าหมายของตนและใช้ทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้เกิดความรู้สึกรับรู้สามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ เป็นการรู้จักเป้าหมายของตนและรู้จักใช้ทรัพยากรเพื่อบรรลุเป้าหมายของตน ซึ่ง Tyson & Jackson (1992) กล่าวว่า พลังอำนาจเป็นความสามารถในการผลักดันความตั้งใจมุ่งมั่นของตนเองไปสู่ผู้อื่น เป็นความสามารถในการใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ความหมายที่ใช้ในเชิงกระบวนการ เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลช่วยเหลือให้บุคคลได้พัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของตนเอง (Price, 1988) หรือเป็นกระบวนการส่งเสริมอำนาจและความสามารถของบุคคลในการเป็นเจ้าของชีวิตของตนเอง (Gray, Doan, & Church, 1990 อ้างใน พนารัตน์ เจริญ, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ (2540) ที่กล่าวว่า เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นความเชื่อในความสามารถของบุคคลที่จะเรียนรู้จากประสบการณ์และการคิดเชิงวิเคราะห์ ส่วนในแง่ของการปฏิบัติการพยาบาล การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่ง Gibson ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ดังต่อไปนี้คือ

- 1) เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ เพื่อให้ได้มาซึ่งความสามารถในการควบคุม กำกับการดำรงชีวิตของตนเอง
- 2) เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีการแลกเปลี่ยน ข้อมูลข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก และมีลักษณะที่ทั้งสองฝ่ายต้องใช้ความพยายามร่วมกัน
- 3) การเพิ่มพูนความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน และการสร้างประสิทธิภาพของ ตนในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคลตลอดจนการ ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมด้วย
- 4) การที่บุคคลเรียนรู้การใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทำงานร่วมกัน ซึ่งเป็นการเชื่อมโยง ทรัพยากรที่มีอยู่ภายในบุคคล ภายนอกบุคคลและที่มีอยู่ในชุมชน
- 5) กระบวนการที่มีลักษณะสำคัญที่มีการปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างประ โยชน์ร่วมกันที่ มุ่งเพิ่มความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้น
- 6) กระบวนการที่เป็นการหาทางออก ทางแก้ปัญหามากกว่าที่ตัวปัญหา เน้นความ แข็งแกร่ง สิทธิความสามารถของบุคคลมากกว่าข้อจำกัด หรือจุดด้อยของบุคคล
- 7) กระบวนการที่มีกลไกที่เกี่ยวข้องกับอำนาจของบุคคล มีทั้งการให้และการรับ อำนาจหรือการใช้อำนาจร่วมกัน มิใช่เพียงแต่ผู้ใช้อำนาจพยายามสร้างอำนาจแต่รวมถึงผู้มีอำนาจ ถ่ายโอนอำนาจ
- 8) กระบวนการที่มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก หรือกระทำกิจกรรม ร่วมกันเพื่อให้มีความเจริญเติบโต และการพัฒนาการของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน เพื่อให้เป็น บุคคลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะที่ตั้งใจ
- 9) กระบวนการของความช่วยเหลือบุคคลให้ประสบความสำเร็จในการควบคุม สิ่งแวดล้อมและ/หรือกำหนดทิศทางชีวิตของตนเองได้

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

Gibson (1995) ได้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ว่าเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการควบคุมองค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพในการตอบสนองความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนได้

นอกจากนี้ Gibson ได้กล่าวว่าการที่พยาบาลจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้นั้นต้องมีความเชื่อพื้นฐาน ดังนี้

1) บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพ สุขภาพเป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่จะต้องรับผิดชอบ แม้ว่าแพทย์ พยาบาลจะมีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลแต่ก็ยังไม่มียอำนาจผูกขาดต่อสุขภาพเหนือบุคคลนั้น ๆ แต่กลับต้องให้ความเคารพในสิทธิของบุคคลต่อการมีภาวะสุขภาพ

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

3) บุคลากรทางสุขภาพไม่สามารถไปเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยได้ แต่ผู้ป่วยจะเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง ในขณะที่บุคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องให้การช่วยเหลือให้เกิดการคงทนของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและรู้จักใช้ทรัพยากรที่ดีให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมได้ และเชื่อมั่นในความสามารถของตน

