

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

The Outcome of Supporting Program for Caregivers of Schizophrenia Patients

กษดา เสือสา¹ นราเขต ยิ้มสุข²

Kitsada Sueasa, Narakate Yimsook

บทคัดย่อ (Abstract)

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อศึกษาระดับพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2) เพื่อเปรียบเทียบพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รับบริการที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ อายุตั้งแต่ 35-60 ปี ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจงได้จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดพลังอำนาจ และโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired Sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) ระดับพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ด้านพัฒนาตนเอง (ค่าเฉลี่ย 3.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.610) ด้านความสามารถในการควบคุมและจัดการทรัพยากร (ค่าเฉลี่ย 2.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.374) ด้านความรู้สึกพึงพอใจ (ค่าเฉลี่ย 3.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.401) และด้านการมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต (ค่าเฉลี่ย 3.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.663) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้านพัฒนาตนเอง (ค่าเฉลี่ย 4.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.609) ด้านความสามารถในการควบคุมและจัดการทรัพยากร (ค่าเฉลี่ย 3.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.490) ด้านความรู้สึกพึงพอใจ (ค่าเฉลี่ย 3.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.644) และด้านการมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต (ค่าเฉลี่ย 4.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.463) 2) เมื่อเปรียบเทียบพลังอำนาจก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าร่วม (ค่าเฉลี่ย 3.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.389) และหลังเข้าร่วม (ค่าเฉลี่ย 4.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.473) แสดงว่าภายหลังเข้าร่วมมีพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าร่วม ค่า $t = 4.018$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ ควรทำการศึกษาพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นๆ เพื่อทราบถึงพลังอำนาจของผู้ดูแล และนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้

คำสำคัญ (Keywords): พลังอำนาจ; ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท; โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

Received: 2024-03-12 Revised: 2024-04-11 Accepted: 2024-04-13

¹ ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ สังกัดคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ Department of Social Work, Faculty of Social Administration, Thammasat University, Thailand. E-mail: Viewsonic100@windowslive.com

² อาจารย์ประจำคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ Lecturer of Social Administration, Thammasat University, Thailand. E-mail: arm_conser@hotmail.com

Abstract

This research has two main objectives: (1) to study the level of empowerment in the caregivers of Schizophrenia patients and (2) to compare the level of empowerment in the caregivers before and after participating in the empowerment program. The subjects in this study were the caregivers of patients receiving treatments at Galya Rajanagarindra Institute. These caregivers were of the ages between 35 and 60 years old. By purposive sampling, ten caregivers were selected and given an empowerment program and questionnaires that gathered general information along with an empowerment evaluation. To an analysis of the results from these questionnaires, descriptive statistics (including percentage, mean, and standard deviation or S.D.) and paired sample t-test were used.

Results showed that before participating in the empowerment program these caregivers had the following scores in four different empowerment aspects: personal development (mean 3.40 and S.D. 0.610), resource control and management ability (mean 2.83 and S.D. 0.374), satisfaction level (mean 3.50 and S.D. 0.401), and life goals and meaning (mean 3.74 and S.D. 0.663). After the program, the scores were as follows: personal development (mean 4.17 and S.D. 0.609), resource control and management ability (mean 3.61 and S.D. 0.490), satisfaction level (mean 3.90 and S.D. 0.644), and life goals and meaning (mean 4.28 and S.D. 0.463). A comparison of overall empowerment scores before (mean 3.37 and S.D. 0.389) vs after (mean 4.00 and S.D. 0.473) participating in the empowerment program showed a significant statistical difference ($t = 4.018$ and $p < 0.05$).

Given the benefits and values of empowerment program to caregivers, this study recommended that there should be more research done on empowerment in the caregivers of the patients of other types of mental disorders to evaluate their empowerment levels and promote wider adoption of empowerment programs.

Keywords: empowerment; Schizophrenia caregivers; empowerment program

บทนำ (Introduction)

การเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลอย่างมาก เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความแปรปรวนของพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ และสภาพจิตใจ มีผลทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดำเนินชีวิตที่สมบูรณ์และไม่สามารถปฏิบัติตามที่สังคมคาดหวังได้ มีความสนใจในตัวเองและสิ่งแวดล้อมน้อยลง จึงทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นและเป็นปัญหาของสังคม (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541, อ้างถึงใน สมคิด ตริราภิ, 2545: 1) โรคจิตเวชเป็นโรคที่เรื้อรัง ถึงแม้จะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่แล้วมีเพียงส่วนน้อยที่สามารถรักษาให้หายขาด ส่วนใหญ่ยังมีความพิการทางจิตหลงเหลืออยู่และขาดความสามารถที่จะประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้เต็มที่ จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและเมื่อมีอาการผิดปกติทางจิตเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอยู่เสมอ มีแนวโน้มว่าผู้ป่วยจิตเวชจะเพิ่มมากขึ้น (ภุมมาภิชาติ แสงเขียว, 2542, อ้างถึงใน สมคิด ตริราภิ, 2545: 1) โรคจิตเภทเป็นโรค

