บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาโครงการอิสระครั้งนี้ เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของผู้ดูแล ผู้ศึกษาทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการศึกษานำเสนอตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท
    - 1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท
    - 1.2 การดำเนินโรค
    - 1.3 การรักษาโรคจิตเภท
2. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแล
3. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
    - 3.1 การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ
    - 4.1 ความเป็นมาของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
    - 4.2 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
    - 4.3 แนวคิดและรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ
    - 4.4 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายสาเหตุและลักษณะอาการและการดำเนินโรค

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีและพบมานานโดยในประเทศไทย นายแพทย์อารีย์ แสงสว่างวัฒนะได้ตั้งชื่อว่าโรคจิตเภท มาจากคำว่า จิต + เภท คำว่า เภท แปลว่า แตกแยก หรือทำลายฉะนั้นโรคจิตเภทจึงแปลว่า จิตใจแตกแยกหรือถูกทำลาย (มานิต ศรีสุรกานนท์ และจำลอง ดิษยวนิช, 2542; สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น ทำให้มีการแสดงออกของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมผิดไปจากคนปกติทั่วไป (กรมสุขภาพจิต, 2541) โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุดังกล่าว ผู้ที่เป็นโรคนี้จะแสดงลักษณะอาการของการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพและขาดความเข้าใจตามสภาพความเป็นจริงต่างๆ อย่างมาก ทำให้อารมณ์ ความคิด พฤติกรรมผิดปกติ ขาดการเอาใจใส่ของตนเอง การปฏิบัติหน้าที่การงานและความสัมพันธ์ทางสังคม (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทนั้นจะมีอาการจำเพาะของผู้ป่วยเรียกว่าอาการทางบวก และกลุ่มอาการทางลบ สำหรับกลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) ผู้ป่วยจะพบว่ามีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร ผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิดประสาทหลอน การพูดแบบไม่มีแบบแผน ความคิดไม่ต่อเนื่องในเรื่องเดียวกัน หรือมีพฤติกรรมแบบหุ่นขี้ผึ้ง สำหรับกลุ่มอาการทางลบ (negative symptoms) นั้นเป็นอาการที่ขาดในสิ่งที่บุคคลทั่วๆ ไปควรมี ได้แก่อารมณ์เรียบเฉย พูดน้อยหรือไม่พูด เฉื่อยชา ขาดความกระตือรือร้น โดยลักษณะอาการดังกล่าวจะต้องมีต่อเนื่องกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 1 เดือน และมีอาการร่วมกันอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไปหรืออาจมีเพียงอาการใดอาการหนึ่งหากการรักษาได้ผล และมีระยะเวลาของอาการที่มีความผิดปกติต่อเนื่องอย่างน้อย 1 เดือน จนทำให้มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน หน้าที่การงาน ทั้งนี้การวินิจฉัยต้องแยกจากโรคจิตเภทอารมณ์แปรปรวน (schizoaffective) และโรคทางอารมณ์ที่มีอาการโรคจิตและไม่รวมถึงภาวะจากการใช้สารเสพติดหรือการเจ็บป่วยทางกาย (American Psychiatric Association, 1994)

สาเหตุของโรคจิตเภท ในปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดของการเกิดโรค มักเกิดจากหลายองค์ประกอบร่วมกัน ปัจจัยใหญ่ๆ ที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมี 4 ประเภทคือ ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ และปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม จากการศึกษาปัจจัยทางพันธุกรรม พบว่า พี่น้องและบุตรของผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคร้อยละ 7-16 (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีโอกาสเป็นโรคจิตเภททั้งคู่ มีโอกาสเป็นโรคจิตเภททั้งคู่ มีโอกาสเกิดขึ้นถึงร้อยละ 40-50 สำหรับบุคคลที่มีบิดาหรือมาดาคนใดคนหนึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภท จะมีโอกาสเป็นโรคนี้ได้ร้อยละ 12 และบุคคลที่มีทั้งบิดาหรือมารดา

ป่วยเป็นโรคจิตเภททั้งคู่มีโอกาสเกิดโรคนี้ได้ถึงร้อยละ 40 (Kaplan Sadock, 1998) ปัจจัยทางชีวภาพ (biological Factors) เชื่อว่าเกิดจากความแปรปรวนของสารเคมีสื่อประสาทในสมอง (neurochemical disturbances) เช่นสมมติฐานของโดปามีน (Dopamine hypothesis) เชื่อว่าการเกิดโรคจิตเภทเกิดจากการที่สารโดปามีนทำงานมากเกินไปแต่กลไกกาทำให้เกิดโรคค่อนข้างซับซ้อน ยังไม่สามารถอธิบายได้ (มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวณิช) สมมติฐานของสาร นอร์อีพิเนฟฟริน (norepineqhrine hypothesis) พบว่าผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมีสาร นอร์อีพิเนฟฟริน มากกว่าปกติของประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง และสมมติฐานของซีโรโตนิน (serotonin hypothesis) สันนิษฐานว่าในโรคจิตเภท มีความผิดปกติของภาวะสมดุลระหว่างซีโรโตนินกับโดปามีน โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการบวกสัมพันธ์กับการทำงานมากเกินไปของโดปามีน ส่วนผู้ป่วยอาการทางลบสัมพันธ์กับการทำงานน้อยลงของสารซีโรโตนิน ปัจจัยทางจิตใจนั้นเชื่อว่า เกิดจากความผิดปกติของการทำหน้าที่ของอีโก้ (ego) ของบุคคลที่ได้รับการกระทบกระเทือนทางจิตใจอย่างรุนแรง (Psychic trauma) ในระยะพัฒนาการของขวบปีแรกจะมีผลต่อการเกิดพยาธิสภาพและสาเหตุของการเกิดโรคนี้ ได้ (เกษม ตันติผลาชีวะ 2536; Taylor, 1994) นอกจากนี้ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม เศรษฐกิจ ก็พบว่า เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภทโดยประชากรที่มีฐานะยากจน มีระดับของภาวะเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ต้องเผชิญกับปัจจัยความเครียดมากและครอบครัวที่มีปัญหาความขัดแย้งหรือทะเลาะวิวาทมีการกระทบกระทั่งทางอารมณ์ต่อกันก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคจิตเภทได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2543)

1.2 ลักษณะอาการและการดำเนินโรค

โรคจิตเภทจะพบความคิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม (มาโนช หล่อตระกูล , 2543) การผิดปกติด้านความคิด พบว่าเป็นลักษณะเด่นของผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทคือ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทจะมีความคิดกระจัดกระจายไม่สัมพันธ์กัน (loosening of-association) คิดเปลี่ยนเรื่องจากอีกเรื่องเป็นอีกเรื่อง (fligh of idea) มีความคิดหมกมุ่นเรื่องใดเรื่องหนึ่งซ้ำๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยไม่สนใจความเป็นจริงของสังคมและสิ่งแวดล้อม มีความผิดปกติของเนื้อหาความคิด ได้แก่ ความคิดหลงผิดแบบต่างๆ ความคิดแตกแยกเป็นส่วนๆ หรือแปลกๆหลงผิดคิดว่าจะมีคนมาทำร้าย (persecutory delusion) หรือพยายามควบคุมความคิดหรือการกระทำของผู้ป่วย หรือมีความคิดหลงผิดแบบแปลกประหลาด (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

ความผิดปกติด้านการรับรู้ พบว่า ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องของการรับรู้ผิดปกติตามความเป็นจริงของสิ่งแวดล้อมรอบตัว การรับรู้ที่ผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภทที่พบบ่อยที่สุด คืออาการ

ประสาทหลอนที่พบมากที่สุด คือ ประสาทหลอนทางหูหรืออาการหูแว่ว รองลงมาคืออาการประสาทหลอนทางตาหรือการเห็นภาพหลอน อาการประสาทหลอนทางหูจะเป็นอาการที่รบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทรมานที่ได้ยินเสียงแต่ไม่เห็นตัวตน สิ่งที่น่ากลัวคือการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตามจากกาวะเสียง ที่สั่งให้ทำร้ายตนเอง การฆ่าตัวตายจึงพบได้ถึงร้อยละ 40 ของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทมักได้ยินรับรู้ความคิดของตนเองได้ยินการโต้ตอบเกี่ยวกับตนเอง ได้ยินเสียงพูดวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับการกระทำของตนเองซึ่งผู้ป่วยมักจะโต้ตอบด้วย จึงพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นจะมีอาการพูด ยิ้ม หรือหัวเราะคนเดียวและหมกมุ่นอยู่กับตัวเอง (ไพรรัตน์ พฤกษชาติคุณากร, 2534; Kaplan Saddock, 1998) ความผิดปกติด้านพฤติกรรม พบว่า ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่นหงุดหงิด กระวนกระวาย คลุมคลั่ง เป็นต้น โดยเฉพาะเมื่อมีสิ่งกระตุ้นเข้ามาเช่น มีความเครียดอย่างรุนแรง หรือไม่ได้ในสิ่งที่ตนต้องการหรือคาดหวัง แต่บางรายผู้ป่วยอาจไม่แสดงพฤติกรรมหรือไม่เคลื่อนไหวร่างกายเลย ไม่พูด ไม่มีปฏิกิริยาตอบโต้กับสิ่งแวดล้อม มีพฤติกรรมถดถอย จนบางรายที่มีอาการมากจะไม่สามารถดูแลตัวเองได้ ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ในครอบครัว สังคม การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพบกพร่อง และบทบาทหน้าที่ต่างๆทางสังคมก็จะหมดไป เป็นภาระของครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วย (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

ลักษณะอาการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป อาการของผู้ป่วยจะมี 2 ประเภท คือลักษณะอาการทางบวกและลักษณะอาการด้านลบ อาการทางบวกประกอบด้วยอาการหลงผิด และอาการประสาทหลอนเป็นสำคัญ (มาโนช หล่อตระกูล, 2542) สำหรับอาการด้านลบประกอบด้วยอาการพกพร่องจากปกติ เช่น อาการพูดน้อย แยกตัวไม่สุงสิง อาการด้านลบที่สำคัญที่สุด ได้แก่อาการซึมเศร้า ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจึงทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอัตราฆ่าตัวตายมากกว่า 10 เท่าของคนปกติ (ไพรัตน์ พฤกษชาติคุณากร,2534) นอกจากนี้ยังมีการจัดกลุ่มย่อยของผู้ป่วยโรคจิตเภทตามลักษณะอาการเด่นสามารถแบ่งได้ดังนี้
(American Psychiatic Association, 1994)