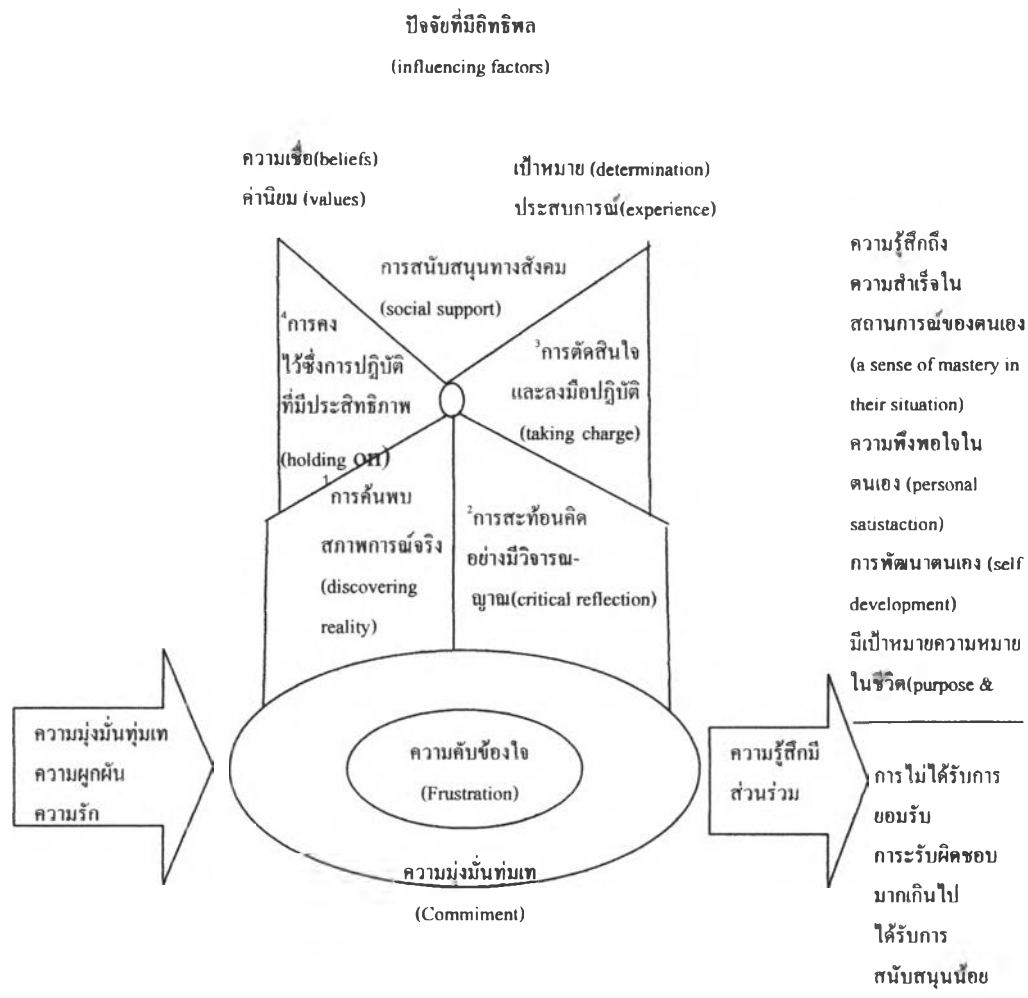
4) บุคลากรทางสุขภาพต้องยอมรับความสำคัญของการให้ความร่วมมือของชุมชน ต้องมีสำนึกในเรื่องของอิสรภาพและพร้อมจะรับการปฏิเสธความช่วยเหลือของบุคคล บุคคลจะตัดสินใจเลือกสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องทำตามคำแนะนำที่บุคลากรแนะนำไว้ ซึ่งบุคลากรควรมีแนวทางในการพิทักษ์สิทธิให้กับผู้รับบริการ

5) กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดขึ้นได้จากความเคารพนับถือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ไม่ใช่ลักษณะการมองฝ่ายหนึ่งว่าเป็นผู้เสียเปรียบหรือมีปมด้อย ในขณะที่อีกฝ่ายเป็นผู้ได้เปรียบและมีความสามารถเหนือกว่า ปฏิสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่ายควรเป็นแบบที่เกื้อกูลผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน

6) ต้องมีความเชื่อใจซึ่งกันและกัน

3.2 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Gibson (1995) ได้ทำการศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาจำนวน 12 ราย ที่ให้การดูแลบุตรที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การบันทึก การสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามทั้งหมดสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview guide) ระยะเวลาที่ทำการศึกษทั้งหมด 12 เดือน สรุปกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าวข้างต้นนำเสนอเป็นแผนภาพ ดังนี้



ปัจจัยนำ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลลัพธ์ ผลที่ตามมา
 (precondition) (process) (outcome) (consequences)

แผนภาพที่ 1 แสดงรูปแบบของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995)

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 ต่อด้าน วิตกกังวล กระวนกระวาย กลัว โกรธ ซึ่งอาการทั้งหมดเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็นจริง ได้ความรู้สึกเจ็บปวดที่จะต้องเผชิญ ประกอบกับความไม่เข้าใจในสภาพและความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ความไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ รวมทั้งการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลที่จะเกิดขึ้นต่อไป ในระยะนี้บุคคลจะรู้สึกคับข้องใจที่จะคิดว่าตนเองป่วยและไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่ถ้าบุคคลจะรู้สึกดีขึ้นหากมีการเปลี่ยนความคิดโดยมีความหวังว่าตนเองมีโอกาสมืออาชีพดีขึ้นได้แต่อาจจะต้องอาศัยระยะเวลาเป็น ตัวช่วยซึ่งการคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

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

การตอบสนองทางพฤติกรรม (behavioral responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่า การดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในขณะนี้ มองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี และพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนเองต้องการการดูแลอย่างแท้จริงคืออะไร เกิดความเข้าใจ ชัดเจนในการดูแล และตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูล

ย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องว่าการวิตกกังวลจนเกินไป จะทำให้รู้สึกสับสน คับข้องใจ และไม่มั่นใจ จนในที่สุดผู้ดูแลจะตระหนักได้เองถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและการกระทำของตน และจะเริ่มเปลี่ยนความคิดว่าถ้าเปลี่ยนมาคิดในแง่ดี ปัญหาทุกอย่างก็จะสามารถแก้ไขได้ดีกว่า ดังนั้นบุคคลจะพยายามปรับตัวโดยคิดในแง่ดี และจะกระทำทุกอย่างเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection)

การสะท้อนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์ อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพินิจ พิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง และเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแล จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้กลับมามองปัญหาประเมิน และคิดพินิจ พิจารณาถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้น ทั้งหมด ในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนารู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (A Sense of personal control) จะทำให้คิดได้ว่าจากเดิมที่คิดว่าตนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก็เกิดความคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างตนไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่ได้กระทำ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น บุคคลจะได้มาซึ่งทางเลือกต่างๆ ในการปฏิบัติ หลังจากการคิดวิเคราะห์อย่างละเอียดแล้วจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาขึ้น ครอบคลุมถึงความเข้มแข็งของตนเอง ความสามารถ ความถูกต้องของตน เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะของตนเองในการที่จะดูแลตนเองมากขึ้น จึงกล่าวได้ว่าขั้นตอนนี้มีความสำคัญนำไปสู่ การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมและช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถ และมีพลังมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking Charge)

การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับเพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการเผชิญหน้าเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-Determination) หลังจากผ่านทั้งสองขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น ในขั้นตอนนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธีการขึ้นอยู่กับความแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหามองบุคคล และจะตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่คิดว่าดีและเหมาะสมที่สุด โดยใช้เหตุผลของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจจะมีแตกต่างกัน โดยที่การตัดสินใจจะอยู่ภายใต้เงื่อนไข คือ

- 1) เป็นวิธีการที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้
- 2) สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ

3) ผู้ป่วยได้รับความเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง
 4) ผ่านการร่วมปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ และ 5) เป็นวิธีที่
 สร้างความยอมรับ และสามารถเปิดกว้างในการที่ผู้ป่วยคนอื่นๆ จะนำไปใช้ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่
 วางไว้ โดยในขั้นตอนนี้บุคคลจะมีพันธะสัญญากับตนเองว่า

การปกป้อง (advocating for) โดยคิดว่าการให้การดูแลเป็นการปกป้องตนเองเป็น
 ภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบของตน ดังนั้นสิ่งที่คิดว่าทำแล้วเป็นผลดีกับตนเองก็จะทำ

