

The effects of an empowerment program on the power perception of caregivers of chronic psychology patients at Baan Nong Hin Mahasarakham province

*Kampon Eiamkeakool, M.D.**

Abstract

The aim of this Quasi - Experimental study was to study and compare the effects of an empowerment program on the power perception of caregivers of chronic psychology patients in the community. The sample group was 30 family caregivers, within Baan Nong Hin, Khok Kor district, Maeung, Mahasarakham province by purposive sampling. The tools of the study include the empowerment program, which researcher created and modified the questionnaire base on Gibson model. It has been verified content validity by 3 experts (IOC=1). They were assessed a personal information interview form and the power of caregiver's perception questionnaire, which Cronbach's alpha reliability was 0.92. The tools was divided into 4 sections; 1) Knowledge-seeking of caregivers of chronic mental illness in the community 2) The ability of caregivers to care for chronic mental illness in the community 3) Satisfaction in their ability to care for chronic mentally ill patients in the community 4) Building community participation in taking care of chronic mental illness in the community. The participants were 11 males and 19 females, age between 31-60 years. They mostly graduated at primary and high school (46.66%). They are farmers (70%) and married (63.33%). Their incomes are 5,000-10,000 bath/month (63.33%). The caregiver's experiences about 6-10 years (43.33%) and they are cousins and relative (40.00%). Participants joined the empowerment program once per week for 5 weeks, comprising Week 1: relationship building and motivation, Week 2: care of people with chronic mental illness, Week 3: critical reflection, Week 4: deciding on a course of action and activities that suit themselves, Week 5: maintaining effective practice. The data were analyzed by finding frequency, percentage, mean, and standard deviation. Using the Paired t-test statistics to compare the results before and after the 5 weeks program. The results showed that the power of caregiver's perception increases significantly in 4 sections after the 5-week empowerment program.

As a result, the caregivers perceive their own power in caring for chronic psychologic patients more positively.

Keywords: Empowerment; caregiver's perspection; Chronic psychologic patients

**Phayakkaphumpisai Hospital, Mahasarakham province.*

Received: October 28, 2020; Revised: November 9, 2020; Accepted: December 7, 2020

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ พลังของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน บ้านหนองหิน จังหวัดมหาสารคาม

กัมพล เอี่ยมเกื้อกูล, พ.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชนกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในตำบลโคกก่อ บ้านหนองหิน ตำบลโคกก่ออำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชนซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและพัฒนาโดยใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (IOC=1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน และแบบประเมินการรับรู้พลังของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการแสวงหาความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน 2) ด้านความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน 3) ด้านความพึงพอใจในความสามารถของตนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน 4) ด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน ผ่านการทดลองใช้และหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีของ ครอนบาคแอลฟา ได้ค่าเท่ากับ 0.92 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 11 คน หญิง 19 คน อายุระหว่าง 31-60 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมหรือมัธยม (ร้อยละ 46.66) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 70) สมรสแล้ว (ร้อยละ 63.33) รายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 63.33) ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย 6-10 ปี (ร้อยละ 43.33) และผู้ดูแลเป็นญาติสนิท (ร้อยละ

40.00) เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจ สัปดาห์ที่ 2 การค้นพบสภาพการณ์จริงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง สัปดาห์ที่ 3 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ สัปดาห์ที่ 4 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม กับตนเอง สัปดาห์ที่ 5 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติทดสอบที (pair-t test) ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้พลังของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังทั้ง 4 ด้านเพิ่มขึ้น ภายหลังโปรแกรมการเสริมสร้างพลังในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน 5 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลัง; การรับรู้พลังของผู้ดูแล; ผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง

*โรงพยาบาลพญัคมภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ได้รับต้นฉบับ 28 ตุลาคม 2563; แก้ไขบทความ: 9 พฤศจิกายน 2563; รับลงตีพิมพ์:

7 ธันวาคม 2563

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งประชากรทั่วโลก โดยพบว่าโรคจิตเรื้อรังเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด โดยจากทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้ถึง 26 ล้านคน ในขณะที่ประเทศไทย ปัญหาสุขภาพจิตยังเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยพบว่าประชากร 1 ใน 5 ของประเทศมีปัญหาสุขภาพจิต ก่อให้เกิดความพิการและสูญเสียสูงจัดเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศ ในปี 2547 โรคจิตเรื้อรังเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด คือประมาณครึ่งหนึ่งของโรคจิตเวช และมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี⁽¹⁾ จากรายงานกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2562 มีผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชจาก

หลากหลายปัญหาทั่วประเทศ รวมจำนวนทั้งสิ้น 2,840,337 คน ในส่วนของจังหวัดมหาสารคาม มีรายงานจำนวนทั้งสิ้น 30,404 คน⁽²⁾ และผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลมหาสารคาม 3 ปีซ้อนหลังพบว่าสถิติผู้มารับบริการด้วยโรคจิตเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2560-2562 มีจำนวน 4,208 / 4,476 และ 4,562 รายตามลำดับ⁽³⁾

ผลกระทบของโรคจิตเรื้อรังมิใช่ส่งผลกระทบต่อเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น รวมไปถึงญาติ ผู้ดูแลและบุคคลในสังคม ที่ผู้ดูแลจะดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลจะต้องมีการรับรู้พลังของตนเอง ซึ่งพลังของบุคคลเป็นคุณลักษณะสำคัญที่

แสดงถึงความสามารถในการควบคุมและจัดการ หรือความสามารถที่มีอิทธิพลต่อบุคคลอื่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเขาได้ เมื่อบุคคลรู้สึกมีพลัง จะทำให้มองเห็นความสามารถในตนเองเพิ่มขึ้น นั่นคือ การรับรู้พลังในตนเอง⁽⁴⁾ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านความสามารถที่จะควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ 2) ด้านความพึงพอใจในความสามารถของตนในการจัดการกับอาการของโรค 3) ด้านการพัฒนาตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ และ 4) ด้านการมีเป้าหมายในชีวิต

โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นสถานบริการหลักที่รองรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวช ให้บริการตรวจวินิจฉัย รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม จัดบริการครอบคลุมการดูแลแบบผู้ป่วยนอก ควบคุมดูแลอาการวิกฤตจิตเวชก่อนส่งต่อโรงพยาบาลเฉพาะทาง ให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชน นอกจากนั้นยังมีการดูแลผู้ป่วยในที่มีอาการทางจิตเกิดขึ้นในระหว่างรักษาอาการทางกาย โดยผู้ป่วยในดังกล่าวจะฝากไว้ในหอผู้ป่วยตามประเภทปัญหาการเข้ามานอนรักษาในโรงพยาบาล โดยมีจิตแพทย์ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยในทุกวันทำการ บริการตรวจวินิจฉัยประเมินอาการทางจิตโดยนักจิตวิทยา มีการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ป่วยและญาติ เมื่อเปรียบเทียบกับรายตำบลพบว่า ตำบลโคกก่อ เป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังมากเป็นอันดับ 1 ของอำเภอเมืองมหาสารคามในปี 2562

มีจำนวน 69 คน และหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังมากที่สุดคือ บ้านหนองหิน มีจำนวน 30 คน⁽³⁾ และเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ช่วงกลางวัน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลปัญหาเบื้องต้นพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังที่พบทั้งหมด มีอาการกำเริบซ้ำมากกว่า 2 ครั้ง ภายใน 2 ปี มีความผิดปกติด้านพฤติกรรม และอารมณ์แสดงความก้าวร้าวเอาแต่ใจกับคนในครอบครัวและชุมชน การดูแลตนเองในชีวิตประจำวันลดลง ไม่สนใจว่าตนเองเป็นภาระต่อผู้ดูแล ปฏิเสธการเจ็บป่วย ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ไม่ยอมรับประทานยา บางรายปรับลดยาเอง ญาติและผู้ดูแลเกิดความกังวลและเบื่อหน่ายท้อแท้ใจ ไม่มีเวลาที่จะดูแลผู้ป่วย ชุมชนเกิดความกลัว และรู้สึกไม่ปลอดภัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงและการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า มีการศึกษาหลายเรื่องด้วยกัน เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเมืองปาน จังหวัดลำปาง พบว่าหลังจากพยาบาลให้การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลรับรู้และตระหนักถึงความสามารถแห่งตนเกิดความรู้สึกมั่นใจและสามารถตัดสินใจเลือกการปฏิบัติที่เหมาะสม และรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเองมากขึ้น⁽⁴⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้าง

พลังอำนาจแบบกลุ่มต่อการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลสวนปรุง⁽⁹⁾ พบว่า การให้ผู้ดูแล
สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเกี่ยวกับ
ประเด็นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา
ช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลัง
อำนาจในการควบคุมตนเอง คิดว่าตนเอง
มีส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น
ทำให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความเข้มแข็ง
และพลังอำนาจของตนเอง Gibson⁽⁴⁾ ได้
สรุปกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ
ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพ
การณ์จริง โดยการพยายามให้บุคคล
ยอมรับเหตุการณ์และสภาพที่เกิดขึ้นกับ
ตนเองตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อให้มีการ
สะท้อนคิดถึงภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย
ของตนเอง ขั้นตอนที่ 2 เป็นการสะท้อนคิด
อย่างมีวิจารณญาณ คือ การพยายาม
ทบทวนสถานการณ์อย่างรอบคอบ มีการ
ประเมินตนเองและคิดถึงสถานการณ์อย่าง
มีวิจารณญาณ ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจ
เลือกวิธี จัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม
ขั้นตอนที่ 3 เป็นการตัดสินใจเลือกวิธี
ปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง โดย
มีการเรียนรู้จากตัวอย่างผู้ที่มีการดูแล
สุขภาพตนเองได้ดี เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วย
ประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง และ
ขั้นตอนที่ 4 เป็นการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ
อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การเสริมสร้าง
พลังให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง เป็นการ
เพิ่มความสามารถและศักยภาพให้ผู้ดูแล
มีวิธีการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของ

ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
อย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของ
โปรแกรมการเสริมสร้างพลังของผู้ดูแลใน
การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน เพื่อ
พัฒนาแนวทางการเสริมสร้างพลังที่
สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการ และผู้ดูแล
สามารถใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ให้การ
ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับ
ปัญหาที่พบ หากได้ผลดีจะได้นำโปรแกรม
ดังกล่าวไปขยายผลในพื้นที่ใกล้เคียงต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้พลัง
ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน ก่อน
และหลังการ เข้าร่วมโปรแกรมการเสริม
สร้างพลังในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังใน
ชุมชน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่ง
ทดลอง (Quasi-experimental research)
ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง (one group
pretest-posttest design)

ผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วย
ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่าเป็น
โรคจิตเรื้อรัง ยึดหลักการจำแนกความผิด
ปกติตาม International Classification of
Diseases 10 (ICD-10) ซึ่งมีความผิดปกติ
ทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม
และได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลจิตเวช
หรือตรวจวินิจฉัยและรักษาโดยจิตแพทย์
ของโรงพยาบาลมหาสารคาม เจ็บป่วย

เรื้อรังเป็นระยะเวลา 2 ปีขึ้นไป และมี การดูแลต่อเนื่องในชุมชนทั้งเพศหญิง และเพศชาย อาศัยอยู่ในเขตบ้านหนองหิน ตำบลโคกก่อ อำเภอมือง จังหวัด มหาสารคาม

ประชากร ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง ในตำบลโคกก่อ ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และ พยาผู้ป่วยมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่ คลินิกสุขภาพจิต และยาเสพติด โรงพยาบาล มหาสารคาม จำนวน 69 คน (ข้อมูลจาก เวชระเบียน)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วย โรคจิตเรื้อรัง ในบ้านหนองหิน ตำบลโคกก่อ เพียงคนเดียวคนที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่ คลินิกสุขภาพจิต และยาเสพติดโรงพยาบาล มหาสารคาม ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือน มกราคม 2560 ถึง เดือนธันวาคม 2562 โดย วิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 30 คน เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลโดยตรงที่อาศัยอยู่ร่วมกับ ผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิต ประจำวัน โดยไม่ได้รับผลตอบแทนเป็น ค่าจ้างหรือรางวัลใดๆ เป็นเวลามากกว่า 2 ปี 2) มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี ทั้งชาย และหญิง 3) มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัด มหาสารคาม 4) ยินดีให้ความร่วมมือและ สัมภาษณ์เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง 5) การ รับรู้พลังของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเรื้อรังมีค่าคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ถึงปานกลาง 6) สามารถสื่อสารได้ปกติ เกณฑ์การคัดออก 1) บอกเลิกการเข้าร่วม ในการวิจัย 2) เข้าร่วมกิจกรรมขณะทำวิจัย น้อยกว่า 80% **ระยะเวลาในการดำเนิน การวิจัยเดือนมกราคม - มิถุนายน 2563**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการ ทดลองและเครื่องมือวัดผล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังในผู้ดูแลผู้ป่วย โรคจิตเรื้อรังในชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดย ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของ Gibson⁽⁴⁾ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และสร้างแรงจูงใจ เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัด เพิ่มเติมเพื่อเตรียมความพร้อมและสร้าง ความคุ้นเคยของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าสู่ กระบวนการเสริมสร้างพลัง

กิจกรรมที่ 2 การค้นพบสภาพ การณ์จริงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง โดยการพยายามให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์ และสภาพที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสภาพที่ เป็นจริง

กิจกรรมที่ 3 การสะท้อนคิดอย่างมี วิจาร์ณญาณ เป็นการเสริมสร้างความ สามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังโดย การพยายามทบทวนสถานการณ์อย่าง รอบคอบ มีการประเมินตนเองและคิดถึง สถานการณ์อย่างมีวิจาร์ณญาณ ซึ่งจะนำ ไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธี จัดการปัญหาได้ อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การตัดสินใจเลือก วิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง โดยมีการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจในการ ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วย ประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 5 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการเสริมสร้างความมั่นคงและต่อเนื่องของการปฏิบัติ