ก. ชนิดคาทาโทนิด (Catatonic type) มีอาการเด่นคือความผิดปกติเรื่องการเคลื่อนไหว มีอาการแข็งต่อต้านมาก ไม่พูด มีการเคลื่อนไหวมากอย่างไร้จุดหมายหรืออยู่ในท่าเกร็งหรือท่าแปลกๆ ข. ชนิดวุ่นวาย (disorganized type) มีอาการเด่นคือ การพูดแบบไม่มีแบบแผนอารมณ์ราบเรียบ เฉย อารมณ์ไม่เหมาะสม แต่ไม่มีอาการอื่นๆ ที่เป็นชนิด หวาดระแวง หรือคาทาโทนิด

ค. ชนิดหวาดระแวง (paranoid type) มีอาการเด่นคือหลงผิดและประสาทหลอนพบบ่อยทางหู เช่นได้ยินเสียงคนขู่จะมาทำร้าย และมีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน ง. ชนิดแยกไม่ได้ (undifferentiated type) ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตร่วมกับอาการทั่วๆ ไป

ของโรคจิตเภท คืออาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดไม่ปะติดปะต่อ

ง. ชนิดอาการหลงเหลือ (residual type) ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคจิตเภทมาก่อนแต่ไม่รุนแรง เช่น การแยกตัวจากสังคม พฤติกรรมแปลกๆ จะมีอาการหลงผิด ประสาทหลอนแต่ไม่ชัด

การดำเนินโรคของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2542) คือ

1.2.1 ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปโดยมักมีความผิดปกติด้านการปฏิบัติหน้าที่ ด้านการมีสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน และมีพฤติกรรมแปลกๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติอย่างชัดเจน ทำให้ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดเห็นว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม แต่บอกได้ยากว่า ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยจะพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะเริ่มมีอาการผิดปกติประมาณ 1 ปี ก่อนที่จะมีอาการชัดเจนและรุนแรง

1.2.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้เป็นโรคจิตเภทเริ่มแสดงอาการของโรคจิต โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

1.2.3 ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายๆกับในระยะเริ่มมีอาการ กล่าวคือ อาการประสาทหลอน หรือหลงผิดอาจจะยังคงอยู่แต่ก็ไม่ได้มีผลต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมากเหมือนในช่วงแรกของการป่วย ในบางครั้งอาจจะมีอาการกำเริบขึ้นเป็นครั้งคราว ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในระยะนี้ มักทนต่อความกดดันทางด้านจิตใจได้ไม่ดี การดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแต่ละคนมีความแตกต่างกัน พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เป็นครั้งเดียว หรือ 2-3 ครั้งก็หายขาด และสามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมเหมือนก่อนมีอาการป่วย ซึ่งพบได้น้อย ส่วนใหญ่มักพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาจนมีอาการทุเลามักยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และเกิดอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งมีอาการกำเริบบ่อยครั้งก็จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงเหลือมากขึ้นๆ หรือเสื่อมลงเรื่อยจนกลายเป็นเรื้อรัง

1.3 การรักษาโรคจิตเภท

โรคจิตเภทมีสาเหตุที่มีผลต่อการเจ็บป่วยหลายปัจจัย ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ การรักษาทางด้านร่างกาย เป็นการรักษาด้วยยา รักษาโรคจิต ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช และการรักษาด้วยไฟฟ้าซึ่งวิธีนี้ใช้ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาและมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคม เป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น ครอบครัวบำบัด จิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นต้น (เกษม ตันติผลาชีวะ และ ลักษณา ธีรโมกข์, 2536)

1.3.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต เป็นการรักษาที่มีความสำคัญมาก และเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิตเป็นยากลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก (เกษม ตันติผลาชีวะ และลักษณา ธีรโมกข์, 2536) และเกิดขึ้นกับระบบที่สำคัญของร่างกายหลายระบบ ที่พบมากได้แก่ อาการข้างเคียงทางระบบประสาท มีอาการปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ และฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง มีอาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมย คอแข็ง ตาเหลือก หลังแอ่น กระสับกระส่าย ไม่สามารถบังคับตัวเองได้ บางรายมีอาการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ นอกจากนี้อาการที่พบมากอีกอาการหนึ่งก็คือ อาการง่วงซึม โดยมากมักจะเกิดขึ้นหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาในระยะแรก อาการจะดีขึ้นเมื่อร่างกายปรับตัวได้ และอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่พบรองลงมาได้แก่ อาการต่อระบบต่อมไร้ท่อ ที่พบบ่อยได้แก่ อาการคัดนมน้ำนมไหล ประจำเดือนขาด และฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนังเป็นอาการแพ้แสงแดด

ชนิดของยารักษาอาการทางจิตที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบัน (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536 และสมภพ เรืองตระกูล, 2542) แบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่

1. ยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิม (Typical anti-psychotics)

ก. Phenothiazines เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่ใช้กันแพร่หลายที่สุด ยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิด มีสูตรโครงสร้างเหมือนกัน แต่มี side chain แตกต่างกัน 3 แบบ ทำให้มีฤทธิ์แตกต่างกันคือ

- Aliphatic เป็นกลุ่มที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอนสูง และมีฤทธิ์ข้างเคียงคือ ความดันโลหิตต่ำมากกว่ากลุ่มอื่น เช่น Chlorpromazine Triflupromazine

- Piperridines มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอนปานกลาง ข้อดีคือมีฤทธิ์ Extra pyramidal side effect ต่ำกว่ากลุ่มอื่น แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงด้าน anticholinergic สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Thioridazine

- Piperrazine เป็นยากลุ่มที่มี Potency สูง มีฤทธิ์ sedative น้อย แต่มี Extra-pyramidal side effect สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Perphenazine, Trifluoperazine, Fluphenazine ยาที่ได้รับความนิยมมากในกลุ่มนี้ คือ Chlorpromazine และ Perphenazine (Fleishhacker, 1994)

ข. Thioxanthene เป็นยาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับPhenothiazines มาก แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน เช่น Chorprothixene, Thiothixene, Flupentixol และChopentixol

ค. Butyrophenones เป็นยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์สูง มีฤทธิ์ง่วงนอนน้อย และมี Extra-pyramidal side effect สูงคล้ายกับ Phenothiazines เช่น Haloperidol และ Triperidol

ง. Dibenzoxanzepines ยากลุ่มนี้มีใช้ในเมืองไทยตัวเดียว คือ Loxapine

จ. Diphenybutypiperidines ใช้ในประเทศไทย 2 ตัวคือ Pimozideและ Penfluridol

ฉ. Benzamides ตัวอย่าง เช่น Sulpiride

ช. Reserpine ปัจจุบันไม่ใช้เป็นยารักษาโรคจิตแล้ว แต่ใช้เป็นยาแก้ปวด

กลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตที่สำคัญ คือการ Block dopamine receptors ในสมอง และออกฤทธิ์ Block receptors ของ catecholamine ตัวอื่นๆ และรบกวน catecholamine storage ด้วย ทั้งของ serotonin, nor epinephrine และ dopamine เป็นผลให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงที่มีลักษณะคล้าย Parkinsonism ขึ้น และถ้า receptor ถูก Block นาน ๆ ก็อาจทำให้เกิดการสังเคราะห์ dopamine เพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุของ Tadive dyskinesia ซึ่งยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่ออกฤทธิ์สกัดกั้น dopamine ที่ D_2 receptor ออกฤทธิ์ต่อ serotonergic noradrenergic cholinergic และ histaminergic receptors ในสัดส่วนที่แตกต่างกันสำหรับยาแต่ละตัว ทำให้มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน

การดูดซึมและการขับออกเนื่องจากChlorpromazine เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มPhenothiazine ที่ได้รับการศึกษามากที่สุด ยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่ถูกดูดซึมได้เกือบทั้งหมดในทางเดินอาหาร โดยมี absorptive half life 1.5 ชั่วโมง และระดับของยาขึ้นสูงสุดในพลาสมาภายใน 2-4 ชั่วโมง Metabolism ของยารักษาโรคจิตเกิดขึ้นที่ตับ โดยผ่านกระบวนการหลายอย่าง เช่น demethylation sulfoxidation hydroxylation และ glucuronidation ยาในกลุ่ม Phenothiazine มี eliminative pahse 7.5-35 ชั่วโมง สำหรับแบบกินซึ่งใกล้เคียงกับHaloperidol กลุ่ม Butyrophenones คือมี half life 12-38 ชั่วโมง เมื่อใช้แบบกิน และ 10-19 ชั่วโมง สำหรับแบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำ

2. ยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ (New anti-psychotics) ยาในกลุ่มนี้มี 2 ชนิด (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) คือ

ก. Clozapine จะได้ผลดีในการรักษาโรคจิตเภท โดยได้ผลดีทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ รวมทั้งได้ผลดีพอสมควรในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งต่อต้านการรักษา โดยออกฤทธิ์สกัดกั้น serotonin,nor-adrenaline, acetylcholineและ histamine มากกว่าdopamine และออกฤทธิ์ D_1 antagonist มากกว่าฤทธิ์ D_2 antagonist ด้วย โดยออกฤทธิ์ที่ cortex และ limbic system มากกว่า basal ganglia ทำให้ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาทจึงเป็นยาที่ได้รับความนิยมมาก เพราะยังไม่การศึกษา พบว่ามีฤทธิ์ข้างเคียงที่รุนแรง (Forman, 1993)

ข. Risperidone เป็นยารักษาโรคจิตที่มีประสิทธิภาพเท่า haloperidol แต่ต้องให้ขนาดปานกลาง (4-10 มิลลิกรัมต่อวัน) และจะมีผลข้างเคียงน้อยกว่า haloperidol

ฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตที่สำคัญ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) คือ

1. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effects) เป็นฤทธิ์ที่มักพบในตอนต้นของการให้ยามากกว่าเมื่อให้ยาไปนานๆ ซึ่งร่างกายมักปรับตัวได้ ที่พบบ่อย ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ม่านตาหดหรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำ ในผู้ชายอาจมีการหลั่งน้ำกามช้าหรือไม่หลั่งเลย บางรายมีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัว อาการความดันโลหิตต่ำพบได้มากที่สุดจาก Chlorpromazine จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอและผู้สูงอายุ ส่วนExtrapyramidal side effect เป็นฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลางโดยตรง แบ่งเป็น 4 แบบ คือ

ก.Parkinsonism syndrome ผู้ป่วยอาจมีอาการสั่น (tremor) ที่มือ แขน ขา ลำตัว มีอาการตัวแข็ง (Rigidity) เดินตัวทื่อไม่แกว่งแขน เดินหรือเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) หน้าตาเฉยเมยเหมือนใส่หน้ากาก (Mask-like faces)