การเรียนรู้ในการแก้ปัญหา (learning the ropes) เป็นการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาจาก
 การใช้ประสบการณ์เดิม และการเรียนรู้ร่วมกับทีมสุขภาพ

การเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม (learning to persist) โดยจะไม่ย่อท้อต่อความตั้งใจ
 ดูแลตนเอง พยายามกระทำสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ตนเอง

การเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาล (driving negotiation in the
 hospital setting) โดยคิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลรักษา การได้นำศิลปะ
 และความเข้าใจมาผสมผสานกับความรู้ที่มีอยู่มาใช้ในการดูแล การได้นำปัญหาของผู้ป่วยมา
 ประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีม สุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญ หากกระทำดังกล่าวเป็นที่
 ยอมรับและส่งผลให้ตนเองมีอำนาจดีขึ้น จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจ (sense of
 power)

การสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วม (establishing partnership) การต้องการมีส่วนร่วม
 อย่างจริงจังในการดูแลรักษา และการตัดสินใจในการรักษา จะทำให้บุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่
 ทันสมัย เป็นประโยชน์จากบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ จากการแสวงหาข้อมูลความรู้ด้วยตนเอง การ
 สร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมอภิปรายปัญหากับทีมสุขภาพ การทำงานเป็นทีม ช่วยให้การ
 ตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)

การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติ ในระยะ
 นี้เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือกแล้วพยาบาลและผู้ป่วยจะร่วมมือแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็น
 ขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิด
 ประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและ
 จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป

การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Gibson (1993 อ้างใน
 พนารัตน์ เจนจบ, 2542) เป็นกระบวนการระหว่างบุคคล (The process of empowerment was
 largely interpersonal) ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีความต่อเนื่องกัน และ
 สามารถเกิดสลับไปมาได้ในแต่ละบุคคล และการที่บุคคลจะสามารถผ่านแต่ละขั้นตอนได้จะต้องใช้

พลังใจ พลังความคิด รวมทั้งความสามารถในระดับสูง ทั้งนี้ขั้นตอนต่างๆ จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยนำและปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งได้กล่าวไปแล้วในตอนต้น อย่างไรก็ตามเมื่อบุคคลสามารถผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะเกิดผลต่อบุคคลในคุณลักษณะที่จะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ

Hulme (1999) ได้กล่าวถึงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ 4 ระยะคือ

1) ระยะผู้เชี่ยวชาญ เป็นผู้มีอำนาจ (Professional Dominate phase) เป็นระยะแรกของบุคคลในครอบครัว เป็นระยะที่มีการรวบรวมการดำเนินชีวิต การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง ครอบครัวจะเชื่อฟังบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ

2) ระยะการมีส่วนร่วม (Participatory phase) เป็นระยะของการใช้วิจารณ์ญาณคิดอย่างมีเหตุผลทำให้สมาชิกในครอบครัวพบตนเองเป็นบุคคลสำคัญในการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและความรับผิดชอบเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตของบุคคลในครอบครัว

3) ระยะท้าทาย (Challenging phase) เป็นระยะที่มีความสมดุลของพลังครอบครัวมีบทบาทในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ครอบครัวมีความคับข้องใจและไม่แน่ใจ ขาดความไว้วางใจต่อบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ

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

จะเห็นว่ากระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจในแต่ละระยะ น่าจะนำมาประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม ตลอดจนสามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งบุคคลกระทำการดูแลตนเองจะต้องผ่านกระบวนการพิจารณาทำความเข้าใจ เพื่อให้เกิดความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นำมาวิเคราะห์เพื่อการตัดสินใจเลือกแล้วจึงต้องตั้งเป้าหมาย และวางแผนนำสู่การกระทำโดยมีการควบคุม และประเมินผลการกระทำด้วยตนเอง

3.3 ปัจจัยนำและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993) 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 พร้อมทั้งจะให้ความช่วยเหลือและพบว่าเมื่อบุคคลมีกำลังใจและสามารถกระทำทุกวิถีทาง เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งดังกล่าวและการที่บุคคลจะสามารถเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้น ประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factor) และปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factor)

3.3.1 ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่

1) ค่านิยม (Values) ค่านิยมของตนเอง มีความรักในตนเอง ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยภายในบุคคลที่เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบในการที่จะดูแลตนเอง