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) และโครงสร้าง (construct validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชนและทำงานมากกว่า 15 ปี 1 ท่าน หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ทดลองทำกิจกรรมกลุ่มละประมาณ 3 - 5 คนต่อกิจกรรมแต่ละครั้ง จนครบทั้ง 5 กิจกรรม หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงอีกครั้งตามปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทดลองใช้โปรแกรมและนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือวัดผล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสอบถามปลายเปิดหรือแบบสอบถามให้เลือกตอบ จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยและความต้องการการช่วยเหลือ

2.2 แบบประเมินการรับรู้พลังของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างมาจากการงานของ อุลิศ สมบัติแก้ว และคณะ⁽⁵⁾ และของสุนทร ยนต์ตระกูล และคณะ⁽⁶⁾ ซึ่งพัฒนาโดยใช้แนวคิดของ Gibson โดยนำมาปรับเนื้อหาบางส่วนให้สอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ แบ่งเป็น 4 ด้าน แต่ละด้านประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ รวมทั้งหมด จำนวน 40 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติมีค่าคะแนนเท่ากับ 0 ปฏิบัติบางครั้งมีค่าคะแนนเท่ากับ 1 ปฏิบัติบ่อยครั้งมีค่าคะแนนเท่ากับ 2 ปฏิบัติทุกครั้งมีค่าคะแนนเท่ากับ 3 แปลผลโดยใช้เกณฑ์ของ Bloom⁽⁷⁾ ดังนี้ การรับรู้พลังตนเองอยู่ในระดับมาก หมายถึง มีเกณฑ์คะแนนตั้งแต่ 80 % ขึ้นไปการรับรู้พลังตนเองอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง มีเกณฑ์คะแนนตั้งแต่ 60 - 79% การรับรู้พลังตนเองอยู่ในระดับน้อย หมายถึง มีเกณฑ์คะแนนน้อยกว่า 60% ลงมา หากพิจารณาจากช่วงคะแนนระหว่าง 0 - 120 คะแนน การแปลผลคะแนนถือตามเกณฑ์ ดังนี้ การรับรู้พลังตนเองระดับมาก หมายถึง คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 96 คะแนนขึ้นไปการรับรู้พลังตนเองระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 72 - 96 คะแนน การรับรู้พลังตนเองระดับน้อย หมายถึง คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 72 คะแนนผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินการรับรู้พลังของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรง

คุณวุฒิทางด้านจิตเวช 3 ท่าน และนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยวิธีของ ครอนบาค แอลฟา (Cronbach's alpha reliability) เท่ากับ 0.92

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่โครงการวิจัย MSKH_REC 63-01-017 ลงวันที่ 13 มีนาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยนำเสนอในรูปแบบตารางแจกแจงความถี่ บรรยายด้วยสถิติร้อยละ ข้อมูลการประเมินการรับรู้พลังของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการรับรู้พลังของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง ก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังรายด้าน วิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบ pair t-test

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสังเกตขณะทำกลุ่มและการติดตามเยี่ยมบ้านภายหลังการทดลอง ข้อมูลที่ได้ในแต่ละวัน หลังจากการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้วนำมาแยกหมวดหมู่ ตามประเด็นปัญหาความหมายที่ซ่อนอยู่ พร้อมทั้งยกตัวอย่างคำพูดของกลุ่มตัวอย่างประกอบ จากนั้นทำการตีความหมายจากข้อมูลที่ได้ ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทั้งหมดนั้นเป็นการวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล เพื่อสรุปข้อมูลความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นที่ศึกษา

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 30 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยฯ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 41 – 50 ปี (53.33%) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (100%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และอาชีวศึกษา (14%) สถานะสมรสแล้ว (63.33%) มีอาชีพเกษตรกร (70.00%) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,000 – 10,000 บาท (63.33%) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย 6 – 10 ปี (43.33%) และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นญาติสนิท (พี่ น้อง ลุง ป้า น้า อา) จำนวน 12 คน (40.00%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพอาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=30)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	11	36.66
หญิง	19	63.34
2. อายุ		
31 - 40 ปี	3	10.00
41 - 50 ปี	16	53.33
51 - 60 ปี	11	36.67
3. ศาสนา		
พุทธ	30	100
4. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	14	46.66
มัธยมศึกษา	14	46.66
อาชีวศึกษาหรือปริญญาตรี	2	6.68
5. สถานภาพการสมรส		
โสด	4	13.33
สมรส	19	63.33
หย่า / แยก / ร้าง	7	23.34
6. อาชีพ		
รับจ้าง	6	20.00
เกษตรกร	21	70.00
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	3	10.00
7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว		
น้อยกว่า 5,000	2	6.66
5,000 - 10,000	19	63.33
10,001 - 20,000	7	23.33
20,001 - 30,000	2	6.68

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=30)	ร้อยละ
8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย		
2 - 5 ปี	5	16.67
6 - 10 ปี	13	43.33
10 - 15 ปี	6	20.00
มากกว่า 15 ปี	6	20.00
9. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา - มารดา	5	16.67
บุตร	4	13.33
สามี - ภรรยา	5	16.67
ญาติสนิท (พี่ น้อง ลุง ป้า น้า อา)	12	40.00
อาสาสมัครสาธารณสุขสาขาจิตเวช	4	13.33

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชนทั้ง 30 คน พบว่า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย 1. การรับประทานยา ได้แก่ การจัดยาให้ผู้ป่วยทานเอง การให้ทานต่อหน้าและตรวจสอบว่าทานจริงหรือไม่ 2. การดูแลกิจวัตรประจำวัน กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และช่วยเหลือกรณีที่ไม่สามารถทำได้ เช่น การสระผม และดูแลความสะอาดของเสื้อผ้า เครื่องใช้ การตัดเล็บ ตัดผม เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีการควบคุมกรณีผู้ป่วยมีอาการย่ำคิดย่ำทำ เช่น อาบน้ำบ่อยเกินไปหรือทานอาหารทั้งวัน ซึ่งผู้ดูแลจะพูดอธิบายในพฤติกรรมนั้นๆ และพยายามให้ผู้ผู้ป่วยยอมรับว่าตนได้กระทำสิ่งนั้นไปแล้วจริงไม่จำเป็นต้องทำซ้ำบ่อยๆ 3. การสังเกตและให้การช่วยเหลือเมื่อมีอาการกำเริบ เช่น หงุดหงิดก้าวร้าว อารมณ์แปรปรวนง่าย ซึมเศร้า หรือคลุ้มคลั่ง

อาละวาด 4. การส่งเสริมสุขภาพกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย การสร้างความรักในครอบครัวป้องกันปัญหากระทบด้านจิตใจ ให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยๆ มีดังนี้ 1. ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยไม่ทานยาต่อเนื่องหยุดยาเอง ปฏิเสธการรักษา โดยบอกว่าตนไม่เป็นอะไร 2. การดื่มสุราในครอบครัวและชุมชน ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือหลายด้าน ดังนี้ 1. ต้องการให้โรงพยาบาลจัดยาให้เร็วขึ้น มีช่องทางด่วน และซักประวัติให้เร็วขึ้น 2. ต้องการรถพาไปโรงพยาบาลเมื่อมีอาการกำเริบ จุกเงิน 3. ต้องการให้รพ.สต. จัดกิจกรรมพบปะหรือทำกลุ่มเป็นประจำ 4. เวลามีอาการกำเริบต้องการให้เจ้าหน้าที่รพ.สต. อบต. อสม. แกนนำมาช่วยทันที นอกจากนี้ ยังมีข้อคิดเห็นอื่นๆ อยากให้มีการตั้งทีมที่ปรึกษาผู้ป่วยโรคจิต

เรื่อรังในชุมชน ควรประกอบด้วย รพ.สต. อสม.จิตเวช อบต. และแกนนำชุมชน และควรมีทุกหมู่บ้าน และการเชื่อมโยง ระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น ผู้รับแจ้ง

เหตุ และอยากได้รับการช่วยเหลือเรื่อง ค่าใช้จ่ายเมื่อต้องควบคุมตัวผู้ป่วยไป โรงพยาบาล

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังใน ชุมชนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง

การรับรู้พลังของผู้ดูแล	N=30				t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
		SD		SD		
1. ด้านการแสวงหาความรู้ ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต เรื้อรังในชุมชน	14.80	2.88	19.86	2.94	19.64	0.000*
2. ด้านความสามารถในการ ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง ในชุมชน	15.26	2.62	20.40	2.49	25.42	0.000*
3. ด้านความพึงพอใจในความ สามารถของตนในการดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน	17.53	2.04	22.56	2.19	18.70	0.000*
4. ด้านการสร้างการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการร่วมดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน	16.30	1.91	20.73	1.87	18.61	0.000*
รวม	63.90	6.18	83.56	6.55	32.39	0.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง 5 ครั้ง ค่าเฉลี่ยของการรับรู้พลังของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน ทั้ง 4 ด้าน เพิ่มขึ้น โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมก่อนการ

เข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 63.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.18 การรับรู้พลังตนเองระดับน้อยเนื่องจากคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 72 คะแนนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 83.56 ส่วนเบี่ยง

เบนมาตรฐานเท่ากับ 6.55 การรับรู้พลังตนเองระดับปานกลางเนื่องจากคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 72 - 96 คะแนน ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง 5 ครั้ง พบว่าเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน ระดับคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Gibson⁽⁴⁾ ได้สรุปกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง โดยการพยายามให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อให้มีการสะท้อนคิดถึงภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเอง ขั้นตอนที่ 2 เป็นการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ คือ การพยายามทบทวนสถานการณ์อย่างรอบคอบ มีการประเมินตนเองและคิดถึงสถานการณ์อย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธี จัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม ขั้นตอนที่ 3 เป็นการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง โดยมีการเรียนรู้จากตัวอย่างผู้ที่มีการดูแลสุขภาพ

ตนเองได้ดี เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง และขั้นตอนที่ 4 เป็นการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การเสริมสร้างพลังให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง เป็นการเพิ่มความสามารถและศักยภาพให้ผู้ดูแล มีวิธีการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษานี้พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

ขั้นที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจ เป็นขั้นตอนแรกที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดการยอมรับและไว้วางใจกับผู้นำกลุ่ม การสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ มีพลังเป็นแรงเสริมที่สำคัญในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีและมีความมั่นคงตลอดไป⁽⁴⁾ นอกจากนี้ แรงจูงใจ ทำให้แต่ละบุคคลสามารถจัดการปัญหาต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยเสริมพลังอำนาจส่งผลต่อการรับรู้พลังอำนาจดีขึ้น⁽⁸⁾

ขั้นที่ 2 การค้นพบสถานการณ์จริง ในขั้นตอนนี้ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการทบทวนวิเคราะห์สภาพการณ์จริงเกี่ยวกับตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง เกิดการยอมรับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสภาพที่เป็นจริงทำให้เกิดการตอบสนองด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญาการรับรู้พฤติกรรม และยังเป็นการสร้างความเข้าใจ

เกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรมความรุนแรง อาการ สาเหตุ การรักษาที่ได้รับ ตลอดจน อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยา⁴ พบว่า ผู้ดูแลมีประสบการณ์ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมานานกว่า 1 ปี ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการใช้ทักษะการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงได้ดี และมีการยอมรับในพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยมากขึ้นดังเช่น คำกล่าวของผู้ดูแลจากการเข้าร่วมโปรแกรม “มีความหวังที่ผู้ป่วยจะดีขึ้น แม้ไม่หายขาดก็ตาม” “ยอมรับและเข้าใจอาการของผู้ป่วยได้ และพาผู้ป่วยมารักษา” “ให้อภัยในพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไม่ตอกย้ำผู้ป่วย” “ให้กำลังใจ ตัวเองตลอดมาและให้กำลังใจคนรอบข้าง” “การให้ข้อมูลแก่เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ ชุมชน เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วย” ประสบการณ์ของบุคคลมีผลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประสบการณ์เหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ทั้งทางตรงและทางอ้อม การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลจนเกิดความเข้าใจและการยอมรับ ช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁴⁾ จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย 6 – 10 ปี จำนวน 13 คน (43.33%) รองลงมา 10 – 15 ปี และมากกว่า 15 ปี จำนวน 6 คน (20%) ถือว่ามีประสบการณ์ที่นานพอสมควร อาจทำให้ผู้ดูแลยอมรับ และเข้าใจกับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังบางแล้วแต่การรับรู้พลังตนเองยังอยู่ในระดับน้อย หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ 5 สัปดาห์ ทำให้

การรับรู้พลังตนเองมากขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการรับรู้พลังตนเอง

ขั้นที่ 3 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทำให้ผู้ดูแลสามารถค้นพบปัญหาตามสถานการณ์จริง สามารถวิเคราะห์ปัญหา ประเมิน และวินิจฉัยวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่างๆ จนเกิดความเข้าใจมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลได้พัฒนาดตนเองและนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น กล่าวคือ การที่ผู้ดูแลมีความรู้หรือการได้รับข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง ทำให้ผู้ดูแลปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบเป็นความคิดที่จะพยายามดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม นำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธี จัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม เสริมสร้างความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแล มีการรับรู้พลังอำนาจด้านการแสวงหาความรู้ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 14.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.88 หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.94 ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและรู้ถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ รู้ถึงวิธีการที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วย ช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเครียดทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถและให้ความร่วมมือได้เป็นอย่างดี ส่วนผู้ดูแลเองได้มีการ ฝึกทักษะของตนเอง ในการทำความเข้าใจสถานการณ์ปัญหา

การแสวงหาทางเลือก การพินิจพิจารณาอย่างมีวิจรรย์ญาณ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Gibson CH⁽⁴⁾ ที่กล่าวว่าการสะท้อนคิดอย่างมีวิจรรย์ญาณเป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบเพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม การฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพินิจพิจารณาอย่างมีวิจรรย์ญาณเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาคำรู้สึก มีพลังอำนาจในการควบคุมตนเองทำให้คิดได้ว่าจากเดิมที่คิดว่าตนไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ก็เกิดความคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างตนไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่ได้กระทำเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

ขั้นที่ 4 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและสอดคล้องกับเป้าหมาย คือลดพฤติกรรมรุนแรงจากการกำเริบซ้ำของโรคสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ยอมรับประทานยา การปฏิเสธการรักษา ดังนั้นการเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมควรพิจารณาดังนี้ 1) เป็นวิธีช่วยผู้ป่วยที่สอดคล้องกับการดูแลที่ถูกต้องตามคำแนะนำจากทีมบุคลากรสาธารณสุข 2) ผู้ป่วยได้รับความเข้าใจและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม 3) ได้รับการยอมรับจากบุคลากรสาธารณสุข และ 4) เป็นวิธีการที่สร้างการยอมรับและสามารถเปิดกว้างในการที่บุคคลอื่นจะนำไปใช้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ การศึกษาของ วริศรา ใจคำปัน และคณะ⁽⁹⁾ พบว่า ผู้ดูแลมีความ

ตั้งใจและอยากมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยพยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังและนำประสบการณ์เดิมมาคิดวิเคราะห์และพิจารณาก่อนเลือกวิธีการปฏิบัติต่างๆ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการตัดสินใจในการเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมมาปฏิบัติต่อไปและพยายามจะทำสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วย เช่น การนำปัญหาของผู้ป่วยมาปรึกษากับทีมบุคลากรสาธารณสุข หากได้รับการยอมรับ ได้คำแนะนำ ผู้ดูแลจะรู้สึกมีพลังอำนาจเพิ่มขึ้น⁷ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะมีวิธีการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทด้วยการพูดคุยให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลงแต่เมื่อให้การพูดคุยแล้วไม่ได้ผล ผู้ดูแลอาจลงไปถึงวิธีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ซึ่งการตัดสินใจดังกล่าวอาจเป็นวิธีช่วยผู้ป่วยได้ และอาจตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยบ้าง แต่ไม่มั่นใจว่าจะลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้หรือไม่แต่คิดว่าจะพยายามทำสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วย การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมีการเผชิญหน้าเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง⁽¹⁰⁾ หลังจากผ่านทั้งสองขั้นตอนดังกล่าวข้างต้นในขั้นตอนนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุดซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธีการขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหามองบุคคล ซึ่งอาจจะมีความแตกต่างกัน

ขั้นที่ 5 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ดูแลนำวิธีที่เลือกใช้ไปดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน แล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ ได้รับกำลังใจจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้ดูแลก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถ และคงไว้ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังอย่างเหมาะสมต่อไป ซึ่งในการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้ ได้ใช้กระบวนการกลุ่มเข้ามาช่วย ผู้ดูแลได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังที่ทำแล้วสำเร็จได้ผลดี อาทิ วิธีการที่ดูแลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา รับประทานยาต่อเนื่อง ไม่เป็นภาระครอบครัว ไม่สร้างความเดือดร้อนแก่ครอบครัวและชุมชน อีกทั้ง ยังมีการเสริมแรง ชื่นชม ให้กำลังใจจากผู้ดูแลด้วยกัน และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งการใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นการช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยว หรือถูกทอดทิ้ง และรู้สึกตระหนักในคุณค่า ของตนเอง ไม่รู้สึกถึงความแปลกแยกจากสังคม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งมีพลังที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น กล่าวคือ เมื่อผู้ดูแลมีพลังอำนาจเพิ่มขึ้น จากการชื่นชมถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังได้ดี ผู้ดูแลจะคงไว้ซึ่งวิธีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงแบบเดิม

เมื่อผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชนทั้ง 5 ขั้นตอน จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังได้ โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองของผู้ดูแล จะทำให้ผู้ดูแลได้ทบทวนความรู้สึก

ของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง เข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม เข้าใจอาการและอาการแสดง การรักษา รวมทั้ง การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นได้ หรือสังเกตอาการนำของการกลับเป็นซ้ำได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการตระหนักรู้ในตนเอง ยอมรับกับพฤติกรรมและอาการทางจิต และยอมรับที่จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย และมีการเรียนรู้ถึงการปฏิบัติที่จะดูแลผู้ป่วยจากการนำประสบการณ์เดิมที่เคยดูแลผู้ป่วยผสมผสานกับความรู้ใหม่ๆ ที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์พยาบาล หรือจากผู้มีประสบการณ์เพื่อให้ได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วย และควบคุมสถานการณ์รุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้น และพยายามที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน โดยการแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัยจากบุคลากรสาธารณสุข หรือจากผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายๆ กัน และเมื่อผู้ดูแลนำวิธีที่เลือกใช้ไปดูแลผู้ป่วยแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ ผู้ดูแลก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ และคงไว้ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังได้ต่อไป

สรุป

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังสามารถเพิ่มการรับรู้พลังอำนาจทั้ง 4 ด้านประกอบด้วย

1. ด้านการแสวงหาความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน
2. ด้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน
3. ด้านความพึงพอใจในความสามารถของตนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน
4. ด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน โดยการทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัว ชุมชนและบุคลากรด้านการแพทย์

ข้อเสนอแนะต่อการนำไปใช้และการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม มีทักษะในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้เป็นอย่างดี และปรับรูปแบบการดำเนินกิจกรรมได้ตามความเหมาะสมกับความต้องการและศักยภาพของผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรส่งเสริมให้บุคลากรนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน บูรณาการเป็น

ส่วนหนึ่งของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังที่บ้านหรือในชุมชน โดยเน้นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อร่วมดำเนินงานในทุกภาคส่วน ซึ่งจะสามารถป้องกันความรุนแรงจากการกำเริบซ้ำของอาการทางจิต และสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ลดความเครียดของครอบครัวและชุมชน รวมถึงขยายผลการใช้โปรแกรม และทำการประเมินผลการใช้โปรแกรม เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงโปรแกรมให้มีความเป็นปัจจุบัน

3. ควรมีการเชื่อมโยงระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการรุนแรงก้าวร้าวอย่างมีประสิทธิภาพ โดยสร้างความร่วมมือกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิการแพทย์ฉุกเฉิน ตำรวจ อบต. รวมถึงจัดระบบทางด่วนในการรับยาจิตเวชอย่างเหมาะสม และสร้างความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังที่อาการสงบแล้ว ให้ได้รับโอกาสในการประกอบอาชีพในชุมชน และมีรายได้ให้กลับมาช่วยเหลือครอบครัวและชุมชนได้ในโอกาสต่อไป

4. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและมีการติดตามผลโปรแกรมในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปีหลังการทดลอง เพื่อดูความคงอยู่ของพฤติกรรม

5. ควรมีการทำวิจัยในรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน (PAR)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์พญ. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ ตำแหน่ง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ/ผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต อาจารย์ นิตยา ฤทธิ์ศรี หัวหน้างานการพยาบาล ชุมชนในการบำบัดรักษายาเสพติด โรงพยาบาลมหาสารคาม อาจารย์ที่ปรึกษา โครงการวิจัยที่ได้ให้คำแนะนำ แนวคิด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ มาโดยตลอด ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคามทั้ง 3 ท่าน ช่วย

พิจารณาเครื่องมือวิจัย เจ้าหน้าที่กลุ่มงาน สุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาล มหาสารคามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล นางอรอนงค์ ดีแดง พยาบาล วิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกก่อช่วยประสานงานกับกลุ่ม ตัวอย่าง และเข้าร่วมเป็นวิทยากรโครงการ วิจัยนี้ และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความ ร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและ ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัย ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์. การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. ขอนแก่น :โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2547.
2. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2562. [อินเทอร์เน็ต] 2562. [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/>
3. กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม. สรุปผลการดำเนินงานกลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช ปี 2562. มหาสารคาม: โรงพยาบาลมหาสารคาม; 2562.
4. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. J Adv Nurs 1995; 21:1201-10.
5. อุลิส สมบัติแก้ว, ปลดดา เหมโลหะ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2559;36:93-103.
6. สุนทร ยนต์ตระกูล, อัญชลี ประคำทอง, นิตยา ฤทธิ์ศรี, พิกุล ไชยคำภา, ศุภลักษณ์ จันทาญ. รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับเทคนิคเอไอซี ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน กรณีศึกษา:ตำบลโคกก่อ อำเภอมือเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2557;23:413-19.
7. Bloom BS. Taxonomy of education objective: Handbook I: Cognitive domain. New York: David MCI; 1968.

8. Miller JF. Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness.2nd ed. Philadelphia: F.A.Davis company; 1992.

9. วริศรา ใจคำปัน. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลใน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.

10. อรสา วัฒนศิริ, เสาวภา ศรีภูสิตโต. การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนืองผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารกองพยาบาล 2556; 40:67-83.

.....