ข.Acute dystonia เป็นอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง (orticollis) อาจพบคอบิดไปข้างใจข้างหนึ่งหรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ขากรรไกรแข็ง ลิ้นคับปาก พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากสั่น บางรายอาจมีนัยน์ตาเหลือบขึ้นข้างบนตลอดเวลาอาการดังกล่าวไม่เป็นอันตรายแต่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน

ค.Akathisiasเป็นอาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวายอยู่นิ่งไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนขาสั่นมีลักษณะคล้ายกับอาการวุ่นวาย (agitated)

ง.Tardive dyskinesia เป็นกลุ่มของการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน มีลักษณะที่สำคัญคือ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อสามแห่ง คือ แก้ม หน้า ลิ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแก้มพองซึ่งเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก เคี้ยว สูดปาก เลียและดูดริมฝีปาก แลบลิ้น ขากรรไกรเคลื่อนไหวด้านข้าง อาจมีอาการกระพริบตา หน้าตาบูดเบี้ยว ขมวดคิ้ว เปลือกตากระตุกมีอาการเคลื่อนไหวแบบกระตุกไม่เป็นจังหวะค่อนข้างเร็วและคาดคะเนไม่ได้ของมือและเท้า

2. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจอาจเกิดขึ้นได้ เช่น มี T-wave กว้างและแบนลง และอาจมี QR interval ยาวขึ้น ยาที่มีรายงานว่ามีผลต่อคลื่นหัวใจได้บ่อยคือ Thioridazinc

3. Central Anticholinergic Syndrome เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบน้อย อาจเกิดจากยามีที่มีฤทธิ์ anticholinergic สูง และในรายที่ให้ยา anti parkinsonism ร่วมด้วย ก็อาจเป็นผลจากยาทั้ง 2 ตัว หรือจากตัวใจตัวหนึ่งก็ได้ อาการที่สำคัญคือ มีวุ่นวาย สับสน ประสาทหลอน ชัก เป็นไข้ ม่านตาขยาย และสติสัมปชัญญะลดลงจนถึงโคม่าได้

4. Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) อาการสำคัญคือ มีไข้สูง กล้ามเนื้อมีความตึงตัวเพิ่มขึ้น หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติและความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะนี้มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10-20 ต้องรีบให้การแก้ไขโดยหยุดยารักษาโรคจิตทั้งหมด ให้การรักษาประคับประคอง เพื่อให้ไข้ลดและควบคุมความดันโลหิตให้คงที่

5. อาการชัก อาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูง ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลด Threshold ของการชัก แต่ก็ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการใช้ยาส่วนใหญ่สามารถแก้ไขได้โดยการลดขนาดของยาลง

6. อาการง่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ยาระยะแรก แต่มักลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ฤทธิ์ของยาที่ทำให้ง่วงมักมีเพียง 2-3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์รักษาโรคจิตมีอยู่นานตลอดวันจึงสามารถให้ยารักษาโรคจิตโดยให้กินเพียงวันละครั้งก่อนนอนได้

7. อาการดีซ่าน (Jaundice) อาการดีซ่านที่เกิดจาก Phenothiazines เป็นที่รู้จักกันมาตั้งแต่เริ่มใช้ยา แต่ปัจจุบันลดน้อยลงโดยไม่ทราบสาเหตุ และมีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าอาการดีซ่านที่เกิดขึ้นเป็นผลของปฏิกิริยาภูมิแพ้มากกว่าเหตุอื่น ยาที่ทำให้เกิดอาการดีซ่านมักเป็น Phenothiazines โดยเฉพาะ Chlorpromazine พบมากที่สุด

8. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเลือด อาการที่พบบ่อย คือ Eosinophilla ซึ่งแสดงถึงปฏิกิริยาภูมิแพ้แต่ก็มักไม่ร้ายแรง อาการที่พบน้อยแต่เป็นอันตรายได้มาก คือ Agranulocytosis, Leukopenia, Pancytopenia, Hemolytic anemia และ Thrombocytopenia purpura

9. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง อาจพบผื่น (skin eruptions) ได้หลายแบบเป็นผลจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ อาการแพ้แสงแดด (Photosensitivity) มักพบจาก Chlorpromazine มากกว่าตัวอื่น บางครั้งพบเป็นรอยไหม้ในบริเวณที่โดนแสงแดด เช่น บริเวณหน้าและแขน ในระยะยาวผิวหนังบริเวณที่โดนแสงแดดอาจเปลี่ยนเป็นสีเทาฟ้าคล้ายโลหะ

10. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตา ผู้ป่วยที่ได้รับ Chlorpromazine ในขนาดสูงนาน ๆ อาจมีสารสีน้ำตาลแกมเหลืองไปจับบริเวณ lens และ cornea พบบ่อยในผู้ที่พบการเปลี่ยนแปลงที่ผิวหนังร่วมด้วย เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการได้รับแสงแดด และการให้ Thioridazine ในขนาดที่สูงอาจทำให้เกิด pigmentary retinopathy ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้ ซึ่งอาจไม่หายแม้จะหยุดยาแล้วก็ตาม จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ Thioridazine เกินวันละ 800 มิลลิกรัม

11. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ ยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลายตัวด้วยกัน ที่พบบ่อยคือ การเพิ่มระดับ prolactin ซึ่งเป็นผลให้มีนมคัดและบางรายมีน้ำนมไหล ผู้ป่วยบางรายมีระดูขาดไปเป็นระยะเวลานาน นอกจากนั้นยารักษาโรคจิตยังมีผลต่อมฮอร์โมนอื่นแม้พบได้น้อย เช่น ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ ต่อมใต้สมองเป็นต้น

นอกจากนี้มีการศึกษาในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นเวลานานกว่า 5 ปี โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมดื่มน้ำมากกว่า 3 ลิตรต่อวัน พบร้อยละ 69-83 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, 2543) แต่การศึกษาในเรื่องดังกล่าวทำให้ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เป็นอาการแทรกซ้อนทางด้านร่างกายที่รุนแรงที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นเวลานาน

1.3.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยจิตเภทชนิด Catatonic รุนแรง ผู้ป่วยที่มีอาการ Mania หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น Severe Depression การรักษาด้วยไฟฟ้า มักพบว่าผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสน เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้นแต่ละราย

1.3.3 การรักษาด้านจิตสังคม การรักษาด้านจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้างแม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไขรวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุก ๆ ด้าน (ปาหนัน บุญหลง, 2534) การรักษาด้านจิตสังคมประกอบด้วย

ก. การบำบัดรักษาทางจิต (Psychotherapy) แบ่งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม หมายถึงกระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ใช้และผู้ให้บริการ มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การรักษาแบบกลุ่มให้มีประสิทธิภาพและได้ผลดีขึ้นอยู่กับ 3 ประการ คือ ความเข้าใจ ความรัก และพฤติกรรม

ข. กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy Groups) หมายถึง การบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิตโดยการจัดกิจกรรมหลาย ๆ รูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิดแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (Judith et al, 1989) เนื่องจากการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดเป็นการใช้รูปแบบของการทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ดำเนินกลุ่มจึงต้องมีความรู้พื้นฐานเรื่องการรักษาแบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรมีทักษะการริเริ่ม เอื้ออำนวยให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก การรักษากฎกติกา การเป็นตัวแบบที่ดีอย่างจริงใจ การฟังอย่างตั้งใจ การตั้งคำถามการสะท้อนเนื้อหาและความรู้สึก รวมทั้งการเงียบ (Trotzer, 1977)

ค. นิเวศน์บำบัด (Mileu Therapy) หมายถึง การจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา คุ้มกันให้ผู้ป่วยปลอดภัยฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

2. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

หลักการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นเน้นการรักษาด้วยยาเป็นหลัก แต่ทั้งนี้ต้องมีการดูแลทางจิตสังคมร่วมด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเร็วกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว โดยใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามาร่วมกันในการให้การดูแล โดยให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือครอบครัว รูปแบบการดูแลต้องครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพซึ่งเป็นการดูแลครบทั้ง 4 มิติ (ศิริวรรณ พอบุญ, 2548) ยาใจ สิทธิมงคล (2542) ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้

2.1 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัว (Psychoeducationl Family Intervention Model) เชื่อว่าสภาพครอบครัวทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิต เน้นการรักษาจากบุคลากรในโรงพยาบาล การบัดรายบุคคลและการบำบัดรายครอบครัว บทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชในการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วย จึงควรประกอบไปด้วย การสอนครอบครัวและผู้ป่วยให้มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย อาการทางจิต การรักษาและการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ สอนครอบครัวและผู้ป่วยเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแก้ปัญหาและกระบวนการการตัดสินใจ โดยคำแนะนำที่ให้จะเป็นคำแนะนำที่ครอบคลุมความต้องการการดูแลของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณซึ่งประกอบด้วยคำแนะนำด้านต่างๆดังนี้

2.1.1 การดูแลกิจวัตรประจำวันด้านต่างๆ มีหลักที่สำคัญ คือ ผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดและผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจในกิจกรรมต่อไปนี้คือ (ดรุณี คชพรพรหม , 2543, อ้างในสมคิด ตรีราภี)

- การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ การแปรงฟัน การสระผม การรักษาความสะอาดของเล็บ

- การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารผู้แลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ตรงเวลาและให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทั้งนี้ควรให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่ย่อยง่าย รับประทานผัก ผลไม้เพื่อช่วยในระบบขับถ่าย

- การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอจะสามารควบคุมอาการของโรคจิตได้ ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลต้องเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน

- การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนช่วยทำงานเล็กๆน้อยๆ ภายในบ้านเพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงานแม้จะไม่ใช่งานอาชีพที่มีรายได้ตอบแทนเลี้ยงตัวได้ แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเป็นการเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้มาอยู่ที่งานหรือกิจกรรมที่มอบให้ทำ หรือในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าแยกตัว ถ้าได้ทำงานก็จะทำให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจไปอยู่ที่งานได้

- การดูแลผู้ป่วยด้านการแต่งกายผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ดูแลต้องคอยแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนให้เหมาะสม

- การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้น รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันหลายวันผู้ดูแลต้องสังเกต หาสาเหตุหรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

- การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยอาจเป็นการให้ช่วยทำงานบ้าน ขุดดิน ดายหญ้า จะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น

- การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะขาดทักษะทางสังคม เช่น การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้ถูกกาลเทศะ ซึ่งทักษะเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

- การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น

- การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตรรวมทั้งการไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา

1.1.11 การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม

2.1.2 การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ การดูแลด้านจิตใจที่ผู้ดูแลต้องกระทำคือ พยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงมากที่สุด การปลอบโยนให้กำลังใจ ไม่ตำหนิ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2.1.3 การประสานงานกับองค์กรของรัฐ เพื่อขอความช่วยเหลือ