2) ความเชื่อ (Beliefs) ซึ่งความเชื่อจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค และความยากลำบากในการดูแลที่เกิดขึ้น การที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลหรือเชื่อว่าการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น ความเชื่อ ดังกล่าวก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง (A hopeful future) มีการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี มีความคิดที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสามารถดูแลตนเองได้ (Abilities to care) ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเกิดพลังในการที่จะพยายามแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ดีตลอดจนความเชื่อในพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (God / Higherpower)

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

4) ประสบการณ์ส่วนบุคคล (Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในสถานการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมาและประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการศึกษา อ่านจากตำรา วารสารวิชาการ (Educational contexts) ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษามีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์

3.3.2 ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากหลายๆ แหล่งด้วยกัน คือ กลุ่มสมรส สมาชิกในครอบครัว บุคคลสำคัญในชีวิต รวมถึงญาติซึ่งมีส่วนสนับสนุนให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ให้การประคับประคองและให้ความมั่นใจในการที่จะดูแลตนเอง จากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและแผนการรักษา การได้รับการรักษาจากแพทย์

ผู้เชี่ยวชาญ และเจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพที่ให้การดูแลแล้วมีอาการเจ็บป่วยทุเลาลง การที่พยาบาลช่วยพูดคุยกับแพทย์ผู้รักษา การได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ ตลอดจนการได้รับการบริการส่งต่อในชุมชน หรือการดูแลที่บ้าน สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพ นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากผู้ป่วยด้วยกันเอง ไม่ว่าจะเป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน การได้เรียนรู้จากคนอื่นๆ และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น แหล่งสนับสนุนต่างๆ เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ผลดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้ยังมีผู้ที่เสนอปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจการเสริมสร้างพลังอำนาจ มักได้รับความสนใจก็ต่อเมื่อมีความพร้อมหรือขาดหายไปของอำนาจ และการควบคุม มีการสูญเสียอำนาจ (powerlessness) ไม่ว่าจะจากสาเหตุใดก็ตามเมื่อเกิดภาวะดังกล่าวขึ้นแล้วก็ตระหนักถึงความสำคัญของความรู้สึกรู้สึกที่มีอำนาจในการควบคุมและคิดวิธีการที่จะได้มาหรือพัฒนาขึ้นนั้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในตนเองสามารถจัดการแก้ไขปัญหาหรือสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ (Pfister-Minogue, 1983 ; Stapleton, 1983) ดังนั้น ปัจจัยประการแรกที่ทำให้มีการเสริมสร้างอำนาจก็คือ การสูญเสียหรือการพร่องไปของอำนาจที่ควรจะมีนั่นเอง อาจจะเป็นจากทัศนคติของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพต่อผู้รับบริการในลักษณะที่เป็นผู้ปฏิบัติมากกว่าส่งเสริมให้มีส่วนร่วมหรือตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537) การขาดความยืดหยุ่นในระบบบริการ ระบบการรักษา การมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ และทัศนคติของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการควบคุม (Gray, Doan, & Church, 1990) สิ่งเหล่านี้มีผลในการลดพลังอำนาจของผู้รับบริการทั้งสิ้น

ปัจจัยประการที่สองที่ทำให้มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้อง ต้องเป็นสัมพันธภาพที่ตั้งอยู่บนความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ต้องสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลและมีความเปิดเผยต่อกันได้ต้องมีการยอมรับซึ่งกันและกัน มีการให้คุณค่าเคารพในสิทธิและความเป็นบุคคลระหว่างกัน จึงเกิดความร่วมมือและความมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างอำนาจได้ (Chandler, 1992 ; Haney, 1988 ; Price, 1988)

ปัจจัยประการที่สามในการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ต้องเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีบรรยากาศของการดูแล ช่วยเหลือ และปรารถนาดีต่อกัน (nurturing, helping, caring environment) การเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีขึ้นได้ก็ต่อเมื่อฝ่ายที่เป็นผู้ให้บริการหรือผู้ดูแลมีจุดมุ่งหมายให้ฝ่ายที่คืออำนาจกว่านั้นได้พัฒนาความสามารถและพัฒนาอำนาจในตนเอง (Chandler, 1992 ; Gray, Doan & Church, 1990 ; Haney, 1988 ; Pfister-Minogue, 1983)