เรื้อรัง อาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปจนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การดูแล สุขอนามัยของตนเอง และความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก เมื่อเป็นโรคนี้อันแล้วมักไม่หายเป็นปกติ เหมือนเดิม (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542: 368) อาการของโรคจิตเภทสามารถ แสดงออกได้หลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็นอาการด้านบวกหรือด้านลบ ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ความผิดปกติของคำพูด ความผิดปกติของพฤติกรรม และอาการทางลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย หรือไม่พูด ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด และแยกตัวออกจากสังคม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553 อ้างถึง ใน สุธิสา ดีเพชร, 2556)

การดูแลและอาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยทางจิตเภท อาจส่งผลกระทบต่างๆ แก่ครอบครัว เพราะ อาการเจ็บป่วยทางจิตเป็นอาการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง รักษาไม่หายขาด อาจจะมีบางครั้งที่ผู้ป่วยอาการกำเริบ อาจเกิดขึ้นในบ้านหรือนอกบ้าน ผลกระทบดังกล่าวอาจเกิดขึ้นกับรายบุคคลหรือกับทุกคนในครอบครัว เช่น การถูกผู้ป่วยทำร้ายทางวาจาหรือทางร่างกายจากผู้ป่วย การมีเวลาส่วนตัวน้อยลง เนื่องจากต้องดูแล ผู้ป่วยมากกว่าผู้ป่วยโรคอื่นๆ การมีสังคมน้อยลง ไม่ค่อยได้พบปะสังสรรค์กับเพื่อนๆ เท่าที่ควร การได้พักผ่อน น้อยลง การเกิดความรู้สึกต่างๆ จากการอยู่ร่วมกัน เช่น การอับอายเพราะบางพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ แสดงออกต่อสังคม เป็นต้น การใช้จ่ายอาจจะเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากต้องใช้จ่ายค่ายารักษา ค่าเดินทางไปพบ แพทย์ของผู้ป่วย จากสาเหตุต่างๆ ที่กล่าวมานั้น ส่งผลต่อครอบครัวของผู้ป่วยโดยตรง จนบางครั้งอาจเกิด ความรู้สึกท้อแท้ เหนื่อยหน่าย เอือมระอา ไม่อยากดูแลหรืออยู่ร่วมกับผู้ป่วย และหากครอบครัวขาดพลัง อำนาจ ความตระหนักในศักยภาพของตนเองแล้ว จะไม่สามารถดึงเอาศักยภาพ ประสบการณ์ ความสามารถ และทักษะต่างๆ ที่ตนเองมีอยู่ออกมาใช้ได้อย่างเหมาะสม ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองและผู้ป่วยทางจิตได้ อย่างเหมาะสม หากครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ มีเข้าใจอาการเจ็บป่วยทางจิตมากขึ้น ก็จะสามารถ ดึงเอาความสามารถ ศักยภาพมาใช้ในการอยู่ร่วมและดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ตนเอง ผู้ป่วย ครอบครัว สังคมสามารถดำเนินชีวิตร่วมกันได้อย่างปกติสุข พร้อมทั้งลดอาการเจ็บป่วยซ้ำของผู้ป่วย

จากการทบทวนสถานการณ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทนั้น พบว่า ในจำนวนของผู้ป่วย ที่เข้ารับบริการการรักษาที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ทั้งหมด ประเภทของอาการเจ็บป่วยที่มีผู้ป่วยจำนวนมากที่สุด คือ โรคจิตเภท โรคจิตเภทไม่ได้มีผลกระทบเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น เพราะเป็นโรคที่มีอาการเจ็บป่วย เรื้อรัง ความเจ็บป่วยดังกล่าวนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภทด้วยเช่นกัน สิ่งแวดล้อมที่ ไกล่ลี้ชืดผู้ป่วยมากที่สุดคือครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติ นอกจากการรักษาภาวะของตัวโรคแล้ว ใน ด้านแง่มุมสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภทก็มีความสำคัญเช่นกัน โดยมีที่สำคัญอยู่ 5 แง่มุม คือ (มาโนช หล่อ ตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) ผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยเอง สำหรับตัวผู้ป่วยเองอาการของโรคทำให้ต้อง สูญเสียทักษะทางสังคมและหน้าที่การงานต่างๆ เช่น การต้องยุติการเรียน การออกจากงานและอาจจะต้อง พึ่งพาผู้อื่นในเรื่องด้านการเงินหรือความช่วยเหลือด้านสุขอนามัยอื่นๆ และยังพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทนี้มี อัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าคนทั่วไป 2 เท่า ส่วนใหญ่เกิดจากการฆ่าตัวตายและอุบัติเหตุ ช่วงที่มีความเสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตายมากที่สุดนั้น คือ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการมาก ผลกระทบต่อครอบครัว อาการเจ็บป่วยของ ผู้ป่วยส่งผลให้บิดา มารดา รู้สึกผิดที่เป็นต้นเหตุให้ผู้ป่วยป่วย รู้สึกผิดที่บางครั้งไม่สามารถตอบสนอง ความ ต้องการของผู้ป่วยได้ กังวลเรื่องต่างๆ เช่นค่าใช้จ่าย รายได้ที่ลดลง นอกจากนี้ยังรู้สึกอับอายกับบางพฤติกรรม ของผู้ป่วยที่แสดงออกต่อผู้อื่น การใช้สารเสพติด ผู้ป่วยโรคจิตเภทนี้มีโอกาสใช้สารเสพติดกว่าคนทั่วไป 5 เท่า ซึ่งสารเสพติดส่งผลให้อาการเจ็บป่วยแย่ลงและทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลงหรือทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความ

ร่วมมือในการรักษา อาชญากรรมและความรุนแรง บางรายที่มีอารมณ์ พฤติกรรมที่รุนแรงก้าวร้าว เมื่ออาการกำเริบอาจส่งผลกระทบต่อที่รุนแรงแก่ครอบครัวหรือผู้ดูแลจนเกิดอาชญากรรมขึ้น และความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจของสังคม ค่าใช้จ่ายทั้งที่เป็นของครอบครัวของผู้ป่วยและในระดับประเทศนั้น ทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยรวมถือว่าใช้งบที่มากพอสมควร เนื่องจากต้องใช้บริการทั้งการแพทย์ทั่วไปและทางจิตเวช จากแง่มุมที่กล่าวมานั้น จะเห็นได้ถึงผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้การรักษายังต้องใช้ระยะเวลานาน เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ประกอบกับนโยบายการให้บริการที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยที่มีอาการทุเลากลับไปอยู่กับครอบครัว ชุมชนของตนเอง ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานๆ อาจจะรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย อับอาย และหมดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากความรู้สึกดังกล่าวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นที่เกิดขึ้นนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจประเด็นของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผ่านการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจโดยผู้วิจัยได้นำเอาแนวคิดของ Gibson (1995: 1201-1210) และจากการทบทวนงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง พัฒนามาเป็นรูปแบบกิจกรรมในการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแล โดยแนวคิดของ Gibson มาประยุกต์เป็นกิจกรรมในแต่ละครั้งจะเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรื่องราว ประสบการณ์แก่กันและกัน พร้อมทั้งเป็นการทบทวนประสบการณ์ เหตุการณ์ต่างๆ ที่เป็นทั้งข้อดีและข้อที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกว่าจะไม่สบายใจ กระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเห็นถึงศักยภาพของตนเอง ดังนั้น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวมานั้น จะช่วยพัฒนาและกระตุ้นให้ผู้ดูแลสามารถดึงเอาศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ออกมาใช้ทั้งในการดำเนินชีวิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อันส่งผลดีต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย ทั้งยังช่วยลดผลกระทบจากอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาสนใจเขตพื้นที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพราะเป็นหน่วยงานที่ให้บริการทางด้านจิตเวชที่ครอบคลุมพื้นที่ 8 จังหวัด มีผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการจำนวนมาก อีกทั้งจากการศึกษาพบจำนวนผู้ใช้บริการจำนวนไม่น้อยหลังจากที่ได้รับการรักษาอาการเจ็บป่วยทางจิตดีขึ้นแล้ว จนได้รับการจำหน่ายกลับไปยังครอบครัว มีอาการทางจิตกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาซ้ำ อันสืบเนื่องมาจากนโยบายของรัฐที่มุ่งเน้นการให้ผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นกลับไปสู่สังคมเดิม หน้าที่การดูแลจึงตกไปเป็นของครอบครัว ญาติของผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องรับภาระหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในเรื่องที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย (Research Objectives)

1. เพื่อศึกษาระดับพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อเปรียบเทียบพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

สมมติฐานการวิจัย (Research Hypothesis)

1. พลังอำนาจด้านการพัฒนาตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. พลังอำนาจด้านความสามารถในการควบคุมและจัดการทรัพยากรของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม

3. พลังอำนาจด้านความรู้สึกพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม

4. พลังอำนาจด้านการการมีเป้าหมายและความหมายของชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methods)

งานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการดำเนินการวิจัย ตามรายละเอียดดังนี้

1. ขอบเขตของการวิจัย

1.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยในของ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยการศึกษาเปรียบเทียบพลังอำนาจก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมจนครบตามจำนวน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการพัฒนาตนเอง 2) ด้านความสามารถในการควบคุมและจัดการทรัพยากร 3) ด้านความรู้สึกพึงพอใจ และ 4) ด้านการมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต

1.2 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยในที่เข้ารับบริการที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยโรคจิตเภทที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 10 คน

1.3 ขอบเขตด้านพื้นที่

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรุงเทพมหานคร

1.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการระหว่าง เดือน พฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ.2566

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ดูแลและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

2.2 แบบประเมินพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยนำผลลัพธ์ของการผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และงานวิจัยของ สมคิด ตรีรากิ (2545) เป็นข้อคำถาม จำนวน 27 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการพัฒนาตนเอง ด้านความสามารถในการควบคุมและจัดการทรัพยากร ด้านความรู้สึกพึงพอใจ และด้านการมีเป้าหมายและความหมายในชีวิตโดยเป็นเชิงบวกทั้งหมด และมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามเกณฑ์ของลิเคิร์ต (Likert's Rating Scale) 5 ระดับ

2.3 โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้วิจัยได้นำเอาแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

3.1 ขั้นการเตรียมการ การตั้งคำถามการวิจัย การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสร้างเครื่องมือในการวิจัย การนำเสนอข้อมูลแก่อาจารย์

3.2 ขั้นดำเนินการ ติดต่oprสานไปยังหน่วยงานที่จะขออนุญาตและความร่วมมือในการศึกษาชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตจากหน่วยงาน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คัดผู้เข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงรายละเอียด จุดประสงค์ของการวิจัยแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

3.3 ขั้นการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 1 ชั่วโมง 40 นาที รวม 4 สัปดาห์

3.4 ขั้นวิเคราะห์และสรุปผล รวบรวมแบบประเมินของกลุ่มทดลองมาวิเคราะห์เปรียบเทียบว่ามีผลแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร จากนั้นสรุปผลและนำเสนอต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 วิเคราะห์แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพลังอำนาจของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย (Research Results)

ผลการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สรุปได้ดังนี้

1. การวิจัยนี้ศึกษากับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ท่าน จำแนกตามเพศเป็นหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 มีอายุ 56-60 ปี ร้อยละ 60 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 52.10 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส สำเร็จ การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 70 อาชีพค้าขาย/ธุรกิจร้อยละ 40 โดยมีรายได้ต่ำสุด 4,000 บาท/เดือน สูงสุด 50,000 บาท/เดือน มีค่าเฉลี่ย 17,500 บาท มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย 6 เดือน-10 ปี และ 21 ปี-30 ปี ร้อยละ 40 มีค่าเฉลี่ย 16.40 ปี และผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 60

2. คะแนนพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ หลังเข้าร่วมโปรแกรมด้านการพัฒนาตนเอง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 0.473) มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 3.37$, S.D. = 0.389) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายด้าน พบว่า ด้านการพัฒนาตนเอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ ($\bar{X} = 4.17$, S.D. = 0.609) มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 3.40$, S.D. = 0.610) ด้านความสามารถในการควบคุมหรือจัดการทรัพยากร หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ ($\bar{X} = 3.61$, S.D. = 0.490) มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 2.83$, S.D. = 0.374) ด้านความรู้สึกพึงพอใจ หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ ($\bar{X} = 3.90$, S.D. = 0.644) ไม่เท่ากันกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 3.50$, S.D. = 0.401) ด้านการมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ ($\bar{X} = 4.28$, S.D. = 0.463) มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 3.74$, S.D. = 0.663) คะแนนพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ หลังเข้าร่วมโปรแกรมด้านการพัฒนาตนเอง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 0.473) มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 3.37$,

S.D. = 0.389) เมื่อพิจารณาพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายด้าน พบว่า ด้านการพัฒนาตนเอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ (\bar{X} = 4.17, S.D. = 0.609) มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (\bar{X} = 3.40, S.D. = 0.610) ด้านความสามารถในการควบคุมหรือจัดการทรัพยากร หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ (\bar{X} = 3.61, S.D. = 0.490) มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (\bar{X} = 2.83, S.D. = 0.374) ด้านความรู้สึกรู้สึกพึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ (\bar{X} = 3.90, S.D. = 0.644) เท่ากันกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (\bar{X} = 3.50, S.D. = 0.401) ด้านการมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ (\bar{X} = 4.28, S.D. = 0.463) มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (\bar{X} = 3.74, S.D. = 0.663) สรุปพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

สรุปความถี่ก่อนและ หลังเข้าร่วมโปรแกรม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม		
	\bar{X}	S.D.	การแปลผล	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ด้านการพัฒนาตนเอง	3.40	0.610	ปานกลาง	4.17	0.609	สูง
ด้านความสามารถในการควบคุมหรือจัดการทรัพยากร	2.83	0.374	ปานกลาง	3.61	0.490	สูง
ด้านความรู้สึกรู้สึกพึงพอใจ	3.50	0.401	ปานกลาง	3.90	0.644	สูง
ด้านการมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต	3.74	0.663	สูง	4.28	0.463	สูง
รวม	3.37	0.389	ปานกลาง	4.00	0.473	สูง

3. เปรียบเทียบคะแนนพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ย (\bar{X} = 3.37, S.D. = 0.389) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม (\bar{X} = 4.00, S.D. = 0.473) แสดงว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าร่วม มีความแตกต่างกัน $t = -4.018$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Sig. < 0.05) นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานการวิจัยว่า พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

พลังอำนาจผู้ดูแล	N	\bar{X}	S.D.	t	Sig.
ก่อน	10	3.37	0.389	-4.018	0.003*
หลัง	10	4.00	0.473		

อภิปรายผลการวิจัย (Research Discussion)

ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ระดับพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.1 ด้านการพัฒนาตนเอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยมากพอสมควร เพราะมีผลกระทบต่อตนเองโดยตรง ผู้ดูแลจะมีเวลาส่วนตัวลดลง เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาค่อนข้างนาน เพราะเป็นโรคเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่นอน ทำลายสิ่งของ และสูญเสียความสามารถที่เคยมี เช่น การประกอบอาชีพ การเรียน การเข้าสังคม การทำกิจกรรมบางอย่างด้วยตนเอง เป็นต้น ทำให้ผู้ดูแลต้องพยายามทำความเข้าใจในอารมณ์ พฤติกรรม และความคิดของผู้ป่วย เนื่องจากอาการเจ็บป่วยทางจิตเป็นสิ่งที่ไม่สามารถอาศัยการมองด้วยตาเปล่าเพียงอย่างเดียว ต้องอาศัยการเอาใจใส่และหมั่นสังเกตพฤติกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออก เมื่อผู้ดูแลเรียนรู้และพยายามอย่างเต็มที่ในการดูแลผู้ป่วย จนเกิดความเข้าใจการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งนำประสบการณ์การดูแลมาใช้จะส่งผลให้ตัวผู้ดูแลเองเกิดการพัฒนาตนเองไปด้วย ทั้งการรับมือเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมจากอาการป่วย การพัฒนาตนเองของผู้ดูแลจะช่วยให้ตนเองมั่นใจและดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมและถูกต้องมากขึ้น ซึ่งพลังอำนาจด้านการพัฒนาตนเองนั้นสะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการเสริมพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 1 ซาธุท์ วรวิชญพงศ์ (2556) คือ การค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering Reality) กล่าวคือ การที่บุคคลจะเกิดการพัฒนาตนเองได้นั้น ต้องเกิดการยอมรับกับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ในขั้นตอนนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Emotion) เนื่องจากอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นประสบการณ์ที่ผู้ดูแลไม่เคยพบมาก่อน ยังไม่เข้าใจในอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล กระทั่งผู้ดูแลยอมรับเริ่มทำความเข้าใจในอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ค้นหาจนได้เรียนรู้สาเหตุตามสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ด้านสติปัญญา (Cognitive) ผู้ดูแลรู้สึกสูญเสียความสามารถและขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะสืบเนื่องจากด้านอารมณ์เพราะเมื่อผู้ดูแลยอมรับและพยายามทำความเข้าใจผู้ป่วยแล้ว ผู้ดูแลจะเริ่มแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาความรู้ให้ได้มากที่สุด และจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดนั้นมาประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ ได้ และด้านพฤติกรรม (Behavior) เมื่อผู้ดูแลได้รับรู้และตระหนักถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ก็จะพยายามมองสิ่งที่เกิดขึ้นในแง่ดีและพยายามทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาของการดูแล ผู้ดูแลจะนำเอาประสบการณ์ที่ผ่านมาและประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาในครั้งต่อไปได้ และมีมุมมองในแง่บวกว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยและสามารถแก้ไขปัญหาทุกอย่างได้

1.2 ด้านความสามารถในการควบคุมและจัดการทรัพยากร พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เกิดจากอาการป่วย ผู้ดูแลมีวิธีการรับมือกับอาการ พฤติกรรมของผู้ป่วยที่แตกต่างกันออกไป โดยการนำเอาความรู้ ความเข้าใจที่ได้รับจากสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ทำหน้าที่ให้บริการและประสบการณ์ที่ผ่านมา ใช้ในการดูแลผู้ป่วย การพยายามทำความเข้าใจมุมมองของผู้ป่วยว่า อาการเจ็บป่วยทางจิตเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้วและผู้ป่วยไม่สามารถปฏิเสธความเจ็บป่วยนั้นได้ เมื่อผู้ป่วยมีอาการพฤติกรรมจากการป่วยเกิดขึ้น ผู้ดูแลจะใช้วิธีต่างๆ ในการรับมือ เช่น รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด ซึ่งบางครั้งอาจจะ เป็นประโยคหรือถ้อยคำที่ฟังไม่รู้เรื่อง หรือเป็นเรื่องที่ไม่จริง การหากิจกรรมทำร่วมกัน การปล่อยให้ผู้ป่วยได้มีอิสระในการทำกิจกรรมของตนเองบ้าง โดยพิจารณาตามความเหมาะสม เป็นต้น ผู้ดูแลนำเอาประสบการณ์จากเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมาทบทวนเพื่อการใช้ในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์ที่ดีของครอบครัว เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีแหล่งทรัพยากรที่ดีในการดูแลผู้ป่วย เพราะมีผู้อื่นที่จะคอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำปรึกษา ช่วยตัดสินใจในหลายๆ เรื่อง ลดความเครียด ความกังวล

หรือความรู้สึกว่าเป็นภาระของผู้ดูแลลงไป เมื่ออาศัยความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวแล้ว ผู้ดูแลจะรับรู้ในศักยภาพและความสามารถของตนเอง ความสามารถในการใช้ทรัพยากรและการเข้าถึงบริการต่างๆ เพื่อดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เมื่อผู้ดูแลสามารถค้นพบปัญหาและผ่านการพัฒนาตนเอง โดยการใช้ความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแล้ว จะส่งผลให้ สามารถประเมิน วิเคราะห์ สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในทุกแง่มุม จะช่วยให้เกิดการพัฒนารู้สึกที่มีพลังอำนาจในการควบคุมและจัดการทรัพยากร เป็นกระบวนการเสริมพลังอำนาจขั้นตอนที่ 2 (วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์, 2556) คือ การสะท้อนอย่างมีวิचारณญาณ (Critical Reflection)

1.3 ด้านความรู้สึกพึงพอใจ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นครอบครัวและญาติ ซึ่งภาระการดูแลจึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลโดยตรง การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน ผู้ดูแลยังมีความเครียด ความกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วย ขาดความเข้าใจในอาการ ไม่สามารถคาดเดากับอาการได้ เพราะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทถือว่าเป็นสิ่งใหม่เป็นสถานการณ์ที่ไม่เคยผ่านมาก่อน นอกจากการดูแลผู้ป่วยแล้วผู้ดูแลยังต้องรับภาระในเรื่องอื่นๆ เช่น การประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาใช้จ่ายในครอบครัว ทั้งยังต้องบริหารจัดการเวลาเพื่อดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยระยะเวลานานทำให้เกิดความเครียด มีเวลาส่วนตัวลดลง การเข้าสังคมน้อยลง ทั้งยังต้องมีรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้แล้ว บางครั้งผู้ป่วยไม่รับประทานยาหรือไม่มาพบแพทย์ตามนัด จนมีพฤติกรรมก้าวร้าวทำลายผู้ดูแล สิ่งของ สร้างความเจ็บปวดทั้งทางกายและจิตใจให้กับผู้ดูแล เหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้ดูแลยังขาดความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นอาจจะมีส่วนในการการเปลี่ยนแปลงของพลังอำนาจในด้านนี้ โดยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลมีวิธีการผ่อนคลายตนเองเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆ จากผู้ป่วย ที่ช่วยบรรเทาอาการเหนื่อยล้าของตนเองได้ เป็นกระบวนการเสริมพลังอำนาจขั้นตอนที่ 3 คือ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (Taking Charge) การได้ค้นพบว่ายังมีผู้ดูแลอีกหลายคนที่ทำหน้าที่คล้ายกับตนเอง จนได้เริ่มแลกเปลี่ยนสิ่งต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลกับผู้อื่น จะทำให้มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจด้วยตนเองมากขึ้น ในขั้นตอนการเลือกวิธีการปฏิบัตินั้นขึ้นอยู่กับแนวทางการแก้ไขปัญหาของแต่ละคน เช่น วิธีการการดูแล พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อผู้ป่วย หรือกิจกรรมแบบนี้สามารถทำให้การดูแลผู้ป่วยที่ตนเองดูแลอยู่นั้นเป็นไปในทิศทางบวก เป็นต้น หลังจากการใช้วิธีพฤติกรรมเหล่านี้การดูแลมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

1.4 ด้านการมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต พบว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญของผู้ป่วยที่จะคอยช่วยเหลือดูแล เป็นที่พึ่งให้กันและกัน พร้อมทั้งทำหน้าที่ของตนเองให้ดีที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยที่บรรเทาและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข ผู้ดูแลพยายามเพิ่มเติมความรู้ความเข้าใจอาการเจ็บป่วยเพื่อจะได้ดูแลให้เหมาะสมและถูกต้อง การหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิทธิ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้ได้รับบริการหรือทรัพยากรที่ดีที่พึ่งจะได้รับเอาใจใส่ในเรื่องต่างๆ เช่น การหากิจกรรมที่จะสามารถทำร่วมกับผู้ป่วยได้ กิจกรรมที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยลดอาการเจ็บป่วยได้ หรือการพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดหมาย เป็นต้น เป็นกระบวนการเสริมพลังอำนาจขั้นตอนที่ 4 (ทิพสุดา น้อยแมน, 2554) คือ การคงไว้ ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นขั้นตอนที่ผู้ดูแลมีความสามารถในตนเอง มีความเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการสิ่งต่างๆ ที่เปลี่ยนไปตามสถานการณ์และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ไขปัญหาไว้ใช้ในครั้งต่อไปเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นอีก

2. เปรียบเทียบพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

ภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบคะแนนพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.37$, S.D. = 0.389) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 0.473) จึงสรุปได้ว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าร่วม มีความแตกต่างกัน $t = -4.018$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Sig. < 0.05) สอดคล้องกับ (สมคิด ตริราภิ, 2545) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยการนำเอาแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยการดำเนินโปรแกรมดังกล่าว พบว่าภาวะการดูแลของผู้ดูแลต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และผลการศึกษาของ (โสธยา ศุภโรจน์, 2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยการใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาสร้างโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ พบว่า หลังจากกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโปรแกรมแล้วมีพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำสูงขึ้น

อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจผ่านโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยแยกออกเป็น 2 ประเภท (สุรเชษฐ เกตุสวัสดิ์, 2552) ดังนี้

1. ปัจจัยภายในบุคคล ประกอบด้วย 1) ค่านิยม การที่ผู้ดูแลมีความรักในตัวเอง มีความรับผิดชอบต่อการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นหน้าที่ 2) ความเชื่อ ซึ่งถือว่ามีอิทธิพลอย่างมากในการช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรคและความยากลำบากที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อในศักยภาพของตนเองและเชื่อว่าหากผู้ป่วยได้รับการดูแล รักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมจะมีอาการเจ็บป่วยที่ดีขึ้น รวมไปถึงความเชื่อในพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ซึ่งเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ดูแล บางครั้งอาจจะต้องใช้ความเชื่อต่อสิ่งเหล่านั้นเพื่อก้าวผ่านช่วงเวลาหรือเหตุการณ์ที่แย่ 3) เป้าหมายในชีวิต เกิดจากการที่ผู้ดูแลมีพลังความเข้มแข็งและแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายของการใช้ชีวิตหรือการดูแลผู้ป่วย และ 4) ประสบการณ์ส่วนบุคคล จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลแต่ละคนจะมีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ประสบการณ์เหล่านั้น ทั้งที่ได้รับจากการอ่าน การฟัง หรือการประสบมาด้วยตนเอง จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้ นำเอามาประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2. ปัจจัยระหว่างบุคคล ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนทางสังคม จะเห็นได้ว่า ความสัมพันธ์ของครอบครัว เครือญาติที่มีการสนับสนุนให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจกันและกันจะสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแลได้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกได้ถึงความไม่โดดเดี่ยว สามารถปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) สัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล ต้องเป็นสัมพันธภาพที่ตั้งอยู่บนความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เพราะมีผลต่อกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันภายในกลุ่ม ต้องสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลและเปิดเผยต่อกัน เคารพความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งตัดสินว่าถูกหรือผิด พร้อมทั้งรับฟังอย่างเปิดใจและสะท้อนกลับเพื่อการเรียนรู้หาข้อสรุปร่วมกัน 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ต้องเป็นบรรยากาศที่เป็นกัลยาณมิตร มีบรรยากาศของการช่วยเหลือกันและกัน และปรารถนาดีต่อกัน 4) ปัจจัยด้านเวลา การเสริมพลังอำนาจไม่ได้เกิดขึ้นโดยการใช้ระยะเวลาที่สั้น แต่ต้องอาศัยเวลาค่อนข้างยาวนาน เพราะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นทีละเล็กละน้อย ค่อยเป็นไปค่อยไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลต้องรักษาสิ่งที่ได้เรียนรู้

และประสบการณ์ที่ได้รับจากผู้ดูแลท่านอื่นนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ตนดูแลอยู่ เพื่อสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขด้วย

องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย (Research Knowledge)

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี วิจัยที่เกี่ยวข้อง และผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นบทบาทหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยโดยตรง โรคจิตเภทเป็นอาการเจ็บป่วยชนิดเรื้อรัง การดูแลรักษาต้องอาศัยระยะเวลาค่อนข้างยาวนานและเป็นสถานการณ์ที่ไม่เคยเกิดขึ้นกับผู้ดูแล ผู้ดูแลจึงเกิดความเครียด วิตกกังวล และความเหนื่อยล้าจากการดูแลและอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลรู้สึกขาดพลังอำนาจ ไม่สามารถดึงเอาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและดำเนินชีวิตของตนเองออกมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลกระทบจากอาการเหล่านั้นจะทำให้ผู้ดูแลไม่มีความสุขในการดำเนินชีวิต และอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจะไม่บรรเทาหลงได้ ทั้งนี้อาจจะมีอาการที่กำเริบมากกว่าที่เป็นอยู่

ข้อเสนอแนะการวิจัย (Research Suggestions)

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้
 - 1.1 ควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ พฤติกรรม อาการของโรคจิตเภท และวิธีการดูแลดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเอง การบริหารจัดการเวลาในการดูแลผู้ป่วย
 - 1.2 ควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเครือข่ายทรัพยากรที่เป็นแหล่งช่วยเหลือในการให้บริการสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่พึงจะได้รับ
 - 1.3 ควรจัดกิจกรรมที่สร้างความพึงพอใจให้ผู้ดูแลยอมรับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท การเห็นคุณค่าในตัวเอง (Self-Esteem) เพื่อให้ผู้ดูแลทำหน้าที่และอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างมีความสุข
 - 1.4 รูปแบบกลุ่มควรเป็นกลุ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Self Help Group) เน้นกิจกรรมที่เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในระหว่างกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัย กระตุ้นให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
 - 1.5 ระยะเวลาของการดำเนินกลุ่ม ควรปรับให้เป็นครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที
2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป
 - 2.1 สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป เนื่องจากกิจกรรมเป็นการดำเนินการกลุ่ม อาจจะมีอุปสรรคเกี่ยวกับการนัดหมายผู้เข้าร่วมการวิจัย ดังนั้น ผู้วิจัยควรมีการนัดหมายที่ชัดเจนและสามารถยืดหยุ่นให้เหมาะกับผู้เข้าร่วมการวิจัยได้
 - 2.2 ควรทำการศึกษาถึงพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นๆ เพื่อทราบถึงพลังอำนาจของผู้ดูแล และนำไปโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

เอกสารอ้างอิง (References)

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2542). **โรคจิตเภท**. ตำราทางวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.

- ชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์. (2556). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพสุดา น้อยแมน. (2554). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วรารณณ์ ประทีปธีรานันต์. (2556). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุธิสา ดีเพชร. (2556). ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกราบยาพิษของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรเชษฐ เกตุสวัสดิ์. (2552). การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้พื้นที่อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สมคิด ตีร์ราภิ. (2545). ผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โสธยา ศุภโรจน์. (2554). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in Mothers of Chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing* 21(16): 1201-1210.