2.1.4 การให้ความช่วยเหลือด้านการเงินแก่ผู้ป่วย

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับภาระของครอบครัว (Family Berden Approach) แนวคิดเกี่ยวกับภาระของครอบครัว เป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจมากในปัจจุบัน และจากการวิจัยเกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าครอบครัวมีภาระการดูแลมาก และก่อให้เกิดปัญหาในการอยู่ร่วมกัน คือ ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ เช่น อดร้อน ขุ่นเคือง เศร้าโศก เครียด กังวล และผลกระทบด้านร่างกายสมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกอ่อนแอ หมดแรง ภาระทางการเงิน เป็นต้น

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาธรรมชาติที่แท้จริงของครอบครัวในฐานะผู้ดูแล (Explanatory Model of Family Caregiving) บทบาทของพยาบาล คือ การให้ความรู้และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหากับสมาชิกในครอบครัวซึ่งครอบครัวจะยอมรับอย่างมาก (Dunkin , 1998)

การบริการในชุมชน ดังได้กล่าวไปแล้วว่าการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันโรงพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนเร็วขึ้น ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพภายหลังการจำหน่ายจึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนสนับสนุนที่สำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย โดยครอบครัวจะดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ แต่เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวมีความจำกัดด้านกำลังกายกำลังความคิด จึงต้องพึ่งพาหน่วยงานของภาครัฐและเอกชนที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์ฝึกอาชีพต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแหล่งประโยชน์และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ต่อไป

เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนมีความต่อเนื่อง จึงนำระบบส่งต่อมาใช้เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลเบื้องต้น ในชุมชนหรือสถานบริการที่ใกล้ที่สุดซึ่งเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยลง โดยระบบส่งต่อเป็นระบบที่ส่งต่อจากระดับล่างสู่ระดับบน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ซับซ้อน ส่วนการส่งต่อจากระดับบนลงสู่ระดับล่าง คือการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนอาการทุเลาแล้วแต่ยังต้องการการดูแลต่อเนื่อง จากหน่วยบริการตติยภูมิสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งรูปแบบการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ได้แก่การดูแลที่บ้าน มีแนวคิดในการดูแลดังนี้ (กัลยาณี โนอินทร์, 2542 อ้างในศิริวรรณ พอบุญ, 2548)

ก. เป็นการบริการเชิงรุก ที่ให้บริการที่บ้านของผู้มารับบริการ เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทรมาน ข. เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลกรในหลายวิชาชีพร่วมกัน ค. เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้รับบริการแบบผสมผสาน 4 มิติ

ง. เป็นการบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

จ. เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

ฉ. เป็นบริการที่มีระบบบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการ กับผู้ป่วยและครอบครัว

ช. เป็นการบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

หลักการให้บริการผู้ป่วยจิตเภท สามารถใช้หลักการเดียวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปที่บ้าน โดยดำเนินการตามวัตถุประสงค์ คือ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2543)

1.ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและความพิการของผู้ป่วยให้เหลือน้อยที่สุด

2. ลดอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาล

3. พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน

4. ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวและผู้ป่วยกับผู้บำบัด

5. ประสานการติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน ระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว

6. ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วน ซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล

7. เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการรักษาจากแพทย์ การใช้ยา การมีกิจกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

8.จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลรักษาด้านสุขภาพและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่อง

การบริการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลคลองหาด

โรงพยาบาลคลองหาด เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้บริการผู้ป่วยจิตเภทในลักษณะผู้ป่วยนอก เปิดให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 โดยมีแพทย์ทั่วไปเป็นผู้ให้การดูแลร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมด้านการให้คำปรึกษา 1 คนยังไม่มีพยาบาลจิตเวชโดยตรง ลักษณะของผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อมารักษาต่อในสถานบริการใกล้บ้านตามสิทธิ์ โดยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคือพบแพทย์ รับยาเดิม กลับบ้าน หากมีอาการผิดปกติ หรืออาการกำเริบมาก แพทย์จะทำการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว ต่อมาในปีพ.ศ. 2548 โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดย ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต มีจิตแพทย์ให้คำปรึกษาและสั่งยาส่งทางไปรษณีย์ โรงพยาบาลคลองหาดจึงได้จัดให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชแยกจากงานผู้ป่วยนอก โดยเข้าร่วมในระบบการดูแลของผ่าน

อินเทอร์เน็ตของโรงพายาบาลจิตเวชสระแก้ว มีการให้บริการดังนี้

1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วและมารับบริการรักษาต่อที่คลินิกจิตเวช โดยรับยามาไว้ที่คลินิก

2. ประสานงาน ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบ
อินเทอร์เน็ตกับโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว

3. ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆในชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค และการรักษา ให้บริการปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับอาการและการักษาของผู้ป่วย

5.จัดเตรียมครอบครัว ชุมชน ของผู้ป่วยทุกครั้งก่อน ส่งผู้ป่วยกลับ

6. จัดบริการเยี่ยมบ้านร่วมกับอสม.

7. จัดตั้ง ชมรมสำหรับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน

9. นำผู้ป่วยกลับไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลจิตเภทสระแก้วทุก 3 เดือน เพื่อประเมินอาการและปรับการรักษา

สรุปได้ว่า การให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพพยาบาลจะต้องทำความเข้าใจและให้การช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสมดุลของภาวะสุขภาพทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล การทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการพยาบาลครอบครัวจึงเป็นพื้นฐานในการที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยจิตเภทและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลหรือครอบครัวไปพร้อมๆกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านเร็วขึ้นโดยที่อาจยังมีอาการบางอย่างที่เป็นปัญหาต่อตัวผู้ป่วยเองและญาติ ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกกังวลใจในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากไม่มั่นใจว่าจะสามารถดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้หรือไม่นั้น การส่งเสริมหรือพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลควรตระหนักเพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ (นพรัตน์ ไชยชำนิ, 2544) โดยมีแนวคิดและการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยดังนี้

3.1 แนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลผู้พึ่งพา

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agency) เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ในการกระทำกิจกรรม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็กวัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองอันเนื่องจากภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Orem, 2001) ความสามารถของบุคคลที่ต้องรับผิดชอบบุคคลที่ต้องพึ่งพาเปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่จะสนองตอบต่อ

ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลอื่น โครงสร้างของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา มี 3 ระดับคือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Capabilities foe dependent-operation) เป็นความสามารที่จำเป็นและใกล้ชิดโดยตรงที่จะต้องใช้ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการคือ

1.1 ความสามารถในการคาดการณ์ (Estimate) เ)นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถจะกระทำ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

1.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อสนองตอบความต้องการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพาทั้งนี้จะต้องประกอบด้วย พลังความสามารถ 10 ประการ

2. ความสามารถ 10 ประการ (Power components of care) เป็นตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแลโดยเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบรวมทั้งสนใจและเอาใจใส่กาวะแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วย

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับริเริ่มและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลผู้ป่วย

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย เช่น มีเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องหับคุณลักษณะ และความหมายของชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด สติปัญญาการรับรู้การจัดกระทำการติดต่อและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลผู้ป่วยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล (Foundation) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมายโดยทั่วๆไปซึ่งประกอบด้วย

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและใช้เหตุผล

3.2 หน้าที่ของประสาท สำหรับความรู้สึก (sensation) รวมทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

3.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆทั้งภายในและภายนอก

3.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.5 นิสัยประจำตัว

3.6 ความตั้งใจ

3.7 ความเข้าใจในตนเอง

3.8 ความห่วงใยในตนเอง

3.9 การยอรับตนเอง

3.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ

3.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

อย่างไรก็ตามโอเร็มเน้นว่า พยาบาลมีบทบาทในการค้นหาบุคคลที่มีความเหมาะสมและมีความเต็มใจที่จะเป็นผู้ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัว และช่วยพัฒนาความสามารถของบุคคลที่ต้องรับผิดชอบบุคคลที่ต้องพึ่งพาให้สามารถดูแล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ (Orem, 2001) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจะต้องใช้ความสามารถในการดูแลเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลต้องใช้พลังความสามารถ 10 ประการซึ่งเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแลโดยเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

1. ความสนใจและเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยจิตเภทในฐานที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบ รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วย โดยที่ผู้ดูแลจะต้องมีเวลาสนใจ เอาใจใส่ และตระหนักถึงปัจจัยสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะของโรค

2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับริเริ่มและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง โดยที่ผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถในการลำดับความสำคัญและการใช้พลังงานอย่างเหมาะสม เพื่อการดูแลผู้ป่วย

3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ของตนเองเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้มีกิจกรรมต่าง ๆ อย่างเสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลสามารถทำได้อย่างเต็มที่

4. ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผล เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และรู้จักตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลที่ถูกต้อง สามารถแยกแยะเหตุและผล รู้จักมองความเกี่ยวข้องของความต้องการของผู้ป่วยกับการกระทำเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง

5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย เช่น มีเป้าหมายของการดูแลและผู้ป่วยสอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ โดยมองเห็นถึงคุณค่าและความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย และกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลสุขภาพผู้ป่วย คือการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น

6. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจผู้ดูแลจะต้องทราบถึงอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและมีความสามารถในการที่จะตัดสินใจพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ เพื่อให้การรักษาได้ทันท่วงที

7. มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะของโรคของผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลที่ถูกต้อง

8. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย จิตเภท ผู้ดูแลสามารถที่จะใช้ทักษะในการติดต่อสอบถามแพทย์ พยาบาลหรือผู้รู้ เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

9. มีความสามารถในการจัดระบบดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลทราบถึงการกระทำที่ต้องปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย และสามารถจัดลำดับของกิจกรรมต่าง ๆ ให้สัมพันธ์กับกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ ของผู้ดูแลได้

10.มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลผู้ป่วยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ดูแลสามารถที่จะรักษาบทบาทของตนเองและให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยยังคงความมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น และสามารถสอดแทรกการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลและครอบครัวได้

3.2 การพัฒนาความสามารถการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มเน้นที่ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) ของพยาบาลในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Self-care agency) หรือความสามารถในการดูแลบุคคลผู้พึ่งพา เพื่อให้มีความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลพึ่งพาตามความต้องการที่จำเป็นทั้ง 3 ด้าน คือ ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self care requisites) ความต้องการที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental Self care requisites) และความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation Self-care requisites) ซึ่งเพื่อพิจารณาแล้วพบว่ามีความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ (Orem, 2001) ดังนั้นการที่พยาบาลจะพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลตนเองหรือดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามรถในการปฏิบัติเพื่อดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (capabilities for dependent operation) ซึ่งเป็นส่วนประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลผู้พึ่งพาของบุคคล

การสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล เป็นแนวคิดของการพยาบาลที่ต้องการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลมีความเชื่อมันในความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัย ระบบทางสังคม ระบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ระบบวิชาชีพและการปฏิบัติ (Orem, 2001) คือการสร้างสัมพันธภาพและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพื่อประโยชน์ในการแลกเปลี่ยน แบ่งปันแหล่งประโยชน์ และเป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน การพยาบาลเป็นการสนับสนุนให้บุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมและตัดสินใจในแผนการดูแล ได้เรียนรู้ที่จะผนวกการดูแลผู้ป่วยเข้าไปในการดำเนินชีวิต โดยมีภาพลักษณ์ที่ดีต่อตนเอง (Positive self-image) เป็นที่พึ่งพาของตนเองและผู้ที่ต้องการพึ่งพา (สมจิต หนุเจริญกุล, 2536: 152)

การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล นอกจากการสอนความรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ดูแลแล้ว ยังต้องพัฒนาความสามารถด้านสัมพันธ์ภาพ และการคงไว้ซึ่งความตั้งใจในการให้การดูแลผู้ป่วยอีกด้วย การตัดสินใจของพยาบาลแต่เพียงฝ่ายเดียว ที่จะพัฒนาความสามารถการดูแลผู้ป่วยของผู้แลจะไม่เกิดประโยชน์ ต้องเป็นการตกลงใจภายในครอบครัว (สมจิต หนุเจริญกุล, 2536: 160) ดังนั้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลต้องมีองค์ประกอบอื่น ๆ ได้แก่การสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัด (therapeutic relationship) การสร้างแรงจูงใจ การส่งเสริมวามเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (self-efficacy)การดำเนินไปใน

แต่ละขั้นตอนนั้น ต้องใช้ระยะเวลาและเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมผู้ดูแลให้เกิดการเรียนรู้ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. การสอนความรู้และฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องใช้ระยะเวลานาน และมีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับจิตเภท การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การรักษาและการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ถ้าผู้ป่วยได้ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย และตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่คิดว่าจะก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วย ดังนั้นการสอนความรู้และเพิ่มเติมความรู้ในสิ่งที่ผู้ดูแลไม่เคยทราบมาก่อน หรือทราบอยู่แล้วแต่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์หรือมีข้อสงสัย รวมทั้งการแก้ไขความเข้าใจผิด ให้แก่ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญและจำเป็นจะช่วยให้คงไว้ซึ่งความตั้งใจในการให้การดูแลผู้ป่วย ทักษะการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นและเกี่ยวข้องโดยตรงที่ผู้ดูและจะต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน คือ ความสามารถในการปฏิบัติการดูและผู้ป่วย ได้แก่ การสังเกต/ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลแก้ไขอาการผิดปกติที่พบได้ถูกต้อง หรือสามารถให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้ตามสภาพความสามารถที่มีอยู่อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือการป่วยซ้ำที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้ง ผู้ดูแลต้องเรียนรู้และฝึกปฏิบัติวิธีการสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง

2. การสอนความรู้และการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ผู้ดูแลสามารถคาดการณ์ความต้องการการดูแลผู้ป่วย วางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ การสอนความรู้และการฝึกทักษะจึงเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของบุคคลที่รับผิดชอบผู้ที่ต้องพึ่งพา(สมจิต หนุเจริญกุล, 2536: 160) ซึ่งสามารถพัฒนาได้ ดังนี้

2.1 การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด เป็นสัมพันธภาพที่มีลักษณะของการช่วยเหลือเป็นระบบที่มีความสำคัญมาก ในการเอื้ออำนวยให้พยาบาลสามารถพัฒนาความสามารถญาติหรือผู้ที่รับผิดชอบ ให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง (สมจิต หนุเจริญกุล, 2536 : 82) การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดสามารถกระทำได้ดังนี้

2. 1.1 มีการตกลงร่วมกันเมื่อพยาบาลติดต่อกับผู้ป่วยและญาติ ในครั้งแรก โดยพยาบาลตกลงกับผู้ป่วยและญาติอย่าชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยของพยาบาล ความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย รวมทั้งบทบาทของผู้ดูแลและญาติในการดูแลผู้ป่วย

2.1.2 สร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ ให้เกียรติในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล การแสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอและยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย การสร้างสัมพันธ์กาพเชิงบำบัด จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจยอมรับการช่วยเหลือจากพยาบาล เป็นแรงจูงใจให้ผู้ดูแลต้องการการเรียนรู้

2. 2. การสร้างแรงจูงใจ แรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐานเป็นวิธีการสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากผู้เรียนมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์การเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะทำให้ผู้เรียนมีความต้องการและพร้อมที่จะเรียนรู้ การกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความคาดหวังว่า จะได้รับสิ่งที่พึงพอใจจากการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ย่อมกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้การช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความคาดหวัง เป็นการช่วยเหลือผู้ดูแลในการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่ง แนวทางการส่งเสริมความคาดหวัง ประกอบด้วย

2.2.1 การให้ข้อมูลอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยให้การตรวจสอบข้อดีข้อเสียของทางเลือกต่างๆ

2.2.2 การให้เวลาในการพิจารณาใคร่ครวญเป็นอย่างดี จะช่วยให้ประเมินเหตุการณ์ได้ถูกต้อง สามารถตัดสินใจได้

2. 2.3 การกระตุ้นให้ตระหนักถึงผลที่จะตามมา

ดังนั้นการให้ผู้ดูแลได้รับทราบและพิจารณาเกี่ยวกับ กระบวนการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลและผลที่จะได้รับ เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลตัดสินใจได้และเป็นการสร้างแรงจูงใจทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการเรียนรู้

3.3 การประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

มีนักวิจัยสร้างเครื่องมือ เพื่อวัดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา คือ Denyes (1980 cited in Scott-Baer, 1995) ได้สร้างเครื่องมือชื่อ The Denyes Self – Care AgencyInstrument โดยใช้วัดพลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามรรถในการดูแลตนเอง สำหรับวัดความสามารถในการดูแลตนองของวัยรุ่น และต่อมาใช้วัดในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งแบบวัยนี้มีค่า reliability > .80 และเครื่องมือนี้หาความตรงตามโครงสร้างโดยทำ Factor analysis ซึ่งเป็นองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ

1. ความเข็มแข็งและความสามารถในการตัดสินใจ
2. การให้คุณค่าเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ
3. ความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจ

4. ความแข็งแกร่งของร่างกาย

5. ความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

6. ความเอาใจใส่ในสุขภาพ โดยสร้างอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการพยาบาลของ Orem เกี่ยวกับความแข็งแกร่งและข้อจำกัดของบุคคลในความสามารถตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เครื่องมือนี้แสดงความตรงของโครงสร้าง โดยได้รับการสนับสนุนจากการตั้งสมมุติฐานเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ (Denyes ,1981 cited in Gast et al, 1989) ต่อมา Filday (1986 อ้างถึงในสมจิต หนุเจริญกุล, 2536) ได้ปรับปรุงเครื่องมือนี้ เพื่อใช้วัดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา และนำไปใช้กับผู้ปกครองเด็ก พบว่า ใช้ประเมินความสามารถของผู้ดูแลได้และผู้ปกครองมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลเด็กค่อนข้างสูง เครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองของ Denyes & Filday(1986) ได้มีผู้วิจัยหลายท่านนำมาใช้ประเมินความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาโดยใช้องค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน มีดังนี้ Schuman (1987 cited in Hass 1990 อ้างถึงใน สมจิต หนุเจริญกุล, 2536) ได้ใช้เครื่องมือนี้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลเด็ก ความต้องการการรักษาและการเยี่ยมบ้าน ในผู้ปกครองของเด็กจำนวน 41 คน พบว่า ใช้ประเมินความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ปกครองได้ และมีคะแนนความสามารถในการดูแลเด็กค่อนข้างสูง

Moore and Gaffney (1989) ได้นำเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองของ Denyes ไปศึกษาหาวิธีการที่จะส่งเสริมความเป็นอิสระและความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กนักเรียน พบว่าใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลเด็กนักเรียนได้ และมีคะแนนความสามารถในการดูแลสูง

วันดี โตสุขศรี (2539) ได้นำแบบสอบถามความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ Denyes & Filday มาใช้ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคลั่ง พบว่าใช้ประเมินความสามารถของผู้ดูแลได้ และมีคะแนนความสามารถในการดูแลระดับปานกลาง

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของนพรัตน์ ไชยชำนิ (2544) ซึ่งได้พัฒนามาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหัวใจวาย เลือดคั่ง ของวันดี โตสุขศรี (2539) โดยใช้องค์ประกอบเพียง 4 ด้าน คือ

1. ความเข้มแข็งในตนเองและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท 2. ความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

3. ความเข้มแข็งด้านร่างกายของผู้ดูแล

4. ความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

ซึ่งสอดคล้องกับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอนซึ่งสามารถจะพัฒนาให้เกิดความสามารถดังกล่าวได้

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.1 ความเป็นมาของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เริ่มขึ้นครั้งแรกปลายทศวรรษที่ 1960 และต้นทศวรรษที่ 1970 เริ่มจาการเคลื่อนไหวเพื่อดูแลตนเองของประชาชน การเสริมสร้างพลังอำนาจที่เกิดขึ้นในระยะแรกนั้น เป็นการให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบทั้งของผู้ดำเนินการและในชุมชนซึ่งผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้บุคคลรู้จักตนเองมากขึ้นและเป้าหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การเปลี่ยนแปลงทรัพยากร หรือสถานการณ์ของสังคม ซึ่งมีการบังคับกดขี่เป็นพื้นฐาน (Ryles. 199 อ้างใน สมคิด ตรีราภี , 2545) แนวความคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจได้รับความสนใจมากขึ้น ในปีค.ศ. 1986 เมื่อองค์การอนามัยโลก (WHO) ให้คำจำกัดความของสุขภาพ เป็นขอบเขตซึ่งบุคคลหรือกลุ่มคนสามารถปฏิบัติเพื่อให้ได้ในสิ่งที่เป็นความต้องการของตนเองและบุคคลอื่นเพื่อเปลี่ยนแปลงหรือแก้ปัญหาร่วมกับสภาพแวดล้อม การศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในระยะแรกที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลส่วนมากเป็นการวิเคราะห์แนวความคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson , 1991; Hawks, 1991 อ้างในสมคิด ตรีราภี, 2545)

จากการวิเคราะห์แนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibon (1991) การเสริมสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาลมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และการพัฒนาสภาพแวดล้อม โดยได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากบุคลากรวิชาชีพพยาบาล และสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ ความเท่าเทียมกันของการเข้าถึงบริการสุขภาพ การยอมรับบริการให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอย่างเสมอภาคกัน

4.2 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกระบวนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติภารกิจให้สำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

Suk Bling (1998 : 1920) ได้รวบรวมคำจำกัดความเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามทัศนะของนักวิชาการไว้หลายท่านซึ่ง สรุปว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการร่วมมือในการรักษา ในส่วนของชุมชน ด้วยการบูรณาการเข้าไปในวิถีชีวิต ทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนความรู้สึกจากบุคคลที่มีคุณค่าไปสู่การยอมรับว่าตนเองมีความสามารถอย่างแท้จริง เป็นกระบวนการซึ่งบุคคล องค์กรและชุมชนสามารถควบคุมสิ่งที่ตนเองสนหรือเกี่ยวข้องได้

Jones and Meleis (1993) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจคือการค้นหาสภาพการณ์ทรัพยากร และเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้บรรลุความต้องการของบุคคล

Miller (1992) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจสำหรับบุคคล Clifford (1992: 1) ให้ความหมายว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มีจุดเริ่มต้นจากความรู้สึกไร้อำนาจของบุคคล ให้มีความรู้สึกมั่นในการทำงาน และมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2539: 11) กล่าวถึงความเชื่อพื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ มุ่งเน้นที่การนำเอาศักยภาพทางปัญญา และพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด แก่ตนเอง และได้สรุปความหมายเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson (1991) ไว้ 10 ประการ คือ

1. เป็นกระบวนการที่บุคคล องค์กรหรือชุมชนใช้ในการให้ได้มาซึ่งความสามารถในการควบคุมกำกับการดำรงชีวิตของตนเอง

2. เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความคิด ความรู้สึกและมีลักษณะที่ทั้งสองฝ่ายต้องใช้ความพยายามร่วมกัน

3. การเพิ่มพูนความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของคน และการสร้างประสิทธิภาพของตนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล ตลอดจนการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมด้วย

4. การที่บุคคลเรียนรู้การใช้ทรัพยากรร่วมกัน การทำงานร่วมกันซึ่งเป็นการเชื่อมโยงทรัพยากรที่มีอยู่ภายในบุคคล ภายนอกบุคคล และที่มีอยู่ในชุมชน

5. กระบวนการที่มีลักษณะสำคัญที่มีการปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างประโยชน์ร่วมกันที่มุ่งเพิ่มความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้นในโครงสร้างและสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ในหน่วยเล็กและหน่วยใหญ่ คือชุมชน

6. กระบวนการที่เป็นการหาทางออก ทางแก้ปัญหามากกว่าที่ตัวปัญหา เน้นที่ความแข็งแกร่ง สิทธิและความสามารถของบุคคลมากกว่าข้อจำกัดหรือจุดด้อยของบุคคล

7. กระบวนการที่มีกลไกเกี่ยวกับอำนาจของบุคคล มีทั้งการให้และการรับอำนาจหรือการใช้อำนาจร่วมกัน ไม่ใช่เพียงผู้ใช้อำนาจพยายามสร้างอำนาจ แต่รวมถึงผู้มีอำนาจมีการใช้และถ่ายโอนอำนาจ

8. กระบวนการที่เป็นการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก หรือกระทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความเจริญเติบโต และการพัฒนาการของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน เพื่อให้บุคคลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะที่ตั้งใจ

9. กระบวนการของการช่วยเหลือบุคคลให้ประสบความสำเร็จในการควบคุมสิ่งแวดล้อมและควบคุมหรือกำหนดทิศทางชีวิตของตนเองได้

10. การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคมเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง และความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้
พลังอำนาจ คือส่งเสริมการกำหนดรู้ตนเอง (Self – regulation) อันเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคล

4.3 แนวคิดและรูปแบบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Hawkes (1992) กล่าวว่า องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะ ความตั้งใจที่จะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจและรับผิดชอบมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจ

2. พยาบาลที่มีคุณลักษณะการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและใช้ทักษะของวิชาชีพ คือการยอมรับในคุณค่าของบุคคลอื่นการยอมรับบุคคลอย่างที่เขาเป็น

Gibson (1995) กล่าวว่า สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือความมุ่งมั่นทุ่มเท ความรัก และความผูกพัน โดยใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิด การดำเนินการด้วยตนเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนผลลัพธ์ คือ ความสามารถในการมีส่วนร่วมคือ พัฒนาทางด้านความรู้ความสามารถในการดูแล พัฒนาความเชื่อมั่นในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผลต่อเนื่องคือเป้าหมายและความหมายในชีวิต การพัฒนาตนเอง ความพึงพอใจ และการรับรู้ความสำเร็จ

Mackintosh (1995) กล่าวว่า กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย การสร้างแรงจูงใจ ความมั่นใจในตนเองและทักษะ จะช่วยให้บุคคลสามารถที่จะค้นหาความต้องการทางด้านสุขภาพของตน และดำเนินกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความต้องการของตนส่วนผลลัพธ์ คือ เอื้ออำนวยการตัดสินใจ ด้วยการเปลี่ยนแปลงแนวคิดและเพิ่มการนับถือตนเองประเมินทักษะชีวิตที่ผู้ป่วยได้มา และทักษะในการตัดสินใจ

Bling (1998) กล่าวว่า คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย กระบวนการสร้างแรงจูงใจ กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ การแสวงหาความรู้และทักษะ และกระบวนการของการปรับเปลี่ยนความคิด สิ่งที่ต้องเกิดก่อน คือ การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นทุ่มเท รับรู้ถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ ความสนใจ และความหวัง โดยมีกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ

1. การค้นหาสิ่งกระตุ้นความเครียด
2. เอื้ออำนวยการรับเปลี่ยนความคิด
3. เพิ่มแหล่งทรัพยากร

Hulme (1999) เสนอโครงสร้างของการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว ประกอบด้วย 2 แนวคิดที่แตกต่างกัน

1. ปัจจุบันสภาพครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทาย ครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกที่ป่วยเรื้อรัง

2. สังคมต้องประกอบด้วยบุคคลอย่างน้อย 2 คน การดูแลก็มีลักษณะพิเศษ ความผูกพันซึ่งกันและกัน มีจุดมุ่งหมายเดียวกันเป็นเวลานาน และความรับผิดชอบครอบครัวเป็นสิ่งที่ต้องคงไว้ซึ่งการดูซึ่งกันและกัน

องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจสรุปได้ 4 ประเด็น (ดารณี จามจุรี, 2545)

1. คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่

1.1 เจ้าหน้าที่สุขภาพ ใช้ทักษะวิชาชีพที่สำคัญ ได้แก่ ทักษะในการสื่อสารทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และทักษะการใช้อำนาจในการรักษาพยาบาลในทางบวก

1.2 ผู้ป่วย มีความตั้งใจที่จะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ หน้าที่ความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจ

1.3 การเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน ในการเสริมสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาล ได้แก่ การให้ความเคารพต่อความเชื่อ ค่านิยม และประสบการณ์ของบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความเชื่อในความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจ การยอมรับในหน้าที่และการกระทำของผู้ป่วยความมุ่งมั่นทุ่มเทที่มีร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วย ในการกระทำที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

3. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากการทบทวนองค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพดังกล่าวข้างต้น ทำให้เกิดขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็น 6 ขั้นตอนดังนี้

3.1 การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นการประเมินครรลองชีวิตของผู้ป่วยตามทัศนะของผู้ป่วยเอง ว่าผู้ป่วยมีมุมมองอย่างไร ต่อภาวะสุขภาพดีและไม่ดี ผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ขั้นตอนนี้จะช่วยให้พยาบาลทราบภาพโดยทั่วไปของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และความปรารถนาของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและสร้างพฤติกรรมใหม่ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับความเชื่อทางด้านสุขภาพของตน (Berger and Anderson-Harper and Kavookjan, 2000: 6)

3.2 การสร้างความร่วมมือ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน

3.3 การสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจสถานการณ์ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์รอบด้าน เพื่อการตัดสินใจและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม

3.4 การสนับสนุน เอื้ออำนวย ข้อมูล ความรู้ ทักษะ แหล่งทรัพยากรและสร้างแรงจูงใจ ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผล และเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติ ตามที่ได้ตัดสินใจและสามารถประเมินประสิทธิภาพของการตัดสินใจ โดยความต้องการการสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากรนั้น เกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเอง

3.5 การดำเนินการด้วยตนเอง ในขั้นตอนนี้บุคคลจะดำเนินการแก้ปัญหาหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด

3.6 การปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลได้กระทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ของตนด้วยตนเองมากขึ้น ตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพ เพื่อสุขภาพของตนและบุคคลในความดูแลของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่องอีกด้วย (Gibson, 1995 : 1203 – 1208)

4.3.1 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ **Gibson**

Gison, (1995) ได้ทำการศึกษาการสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาที่ให้การดูแลบุตรที่มีอาการเจ็บป่วยรื้อรัง จำนวน 12 รายใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การบันทึก การสัมภาษณ์ โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ระยะเวลาที่ทำการศึกษา 12 เดือน ผลการศึกษาสรุปได้ว่าการสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการส่วนบุคคลที่จะพัฒนาตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจ ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Emotionally) ด้านสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive) และด้านพฤติกรรม (Behaviorally)

การตอบสนองด้านอารมณ์ (emotional responses) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิตกกังวล กระวนกระวาย กลัวโกรธ ซึ่งอาการทั้งหมดเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็นจริงได้ความรู้สึกเจ็บปวดที่จะต้องเผชิญ ประกอบกับความไม่เข้าใจในสภาพและความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ความไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ รวมทั้งการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลที่จะเกิดขึ้นต่อไป ในระยะนี้บุคคลจะรู้สึกคับข้องใจที่จะคิดว่าตนเองป่วยและไม่

สามารถกลับคืนสู่สภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่ถ้าบุคคลจะรู้สึกดีขึ้นหากมีการเปลี่ยนความคิดโดยมีความหวังว่าตนเองมีโอกาสที่จะมีอาการดีขึ้นได้แต่อาจจะต้องอาศัยระยะเวลาเป็น ตัวช่วยซึ่งการคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ (cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความรู้สึกสามารถหรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง ระยะนี้บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็น การอ่านหนังสือวารสารทางวิชาการ การถามจากแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยคนอื่น ๆ ซึ่งประสบเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกันเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่ง ต่าง ๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ

การตอบสนองทางพฤติกรรม (behavioral responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่า การดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำเป็นสิ่งทีดีที่สุดที่สามารถทำได้ขณะนี้ มองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี และพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนเองต้องการการดูแลอย่างแท้จริงคืออะไรเกิดความเข้าใจ ชัดเจนในการดูแล และตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมา มาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องว่ากรวิตกกังวลจนเกินไป จะทำให้รู้สึกสับสน คับข้องใจ และไม่มั่นใจ จนในที่สุดผู้ดูแลจะตระหนักได้เองถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและการกระทำของตน และจะเริ่มเปลี่ยนความคิดว่าถ้าเปลี่ยนมาคิดในแง่ดี ปัญหาทุกอย่างก็จะสามารถแก้ไขได้ดีกว่า ดังนั้นบุคคลจะพยายามปรับตัวโดยคิดในแง่ดี และจะกระทำทุกอย่างเพื่อการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) เป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจ และจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพินิจ พิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้ เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง และเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแล จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้นช่วยให้กลับมามองปัญหา ประเมิน และคิดพินิจพิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้น ทั้งหมด ในแง่มุมต่าง ๆให้เกิดความเข้าใจชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (A Sense of personal control)

จะทำให้คิดได้ว่าจากเดิมที่คิดว่าตนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก็เกิดความคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างตนไม่ได้ไร้ความสามารถสิ่งที่ได้กระทำเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น บุคคลจะได้มาซึ่งทางเลือกต่าง ๆ ในการปฏิบัติ หลังจากการคิดวิเคราะห์อย่างละเอียดแล้วจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาขึ้น ตระหนักรู้ความเข้มแข็งของตนเองความสามารถ ความถูกต้องของตน เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถการตัดสินใจ ทักษะของตนเองในการที่จะดูแลตนเองมากขึ้น จึงกล่าวได้ว่าขั้นตอนนี้มีความสำคัญนำไปสู่ การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมและช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking Charge) หลังจากผ่านทั้งสองขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น ในขั้นตอนนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธีการขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาของบุคคล และจะตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่คิดว่าดีและเหมาะสมที่สุด โดยใช้เหตุผลของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจจะมีความแตกต่างกัน โดยที่การตัดสินใจจะอยู่ภายใต้เงื่อนไข คือ

1 .เป็นวิธีการที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้

2 .สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ

3. ผู้ป่วยได้รับความเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง

4. ผ่านการร่วมปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ และ

5. เป็นวิธีที่สร้างความยอมรับ และสามารถเปิดกว้างในการที่ผู้ป่วยคนอื่น ๆ จะนำไปใช้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ โดยขั้นตอนนี้บุคคลจะมีพันธะสัญญากับตนเอง ดังนี้ การปกป้อง (advocating for) โดยคิดว่าการให้การดูแลเป็นการปกป้องตนเองเป็นภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบของตน ดังนั้นสิ่งที่คิดว่าทำแล้วเป็นผลดีกับตนเองก็จะทำการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา (Learning the ropes) เป็นการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาจากการใช้ประสบการณ์เดิม และการเรียนรู้ร่วมกับทีมสุขภาพการเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม (Learning to persist) โดยจะไม่ย่อท้อต่อความตั้งใจดูแลตนเอง พยายามกระทำสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) ถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติ ในระยะนี้เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือกแล้วพยาบาลและผู้ป่วยจะร่วมมือแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป

การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson (1995) จึงเป็นกระบวนการสริมสร้าง

และพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการที่จะควบคุม จัดการ การใช้ความรู้ความสามารถตลอดจนทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพบรรลุตามจุดมุ่งหมายที่ต้องการ กระบวนการดังกล่าวเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ขัดแย้งเป็นปัญหา ขาดความสมดุล มีความคาดหวังเกิดขึ้นประกอบกับการมีความมุ่งมั่น ทุ่มเท ความผูกพัน และความรักของบุคคลต่อเรื่องราวที่เกิดขึ้น สิ่งดังกล่าวเป็นปัจจัยนำให้บุคคลเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การค้นพบสถานการณ์จริง

2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

3 . การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ

4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่าโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลในแต่ละขั้นตอนจะเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ความชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์ การสนับสนุนทางสังคม และปาหมายของตน เมื่อบุคคลมีการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้วจะทำให้ได้ผลลัพธ์แก่ตนองในลักษณะของการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ได้ รู้สึกพึงพอใจในความสามารถของตน มีการพัฒนาตนเอง มีเป้าหมายและมีความหมายในชีวิตของตนเอง นอกจากนี้ Gibson ได้กล่าวว่าการที่พยาบาลจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้นั้นต้องมีความเชื่อพื้นฐาน ดังนี้

1. บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพ สุขภาพเป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่จะต้องรับผิดชอบ แม้ว่าแพทย์ พยาบาลจะมีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลแต่ก็ยังไม่มีอำนาจผูกขาดต่อสุขภาพเหนือบุคคลนั้น ๆ แต่กลับต้องให้ความเคารพในสิทธิของบุคคลต่อการมีภาวะสุขภาพ

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

3. บุคลากรทางสุขภาพไม่สามารถไปเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยได้ แต่ผู้ป่วยจะเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง ในขณะที่บุคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องให้การช่วยเหลือให้เกิดการคงทนของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและรู้จักใช้ทรัพยากรที่ดีให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมได้ และเชื่อมั่นในความสามารถของตน

4. บุคลากรทางสุขภาพต้องยอมรับความสำคัญของการให้ความร่วมมือของชุมชน ต้องสำนึกในเรื่องของอิสรภาพ และพร้อมจะรับการปฏิเสธความช่วยเหลือของบุคคล บุคคลจะตัดสินใจเลือกสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องทำตามคำแนะนำที่บุคลากรแนะนำไว้ ซึ่งบุคลากรควรมีแนวทางในการพิทักษ์สิทธิให้กับผู้รับบริการ

5. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดขึ้นได้จากความเคารพนับถือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ไม่ใช่ลักษณะการมองฝ่ายหนึ่งว่าเป็นผู้เสียเปรียบหรือมีปมด้อย ในขณะที่อีกฝ่ายเป็นผู้ได้เปรียบและมีความสามารถเหนือกว่า ปฏิสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่ายควรเป็นแบบที่เกื้อกูลผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน

6. ต้องมีความเชื่อใจซึ่งกันและกัน

ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ ได้แก่

- การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้กันมากในการอธิบายลักษณะและความเชื่อที่สะท้อนความรู้สึกของการควบคุม หรืออิทธิพลของบุคคลที่จะเคารพต่อพฤติกรรมการแสดงออกที่หลากหลาย รวมถึงการควบคุมตนเอง และประสิทธิภาพในตน (Zimmerman, 1995: 585) โดยอธิบายภาพรวมของผลลัพธ์ ได้แก่ การนับถือตนเอง (Self-esteem)ความสามารถในการควบคุมตน (Personal control) และความสามารถในตน (Self - efficacy)

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

- การมีสุขภาวะที่ดี (Well – being) เป็นสภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม บุคคลจะมีสุขภาวะที่ดีได้ แม้ว่าจะอยู่ในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพหรือเจ็บป่วย (Orem, 1995) การมีสุขภาวะที่ดี หมายถึงการที่ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาพการเจ็บป่วยตรงตามความเป็นจริง เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตตนเองได้การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เน้นความรู้และทักษะที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถและปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคล ช่วยให้บุคคลยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนตามความเป็นจริง

จากแนวคิดและผลการศึกษาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงคิดว่าน่าจะมีความคล้ายคลึงกันกับกระบวนการสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล จึงได้สนใจที่จะนำรูปแบบกระบวนการเสริมพลังอำนาจ 4 ขั้นตอนของ Gibson (1995) มาใช้ในการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนครั้งนี้

4.4 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ สมคิด ตรีราภี (2545) โดยพัฒนา

จากแนวคิดของ Gibson (1995 และDunst &Trivette ,1996 Cited in Hulm , 1999) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 พัฒนาการรับรู้การดูแล

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้และเข้าใจผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจเนื่องจากการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ชิงพฤติกรรม 1) สามารถบอกอาการ สาเหตุ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภทได้ 2) สามารถอธิบายถึงผลกระทบด้านลบที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาแนะนำตนเองและประวัติโดยย่อ
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกล่าวแนะนำตนเองและภูมิลำเนา
3. ผู้ศึกษา กล่าวสรุปเกี่ยวกับโครงการศึกษา ตามหัวข้อ

- วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ อธิบายแต่ละกิจกรรม
- ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม แจ้ง วัน เวลา สถานที่ในการจัดกิจกรรม

4. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกล่าวถึงบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การดำเนินชีวิตในสังคม ปัญหาเศรษฐกิจ ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

5. ผู้ดูแล ผู้ศึกษาอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา

6. ผู้ศึกษากล่าวสรุปการดูแล และความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

7. ผู้ศึกษาประเมินผลโดยการถามคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

ขั้นที่ 2 พัฒนาการตระหนักคุณค่าในตนเอง

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของตนเองและผู้ป่วยและยอมรับบทบาทผู้ดูแลอย่างเต็มใจ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถบอกสาเหตุที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแล
2. ผู้ดูแลสามารถบอกความสำคัญของผู้ป่วยและความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย

กิจกรรม

1.ให้ผู้ดูแลอภิปรายถึงเหตุผลที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

2. ผู้ศึกษา สรุปเหตุผล ที่ดูแลและความรู้สึกต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

3.ให้ผู้ดูแลกล่าวถึงความสำคัญของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแลและความสำคัญของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยโดยแบ่งให้ทำกิจกรรมกลุ่มย่อย 3-5 คน

4.ให้แต่ละกลุ่มนำเสนอผลการทำกิจกรรมกลุ่มย่อย

5. ผู้ศึกษา กล่าวสรุปความสำคัญของผู้ดูแล และความสำคัญของผู้ป่วยต่อผู้ดูแล พร้อมทั้งกล่าวชมเชยผู้ดูแลที่ตระหนักในความสำคัญของผู้ป่วย

ขั้นที่ 3 การพัฒนาศักยภาพการดูแล

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับประสบการณ์ตรง สามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกายและจิตใจได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ดูแลทบทวนและอภิปรายถึงการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกายและจิตใจ

2. ผู้ดูแลสามารถเขียนแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาและผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกายและจิตใจ

2. ผู้ศึกษาสรุปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกายและจิตใจ

3. ผู้ดูแล แบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ3-5 คน เขียนแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ศึกษาเป็นผู้ให้ข้อมูล ข่าวสารและเป็นที่ปรึกษาขณะเขียนแผน

4. แต่ละกลุ่มนำเสนอแผนและช่วยกันตรวจสอบ ปรับปรุง

5. ผู้ศึกษาสรุปแผน ชมเชยและให้กำลังใจผู้ดูแลในการปฏิบัติการดูแลตามแผน

6. ผู้ดูแลนำแผนไปการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปปฏิบัติ

ขั้นที่ 4 พัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความสามารถของผู้ดูแลในทางบวก ทำให้มีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ผู้ดูแลสามารถบอกถึงความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างดีที่สุดต่อไป

กิจกรรม

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายงานผลการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแผน

2. ผู้ศึกษาและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทวิเคราะห์แผนการดูแลร่วมกันพร้อมทั้งปรับปรุงแผนการดูแลให้เหมาะสมทั้งทางร่างกายและจิตใจ

3. ผู้ศึกษากล่าวสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ดูแล เห็นผลลัพธ์ที่เกิดจากความสามารถของผู้ดูแลในทางบวก

4. ผู้ศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลกล่าวถึงความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถและความเชื่อมั่นที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

5. ผู้ศึกษากล่าวชมชยและให้กำลังใจผู้แลและกล่าวถึงความเชื่อมั่นในผู้ดูแลว่าจะสามารถ ปฏิบัติหน้าที่ได้เป็นอย่างดีต่อไป

6 . ผู้ศึกษากล่าวสรุปและประเมินผล

การกำกับการศึกษา หลังดำเนินการศึกษาสิ้นสุดทันที ผู้ศึกษาทำการกำกับการวัดผลโดยใช้แบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ถ้าค่าคะแนนที่ได้ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ผู้ศึกษาและสมาชิกจะทำความเข้าใจร่วมกันและเสริมกิจกรรมในส่วนที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงทำการวัดประเมินซ้ำ

ระยะเวลาในการสริมสร้างพลังอำนาจ Hefliger ,et al (1997) อ้างในสมคิด ตรีราภี ศึกษาการประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นการวิจัยกึ่งทลองมีการจัดกิจกรรมดังนี้

1. ให้ความรู้

2. ฝึกทักษะ

3. มีส่วนร่วมในทีมการรักษาพยาบาล ประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจระยะปานกลาง (Intermediate) 3 เดือนผลการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจประสบผลสำเร็จอย่างสูงมาก ผู้ดูแลมีความรู้และมีส่วนร่วมในทีมการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นและจากการศึกษาของสมคิด ตรีราภี (2545) ศึกษาการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท วัดผล 3 สัปดาห์หลังการทดลอง พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สมคิด ตรีราภี (2545) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจภาระการดูแลโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

จารุวรรณ จินดามงคล (2541) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 30 คน โดยทำการทดลองเป็นรายบุคคล วัดผลก่อนและหลังการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลของการวิจัยพบว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ยุวดี วงศ์แสง (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

Kayama et al. (2001) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยพยาบาลจิตเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วยการสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยให้กำลังใจและให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือ เคารพในการตัดสินใจเป็นคนไข้ในของผู้ป่วย รวมทั้งการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชกับครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า หลักสำคัญของการเยี่ยมบ้านคือ การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล การให้กำลังใจผู้ป่วยในการค้นหาแหล่งบริการช่วยเหลือ การพัฒนาการดำเนินชีวิตในชุมชน การให้สิทธิผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาเป็นคนไข้ใน การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องกับครอบครัว Corrigan (1997) ได้นำการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการทำพฤติกรรมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชชนิดรุนแรง โดยเน้นการเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจอย่างมีอิสระในการกระบวนการรักษาและสถานการณ์การดำเนินชีวิต

Bling (1998) ได้ทำการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งชาวจีนและบทบาทของกลุ่มสนับสนุนกันเอง คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย

1. กระบวนการสร้างแรงจูงใจ
2. กระบวนการสร้างความสัมพันธ์
3. กระบวนการของการแสวงหาทักษะและความรู้
4. กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดซึ่งแต่ละกระบวนการมีความเกี่ยวข้องและตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยการให้ความหมายต่อชีวิต ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้และความคิดทางบวก พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลองทำให้ได้ผลลัพธ์ที่มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ในด้านการให้ความหมายต่อชีวิตความหวัง ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ การยอมรับความเจ็บป่วย ความคิดทางบวกรวมถึงความผาสุขทางจิต

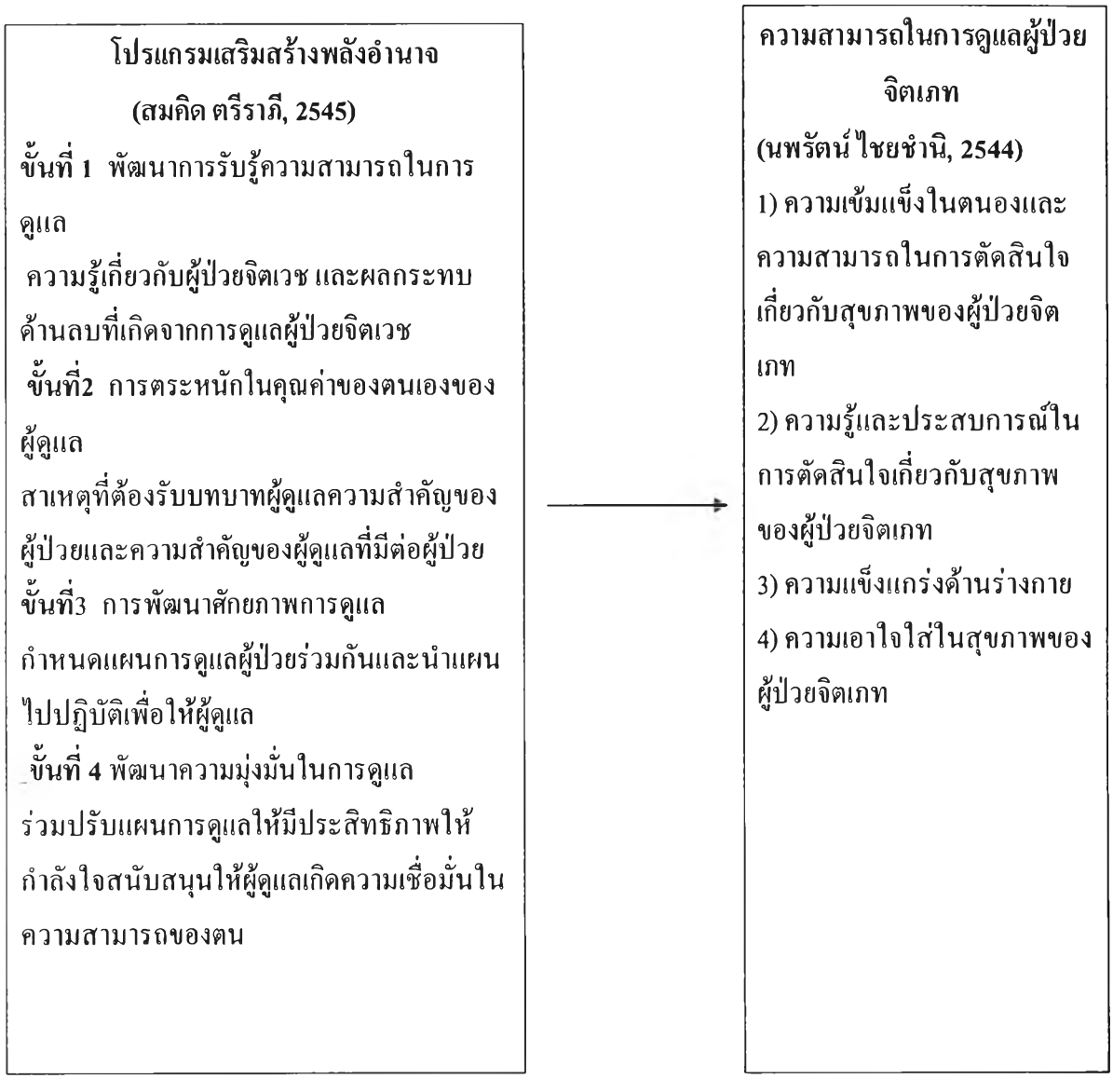
Musker (1997 อ้างใน สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) ได้ประยุกต์การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชพบว่า การให้ข้อมูลแก่บุคคลอย่างเพียงพอเพื่อให้ผู้ป่วยสร้างทางเลือก โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับบริการครั้งแรกแต่ละคนจะได้มีส่วนร่วมในการจัดการดูแลของตนพยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูลและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้บุคคลได้เดินไปตามวิถีทางการดูแลที่ตนเป็นผู้เลือก และการเสริมทักษะทางจิตสังคมร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตสามารถ เพิ่มความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทได้

Yamashita (1996 : 121-125) ได้ทำการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 14 คน ในญี่ปุ่นตอนใต้ โดยมีสาระ 5 ประเด็นคือ มีการรับฟัง แลกเปลี่ยนประสบการณ์เปรียบเทียบปัญหาทำความเข้าใจซึ่งกันและกันให้ข้อเสนอแนะและแสดงความรู้สึกที่จริงใจต่อกันทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในบทบาทผู้ดูแลมากขึ้น

วันดี โตสุขศรี (2539) ศึกษาความสามารถในการดูแล ความเครียด และภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภายะหัวใจวายเลือดคั่ง ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 100 ราย พบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ความเครียด และภาระในการดูแลผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.14,1.94 และ 2.24 และพบว่า ความสามารถของผู้ดูแลกับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.0807$, $P > .05$) และความเครียดกับภาระในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .5918$, $p < .01$)

จอม สุวรรณโณ (2540) ศึกษาความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 30 ราย พบว่าความสามารถโดยรวมของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับค่อนข้างดี มีการเรียนรู้จาก 2 วิธีคือ

1. การเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยการตระหนักรู้ด้วยตนเอง เรียนรู้จากประสบการณ์เดิม การสังเกตวิธีปฏิบัติ ทดลองปฏิบัติแบบลองผิดลองถูก และการศึกษาหาข้อมูลความรู้ด้วยตนเอง

2. การเรียนรู้จากพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพอื่นอย่างเป็นระบบ โดยพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของญาติผู้ดูแล ได้แก่ แรงจูงใจ การมีเป้าหมายในการสังเกต และใช้เหตุผลวิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูล การมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย ทักษะการสร้างสัมพันธภาพและการขอความช่วยเหลือ การได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคความเจ็บป่วยและการดูแล การสนับสนุนจากญาติผู้ดูแลรายอื่น การสนับสนุนจากครอบครัวและการมีเวลาดูแลผู้ป่วย

กรอบแนวคิดในการศึกษา