ปัจจัยประการที่สี่ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ปัจจัยด้านบุคคล ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจต้องอาศัยความร่วมมือ การมีส่วนร่วมในทุกๆ ขั้นตอน ดังนั้นบุคคลที่เกี่ยวข้องจะต้องยอมรับในบทบาท ภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบที่จะมีขึ้นนั้นก็ต้องถือ

เป็นความยึดมั่นผูกพัน (commitment) ที่บุคคลพึงปฏิบัติร่วมกัน การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงจะเกิดได้ (Chandler, 1992 ; Conger&Kanungo, 1988) นอกจากนี้ปัจจัยซึ่งประกอบด้วยคุณสมบัติของบุคคล ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับตนเองในด้านบวก ทักษะการ รับรู้ ภาวะสุขภาพที่ดี สามารถปรับตัว ความกล้าหาญอดทน ความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

ปัจจัยประการที่ห้า ได้แก่ ปัจจัยด้านเวลา ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะต้องอาศัยเวลาค่อนข้างยาวนาน เพราะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นทีละเล็กทีละน้อย ค่อยเป็นค่อยไปอย่างต่อเนื่อง (gradual process evolutionary process) การพัฒนาอำนาจ และความสามารถจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นทีละน้อยๆ ต้องอาศัยเวลา (Havens & Mills, 1992 ; Horter, 1992)

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

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทก่อให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจของบุคคลในครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและไร้ความสามารถ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ไม่มีทางช่วยและหมดหวัง รวมทั้งการเจ็บป่วยทางจิตเวชยังเป็นมลทินสิ่งเหล่านี้เป็นความรู้สึกซับซ้อนที่ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ (Paker, 1993 อ้างใน สมคิด ตริราภิ, 2545) รวมทั้งแนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันเน้นการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลเฉพาะในภาวะวิกฤตเท่านั้น ครอบครัว ผู้ดูแลจึงต้องรับบทบาทการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยสามารถปรับเข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมตามความเป็นจริงและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ดังนั้นผู้ดูแลต้องรับบทบาทหน้าที่การดูแลที่หนักและก่อให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจดังกล่าว

แนวความคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจนำมาใช้แพร่หลายในด้านสุขภาพจิตและการบริการสังคมเมื่อ 10 ปีที่ผ่านมา มีการให้ความหมายกันอย่างมากมายจุดสำคัญอยู่ที่การส่งเสริมให้เข้าถึงแหล่งประโยชน์มีความรู้ความชำนาญและการมีศักยภาพในตนเอง (Heflinger et al., 1997 อ้างในสมคิด ตริราภิ, 2545) และการเสริมสร้างพลังอำนาจยังเป็นการจัดเตรียมโอกาสทรัพยากร เพื่อสร้างและพัฒนาหรือเพิ่มความสามารถของบุคคล (Hawks H.J., 1992 อ้างในสมคิด ตริราภิ, 2545) ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นแนวความคิดที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน โดยมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือเข้าใจถึงการเจ็บป่วยทางจิตเวชและการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (สมคิด ตริราภิ, 2545)

การเสริมสร้างพลังอำนาจยังทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลในทางที่ดี (จอม สุวรรณ โณ, 2541) นอกจากนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจยังมีผลทางบวกต่อความเครียดของผู้ดูแล (Friesen & Wahlers, 1989 cited in Nirbhay & John, 1997 อ้างใน สมคิด ตรีราภิ, 2545)

กลยุทธ์ที่สำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความเชื่อมั่นในความแข็งแกร่งของบุคคลที่จะพัฒนาเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ ประสบการณ์การมีส่วนร่วมและการได้รับความรู้ (Dunst & Trivette, 1996 cited in Hulme, 1999 อ้างใน สมคิด ตรีราภิ, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nirbhay & John (1997) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวเด็กที่อารมณ์ไม่สงบไม่หยุดนิ่ง และขาดการดูแลเอาใจใส่ ผลการศึกษาพบว่า จำนวนสมาชิกในกลุ่มสนับสนุนมีอิทธิพลต่อการทำนุบำรุงการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว การมีส่วนร่วมในระบบช่วยเหลือและความรู้เป็นสิ่งสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ จึงมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกับการรักษาพยาบาลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้มีความรู้และทักษะการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับ จอม สุวรรณ โณ (2541) กล่าวว่าการนำญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นกลวิธีที่สำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ญาติได้ตระหนักถึงความสามารถและอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ใช้กระบวนการพิจารณาตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติดูแลร่วมกับทีมการรักษาพยาบาล มีการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลซึ่งกันและกันทำให้ญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลและประสบการณ์การดูแลในทางที่ดี

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้พัฒนามาจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ สมคิด ตรีราภิ (2545) ซึ่งมีกิจกรรม 4 ขั้นตอน โดยปรับกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เดิมคือพัฒนาการรับรู้ภาวะการดูแล โดยปรับเป็น พัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแลในครอบครัวตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson(1995) โดยจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่มๆละ 3-5 คน ในการคิดทบทวนและอภิปรายถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงผลกระทบด้านลบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเอง เมื่อผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ เกิดความรูสึกมั่นใจมีกำลังใจ เกิดความเข้าใจชัดเจนในการดูแล Mok et al. (2002 อ้างในสมคิด ตรีราภิ ,2545) ได้สรุปว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและการสนับสนุนให้กำลังใจผู้ดูแล เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตใจที่ดี ในทางเดียวกัน Kay. (1996 อ้างใน หงษ์ บรรเทิงสุข,2545) พบว่าวิธีการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเพื่อวางแผนเพิ่มการปฏิบัติให้ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและวิธีเผชิญความเครียด ร่วมกับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพจิตเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วย

ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวปรับตัวและมีวิธีเผชิญความเครียดที่ดีส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาการตระหนักในคุณค่าของตนเอง เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นระยะของการพัฒนาพลังอำนาจในตัวบุคคล โดยจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่มๆละ 3-5 คน ในการคิดทบทวนและอภิปรายถึงสาเหตุที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแล ความสำคัญของผู้ป่วยและความสำคัญของผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของตนเองและของผู้ป่วย มีผลนำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมองและแนวคิดใหม่ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา (Antonovsky 1982 อ้างในเขวาลักษณ์ กลิ่นหอม,2540) ได้กล่าวสรุปว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นการรับรู้ของบุคคลอย่างเชื่อมั่นว่า ไม่ว่าจะมีปัญหาหรือเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้นทั้งภายในตัวเองและสิ่งแวดล้อมภายนอกก็สามารถเข้าใจได้จัดการแก้ไขได้และปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งมีคุณค่าพอที่จะเข้าไปจัดการแก้ไข การรับรู้แบบนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้ออำนวยต่อการจัดการหรือหลีกเลี่ยงภาวะเครียดที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงหรือความผันผวนต่างๆในชีวิต จึงสามารถดำรงความมีสุขภาพดีและมีความสุขในชีวิตหรือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ เช่นเดียวกับ Hawks (1992 อ้างใน สมคิด ศรีราที ,2545) พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจจะพัฒนาทัศนคติทำให้เกิดความพึงพอใจในสิ่งที่กระทำอยู่และยังก่อให้เกิดความพอใจต่อแนวทางการดำเนินชีวิตของตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาศักยภาพการดูแล เป็นการจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่มๆละ 3-5 คน ในการคิดทบทวนอภิปรายการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสมทั้งทางร่างกาย จิตใจ รวมถึงการตอบสนองอาการผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยจิตเภท และกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันและนำไปปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลได้ประสบการณ์ตรง และพยายามแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมจนสามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเองและลงมือปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายจากภาวะเครียด มีความมั่นใจในการตัดสินใจ มีความหวังในชีวิตมากขึ้น รู้สึกมีพลังกำลังในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความรู้สึกถึงความมีความสุข 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 การรับรู้ถึงการพัฒนาดตนเอง การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในตนเอง สามารถจัดการแก้ไขปัญหาหรือสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ (Pfister-Minogue, 1983; Stapleton, 1983 อ้างใน พนารัตน์ เจนจบ, 2542)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

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

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

เสาวลักษณ์ ยาสวรรณ (2545) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่นำผู้ป่วยมาตรวจรักษาหรือรับยาแทนที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลฝาง และ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง(ร้อยละ80) และร้อยละ 2.50 มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ

นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์ (2548) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันสถาบันสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ โดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 72 ราย เป็นผู้ป่วย 36 ราย ญาติ 36 ราย โดยการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลคุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วยและญาติ ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับกลาง

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

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

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

Ostwald et al. (1991) ศึกษาการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย Dementia โดยจัดโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล พัฒนาความแข็งแกร่งของผู้ดูแลและทักษะการปฏิบัติภาระที่หนัก เพิ่มความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแลให้เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ ผลการศึกษาพบว่า การจัด โปรแกรมดังกล่าวสามารถลดภาระของผู้ดูแลได้

Buckwalter et al. (1999 อ้างในสมคิด ตริรัตน์, 2545) ศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อลดการซึมเศร้าในครอบครัวผู้ป่วย Dementia เป็นการให้การศึกษา โดยการสอนผู้ดูแลเกี่ยวกับจิตเวชที่บ้าน เกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมที่อยู่ภายใน เป็นปัญหาของผู้ป่วย

Dementia การบริการในชุมชนและกลุ่มสนับสนุน (Progressively low stress threshold Model) เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ซึ่ง National family caregiver association รายงานว่าผู้ดูแล 60 % จะมีภาวะซึมเศร้าจากการดูแล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าน้อยลง

Bling (1998) ได้ทำการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งชาวจีนและบทบาทของกลุ่มสนับสนุนตนเอง คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 1) กระบวนการสร้างแรงจูงใจ 2) กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ 3) กระบวนการของการแสวงหาทักษะและความรู้ 4) กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดซึ่งแต่ละกระบวนการมีความเกี่ยวข้องและตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยการให้ความหมายต่อชีวิต ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ และความคิดทางบวก จากการศึกษาพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลองทำให้ได้ผลลัพธ์ที่มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมในด้านการให้ความหมายต่อชีวิต ความหวัง ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ การยอมรับความเจ็บป่วย ความคิดทางบวกรวมถึงความผาสุกทางจิต

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

สมคิด ตีรารักษ์ (2545) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ภาระการดูแลโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

พรชัย จุลเมตต์ และคณะ(2540 อ้างในจุฑารัตน์ สติธิปัญญา,2544) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาระการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ที่โรงพยาบาลมหานครเชียงใหม่ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองผลการศึกษาพบว่า ภาระเชิงประนัยและภาระเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กุลวดี มุทุมม (2543) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานและสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นการศึกษา ความสัมพันธ์

ระหว่างการเข้าถึงโครงสร้างงานที่มีการเสริมสร้างพลังอำนาจและสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีการเข้าถึงโครงสร้างงานที่มีการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะในการปฏิบัติงาน

จุฑารัตน์ สติรปัญญา (2544) ศึกษาประสิทธิผลของการสร้างพลังเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด โรงพยาบาลประสาทสงขลาสรุปผลได้ว่า การสร้างพลังเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิต มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคสมองขาดเลือดในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) และพบว่าความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเองทั้งของผู้ป่วยและญาติสูงขึ้นและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) แสดงให้เห็นว่า การสร้างพลังสามารถสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้ดีขึ้น

จารุวรรณ จินตมางค (2541) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยทำการทดลองเป็นรายบุคคลมีระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง 3 สัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้ง วัดผลก่อนและหลังการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลของการวิจัยพบว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. พัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแลในครอบครัว

-จัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม ๆ ละ 3-5 คน คิดทบทวนและอภิปรายถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล และยอมรับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นให้มีความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุอาการ การรักษา และการดูแล เพื่อเกิดความเข้าใจชัดเจนในการดูแล ส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตใจที่ดี

2. พัฒนาการตระหนักในคุณค่าของตนเอง

-จัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม ๆ ละ 3-5 คน คิดทบทวนและอภิปรายถึงสาเหตุที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของตนเองและของผู้ป่วย

3. การพัฒนาศักยภาพการดูแล

-จัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม ๆ ละ 3-5 คน คิดทบทวนและอภิปรายถึงการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสมทั้งทางร่างกาย และจิตใจ และกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันและนำไปปฏิบัติ

4. พัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล

-จัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม ๆ ละ 3-5 คน คิดทบทวนวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยตามแผนที่กำหนดรวมทั้งแนวทางการแก้ไขการปรับแผนการดูแลให้มีประสิทธิภาพ

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

1. ด้านร่างกาย (physical domain)
2. ด้านจิตใจ (psychological domain)
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships)
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment)