

ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



เรือเอกหญิงยุวดี วงษ์แสง

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-17-4511-7

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF USING EMPOWERMENT PROGRAM ON SELF-CARE BEHAVIORS
OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY



Lt. Yuwadee Vongsang WRTN.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing


Chulalongkorn University

Academic Year 2005

ISBN 974-17-4511-7

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
โดย	เรือเอกหญิงชวดี วงษ์แสง
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	นางเพชรี กัณธสายบัว

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลบัณฑิต

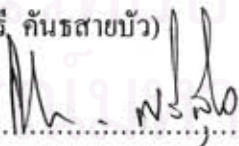

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ สี่อนุชวิชัย)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(นางเพชรี กัณธสายบัว)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ดิเรก ศรีสุข)

ยวดี วงษ์แสง : ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (THE EFFECT OF USING EMPOWERMENT PROGRAM ON
SELF-CARE BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY)

อ. ที่ปรึกษา: รศ. ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์, อ. ที่ปรึกษาร่วม : นางเพชร กัณธสาขบัว, 161 หน้า
ISBN: 974-17-4511-7.

การวิจัยทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และ
เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับ
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน ซึ่งคัดเลือกเป็น 2
กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการจับคู่ตามระยะเวลาการเจ็บป่วย ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่ม
ละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตาม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วน
กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลัง
อำนาจ ซึ่งตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน และแบบวัดพฤติกรรมการ
ดูแลตนเอง ของ เพชร กัณธสาขบัว (2544) วัดค่าความเที่ยงของแบบวัดได้เท่ากับ .91 วิเคราะห์
ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับ โปรแกรม
การเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรม
การเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05

ดังนั้นการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ให้สูงขึ้นซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
ปีการศึกษา 2548

ลายมือชื่อนิสิต.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4677592636 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORD: EMPOWERMENT PROGRAM / SELF-CARE BEHAVIORS / SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY

YUWADEE VONGSANG: THE EFFECT OF USING EMPOWERMENT PROGRAM ON SELF-CARE BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY.
 THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, PH.D., THESIS
 CO-ADVISOR: MRS. PETCHAREE KANTHASAIBOUR, 161 pp. ISBN: 974-17-4511-7.

The purposes of this quasi - experimental research were; to compare the self-care behaviors of schizophrenic patients before and after their participation in the empowerment program, and to compare the self-care behaviors between schizophrenic patients who participate in the empowerment program and those who participated in regular caring activities. Research samples were forty schizophrenic patients, randomly assigned into one experimental group and one control group by matching the duration of illness. Research instruments were; the empowerment program developed by the researcher and the self-care behaviors scale developed by Petcharee Kanthasaibour. These instruments were tested for content validity by panel of 7 experts. The reliability of the self-care behaviors scale were .91 The t-test was used in data analysis.

Major findings were as follows:

1. The self-care behaviors of schizophrenic patients in community after participating in the empowerment program was significantly higher than before, at the .05 level.
2. The self-care behaviors of schizophrenic patients in community who participated in the empowerment program was significantly higher than that of schizophrenic patients who participated in the regular caring activities, at the .05 level.

The empowerment program can increase self-care behaviors of schizophrenic patients in community, as was initially hypothesized.

Filed of study Mental Health and Psychiatric Nursing

Academic year 2005

Student's signature.....

Advisor's signature.....

Co- Advisor's signature.....

Yudee Vongsang
Jintana Yunibhand
Petcharee Kanthasaibour

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ นางเพชรี คันธสายบัว อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ซึ่งให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการทำงานวิจัย เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่น เกิดพลังที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จ ตลอดจนให้ความเมตตา เอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความเมตตา ให้คำแนะนำในการทำวิจัย และเป็นกำลังใจเสมอมา และรองศาสตราจารย์ ดร. ดิเรก ศรีสุขโข กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ฐทสส. และผู้อำนวยการโรงพยาบาลลพบุรี หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ผู้อำนวยการกองสุขภาพจิต โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ฐทสส. หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลพบุรี รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านซึ่งไม่ได้เอ่ยนาม ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ และดำเนินการทดลองจนสิ้นสุดกระบวนการ

ขอขอบคุณ คุณสัมพันธ์ มณีรัตน์ ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัย และให้คำแนะนำในการใช้เครื่องมือดังกล่าวเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ครอบครัว วงษ์แสง ที่ให้กำลังใจตลอดมา จนกระทั่งสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอมอบแด่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภททุกท่าน ให้มีสุขภาพกาย และสุขภาพใจที่สมบูรณ์ แข็งแรงตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ซ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	77
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	77
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	81
การดำเนินการทดลอง.....	94
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	104
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	110
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	122
รายการอ้างอิง.....	138
ภาคผนวก.....	151
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ช่วยวิจัย.....	152
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	154
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	161

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะกลุ่มตัวอย่างตาม ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	80
2	วัน เดือน ปี ในการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงตามขั้นตอน ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	97
3	แสดง วัน เดือน ปี ของการเก็บข้อมูลก่อน(Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test).....	104
4	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนก ตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา.....	111
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต และศาสนา.....	112
6	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ด้านการพัฒนาการ รู้จักตนเอง เป็นรายชื่อตามรายด้าน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองของ กลุ่มทดลอง.....	113
7	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ด้านการ ติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นรายชื่อตามรายด้าน ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและ หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง.....	114
8	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ด้านการใช้เวลาอย่าง มีประสิทธิภาพ เป็นรายชื่อตามรายด้าน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองของ กลุ่มทดลอง.....	115
9	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ด้านการเตรียมการ เผชิญปัญหา เป็นรายชื่อตามรายด้าน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองของ กลุ่มทดลอง.....	116

ตารางที่		หน้า
10	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ด้านการพัฒนา ระบบสนับสนุนทางสังคม เป็นรายชื่อตามรายด้าน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการ ทดลองของกลุ่มทดลอง.....	117
11	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ด้านการปฏิบัติ กิจกรรมทางศาสนา เป็นรายชื่อตามรายด้าน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง.....	118
12	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ด้านการดูแลตนเอง ด้านร่างกาย เป็นรายชื่อตามรายด้าน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่ม ทดลอง.....	119
13	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท รวมทุกด้านและ รายด้าน ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test).....	120
14	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท รวมทุกด้านและ รายด้าน หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test).....	121

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ 9 ภายใต้ภารกิจหลักในการพัฒนาสุขภาพจิต มีวิสัยทัศน์การพัฒนาสุขภาพจิตประชาชน ให้มีความตระหนักและสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้ (การดำเนินงานสุขภาพจิตในศูนย์สุขภาพชุมชน, 2546) มุ่งเน้นให้ประชาชนทั้งผู้ที่สุขภาพดีและผู้ที่เกิดการเจ็บป่วยแล้ว สามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพความสามารถของตน

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวช พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด จากการดำเนินโรคที่มีลักษณะเรื้อรังส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพิงสูง มีผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนต้องดูแลต่อเนื่องยาวนาน เป็นโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ไม่สามารถประกอบอาชีพและดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งนับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ (สัมพันธ มณีรัตน์, 2546)

ปัจจุบันนโยบายของประเทศสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ ตามแนวคิดจิตเวชชุมชนที่เน้น “การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลให้สั้นที่สุด พยายามให้ผู้ป่วยกลับสู่สังคมโดยเร็วที่สุด” (อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย, 2542ก) ส่งผลให้ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลสั้นลง เน้นการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนและมารับการรักษาต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอกแทน โดยถือว่าการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลนานๆจะทำให้เกิดผลเสียต่อการดำรงชีวิตเดิมของผู้ป่วย (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) เกิดการคิดโรงพยาบาลและการป่วยเรื้อรังรูปแบบการรักษาในโรงพยาบาลระยะสั้นนั้น ทำให้การรักษามุ่งเน้นด้านบรรเทาอาการทางจิตเป็นสำคัญ เพื่อลดจำนวนวันในการอยู่โรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัวและชุมชนในขณะที่ยังไม่พร้อมในการดูแลตนเอง ไม่สามารถดูแลตนเองตามสมควรได้ เป็นภาระของญาติในการช่วยเหลือ (จารุวรรณ จินตามงคล, 2541; นพรัตน์ ไชยธานี, 2544; สมคิด ตรีราภิ, 2545; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ขาดทักษะทางสังคม แยกตัวไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนจากการที่รู้สึกว่าคุณมีตราบาปจากที่สังคมมอบให้ (Wang and Cheng, 2003, cited in Chin, and Fong, 2004) และมีการติดต่อสื่อสารบกพร่อง (Hui-Ching et.al., 2003) มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ก้าวร้าว (John, Chris, and David, 2000) แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยน การดูแลเรื่องการรับประทานยาไม่ถูกต้อง โดยมีความเชื่อว่าหากอาการดีขึ้นสามารถหยุดรับประทานยาได้ (อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย, 2542ก; สรินทร เขียวโสร, 2545) นอกจากนี้การพักรักษาในโรงพยาบาลระยะสั้น

ยังมีผลต่อการเพิ่มจำนวนการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทด้วย (Appleby, Desai, Luching, Gibson, and Hedeker, 1993, cited in Barry, 2002)

ผู้ป่วยจิตเภทชุมชนต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเองด้านต่างๆ และมีการปรับตัวต่อการดำเนินโรคซึ่งมีลักษณะเรื้อรังและมีโอกาสหายขาดได้น้อย การรักษาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยจิตเภทที่ร้ายจะมีหนึ่งรายเท่านั้นที่จะฟื้นคืนสู่สภาพเดิม (Torgalsboen, 1999) นอกจากนี้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายสู่ชุมชน ยังมีปัญหาในการดูแลตนเองอย่างมาก (รัชณี ศรีหิรัญ, 2544) ผู้ป่วยขาดความสนใจในการรักษาความสะอาดร่างกาย ขาดความสนใจด้านสุขภาพ ด้านการเรียน การทำงาน ชอบแยกตัวอยู่ตามลำพัง ใช้สารเสพติด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การจัดเตรียมอาหาร การเลือกรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การนอนหลับพักผ่อน การรับประทานยา ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้แต่ยังไม่สมบูรณ์ (เปรมฤดี คำรักษ์, 2545) โดยเฉพาะเรื่องของการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา ผู้ป่วยมักหยุดยาเองจากสาเหตุหลายประการ เช่น ไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตได้ บางรายขาดความรู้โดยเชื่อว่าเมื่อตนเองอาการดีขึ้นแล้วไม่ต้องรับประทานยาต่อ และเกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยา (สรินธร เชี่ยวโสธร, 2545; อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545; กาญจนา ชัยเจริญ, 2547; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547)

จากการศึกษาเบื้องต้นถึงลักษณะผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย โดยการสัมภาษณ์พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านจิตเวชชุมชน ที่ทำหน้าที่เยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ที่บ้านพบว่า หลังจากแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านแล้ว ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมดีขึ้นสามารถปฏิบัติอาชีพการงานได้ระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ไม่นานก็จะมีอาการป่วยซ้ำต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2542) โดยเฉพาะหลังจำหน่ายในระยะแรก ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป จากการดำเนินชีวิตในโรงพยาบาลที่มีแพทย์พยาบาลให้การดูแลช่วยเหลือ ผู้การดำเนินชีวิตในชุมชนที่ต้องรับผิดชอบการดูแลตนเองทั้งหมด ช่วงเวลาในการเปลี่ยนผ่านระหว่างโรงพยาบาลสู่ชุมชนนั้น เป็นภาวะเสี่ยงต่อการกลับป่วยซ้ำอย่างยิ่ง (Farrell et al., 1999) นอกจากนี้ระยะเวลาหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลถือว่าเป็นช่วงเวลาสำคัญมาก ที่จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือกลับเป็นมากขึ้น (จินคาร์ตัน พิมพีดีด และคณะ, 2542)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความเรื้อรังต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่องยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่ายและมีภาวะที่ต้องรับประทานยา (อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์, 2536; สรินธร เชี่ยวโสธร, 2545; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) รู้สึกท้อแท้ หด悶กำลังใจ รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีพลังอำนาจในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ทั้งนี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีภาวะสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) ซึ่งเป็นผลมาจากที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้ ต้องอยู่ในสภาพที่คล้อยตามหรือปฏิบัติตามแนวทางของบุคคลอื่น จนทำให้ผู้ป่วยมีความพรั่ง

หรือความไม่สมดุลของแหล่งพลังงาน เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการแก้ไข จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองและความนับถือตนเอง (Miller, 1992) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีกำลังใจไม่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อดูแลตนเอง

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องส่งเสริมพลังอำนาจให้เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงพลังความสามารถที่มีอยู่ในตัว รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ดูแลตนเองและควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเองได้ ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญที่เกิดจากการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1991; Miller, 1992; Gibson, 1995; คารณี จามจุรี, 2545; ทมาภรณ์ บูรณสมภพ, 2547)

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย เพื่อการทำหน้าที่และพัฒนาการของบุคคล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข) ในที่สนะการพยาบาลการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมายซึ่งบุคคล ครอบครัว ชุมชน กระทำเพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540) โดยเน้นที่ความสามารถของบุคคลในการแสวงหาและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีที่สุดในแต่ละสถานการณ์ของชีวิต สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองที่ซับซ้อน ต้องเกิดจากความสมัครใจในการกระทำเพื่อดูแลตนเอง โดยใช้ศักยภาพความสามารถของตน (Hill and Smith, 1990)

การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีความแตกต่างจากการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลคือ ผู้ป่วยจำเป็นต้องจัดระบบการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในเรื่องความจำเป็นทางด้านร่างกายทั่วไปและความจำเป็นในการจัดการกับอาการที่หลงเหลืออยู่ โดยสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยจิตเภทต้องเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเองพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุดภายใต้ขีดจำกัดจากการเจ็บป่วยนั้น

แต่จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม มีความบกพร่องในการรู้จักตนเอง ผู้ป่วยคิดว่าตนเองต้องพึ่งยา ไม่มีความมั่นใจในตนเอง และรู้สึกว่ามีศักยภาพด้อยลง (ศิริพร ทองบ่อ และคณะ (2545) มักแยกตัวไม่เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในชุมชน มักปลีกตัวอยู่ตามลำพังไม่พูดคุยกับใคร (ปรีวัตร ไชยน้อย, 2546) บางรายมีการทำกิจกรรมมากหรือน้อยกว่าปกติ เชื่องซึม ขาดความกระตือรือร้น เฉยชา (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) นอกจากนั้นยังสูญเสียความสามารถด้านการตัดสินใจและการแสดงออกของพฤติกรรม ไม่อยู่ในโลกความเป็นจริง ไม่สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ มักประสบปัญหาในการจัดการกับชีวิตประจำวัน การดูแลตนเองลดลง ไม่สนใจสุขอนามัยของตนเอง แต่งกายสกปรก แปลกประหลาด (Martin and Osborne, 1989; Moller and Murphy, 2001) มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ชุมชน สังคมเกิดความหวาดกลัว และไม่ปลอดภัยในการดำเนินชีวิต

พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว สังคม และชุมชน โดยเป็นภาระของครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือ สังคมเกิดความหวาดกลัวในพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ประเทศชาติสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษา จากการดำเนินโรคที่มีความเรื้อรังและมีอัตราการกลับป่วยซ้ำสูง ดังนั้น หากมีการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองให้เหมาะสม โดยการส่งเสริมการดูแลตนเองให้เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยแล้ว ผลกระทบต่างๆ ย่อมลดลง

การส่งเสริมการดูแลตนเอง เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและการรักษา มุ่งพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 2001; Hill and Smith, 1985; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของ Miller (1992) ซึ่งกล่าวว่า พลังอำนาจ คือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของบุคคล และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลในการควบคุมสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และมีผลต่อความสามารถในการจัดการความเจ็บป่วย นอกจากนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการกระทำที่บุคคลรู้สึกมั่นใจมั่นคง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและการกระทำภาระกิจให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง บุคคลต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ได้รับการยอมรับสนับสนุนส่งเสริมและมีอิสระในการตัดสินใจกระทำ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2541)

แม้ว่าผลกระทบจากการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทมีหลายด้าน แต่มีการศึกษาพบว่าสามารถลดความรุนแรงลงได้ เช่น การศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องการจัดการกับอาการด้วยตนเอง โดยแยกอาการเตือนกับอาการกำเริบพบว่าถ้าผู้ป่วยจิตเภทมีการจัดการกับอาการที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยป้องกันความรุนแรงของโรคได้ (Baker, 1995) และการศึกษาการจัดการกับอาการของตนเอง (Symptom self-management) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถจัดการกับอาการของตนเองได้จะลดการกลับป่วยซ้ำ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการสงบสามารถอยู่ในชุมชนได้นานกว่าผู้ที่ไม่สนใจดูแลจัดการกับอาการของตนเอง (Kennedy, Schepp, and Conner, 2000)

ในทางการแพทย์บาลได้มีความพยายามที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งรวมถึงโรคจิตเภท มีความสามารถที่จะดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อให้บรรลุความมีสุขภาพดี สามารถพึ่งพาตนเองได้ เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง ควบคุมโรคและเลือกวิธีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ปัจจุบันการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีทั้งให้บริการที่โรงพยาบาลและให้บริการโดยตรงแก่ผู้ป่วยในชุมชน แผนกผู้ป่วยนอกเป็นบริการประเภทหนึ่งให้บริการผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยตั้งอยู่ในโรงพยาบาล มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้ดำเนินการตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วมในการเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม

สำหรับตนเองหรือกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ ซึ่งหากผู้ป่วยมีส่วนเลือกวิธีการปฏิบัติด้วยตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตน และพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น (จริยาวัตร คมพักษณ์, 2535; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งเป็น โรคเรื้อรังและมีความซับซ้อนในการดูแลรักษา นอกจากการดูแลโดยการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน ซึ่งขอบเขตในการดูแลครอบคลุมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาทั่วไป โดยใช้องค์ความรู้และทักษะการปฏิบัติที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน (จันทร์อัมพร รุณดี, 2544) ยังไม่เพียงพอสำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อนดังกล่าว กาวิจัยหารูปแบบหรือระบบการดูแลที่เหมาะสม สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีได้นั้น เป็นบทบาทที่สำคัญของผู้ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชขั้นสูง เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

จากการศึกษาของ คารณี จามจรี (2545) เรื่องการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังพบว่า ผลลัพธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความสามารถของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วย สอดคล้องกับ Miller (1992) ที่เชื่อว่า พลังอำนาจ (power) คือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำเนินชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคนและมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน โดยแหล่งของพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller มีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่ง ได้แก่ ความเข้มแข็งทางกายภาพ ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม อัตมโนทัศน์เชิงบวก พลังงาน ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา แรงจูงใจ และระบบความเชื่อ ความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจ ส่งผลต่อความเข้มแข็งของพลังอำนาจในผู้ป่วยและความเข้มแข็งของพลังอำนาจนำไปสู่ความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (คารณี จามจรี, 2545) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจะมีพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ แหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งของผู้ป่วยต้องมีความเข้มแข็งหรือสมดุลเพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนได้

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท จึงต้องคำนึงถึงอำนาจควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อม และการส่งเสริมความรู้ใหม่ โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ได้รับสิทธิในการเลือกและตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง ได้รับความรู้ในเรื่องต่างๆเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งอาจเกี่ยวกับอาการของโรคและการรักษาสิทธิที่ตนพึงได้รับ (จารุวรรณ จินตมางคล, 2541) จากนโยบายกรมสุขภาพจิต เน้นให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งตนเองและดูแลตนเองได้ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวทางหนึ่งที่สอดคล้องนโยบายดังกล่าว สามารถพัฒนาให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม มีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีความมั่นใจที่จะกระทำสิ่งที่มิใช่ประโยชน์ต่อตนเอง มีความเป็นอิสระในการเลือกที่จะปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง รู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเองในการกระทำสิ่งต่างๆให้เกิดขึ้นแก่ตัวผู้ป่วยจิตเภทเอง ซึ่งหากผู้ป่วยพัฒนา

พฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองในด้านต่างๆเหล่านี้ได้ ก็จะสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้ และลดปัญหาการป่วยซ้ำได้เช่นกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยประยุกต์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ คาร์ณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) ซึ่งศึกษาต่อเนื่องจากแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) ประกอบด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน คือ การสร้างความร่วมมือ การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การสนับสนุนเอื้ออำนวยความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร การดำเนินการด้วยตนเอง และการปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยลักษณะของเนื้อหาใน โปรแกรมจะเกี่ยวกับการพัฒนาแหล่งพลังอำนาจในตัวบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการดูแลตนเองไม่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยสมัครใจเข้ารับการวิจัย ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะประโยชน์ต่อผู้รับบริการในการพัฒนาพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และผู้ให้บริการเป็นรูปแบบหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่สามารถใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทชุมชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดปัญหาการป่วยซ้ำต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีผลอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอันเป็นเป้าหมายสำคัญของการให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชน จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนคือ ความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การจัดการกับอาการของโรคและฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยต่างๆเหล่านี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม แนวทางในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจแนวทางหนึ่งคือ การเสริมสร้างพลังอำนาจให้

เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงพลังความสามารถที่มีอยู่ในตัว รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและสามารถที่จะควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเองได้ ถือเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญอันเกิดจากการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1991; Miller, 1992; Gibson, 1995; คารณี จามจรี, 2545; ทมาภรณ์ บุรณสมภพ, 2547) ซึ่งแนวทางในการจัดการกับภาวะสูญเสียพลังอำนาจดังกล่าว ตามแนวคิดของ Miller (1992) คือการพัฒนาแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 ให้เข้มแข็ง ดังนั้นตามแนวคิดนี้หากพัฒนาแหล่งพลังอำนาจให้เกิดขึ้นในผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถดำรงชีวิตในชุมชนอย่างมีความสุข ลดการป่วยซ้ำและผลกระทบต่างๆ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้แนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ คารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ทั้ง 6 ขั้นตอน ที่ศึกษาต่อเนื่องจากแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller โดยเชื่อว่า พลังอำนาจ (power) คือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำเนินชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคนและเป็นความสามารถที่มีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน โดยแหล่งของพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller มีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่ง ได้แก่ ความเข้มแข็งทางกายภาพ ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม อุดมโนทัศน์เชิงบวก พลังงาน ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา แรงจูงใจ และระบบความเชื่อ

โดยขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ คารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งเดิมมี 6 ขั้นตอน เป็น 4 ขั้นตอน การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยปัจจุบันที่ดำเนินการอยู่ และปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกับพิจารณาความเป็นไปได้จริงในการดำเนินการ ไม่กระทบต่อการปฏิบัติงานประจำที่ปฏิบัติอยู่ และประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ ข้อดีจากการดูแลผู้ป่วยแบบเดิมกับรูปแบบการพัฒนาความสามารถที่ศึกษาเพิ่มเติม มาสร้างเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ลักษณะของเนื้อหาในโปรแกรมจะเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะสูญเสียพลังอำนาจ โดยพัฒนาแหล่งพลังอำนาจในตัวบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ลักษณะกิจกรรมเป็นการบูรณาการ ทั้งรายบุคคลในส่วนของรายละเอียดย อาจเป็นความลับที่ผู้ป่วยไม่ต้องการให้ผู้ป่วยอื่นทราบ และกิจกรรมกลุ่มโดยใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การจัดการตนเองในผู้ป่วย โดยผู้วิจัยพัฒนาคู่มือเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ประกอบการดูแลตนเองเมื่อดำเนินชีวิตในชุมชนได้ รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความมั่นใจในศักยภาพและสามารถดูแลตนเองได้

ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยได้พัฒนาจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ คารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งเดิมมี 6 ขั้นตอน เป็น 4 ขั้นตอน ครอบคลุม

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเดิม ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยนอก จึงทบทวนกระบวนการทั้ง 6 ขั้นตอน พบว่า ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยสามารถดำเนินการไปได้พร้อมกับขั้นตอนการค้นหาสถานการณ์จริง เนื่องจากในกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือนี้สามารถสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และการดำเนินชีวิตในชุมชนตลอดจนปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นเป็นขั้นตอนที่มีความต่อเนื่อง ส่วนขั้นตอนการสะท้อนคิด และสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ สามารถดำเนินการได้พร้อมกับขั้นตอนการสนับสนุน ความรู้ ข้อมูล ทักษะ ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะกิจกรรมเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้คิดพิจารณาสิ่งที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัญหาอุปสรรคต่างๆที่ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ และยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการที่จะแก้ไขปัญหาให้ดีขึ้น ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยสามารถให้การสนับสนุนความรู้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และฝึกทักษะเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้จริงเมื่อต้องประสบกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาขึ้น ดังนั้นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้จึงมีความเหมาะสมในการดำเนินการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยนอก ทั้งยังคงไว้ซึ่งโครงสร้างกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 6 ขั้นตอนเดิม โดยขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือ และค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการรวบรวมแหล่งพลังอำนาจและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ จากการสร้างความร่วมมือ สัมพันธภาพ และแรงจูงใจ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการร่วมมือกัน ไม่ได้เกิดขึ้นแต่เพียงฝ่ายเดียว ลักษณะการดำเนินการเป็นไปในลักษณะการมีผลประโยชน์ร่วมกัน โดยค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย ปัญหาการดูแลตนเองด้านต่างๆทั้งร่างกายและจิตใจ การจัดการกับปัญหาเหล่านั้น การแสดงออกทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ ประเมินวิเคราะห์สถานการณ์จริงเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาเรื่อง การดูแลตนเองในชุมชน ด้วยการสะท้อนคิด และส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจ เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ คือ การสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาการดูแลตนเองด้วยการสะท้อนความคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ โดยสร้างแรงจูงใจว่าผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้ด้วยตนเอง และพยาบาลต้องยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเลือกแนวทางแก้ไขจัดการกับปัญหาต่างๆ ซึ่งบทบาทของพยาบาลคือ เสนอแนวทางที่เหมาะสมเป็นไปได้ แต่ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกไปปฏิบัติ การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร โดยการ

ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทักษะต่างๆ เช่น การสื่อสาร การเผชิญความเครียด การจัดการเบื้องต้นกับอาการนำก่อนมีอาการทางจิตกำเริบ โดยประเมินจากความรู้เดิมของผู้ป่วยในกลุ่ม แล้วพยาบาลเสริมในส่วนที่ขาด

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการด้วยตนเอง คือการให้ผู้ป่วยใช้ความรู้ และทักษะต่างๆ จากการเข้ากลุ่มไปใช้จริงในการดำเนินชีวิตตามปกติที่บ้าน เป็นการแก้ไขปัญหาหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด นำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นหากผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ดำเนินการในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมแก่ตนเอง เลือกที่จะปฏิบัติ เป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์ได้จริง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและอัตโนมัติส่วนตัวต่อตนเองในทางบวกมากขึ้น ขณะเดียวกันผู้ป่วยสามารถใช้คู่มือการดูแลตนเองที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตนเอง พร้อมทั้งผู้ป่วยจะได้ทบทวนการปฏิบัติดูแลตนเองโดยประเมินตามแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิด และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทางด้านต่างๆ ดำเนินการเป็นรายบุคคล โดยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าของตนเอง สามารถจัดการแก้ไขปัญหาได้ และให้ผู้ป่วยพุดถึงความรู้สึกของตนต่อการดูแลตนเองในชุมชน จากนั้นเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆแก่ผู้ป่วย

การส่งเสริมพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แนวทางที่เหมาะสมแนวทางหนึ่งคือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเชื่อว่าจะสามารถพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมากกว่า พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยทำการทดลอง ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีขอบเขตการวิจัยดังนี้

ประชากร เป็นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งมารับการรักษาหลังจำหน่ายไม่เกิน 6 เดือน มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน และได้รับการรักษาจากทีมสุขภาพด้านจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พลังอำนาจ หมายถึง ศักยภาพหรือ ความสามารถของบุคคล ที่มีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน ซึ่งประเมินได้จากการรายงานของบุคคลในการรับรู้เกี่ยวกับศักยภาพหรือความสามารถตามแหล่งทรัพยากรของตน เพื่อกระทำการใดๆให้บรรลุวัตถุประสงค์เป้าหมายที่กำหนดไว้

การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การที่พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาแหล่งพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยประยุกต์แนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ คาร์ณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งเดิมมี 6 ขั้นตอน เป็น 4 ขั้นตอน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 3 สัปดาห์ เป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดำเนินกิจกรรมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มโดยผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง มองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและนำไปปฏิบัติได้ โดยมั่นใจว่ามีความสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าของตนเอง สามารถพัฒนาการดูแลตนเองเพื่อที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนสังคมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมี 4 ขั้นตอน คือ

1. การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือ และค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน รวบรวมแหล่งพลังอำนาจและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ ขั้นตอนนี้ดำเนินการแบบรายบุคคลโดย แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น โดยค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย ค้นหาปัญหาการดูแลตนเองด้าน

ต่างๆทั้งร่างกายและจิตใจ การจัดการกับปัญหาเหล่านั้น การแสดงออกทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด ภาวะสุขภาพเชิงพลังอำนาจ ประเมินวิเคราะห์สถานการณ์จริงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา

2. การสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาการดูแลตนเองในชุมชนด้วยการสะท้อนคิดและส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจ เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ขั้นตอนนี้ดำเนินการด้วยกระบวนการกลุ่มโดย แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เพื่อให้สมาชิกรู้จักกัน มีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่ม สร้างบรรยากาศให้เกิดความไว้วางใจเพื่อนำไปสู่การเปิดเผยตนเอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง ปัญหาอุปสรรคต่างๆ จากนั้นเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทักษะต่างๆ เช่น การสื่อสาร การเผชิญความเครียด การจัดการเบื้องต้นกับอาการนำก่อนมีอาการทางจิตกำเริบ โดยประเมินจากความรู้เดิมของผู้ป่วยในกลุ่มแล้วพยาบาลเสริมในส่วนที่ขาด

3. การดำเนินการด้วยตนเองคือ การให้ผู้ป่วยใช้ความรู้และทักษะต่างๆจากการเข้ากลุ่มไปใช้จริงในการดำเนินชีวิตตามปกติที่บ้าน เป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์ได้จริง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและอัตโนมัติต่อตนเอง ในทางบวกมากขึ้น ขณะเดียวกันผู้ป่วยสามารถใช้คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตนเอง พร้อมทั้งผู้ป่วยจะได้ทบทวนการปฏิบัติกรดูแลตนเองโดยประเมินตามแบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4. การปรับเปลี่ยนความคิด และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดำเนินการเป็นรายบุคคล โดยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าของตนเอง ในความสามารถจัดการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง โดยประเมินจากแบบประเมินการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกของตนต่อการดูแลตนเองในชุมชน จากนั้นเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆแก่ผู้ป่วย

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภท กระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเกี่ยวกับตนเองและลงมือกระทำด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดี โดยใช้แนวคิดการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจของ Hill and Smith (1990) การดูแลตนเองโดยทั่วไปของOrem (2001) ร่วมกับแนวคิดพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ซึ่งวัดจากแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเอง ของ เพชรี คันธสายบัว (2544) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจของ Hill and Smith

(1985) การดูแลตนเองโดยทั่วไปของ Orem (2001) ร่วมกับแนวคิดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) โดยใช้วัดในผู้ป่วยจิตเภทที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย

1. การพัฒนาการรู้จักตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติเพื่อให้เข้าใจถึงความสามารถ และข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิต
2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติเพื่อให้ผู้อื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และผู้ป่วยรับรู้ความต้องการของผู้อื่นอย่างถูกต้อง ตรงกัน สามารถอธิบายความรู้สึกของตนเองได้
3. การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถวางแผนการใช้เวลาในแต่ละวันได้ โดยใช้เวลาในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและมีเวลาเป็นส่วนตัวได้อย่างเหมาะสม
4. การเตรียมการเผชิญปัญหา หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท ในการแก้ไขปัญหาเมื่อมีอาการทางจิตหรือเมื่อมีอาการนำก่อนมีอาการทางจิตกำเริบ จนกระทั่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ตลอดจนค้นหาหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตกำเริบ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำที่อาจเกิดขึ้น
5. การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด และสามารถขอรับความช่วยเหลือจากบุคคลเหล่านั้น เมื่อตนเองมีความทุกข์ ตลอดจนสามารถให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้อื่นได้รับความเดือดร้อน
6. การปฏิบัติตามหลักความเชื่อในศาสนา หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองนับถือ หลีกเลี่ยงการกระทำผิด และรู้จักให้อภัยผู้อื่น
7. การดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติเพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านร่างกาย การดูแลสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ตลอดจนการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต

การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการคือ ตรวจคัดกรอง ประเมินอาการและระดับความรุนแรงด่วนของอาการเจ็บป่วย จัดลำดับการเข้าพบแพทย์เพื่อตรวจ ให้สุขศึกษา โดยนำเสนอทางโทรทัศน์หรือวีดิโอที่บริเวณหน้าห้องตรวจ ให้คำแนะนำการใช้จ่าย ให้คำปรึกษาในรายที่มีข้อสงสัยโดยลักษณะกิจกรรมพยาบาลเป็นผู้ตั้งวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการกำหนดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรม โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้มีความผิดปกติทางจิต ยึดหลักการจำแนกความผิดปกติตาม ICD 10 (International Classification of Disease) เป็นผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายไม่เกิน 6 เดือน มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน และเดินทางมารับบริการจากทีมสุขภาพด้านจิตเวชตามนัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางให้พยาบาลจัดระบบบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองได้และดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข
2. เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1.1 ความหมาย ลักษณะอาการของโรคจิตเภท
 - 1.1.2 การดำเนินโรคและความเรื้อรังของโรคจิตเภท
 - 1.1.3 เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิตเภท
- 1.2 การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล
- 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

- 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
- 3.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง
- 3.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 3.4 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
- 3.5 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4. พลังอำนาจกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 4.1 พลังอำนาจ
- 4.2 การสูญเสียพลังอำนาจ
 - 4.2.1 ความหมายของการสูญเสียพลังอำนาจ
 - 4.2.2 สาเหตุของการสูญเสียพลังอำนาจ
 - 4.2.3 การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 4.2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อพลังอำนาจ
- 4.3 การเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 4.3.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

- 4.3.2 องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย
- 4.3.3 พลังอำนาจกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 5 การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1.1 ความหมาย ลักษณะอาการของโรคจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภท กล่าวโดยทั่วไป คือ เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางการรับรู้ ความคิด พฤติกรรม อารมณ์ ลักษณะอาการและความหมายของผู้ป่วยจิตเภทนั้นได้มีผู้กล่าวไว้ดังนี้

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดย ผู้ป่วยจะแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ความผิดปกติทางการรับรู้ แสดงออกโดย ผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่างๆที่ไม่มีจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริงๆ ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดย ผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพแสดงออกโดย ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรม ถดถอย หรือมีพฤติกรรมแปลกๆ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติของความคิด (Thought) อารมณ์ (Affect) การรับรู้ (Perception) และพฤติกรรม (Behavior) เป็นลักษณะสำคัญโดยที่ไม่มีโรคทางกายหรือโรคทางสมอง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

ตามความหมายของ ICD-10 (The International Classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลก ได้กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะทั่วไปคือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติทางการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์แบบไม่เหมาะสมหรือ อารมณ์ทื่อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเชาว์ปัญญามักดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536)

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมแพทย์อเมริกัน(American Psychiatric Association, 1994 cited in Moller and Murphy, 2001; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ได้กล่าวไว้ว่าลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภทจะมีสองกลุ่ม คือ

1. อาการทางด้านบวก (Positive symptoms) มีดังต่อไปนี้

1.1 อาการหลงผิด (Delusion) อาการหลงผิดชนิดที่พบบ่อย คือ delusion of persecution ผู้ป่วยหลงผิดคิดไปเองว่ามีคนคอยปองร้าย และ delusion of reference ผู้ป่วยคิดไปเองว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน

1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนชนิดต่างๆ ชนิดที่พบบ่อยคือหูแว่ว โดยพบในผู้ป่วยร้อยละ 75 เสียงแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเพียงเสียงหรือคำพูด เช่น คนพูดว่าร้ายหรือสบประมาท หรือพูดเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วย อาจเป็นเสียงคนๆ เดียวหรือหลายคน ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉยๆ หรือพูดจาโต้ตอบด้วย

1.3 ความผิดปกติของคำพูด ผู้ป่วยจะมีปัญหาทางด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ดังนั้นเวลารับฟังผู้ป่วยพูดหรือตอบคำถามจึงไม่ค่อยเข้าใจ หรือฟังไม่รู้เรื่อง เพราะคำพูดจะไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราว โดยเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่ง ความผิดปกติเช่นนี้เรียกว่า ความสัมพันธ์ไม่ต่อเนื่อง (Loose association) หรือผู้ป่วยพูดฟังไม่รู้เรื่องเลย เรียกว่า incoherence

1.4 ความผิดปกติของพฤติกรรม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมวุ่นวายลักษณะต่างๆ เช่น มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก และพลุ่งพล่านกระวนกระวายมาก อาจไม่สนใจดูแลตัวเอง แต่งตัวสกปรกหรือแต่งตัวในลักษณะแปลกประหลาด บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม เช่น ทำ masturbation ในที่สาธารณะ ผู้ป่วยอาจส่งเสียงร้องตะโกนหรือกล่าวคำหยาบ

2. อาการทางด้านลบ (Negative symptoms) มีดังต่อไปนี้

2.1 อารมณ์เฉยเมย (Affective flattening) สีหน้าของผู้ป่วยเรียบเฉย ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ไม่มีการสบตาหรือแสดงกิริยาท่าทาง

2.2 พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) แสดงออกโดยการตอบคำถามสั้นๆ ใช้คำพูดน้อยและไม่สนใจที่จะตอบ

2.3 ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (Avolition) ผู้ป่วยไม่สามารถ ริเริ่มในการทำกิจกรรมทุกชนิด โดยจะนั่งเฉยๆ เป็นเวลานานๆ และไม่สนใจที่จะเข้าร่วมในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม

สรุป ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติทางการรับรู้ การสื่อสาร พฤติกรรม อารมณ์การแสดงออก และความคิด ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะมากขึ้นหรือน้อยเกินไป พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด มีลักษณะการเจ็บป่วยเรื้อรัง มักจะมีอาการหลงเหลือจากการเจ็บป่วย

1.1.2 การดำเนินโรคและความเรื้อรังของโรคจิตเภท

ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภท แบ่งตามการดำเนินของโรค เป็น 3 ระยะดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2539; เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

1. **ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase)** ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป พบว่ามีปัญหาในด้านการทำหน้าที่และความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ การเรียน การงาน ละเอียดเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย หรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา ไซยศาสตร์ มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ญาติอาจสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม

2. **ระยะอาการกำเริบ (Active phase)** ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบมากขึ้นเรื่อยๆ ส่วนใหญ่มีอาการด้านบวก เช่น อาการหลงผิด หวาดระแวง ประสาทหลอน และอาการที่พบบ่อยมีดังนี้

2.1 ด้านพฤติกรรม บางรายเก็บตัว ไม่อาบน้ำหลายวันติดต่อกัน ผสมปรกรูปร่าง กลางคืนไม่นอน เดินไปเดินมา ทำท่าแปลกๆ บางครั้งหงุดหงิดฉุนเฉียว ตะโกนโวยวาย มีพฤติกรรมก้าวร้าว

2.2 ด้านความคิด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีลักษณะที่มีเหตุผลแปลกๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล หมกมุ่นแต่ความคิดที่ตนเองเข้าใจคนเดียว หลงผิด คิดว่าคนจะมาทำร้าย หลงผิดคิดว่าตนมีกระแสดิจ มีฤทธิ์ต่อบกกัน มีความคิดแบบแปลกประหลาด ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในทางเดียวกัน มีลักษณะการพูดไม่จบประโยคก็จะหยุดพูด เนื่องจากกระแสดความคิดขาดหายไป บางครั้งพูดมาก ใช้คำพูดแปลกๆ ไม่มีใครเข้าใจนอกจากผู้ป่วย

2.3 ด้านอารมณ์ มีลักษณะอารมณ์แบบไม่เหมาะสม เช่น ไม่สอดคล้องกับความคิดหรือเหตุการณ์ในขณะนั้น หรืออารมณ์เฉยเมย ไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกิดขึ้น

2.4 ด้านการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ หูแว่ว ความสนใจในกิจกรรมต่างๆ และทักษะทางสังคมจะเสื่อมลง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ในด้านการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม อาจต้องออกจากโรงเรียนหรือทำงานไม่ได้เป็นระยะเวลานาน ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งในเรื่องของสุขอนามัยส่วนบุคคลและเรื่องการเงิน (Moller and Murphy, 2001)

2.5 ระยะเวลาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่ไม่มีอาการ หรือ บางรายมีอาการแต่ไม่รุนแรง เช่น อาการหงุดหงิด วิตกกังวล อาการหลงผิด หรือประสาทหลอนยังมีอยู่แต่ไม่มีผลต่อผู้ป่วยมากนัก ส่วนมากในระยะนี้จะพบว่ามีลักษณะของอาการทางลบ ซึ่งลักษณะพฤติกรรมกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง ไม่สนใจสิ่งอื่น ไม่สามารถรักษาทักษะการติดต่อทางสังคม ระยะนี้จะนานประมาณ 6 เดือน หลังจากที่เริ่มมีอาการกำเริบบางรายอาจนานกว่านี้

1.1.3 เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล

การจำแนกประเภทผู้ป่วย เป็นการให้ค่าความเจ็บป่วยในรูปปริมาณตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละคน โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็นประเภทต่างๆ 5 ประเภท (กรมสุขภาพจิต และสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย) คือ

1. **ผู้ป่วยประเภทฉุกเฉิน** หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีการรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคลไม่แน่นอน เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และ/หรือ ทำลายทรัพย์สิน ในเรื่องการดูแลตนเองผู้ป่วยต้องการการทำให้หรือทำได้เองบางส่วน ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการอยู่ร่วมกัน การพูดคุย ทักทายในกลุ่มเพื่อนหรือบุคลากร และการมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด มีภาวะเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิต และมีพยาธิสภาพเกี่ยวกับ vital organ

2. **ผู้ป่วยประเภทวิกฤต** หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลไม่ถูกต้อง เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และ/หรือ ทำลายทรัพย์สิน ในเรื่องการดูแลตนเอง ผู้ป่วยต้องการการทำให้ และไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการอยู่ร่วมกัน การพูดคุยทักทายในกลุ่มเพื่อนและบุคลากร และการมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด มีภาวะเสี่ยงต่อชีวิต และมีพยาธิสภาพเกี่ยวกับ vital organ และ vital signs

3. **ผู้ป่วยประเภทแรกรับ** หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่สับสนในเรื่องเวลา สถานที่และบุคคล มีแนวโน้มเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และ/หรือ ทำลายทรัพย์สิน ดูแลตนเองได้โดยมีการช่วยทำให้ ปฏิบัติกิจกรรมการอยู่ร่วมกันและการพูดคุยทักทายในกลุ่มเพื่อนและบุคลากรได้เป็นครั้งคราว มีความไว้วางใจพยาบาล ฟัง โต้ตอบ คิด แสดงความคิดและบอกความรู้สึกของตนเองไม่ได้ อาจมีภาวะเสี่ยงต่อชีวิต

4. **ผู้ป่วยประเภทเรื้อรังบำบัด** หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีการรับรู้เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้องในเรื่องใกล้ตัว เป็นอันตรายต่อความเป็นตนเองในส่วนบุคคล และการทำหน้าที่ดูแลตนเองได้โดยมีการประคับประครอง สนับสนุนอย่างใกล้ชิด (บอกซ้ำ) ปฏิบัติกิจกรรมการอยู่ร่วมกันได้โดยไม่ต้องรับผิดชอบ พูดคุยทักทายในกลุ่มเพื่อนและบุคลากรได้ แต่ไม่มีการริเริ่ม

ไว้วางใจพยาบาล ฟัง ได้ตอบ คิด แสดงความคิด บอกความรู้สึกของตนเองได้เป็นครั้งคราว มีพยาธิสภาพทางกายไม่รุนแรง

5. ผู้ป่วยประเภทบำบัดระยะยาว หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวช ที่มีการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล ถูกต้องในเรื่องใกล้ตัวและไกลตัว การควบคุมตนเองไม่เป็นอันตรายแต่ไม่เป็นประโยชน์ (สร้างสรรค์) ต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม ดูแลตนเองได้โดยประทับประครองสนับสนุน สอน จัดสิ่งแวดล้อมเป็นครั้งคราว ปฏิบัติกิจกรรมการอยู่ร่วมกันได้และร่วมรับผิดชอบดูแลทุกข์ทนายในกลุ่มเพื่อนและบุคลากรได้โดยเริ่มต้นเอง ไว้วางใจพยาบาล ฟังและได้ตอบได้ แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองได้เป็นครั้งคราว ไม่มีพยาธิสภาพทางกาย และvital organ

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภท ในประเภทบำบัดระยะยาว ได้รับอนุญาตจากแพทย์ให้กลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ทั้งนี้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้องใช้ศักยภาพของตนในการดูแลตนเองเพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองที่บ้าน และมาพบแพทย์เพื่อติดตามอาการตามนัด

1.2 การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมทำให้มีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม มีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรังจึงมีการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ผู้ป่วยที่ป่วยครั้งเดียวหรือ 2-3 ครั้งแล้วหายขาดกลับคืนสภาพเดิมก่อนป่วยพบได้น้อย ส่วนใหญ่หลงเหลืออาการอยู่บ้างและไม่กลับสู่สภาวะปกติ (มาโนช หล่อตระกูล, 2540) ซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน ปัจจุบันจากนโยบายการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลระยะสั้นและให้กลับสู่ชุมชนโดยเร็วที่สุด โดยเชื่อว่าการให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลระยะเวลาสั้นเป็นการป้องกันการติดโรงพยาบาลและการป่วยเรื้อรัง (อรพรรณ ลีอนุชวิชัย, 2542ก) เมื่ออาการทุเลาก็ให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชน ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นทั้งผู้ที่ไม่มีอาการทางจิตและยังมีอาการทางจิตอยู่บ้างเป็นบางส่วน (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) จากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรักษาดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวช/จิตเภทจำนวนมากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและต้องกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน (Worley, 1997) ในขณะที่ยังไม่พร้อมในการดูแลตนเอง ดังนั้นการศึกษาลักษณะการดำเนินชีวิต ปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ เพื่อนำข้อมูลที่ได้วางแผนดำเนินการช่วยเหลือและแก้ไขให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริงจึงจำเป็นอย่างยิ่ง

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นผู้ที่ได้รับการรักษาพยาบาลจนอาการทุเลา มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองได้บ้าง (เปรมฤดี คำรักษ์, 2545) หลังจากแพทย์อนุญาตให้กลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมดีขึ้นสามารถปฏิบัติอาชีพการงานได้ระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ไม่นานก็จะมีอาการป่วยซ้ำต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก (อรพรรณ ลือบุญรัชชชัย, 2542; Montgomery and Kirkpatrick, 2002; Meijel et al. 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่าหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะเวลาแรกผู้ป่วยมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว

ลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายสู่ชุมชนยังมีปัญหาในการดูแลตนเองอย่างมาก (รัชนี ศรีศิริ, 2544) ผู้ป่วยขาดความสนใจในการรักษาความสะอาดร่างกาย ขาดความสนใจด้านสุขภาพ ด้านการเรียน การทำงาน ชอบแยกตัวอยู่ตามลำพัง ใช้สารเสพติด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การจัดเตรียมอาหาร การเลือกรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การนอนหลับพักผ่อน การรับประทานยา ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้แต่ยังไม่สามารถทำกิจกรรมได้อย่างสมบูรณ์ (เปรมฤดี คำรักษ์, 2545) โดยเฉพาะเรื่องการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา ผู้ป่วยมักหยุดยาเองจากสาเหตุหลายประการ เช่น ไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตได้ บางรายขาดความรู้โดยเชื่อว่าเมื่อตนเองอาการดีขึ้นแล้วไม่ต้องรับประทานยาต่อ และเกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยา (สรินทร์ เชื้อวโศธร, 2545; อุมพร กาญจนรักษ์, 2545; กาญจนา ชัยเจริญ, 2547; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547)

จะเห็นว่าผู้ป่วยในชุมชนยังขาดทักษะในการดูแลตนเองด้านต่างๆ การจัดการเบื้องต้นกับอาการของโรค การสังเกตอาการนำก่อนอาการทางจิตกำเริบ การเผชิญปัญหา การหาแหล่งสนับสนุนหรือที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปรีชา ศตวรรษธำรง (2543) โดยศึกษาปัญหาของผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการทางจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา พบว่าปัญหาด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาเชิงคุณภาพของ ศิริพร ทองบ่อ และคณะ (2542) เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าด้านการพึ่งตนเอง ในเรื่องกิจวัตรประจำวันการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว ผู้ป่วยทำได้เองทุกเรื่องแต่ด้อยคุณภาพ และเป้าหมายในชีวิตอยากช่วยเหลือตนเองได้มากกว่านี้ แต่ในขณะที่เดียวกันก็ยังไม่มองเห็นหนทางว่าจะทำได้อย่างไร

ด้านสัมพันธภาพทั้งกับครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบางรายมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่น จะมีสัมพันธภาพกับผู้ที่ดูแลใกล้ชิดเพียงคนหรือสองคนเท่านั้น และมักเกิดปัญหาความคับข้องใจในครอบครัวเนื่องจากครอบครัวยังไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำที่ได้รับก่อนจะรับผู้ป่วยกลับบ้าน (สุวิมล สมัตตะ, 2545) อีกทั้งยังพบว่าปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวด้านการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น การที่สมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติในเชิงลบกับผู้ป่วย มีการแสดงความรัก ความสงสารน้อย ไม่สนใจความรู้สึกของผู้ป่วยและรู้สึกว่ากรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นภาระกับสมาชิกในครอบครัว (หงส์ บรรเทิงสุข, 2545) ญาติผู้ป่วยบางรายไม่ยอมรับผู้ป่วย โดยแสดงพฤติกรรมการติดตาม กักผู้ป่วยให้ผู้ป่วยอยู่และอยากให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล (เปรมฤดี คำรักษ์, 2545) จากการศึกษาของ ไพลิน โปธิ์สุวรรณ และคณะ (2544) พบว่าญาติบางคนมองผู้ป่วยในแง่ลบ โกรธ เบื่อหน่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายทำร้ายญาติ ใช้สารเสพติด ญาติเชื่อว่าผู้ป่วยโรคจิตไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้จึงล้าช้าผู้ป่วยเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ

มีการศึกษาเชิงคุณภาพถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัดนครพนมของ หยกฟ้า บุญชิต (2545) พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในส่วนของชุมชนจะเป็นการดูแลไปตามเหตุการณ์ เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาชุมชนจะให้ความเห็นอกเห็นใจ ให้การยอมรับในฐานะสมาชิกชุมชน ไม่รังเกียจชุมชนช่วยในการสังเกตอาการของผู้ป่วย และนำข้อมูลแจ้งแก่ครอบครัวและญาติ ตามไถ่เรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย การดำเนินชีวิตทั่วไปของผู้ป่วยและชุมชนมีความกลมกลืนเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ความรู้สึกของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจะเปลี่ยนไปจากเดิม เป็นความรู้สึกหวาดกลัวการถูกทำร้าย นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางรายไม่กล้าพูดคุยกับผู้อื่น แยกตัว เฉื่อยชา หวาดระแวง และรบกวนผู้อื่น เนื่องจากไม่มีความมั่นใจในตนเอง ปรับตัวได้น้อย (ภัทรา ธีรลาภ, 2530) ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีพลังอำนาจในการควบคุมสิ่งต่าง ๆ หรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อประโยชน์แก่ตน (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545; สมพันธ์ มณีรัตน์, 2546; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมตนเองได้น้อย เช่น การควบคุมอารมณ์โกรธ ตื่นตระหนก และควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้น้อย เนื่องจากขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกสะเทือนใจ อับอายและมีปมด้อย (ลัดดาวัลย์ เกิดสว่าง และ วิลาวรรณ เทพโสธร, 2538; โปรยทิพย์ กสิพันธ์ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2542; ไพลิน โปธิ์สุวรรณ และคณะ, 2544) นอกจากนี้การที่เพื่อนร่วมงานไม่ยอมรับ ไม่เชื่อว่าผู้ป่วยจะทำประโยชน์อะไรได้ แสดงท่าทีรังเกียจ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไร้คุณค่าและสูญเสียความภาคภูมิใจต่อตนเอง (สุวิมล สมัตตะ, 2541; พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ์ และคณะ, 2542; โปรยทิพย์ กสิพันธ์, 2541) โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมักมองและประเมินปัญหามากกว่าความเป็น

จริงและมีการรับรู้ตนเองว่าขาดความสามารถในการจัดการหรือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะประสบกับปัญหาการดำเนินชีวิตในชุมชนดังกล่าว แต่ยังมีผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งที่สามารถดูแลตนเองได้ ดังในการศึกษาเชิงคุณภาพของ จูพาลักษณ์ ชำของ (2547) เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ พบว่า ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านร่างกาย ผู้ป่วยใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ หลีกเลี่ยงสารกระตุ้นประสาท ด้านจิตใจ โดยการทำงานและ/หรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจหรือผ่อนคลาย การปรับเปลี่ยนความคิดและจิตใจ คือ คิดเชิงบวกและยอมรับสภาพที่เป็น ด้านสังคม คือ การปฏิบัติตัวให้เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม ด้านจิตวิญญาณ คือ การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและการฝึกจิตใจให้สงบ หรือในการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทของ หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตรายด้านทุกด้าน คือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์อยู่ในระดับสูง

สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่ยังมีอาการหลงเหลือจากพยาธิสภาพของโรค มีความบกพร่องในการดูแลตนเองด้านต่างๆ ปัญหาสำคัญที่พบคือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ สัมพันธภาพ และการติดต่อสื่อสารทั้งกับบุคคลในครอบครัว สังคม และชุมชน การเผชิญปัญหา ความเครียด ความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีพลังอำนาจความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ปัญหาเหล่านี้หากไม่ได้รับการช่วยเหลือแก้ไข จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบป่วยซ้ำ ซึ่งการป่วยซ้ำของผู้ป่วยนั้นมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมเป็นอย่างยิ่ง

ดังนั้นพยาบาลผู้มีส่วนใกล้ชิดคิดในการดูแลผู้ป่วยที่สุดในทีมสุขภาพ จึงจำเป็นต้องยังในการศึกษาวิจัยเพื่อหาวิธีการหรือแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้และดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะทั่วไป คือ มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ความจริง อารมณ์ และการสังคม ปรากฏให้เห็นได้ด้วยพฤติกรรมที่แปลกจากคนทั่วไป คือมีความคิดหลงผิด อารมณ์ราบเรียบไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ หวาดระแวง ว้าวุ่น สับสน หมกมุ่นกับตนเอง ขาดสมาธิ

จากลักษณะอาการดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยขาดสมรรถภาพในการดำรงชีวิตที่สมบูรณ์ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทั้งต่อตนเองและสังคมลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวและสังคม ปัญหาต่างๆ เหล่านี้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจึงจำเป็นอย่างยิ่งในการที่จะหาวิธีการหรือแนวทางในปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพความสามารถที่ผู้ป่วยมีอยู่ และไม่ป่วยซ้ำ

2.1 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล

ผู้วิจัยศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลทั้งในผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติเป็น 4 มิติ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) คือ

1. การส่งเสริมสุขภาพจิต (promotion of mental health) จัดเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น (primary prevention) โดยมีหลักการว่าสุขภาพจิตดีจะมีพื้นฐานจากการมีกำเนิดที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ได้รับความรักความอบอุ่นอย่างเหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมั่นคงทางจิตใจ ให้ความรักผู้อื่นได้ ยอมรับตนเอง ไม่มีปมด้อย บุคคลที่มีคุณสมบัติดังกล่าว จะมีพื้นฐานจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ดี อยู่ในสังคมและทำประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล คือ การให้ความรู้แก่บุคคลทั่วไปในเรื่องสุขภาพจิต เช่น การเลือกคู่ครอง การปรับตัวตามพัฒนาการตามวัย การเผชิญปัญหาในการดำเนินชีวิต

2. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาสภาวะทางสุขภาพจิตให้ดี (prevention or maintenance of mental health) ปัญหาสุขภาพจิตสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย อาจทำให้เกิดความคับข้องใจ ความเครียด และความวิตกกังวลได้

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล คือ การให้ความรู้แก่บุคคลทั่วไปในเรื่องสุขภาพจิต เช่น การเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม การปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การคิดทางบวก การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดำเนินโรค และการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตสูง

3. การบำบัดรักษา (therapeutic or restoration of mental health) การที่บุคคลมีปัญหาสุขภาพจิต หากไม่ขจัดให้หมดไปโดยเร็วอาจทำให้เจ็บป่วยเป็นโรคจิตโรคประสาทได้ มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล คือ จัดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตใจที่เข้มแข็งเช่นเดิม เช่น การสร้างสัมพันธภาพ และการมีปฏิสัมพันธ์เพื่อการบำบัดรักษา การให้ยา การดูแลทางด้านร่างกาย เป็นต้น

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation of mental health) ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต จะขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจไม่ดี ขาดความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งขาดการดูแลช่วยเหลือตนเอง

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย โดยการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด และการให้การรักษาบำบัดอื่น ๆ ร่วมกับบุคคลากรในทีมจิตเวช ในระยะนี้ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ รวมทั้งการใช้รูปแบบทางสังคม เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมและการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดดังกล่าวข้างต้น มาผสมผสานให้การฟื้นฟูเพื่อขจัดความไม่สามารถต่าง ๆ และเสริมสร้างความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และความเป็นอยู่ในสังคมใหม่

แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักการปฏิบัติเป็น 4 มิติ ดังกล่าว เน้นส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ทั้งในกลุ่มผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้นแล้ว และในกลุ่มบุคคลทั่วไปเพื่อมีสุขภาพทั้งกายและจิตที่ดีไม่เกิดการเจ็บป่วย

แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชอีกแนวทางหนึ่ง โดย สุวณี เกี่ยวกิ่งแก้ว (2545) มีแนวคิดจากลักษณะของโรคจิตเภทที่มีความผิดปกติทั้งความคิด การรับรู้ การแปลความหมาย การสื่อสาร ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องให้การดูแลในลักษณะตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม โดยอาศัยหลักการพยาบาลทั่วไป ร่วมกับแนวคิดด้านกระบวนการพยาบาลดังนี้

1. หลักการพยาบาลทั่วไป

1.1 การพยาบาลด้านร่างกาย ในการพยาบาลด้านร่างกายเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขอนามัยจะไม่ดี

1.2 การพยาบาลด้านความคิด การพยาบาลผู้ป่วยด้านความคิดนั้นสิ่งที่ผู้ให้การพยาบาลควรทำคือการหาความหมายของความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนี้จะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่ตีออกมาทางด้านพฤติกรรมได้มากขึ้น และสุดท้ายที่พยาบาลต้องทำคือการให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (Reinforcing reality)

1.3 การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่านิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบ เหตุการณ์ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจจะทำให้พยาบาลหงุดหงิดและไม่พอใจ และพยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ แม้ว่าการกระทำของพยาบาลนี้อาจจะไม่ประสบความสำเร็จเลยก็ได้

1.4 การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคม และการไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าปัญหาเหล่านี้จะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา

2. กระบวนการพยาบาล

2.1 การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินสภาพทั่วไป และอาการต่างๆของผู้ป่วย การประเมินจะเริ่มต้นด้วยการประเมินความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมโดยทั่วไป และอาการผิดปกติที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

2.2 การวินิจฉัยการพยาบาลเมื่อทำการประเมินสภาพทั่วไป ประเมินอาการด้านร่างกาย ด้านจิตใจอารมณ์ และการรับรู้ ประเมินอาการหลงผิดประสาทหลอนของผู้ป่วยว่ามีหรือไม่มีในลักษณะใด ขึ้นต่อมาคือการวินิจฉัยการพยาบาล การวินิจฉัยทางการพยาบาลจะแม่นยำตรงแค่ไหนขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการประเมินสภาพและอาการทั่วไปที่ได้ทำในขั้นต้น การวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นต่อมา โดยทั่วไปการวินิจฉัยทางการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท และจะสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยจิตเภท

2.3 การวางแผนการพยาบาล แผนการพยาบาลประกอบด้วยแผนการพยาบาล

ระยะสั้น และแผนการพยาบาลระยะยาว ปัญหาและข้อวินิจฉัยพยาบาลบางข้อจำเป็นต้องแก้ไขในเวลาอันสั้น ปัญหาบางปัญหาต้องใช้เวลา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนการพยาบาลเป็นแผนการพยาบาลระยะสั้นและแผนการพยาบาลระยะยาว เพื่อที่จะได้แนวทางการประเมินผลความสำเร็จด้านการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลควรที่จะได้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่พึงประสงค์

2.4 การปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยได้รับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจาก ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ควบคุมตนเองไม่ได้และการอยู่ในชุมชนไม่มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและคนอื่นๆในชุมชน การมี clinical pathway จะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลง่ายขึ้น

2.5 การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลมีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงมีอยู่เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้นๆ

จากแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล โดยอาศัยหลักการพยาบาลทั่วไปร่วมกับแนวคิดกระบวนการพยาบาล เป็นการดูแลผู้ป่วยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย เนื่องจากการดำเนินโรคที่เรื้อรัง ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ก่อให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต และยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้ครอบครัว สังคมต้องให้การดูแล จินตนา ยูนิพันธ์ (2542) กล่าวว่า พยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยปฏิบัติการเพื่อบำบัดอาการของโรคพร้อมกับการดูแล “บุคคล” สาระสำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึงเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล คือ

1. เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งรวมถึงจิตสังคมและจิตวิญญาณ
2. คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมาย นอกจากจะให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนอีกด้วย
3. การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพ การพยาบาลต้องครอบคลุมการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งในภาวะเจ็บป่วยคือ ช่วยเหลือสภาพการเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือดูแล บำบัด รักษา/บรรเทาอาการของโรค

การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นฟู (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลเป็นลักษณะบริการพยาบาลที่วิชาชีพการพยาบาลพึงมีต่อสังคมโดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อให้บุคคลมีสุขภาพดี (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) เป็นการมุ่งเน้นที่การพิจารณาและจัดการกับสาเหตุของปัญหามากกว่าการควบคุมอาการ เนื่องจากประสิทธิภาพของการพยาบาลมิใช่การที่สามารถลดอาการความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่หมายถึงความสามารถในการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้พฤติกรรม อารมณ์ จากประสบการณ์ตรงและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการเรียนรู้ไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การเห็นผลการปฏิบัติของตน การเลียนแบบ การได้ยิน การได้รับข้อมูลย้อนกลับ เป็นต้น(บุญวดี เพชรรัตน์, 2539)

สรุปได้ว่าแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลควรคำนึงโรค การดำเนินโรค ปัญหาอุปสรรคต่างๆจากการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับ เนื่องจากประกอบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งพยาบาล ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน สังคมที่ผู้ป่วยอยู่อาศัย ข้อมูลต่างๆจากองค์ประกอบเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญต่อการที่วางแผนเพื่อดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการให้บริการแบบผสมผสานการปฏิบัติการการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติกิจกรรมครอบครัวชุมชนได้ และป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เนื่องจากลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จะเห็นว่าจากการดำเนินโรคที่เรื้อรัง ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเป็นครั้งคราว ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยจำแนกตามสถานที่ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย พบว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น มีทั้งรูปแบบการพยาบาลในโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก และในชุมชน ดังนี้

2.2.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก

การให้การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกนี้ ถือเป็นงานสำคัญยิ่งของโรงพยาบาลที่จะต้องดำเนินการจัดระบบบริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่ออำนวยความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้มาใช้บริการ งานบริการนี้จะครอบคลุมถึงงานรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค และงานฟื้นฟูสภาพ (เพลิน เลียงโชคอยู่, 2548) บทบาทของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยนอก ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

กองการพยาบาล(2542) ได้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลการบริการผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นผู้ป่วยทั่วไปมี 5 มาตรฐาน ดังนี้คือ

1. การพยาบาลในระยะก่อนตรวจ

1.1 พยาบาลวิชาชีพตรวจคัดกรองและประเมินอาการผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ภายใต้อาการที่ครบถ้วนสมบูรณ์ โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ ประเมินสภาพและอาการของผู้ป่วยทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงอาคารตรวจโรค ประเมินระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ถ้าพบผู้ป่วยฉุกเฉินหรือมีอาการไม่คงที่ หรือเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงเฉียบพลัน ตัดสินใจให้การพยาบาลเบื้องต้น และ/หรือ ส่งต่อหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประเมินสภาพและอาการจากข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นที่อาการสำคัญที่สุดของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลโดยใช้ทั้งข้อมูลอัตนัย (Subjective) และปรนัย (Objective) ตรวจวัดสัญญาณชีพตรวจร่างกายตามปัญหา พร้อมส่งชันสูตรหรือติดตามผล ส่งตรวจทางชันสูตรตามแนวทางปฏิบัติของการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ต่อการตรวจรักษาและวินิจฉัยโรค บันทึกการตรวจคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการตรวจตามแผนกที่เปิดบริการตรวจโรค สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการอาการแสดง แนวทางการตรวจแก่ผู้ป่วย ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการตรวจ จัดผู้ป่วยเข้ารับการตรวจตามความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

1.2 พยาบาลตัดสินใจให้การพยาบาลและช่วยเหลือเบื้องต้นในผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่หรือเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงเฉียบพลันหรือมีอาการคุกคามได้ทันเวลา

2. การพยาบาลในระยะตรวจ มีข้อความมาตรฐานดังนี้ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการหรือเฝ้าอำนวยความสะดวกเป็นไปอย่างสะดวกปลอดภัย โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ จัดให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจตามลำดับ ตรวจสอบเอกสารการตรวจโรคและสอบถามความถูกต้องของตัวบุคคลผู้ป่วย (Patient identification) ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนย้าย

ระหว่างการตรวจ ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ช่วยเหลือจัดทำตรวจให้เหมาะสมกับการตรวจ เฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยขณะตรวจ จัดเตรียมและหรือตรวจสอบเอกสารต่างๆ พร้อมทั้งจะเข้ารับบริการขั้นต่อไป และมีการนิเทศงานในกรณีที่มีมอบหมายให้ผู้อื่นปฏิบัติงานแทน

3. การพยาบาลในระยะหลังตรวจ

3.1 พยาบาลวิชาชีพวิเคราะห์ข้อมูลหลังตรวจและช่วยเหลือให้ได้รับบริการขั้นต่อไปอย่างเหมาะสม โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ กรณีผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาลต้องแจ้งให้ผู้ป่วย/ญาติทราบเหตุผลของการรับบริการรักษาต่อในโรงพยาบาล ประเมินอาการและปัญหา ถ้าผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่ หรือเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงเฉียบพลัน จัดให้มีเจ้าหน้าที่ไปส่งยังหอผู้ป่วย ประสานงานกับพยาบาลหอผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยใหม่ และดำเนินการด้านทะเบียน/ เอกสารตามขั้นตอนการรับผู้ป่วยใหม่ (Admission) กรณีผู้ป่วยต้องเข้ารับการตรวจหรือวินิจฉัยเพิ่มเติม แจ้งให้ผู้ป่วย/ญาติทราบความจำเป็น อธิบายขั้นตอนการรับบริการตรวจหรือวินิจฉัยเพิ่มเติม และช่วยเหลืออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจ/ วินิจฉัยเพิ่มเติมตามแนวทางที่กำหนด กรณีผู้ป่วยนัดมาตรวจซ้ำ ต้องแจ้งกำหนดนัดตรวจให้ผู้ป่วย/ ญาติทราบ เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการกำหนดวันนัด มอบบัตรนัด และอธิบายความสำคัญของการมาตรวจตามนัด อธิบายวิธีปฏิบัติตน และกรณีที่ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ให้ประสานงานกับหน่วยบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

3.2 พยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษาอย่างถูกต้องปลอดภัย โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ การตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลผู้ป่วย (Patient certification) ตรวจสอบความถูกต้องของคำสั่งการรักษา ประเมินปัญหา อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงกิจกรรมการรักษายาบาล ให้การพยาบาลอย่างถูกเทคนิค เตรียมพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน สังเกตอาการภายหลังการพยาบาล เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหรืออาการเปลี่ยนแปลงบันทึกกิจกรรมการพยาบาล ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน ให้บัตรนัดเพื่อทำหัตถการครั้งต่อไปและส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย

4. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว มีข้อความมาตรฐานคือ

4.1 พยาบาลจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวโดย แนวทางปฏิบัติดังนี้ จัดโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกเป็นประจำ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวได้ซักถามปัญหาและข้อข้องใจต่างๆ ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงกิจกรรมการรับข้อมูลด้านสุขภาพต่างๆ เช่น บริการปรึกษารายบุคคลและราย

กลุ่ม การเข้าร่วมกลุ่มสนทนากับผู้ป่วยอื่น หรือการเข้าร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพของประชาชน

4.2 มีการส่งเสริม สนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรังทั้งโรคติดต่อและไม่ติดต่อ ได้รับ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม มีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้ ให้การ บริการรายบุคคลโดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังรายใหม่ทุกราย จัดโปรแกรมการให้ความรู้ซึ่งเป็นระบบและ ต่อเนื่อง ครอบครัวมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพกับผู้ป่วยที่เป็นโรค เดียวกันหรือต่างกัน โดยใช้กระบวนการกลุ่ม บันทึกผลการให้ข้อมูล วิเคราะห์ผลสำเร็จในการดูแล สุขภาพตนเองของ ผู้ป่วยแต่ละราย วางแผนและจัดระบบการติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่าง ต่อเนื่องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลือกสถานที่ที่จะรับบริการส่งต่อ ประสานงานกับหน่วยบริการ ดูแลสุขภาพที่บ้าน

5. การเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้ป่วย ข้อความมาตรฐาน ดังนี้ พยาบาล วิชาชีพให้การพยาบาลโดยตระหนักและเคารพในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคล มี แนวทางปฏิบัติดังนี้ ให้การดูแลโดยยึดหลักจริยธรรม จรรยาบรรณของวิชาชีพ และให้ความเคารพใน สิทธิของผู้ป่วยทุกราย โดยกำหนดมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการขัดต่อจริยธรรม การให้ การรักษาพยาบาลผู้ป่วย เช่น การรักษาความลับ การให้ข้อมูลความเสมอภาคในการใช้บริการ การ ความยกย่องให้เกียรติ อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเหตุผลก่อนปฏิบัติการรักษาพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกการรักษาพยาบาล และกระทำกิจกรรม การรักษาพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น

จากมาตรฐานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกของ เป็นการจัดบริการที่ครอบคลุมทั้งด้านการ ตรวจรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นในส่วนของ การตรวจรักษา ด้านการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวจัด โปรแกรม การให้ความรู้ด้านสุขภาพ ตอบคำถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล บริการบริการรายบุคคล และรายกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนและสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ตามศักยภาพ

2.2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

พยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีความใกล้ชิด และมีบทบาทสำคัญในการดูแล ผู้รับบริการและครอบครัว ตลอดจนพยาบาลมีบทบาทในการดูแลบุคคลให้ครอบคลุม กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ ในลักษณะความเป็นองค์รวม ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเฉพาะโรคจิตเภทที่มี อัตราการป่วยซ้ำสูงร่วมกับเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต, สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2547) เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยต้อง รับผิดชอบในการดูแลตนเอง ดังนั้นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ดำเนินชีวิตในชุมชนได้และไม่ เกิดการป่วยซ้ำ

การวิจัยนี้ผู้วิจัยทบทวนเอกสารงานวิจัยบทความต่างๆที่เกี่ยวข้องกับลักษณะการดำเนินงาน สุขภาพจิตชุมชน บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในงานสุขภาพจิตชุมชนตามหลักการพยาบาล สุขภาพจิตชุมชน ตลอดจนการพยาบาลเพื่อสุขภาพที่ดี การพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ เพื่อ เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในงานสุขภาพจิตชุมชนตามหลักการพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน (ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร และคณะ, 2546) คือ

1. การพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน สามารถแบ่งออกเป็นกรอบแนวคิดเฉพาะ ได้แก่ กระบวนการปฏิบัติงานการให้บริการสุขภาพและการพยาบาลในชุมชน และกลยุทธ์ในการให้ความ ช่วยเหลือชุมชนในการเสริมสร้างสุขภาพจิต ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพจิตจึงประกอบด้วย กิจกรรมต่างๆดังนี้

1.1 การให้ความรู้ในด้านสุขภาพจิต เพื่อให้บุคคลในชุมชนเกิดความรู้ ความเข้าใจปัญหาและความรุนแรง ความสูญเสียในการรักษา การเฝ้าระวัง การสังเกตและการดูแล ตนเองรวมทั้งคนใกล้ชิด หรือคนในครอบครัว ในชุมชน เพื่อประสิทธิภาพในการส่งเสริมการ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชุมชน

1.2 การป้องกันโดยวิธีการให้ความช่วยเหลือด้วยการให้การปรึกษาแบบ กลุ่ม เพื่อให้สามารถเรียนรู้แบบแผนในการสร้างสัมพันธภาพ และการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในชุมชน สังคม และการให้การปรึกษายังช่วยทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ใหญ่ และกลุ่มย่อยในสังคม ตลอดจนการ

ใช้สื่อต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อภาพยนตร์ วิทยุทัศน์ วิทยุกระจายเสียง สื่อเทคโนโลยีอื่นๆ รวมทั้งสื่อบุคคลเพื่อช่วยในการส่งเสริมสุขภาพจิตและใช้ในการคลายเครียดให้กลุ่มคนในชุมชน

2. พิจารณาปัจจัย ถิ่นที่อยู่ สังคม ครอบครัว ประสบการณ์ของสมาชิกความเครียด และปัญหาชีวิตประจำวัน เป็นต้น โดยปัจจัยเหล่านี้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลแนะแนวทางที่จะเพิ่มศักยภาพ และส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจิต โรคประสาทใช้แนวคิดหลักของหลักการให้การพยาบาล แบบองค์รวม (Holistic care) คือการดูแลบุคคลทั้งคน หมายถึง ครอบคลุมทั้งการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยการนำโน้ตทัศน์หรือกระบวนการความคิดและประสบการณ์ชีวิตของ บุคคลมาผสมผสานกันทั้งหมด

3. มุ่งเน้นให้มีการช่วยเหลือบุคคลด้วยการดูแลสุขภาพจิตเพราะบทบาทของ วิชาชีพพยาบาลนั้นต้องบูรณาการและผสมผสานศาสตร์สหวิทยาการ ทั้งทางมนุษยวิทยา จิตวิทยา สังคมวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ ศาสตร์การดูแลตนเอง และวิธีการทางวิทยาศาสตร์ โดยมีการ ประยุกต์แนวคิด บูรณาการเพื่อนำไปใช้ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. แนวคิดหรือมโนทัศน์ของชุมชนในความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน หมายถึง ต้องพิจารณากลุ่มเป้าหมาย สังคมของชุมชน เครือข่ายของสังคมเป็นอันดับแรก

ด้านการจัดกิจกรรมในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อบรรลุสุขภาพจะอย่าง เป็นองค์รวม (เปรมฤดี คำรักษ์, 2545; กุณฑลลี เพียรทอง, 2547) มีรูปแบบการให้การพยาบาล ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถ ในการทำกิจกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นจุดเน้นของการให้บริการของวิชาชีพพยาบาล ที่มีลักษณะ เป็นองค์รวมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2532) เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและดำเนิน ชีวิตอย่างมีความสุข

2. การเยี่ยมบ้านและครอบครัว การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการปฏิบัติกรพยาบาล เจริญกเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้นต้อง อาศัยความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ และศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง ลักษณะกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2542ก) ดังนี้

2.1 ประเมินสภาวะผู้รับบริการ

2.2 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน โดยเน้นการยอมรับ ความเข้าใจและความเห็นอกเห็นใจ การสร้างความรู้สึกที่ดี และไว้วางใจของผู้ป่วยและญาติ

2.3 พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัวเน้นการสร้างความเข้าใจของแต่ละคนในครอบครัว

2.4 การสอนและให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัว การดำเนินชีวิตประจำวัน การใช้เวลาและทักษะชีวิต การประกอบอาชีพที่เหมาะสมทั้งในผู้ป่วยและญาติ

2.5 การให้คำปรึกษาตามความเหมาะสมใช้หลักการ แนวคิด และทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคล กลุ่ม ทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคลและการให้คำปรึกษาครอบครัว

2.6 การสนับสนุนให้กำลังใจในโอกาสที่เหมาะสม การประทับประครองเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ

2.7 การเสริมสร้างพลังอำนาจ เน้นการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วย ญาติ และทุกคนในครอบครัว ให้เข้าใจมั่นใจในบทบาทความสามารถ และความรับผิดชอบของตนเอง ในสถานการณ์ที่เกิดและความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง

2.8 การประสานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ

2.9 การประเมินผล ปรับแผนการดูแลเป็นระยะๆ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางครอบคลุมทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว โดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย สิทธิในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษาหรือปฏิบัติพยาบาลควรคำนึงถึงจริยธรรมในวิชาชีพ สังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว ในการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยด้วย

3. การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ชุมชนเข้าใจผู้ป่วยจิตเภท มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาตลอดจนติดตามประเมินผลงานนั้นเอง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเอง มีการประกอบอาชีพตามศักยภาพ และลดโอกาสในการป่วยซ้ำโดยการจัดอบรมจัดกิจกรรมในชุมชน

สรุปแล้วการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้นต้องอาศัย องค์ความรู้ทั้งทางด้าน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และศาสตร์สาขาอื่นๆ การดูแลผู้ป่วยต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวมของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด

ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการให้บริการแบบผสมผสานการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้แนวคิดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) คือ การดูแลครอบคลุมด้านร่างกาย

จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและชุมชน อยู่ร่วมกับสังคมได้ และป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. ประเมินปัจจัยต่างๆของผู้ป่วย ถิ่นที่อยู่อาศัย สังคม ครอบครัว ประสบการณ์การดูแลตนเอง ปัญหาอุปสรรคที่ผ่านมา และวิธีการแก้ไขปัญหานั้น ปัจจัยเหล่านี้เป็นข้อมูลที่จะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล ในการดำเนินการแก้ไขที่เหมาะสมต่อไป

2. ประเมินความเข้มแข็ง อำนาจ พลังความสามารถ ศักยภาพในการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยมีอยู่ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมทั้งแหล่งสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

3. ส่งเสริมสุขภาพจิตโดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงโรคจิตเภท อาการ อาการแสดง สาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บป่วยทางจิต การดูแลตนเองเกิดการเจ็บป่วย การจัดการกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ทั้งการปฏิบัติตัว การรับประทานยา การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต

4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพึ่งตนเองด้วยการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและไม่เกิดการป่วยซ้ำ

5. เป็นที่ปรึกษาให้คำปรึกษา แนะนำ ทั้งแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อเกิดปัญหาในการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ หรือการดูแลตนเองเมื่อดำเนินชีวิตในชุมชน เช่น การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวมากเกินไป ความขัดแย้งในครอบครัว ทั้งนี้พยาบาลจะชี้ให้เห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไข โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกวิธีการ ในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเอง หรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย นอนไม่หลับหรือหลับมากกว่าปกติ หงุดหงิดง่าย โมโหง่าย ซึ่งอาการเหล่านี้หากผู้ป่วยรู้วิธีการสังเกตและจัดการกับปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ เพื่อรักษาได้ทันก่อนจะมีอาการรุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ยังหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยให้มีแหล่งช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาอื่นเมื่อเกิดปัญหา

6. ฝึกทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสม

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพที่มีอยู่ และหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนได้อย่างเหมาะสม เมื่อตนเองเกิดปัญหาที่ไม่สามารถดำเนินการแก้ไขได้ ทั้งนี้การพยาบาลต้องมีความต่อเนื่อง เนื่องจากโรค

จิตเภทเป็นโรคที่ลักษณะเรื้อรัง มีโอกาสหายขาดได้น้อย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้จึงเป็นหน้าที่ที่พยาบาลต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่ง

3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญมากต่อการฟื้นหายของโรค แต่สิ่งที่สำคัญขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละบุคคล ซึ่งในปัจจุบันแนวคิดการดูแลรักษาผู้ป่วยได้เปลี่ยนจุดเน้นมาที่ตัวบุคคล ในการรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของตน

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึกร่วมเพื่อตอบสนองสิ่งเร้า (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542)

การดูแลตนเองมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Levin (1976 อ้างถึงใน อนงค์นุช ภูยานนท์, 2544) ให้ความหมายการดูแลตนเอง ว่าเป็นกระบวนการที่สามัญชนทำหน้าที่ด้วยตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย ความผิดปกติ และการรักษาเบื้องต้น ซึ่งถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในระบบสุขภาพขั้นพื้นฐาน นอกจากนั้น Levin มองเห็นว่าการดูแลตนเองมักเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้และถ่ายทอดทางสังคม นับตั้งแต่การสังเกตตนเอง การเรียนรู้อาการ การให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจความรุนแรง การเลือกวิธีการรักษา ตลอดจนประเมินผลการรักษาตนเอง ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ประชาชนส่วนใหญ่ของทุกสังคมกระทำกันอยู่แล้ว

Hill and Smith (1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นความตั้งใจของบุคคลที่จะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั้นเองหรือสภาพของบุคคลนั้นก็ได้

Orem (2001) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษา

ไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด

Potter and Perry (1989) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลสมัครใจ ทำตามระดับความสามารถที่มีอยู่ และการกระทำนั้นเกิดจากความตั้งใจของตนเอง โดยการแสวงหาคำแนะนำ คำชี้แจงหรือความรู้เพื่อนำมาปรับพฤติกรรมของตนให้เหมาะสมดียิ่งขึ้น และสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ในการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข หรือเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ ความเป็นอยู่ที่ดี การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานระหว่างประสบการณ์ การปฏิสัมพันธ์ของบุคคล การติดต่อสื่อสารและวัฒนธรรมในสังคม นอกจากนี้การดูแลตนเองยังช่วยส่งเสริมคุณค่าแห่งชีวิต ภาพลักษณ์ ซึ่งมีผลโดยตรงต่ออัตมโนทัศน์

นอกจากนี้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง นักวิชาการในแต่ละวิชาชีพ มีทัศนะของการดูแลแตกต่างกันไปตามเป้าหมายของแต่ละวิชาชีพ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. การดูแลตนเองตามทัศนะทางการแพทย์ การดูแลตนเองทางด้านการแพทย์ เป็นทัศนะที่เชื่อว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญและมีอำนาจเหนือผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ดังนั้นการให้ความหมายของการดูแลตนเองจึงมักจะเน้นการมอบหมายความรับผิดชอบเบื้องต้นให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติตามแผนการรักษา ตั้งแต่การรู้จักประเมินตนเอง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ การรักษาตนเองเพื่อลดการใช้บริการที่ไม่จำเป็นจากโรงพยาบาลลง มีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น(Gantz, 1990: 1-12)

2. การดูแลตนเองตามทัศนะขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1998:15 อ้างถึงใน อนงค์นุช ภูยานนท์, 2544) องค์การอนามัยโลกมองเป้าหมายของการดูแลตนเองเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตและแบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ลักษณะคือ

ลักษณะที่ 1 การดูแลตนเองที่เป็นลบ เป็นการดูแลตนเองที่อาจจะทำให้เกิดอันตราย เช่น ผู้ป่วยเอดส์ที่มีตุ่มพุพองตามผิวหนัง เผลอเทียนไขแล้วหยดลงบนตุ่มเพื่อแก้อาการคัน

ลักษณะที่ 2 การดูแลตนเองที่เป็นกลาง คือ ไม่ให้โทษและไม่ให้ประโยชน์

ลักษณะที่ 3 การดูแลตนเองที่เป็นบวก คือ เป็นพฤติกรรมที่บุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้านและชุมชน ทำการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้สุขภาพดีขึ้น

3. การดูแลตนเองในทัศนะทางการสาธารณสุข (public health) การสาธารณสุข เชื่อว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมของสังคมหรือชุมชนมากกว่ากิจกรรมส่วนบุคคล ได้แก่ กิจกรรมการจัดการกับสิ่งแวดล้อม เพื่อให้บุคคลสามารถอาศัยและดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปลอดภัย และการจัดบริการเพื่อปกป้องสุขภาพของบุคคลและกลุ่ม เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรค การวางแผนครอบครัว เป็นต้น การดูแลตนเองในทัศนะนี้จึงมุ่งเน้นนโยบายทางสังคม และเป็นสิ่งที่จะช่วยเสริมระบบการรักษาทางการแพทย์ โดยเฉพาะการควบคุมงบประมาณที่จะต้องสูญเสียไปในการบริการสุขภาพโดยไม่จำเป็น(Gantz,1990:94)

4. การดูแลตนเองในทัศนะทางจิตวิทยา นักจิตวิทยาสนใจเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดและการปฏิบัติของบุคคล แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองจึงถูกศึกษาในลักษณะของปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ ความเชื่อ การให้คุณค่าในด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นต้น การดูแลตนเอง จึงเป็นกิจกรรมที่จิตใจกระทำด้วยเหตุผลที่แตกต่างกันและมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการที่พ้นจากความเจ็บป่วย การเผชิญกับอาการต่างๆตลอดจนการดำรงไว้ซึ่งคุณภาพของชีวิต (Gantz, 1990:94)

5. การดูแลตนเองตามทัศนะของนักสังคมวิทยาและนักมานุษยวิทยา นักสังคมและนักมานุษยวิทยา พยายามผลักดันการดูแลตนเองของประชาชนให้เป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ และมีความเท่าเทียมกับการดูแลรักษา โดยนักวิชาชีพทางด้านสุขภาพ เนื่องจากเล็งเห็นว่าสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมกับสังคม จึงเป็นสิทธิและหน้าที่ของประชาชน ครอบครัวและชุมชน ที่จะต้องดูแลจัดการด้วยตนเองตามที่ได้เรียนรู้จากสังคมวัฒนธรรมประเพณีที่บุคคลเหล่านั้นได้อาศัยอยู่ และการดูแลตนเองในทัศนะนี้มิได้จำกัดอยู่เฉพาะกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างเดี่ยวแต่ครอบคลุมบริการที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนบ้าน กลุ่มอาสาสมัครต่างๆ ในชุมชน เป็นต้น และกิจกรรมการดูแลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (เอี่ยมพรทองกระจาย, 2533)

6. การดูแลตนเองตามทัศนะทางการพยาบาล (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540) การดูแลตนเองตามทัศนะทางการพยาบาลนั้น เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย ซึ่งบุคคล ครอบครัวและชุมชนกระทำเพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ป้องกันโรคและการบาดเจ็บ การตรวจค้นโรคในระยะเริ่มแรก การเฝ้าระวังรักษาตนเอง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยตลอดจนการจัดการดูแลตนเองในระยะที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการดูแลตนเองในทางการพยาบาลนั้น เน้นที่ความสามารถของบุคคลในการแสวงหาและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีที่สุดในแต่ละสถานการณ์ของชีวิต และการ

ปฏิบัติการพยาบาลจะต้องรวมกลยุทธ์ วิธีการและกิจกรรมการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้เรียนรู้ว่าจะดูแลตนเองอย่างไร และเมื่อใดควรแสวงหาความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งเชื่อว่าผลที่ได้คือประชาชนเรียนรู้การตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง และใช้บริการสุขภาพที่มีอยู่ได้ดีขึ้น ดังนั้นจึงช่วยลดค่าใช้จ่าย อย่งไรก็ตามแม้เมื่อไปพบเจ้าหน้าที่สุขภาพประชาชนยังมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำด้วยความตั้งใจ สม่ครใจ เกิดจากแรงจูงใจในตนเองที่มีเป้าหมาย เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพสวัสดิภาพและความผาสุกของตน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแลตนเองในบริบทของสุขภาพตามทฤษฎีการพยาบาล ซึ่งจินตนา ยูนิพันธ์ (2534ก) ว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อการทำหน้าที่และพัฒนาของบุคคล ก่อนการทำการดูแลตนเองบุคคลต้องมีการกระทำเป็นขั้นตอน โดยเสาะหาความรู้ ความหมายของเหตุการณ์ และจึงตัดสินใจกระทำการดูแลตนเอง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุข

3.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง Hill and Smith (1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองประกอบด้วย การรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสาร การเตรียมเผชิญภาวะวิกฤติและการสูญเสีย การบริหารเวลา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองโดยทั่วไป ส่วน รัชนิบูล เศรษฐภูมิรินทร์ (2533) กล่าวถึงการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การตระหนักในตนเอง การลดความเครียดให้กับตนเอง การตระหนักถึงการมีคุณค่าแห่งตน

Johns (1985) กล่าวว่า การที่จะกระตุ้นให้บุคคลมีการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัยได้นั้น ต้องมีองค์ประกอบ 3 ด้านคือ

1. การสอนผู้ป่วยด้านสุขภาพอนามัย (Patient education)
2. การสร้างการยอมรับในผู้ป่วย (Patient compliance)
3. ผู้ป่วยต้องมีการช่วยเหลือตนเอง (Self help)

ตามแนวคิดของ Orem เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำโดยธรรมชาติ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะมีอำนาจ และการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ตามสภาพที่เป็นจริงทั้งในสิ่งแวดล้อมที่คงที่หรือเปลี่ยนแปลงไป และการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จิตใจมีเหตุผลในการควบคุมทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ที่มีผลต่อการกระทำหน้าที่และกระบวนการพัฒนาหรือสนับสนุนให้มีความผาสุก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ สนับสนุน ส่งเสริมแนวทางที่เฉพาะในการรวมตัวกันของโครงสร้างการทำงานที่ และพัฒนาการของมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Orem, 2001: 43)

Orem (1995) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นศักยภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจโดยทั่วๆ คือ ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะทำ (Doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ

1. ความสามารถพื้นฐานของการกระทำ (Selected basic capabilities) เป็นความสามารถพื้นฐานสำหรับการปฏิบัติดูแลตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมในรูปแบบอื่นๆ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ

1.1 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation) การเรียนรู้ (Learning) การออกกำลังกายหรือการทำงาน การควบคุมท่าทางและการเคลื่อนไหวของร่างกาย

1.2 ความสนใจ (Attention) การรับรู้ (Perception) ความจำ (Memory) และศูนย์ควบคุมอารมณ์ความสามารถที่จะรู้ และความสามารถที่จะกระทำ(Knowing and Doing capabilities)

2. เป็นความสามารถที่เป็นผลจากองค์ประกอบด้านความสามารถในการใช้เหตุผล (Rational agency) ความสามารถที่จะรู้ในการกระทำ (Operational knowing) ทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ การอ่าน การนับ การเรียน การพูด การรับรู้ การทำงานและการใช้เหตุผล และความสม่ำเสมอในการที่จะรู้และจะกระทำ (Self – consistency in knowing and doing)

3. คุณลักษณะที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมาย (Disposition Affecting Goals Sought) เป็นการแสดงถึงภาวะที่มีผลต่อความตั้งใจ ในการมองตนเองและการยอมรับตนเองเป็น ผู้ที่ต้อง

ดูแลตนเอง ประกอบด้วยความเข้าใจในตนเอง (Self – understanding) การตระหนักในตนเอง (Self – awareness) ภาพลักษณ์ (Self – image) การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self – value) การยอมรับในตนเอง (Self – acceptance) ความสนใจในตนเอง (Self – concern) การยอมรับสภาพการทำงานของร่างกายและความตั้งใจที่จะสนองความต้องการของตนเอง

4. ความสามารถและคุณสมบัติในการกระทำ (Significant Orientative Capabilities and Dispositions) ประกอบด้วยความสนใจและความตั้งใจในการดูแลตนเอง ความสนใจในสุขภาพของตนหรือความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง

ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) ซึ่งเป็นพลังความสามารถที่เชื่อมการรับรู้ของบุคคลกับการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป ได้แก่ ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหว การใช้เหตุผล และแสวงหาความรู้ มีแรงจูงใจ มีทักษะในการตัดสินใจใช้สติปัญญา สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และมีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองจนเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

คุณสมบัติพื้นฐานในการกระทำ พลังความสามารถประกอบด้วยพลังพื้นฐาน 10 ประการ ได้แก่

1. ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายในภายนอกตนเอง ตลอดจนถึงปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง
2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
3. ความสามารถที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ที่จำเป็นในการริเริ่มเพื่อปฏิบัติการดูแลตนเองให้สมบูรณ์อย่างต่อเนื่อง
4. ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง
5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง
6. ทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
7. มีความสามารถในการเสาะแสวงหาและจดจำความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และนำความรู้ไปใช้
8. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา มีความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อนำมาปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

9. มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

10. มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำรงชีวิต

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องการใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที เป็นการแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลอย่างแท้จริง ประกอบด้วยกระบวนการที่เป็นขั้นตอน คือ การคาดการณ์ (Estimative) การปรับเปลี่ยน (Transitional) การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (Productive self-care operations) ดังนี้

1. การคาดการณ์ (Estimative operation) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเอง สิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายความต้องการและแนวทางที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. การปรับเปลี่ยน (Transitional operation) เป็นความสามารถในการพิจารณาและตัดสินใจ เกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ สมควรจะทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

3. การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองจำเป็น

ในการศึกษารั้วนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแลตนเอง ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจของ Hill and Smith (1990) ตลอดจนการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับนำแนวคิดของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมาจากรายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) มานำเสนอเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

1. การพัฒนาการรู้จักตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (self awareness) คือความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ (ทัศนา บุญทอง, 2535) ทั้งด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม จุดเด่นจุดด้อย และความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสุขภาพจิต การพัฒนาและการดำรงไว้ของการรู้จักตนเอง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต เป็นการปฏิบัติที่ยาก การเข้าถึงต้องอาศัยความอดทน ความมุ่งมั่น และซื่อสัตย์ต่อตนเอง รวมทั้งไม่ควรวิพากษ์วิจารณ์ ตนเองมากเกินไป ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองมีประโยชน์มากในกระบวนการดังกล่าว (Hill and Smith, 1990)

บุคคลที่มองเห็นตนเองได้ตรงกับความเป็นจริงจะสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เพราะเป็นคนเปิดเผยจริงใจ คนอื่นก็สามารถรู้จักบุคคลนั้นตามความเป็นจริง (ทัศนาศ นุญทอง, 2535) การพัฒนาการรู้จักตนเอง เป็นกระบวนการตลอดชีวิต และสามารถพัฒนาได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข)

2. การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ การสื่อสารเป็นกิจกรรมต่อเนื่องของการถ่ายทอดข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อมูลและกระบวนการของข้อมูล การตีความหมายของข้อมูล และเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวและการตัดสินใจระหว่างคน 2 คน หรือมากกว่า ในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเพื่อแลกเปลี่ยนหรือถ่ายทอดข้อมูลด้านความรู้สึก และความหมายในการดำเนินชีวิต (Hersey and Duldt, 1989)

การสื่อสารเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม ช่วยสร้างสรรค์และรักษาความสัมพันธ์ของชีวิตในสังคมให้คงอยู่ต่อไป บุคคลจะมีการสื่อสารตลอดเวลาทั้งการสื่อสารกับผู้อื่นและกับตนเอง (วาสนา จันทรสว่าง, 2531) ปัญหาสุขภาพจิตส่วนหนึ่ง มีสาเหตุมาจากการติดต่อสื่อสารที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมภายในครอบครัว การไม่สามารถสื่อความคิด ความรู้สึกและความเชื่อของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้อย่างตรงไปตรงมา ทำให้ต้องเก็บระงับความรู้สึกความคิดนั้นไว้ด้วยความคับข้องใจ จนกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตได้ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนำไปสู่การมีทักษะในการดูแลตนเอง (เพชร คันธสายบัว, 2544) และมีการศึกษาพบว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอธิบายถึงอาการและอาการแสดงของตนเองได้อย่างถูกต้องนั้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้น สามารถคาดเดาถึงความรุนแรงของการป่วยซ้ำได้ และรับรู้ถึงสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดอาการป่วยซ้ำจนกระทั่งสามารถค้นพบอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำได้ (Baker, 1995)

3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับการพัฒนา และดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ เวลานั้นเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับทรัพยากรอื่นๆในชีวิต และช่วยให้บุคคลมีความพึงพอใจ เมื่อสามารถทำงานได้สำเร็จตามเวลาที่กำหนดไว้ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อจิตใจของบุคคล (เพชร คันธสายบัว, 2544) การวางแผนการใช้เวลา เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีความสนใจต่อองค์ประกอบของสุขภาพจิตที่ลืมหรือละเลยได้ง่ายในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการทำให้สังคมมีความสำคัญมากขึ้น (Hill and Smith, 1990)

การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวข้องกับการใช้เวลาอย่างยิ่ง ซึ่งจะเป็ประโยชน์มากหากผู้ป่วยสามารถวางแผนเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆในแต่ละวันได้ เช่น การออก

กำลังกาย การมีส่วนร่วมกับกิจกรรมทางสังคม การพักผ่อน ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจถูกละเลยได้ง่าย หากขาดประสิทธิภาพในการใช้เวลา

4. การเตรียมการเผชิญกับปัญหา การเผชิญปัญหาเป็นการกระทำใดๆ ของบุคคลเมื่อเกิดปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวัน เมื่อเกิดปัญหามันจะรู้สึกเครียดเริ่มวิตกกังวล (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534ข) และจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลไม่เป็นสุข กังวลใจ เป็นทุกข์ ภาวะเครียดที่มากเกินไปจะนำไปสู่ภาวะเหนื่อยหน่ายใจและนำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์ได้ ถ้าแก้ไขปัญหาได้ก็จะเกิดความสุข แต่ถ้าบุคคลแก้ไขปัญหามาไม่ได้จะเกิดภาวะกดดัน รู้สึกถูกคุกคาม เครียด และถ้าไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ในระยะเวลาที่เหมาะสม ก็จะทำให้บุคคลเข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งแสดงออกในลักษณะของการเจ็บป่วยทางกาย หรือการเจ็บป่วยทางจิตใจ (Hill and Smith, 1985)

การเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการจัดการกับความเครียดตลอดจนปัญหาต่างๆ ที่มากระทบต่อผู้ป่วย ทั้งที่เกิดขึ้นจากตัวผู้ป่วยเอง และผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ ซึ่งเป็นทักษะทางสังคมอย่างหนึ่งของผู้ป่วย

การเตรียมการเผชิญกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นความสามารถในการดูแลตนเองอย่างหนึ่ง เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างมีความสุข เป็นความสามารถในการจัดการก่อนที่จะมีอาการทางจิตกำเริบ ผู้ป่วยสามารถประเมินและจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่มากระทบได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง และทราบแหล่งประโยชน์เมื่อตนเองไม่สามารถแก้ไขหรือจัดการกับปัญหานั้นๆ ได้

5. การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคล ทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง รวมถึงความใกล้ชิดการช่วยเหลือโดยสิ่งของ แรงงาน คำแนะนำ ข้อมูลป้อนกลับ และการมีส่วนร่วม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534ข) แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด โดยประเมินเหตุการณ์เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง และช่วยลดหรือขจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ สามารถป้องกันการเกิดพยาธิสภาพต่างๆ จากภาวะวิกฤตได้ ถ้าบุคคลมีแรงสนับสนุนทางสังคมดีก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี มีอายุยืนยาว มีอารมณ์มั่นคง

ระบบสนับสนุนทางสังคม ซึ่งรวมถึง โครงสร้างเครือข่ายทางสังคม ย่อมมีผลต่อการเตรียมการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพของผู้ป่วยในชุมชน โดยเฉพาะการดำเนินชีวิตในสังคม ต้องมีการพึ่งพาอาศัยกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเองด้วยตนเอง หากเกิดปัญหาขึ้นการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นแหล่งเอื้อประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างยิ่ง สอดคล้องกับที่ เพซรี คันทสายนั้ว (2544) กล่าวว่า การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

เป็นการที่ผู้ป่วยจิตเภท มีการติดต่อกับบุคคลใกล้ชิด หรือหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ เมื่อมีอาการทางจิต รวมทั้งสามารถให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้เมื่อผู้อื่นได้รับความเดือดร้อน

6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การนับถือศาสนา เป็นความคิด ความเชื่อ เป็นจิตวิญญาณของบุคคลที่จะนับถือสิ่งที่ตนเองและสังคมที่อาศัยอยู่มีความเคารพ ศรัทธา เพื่อให้เป็นที่ยึดมั่นของจิตใจ ศาสนานับเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของบุคคล

ในผู้ป่วยจิตเภทการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานับเป็นการพัฒนาการรู้จักตนเอง ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหา รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลง และหากมีอะไรทำให้ไม่สบายใจ ก็สามารถที่จะขจัดสิ่งเหล่านั้นออกไปได้ รู้จักปล่อยวาง ขอมรับ และตระหนักถึงสภาพความเป็นจริง พร้อมทั้งจะแก้ไขปัญหาคืออย่างมีสติ ซึ่งสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตในสังคมได้ และไม่เกิดปัญหาทางจิต อันส่งผลให้ผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

7. การดูแลตนเองด้านร่างกาย การดูแลตนเองด้านร่างกายเป็นกิจกรรมที่แสดงถึงการดูแลเพื่อปกป้องร่างกาย และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนของการดูแลร่วมกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความพิการตลอดช่วงชีวิต และการดูแลตนเองเป็นทักษะที่มีความสัมพันธ์กันทุกช่วงของบุคคล ที่มีการพัฒนาตามระยะพัฒนาการและเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ (Hill and Smith, 1985)

ในผู้ป่วยจิตเภท การดูแลด้านร่างกายเป็นการดูแลตนเองอีกด้านหนึ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ครอบคลุมถึงความสามารถและประสิทธิภาพในการปฏิบัติ ตั้งแต่การดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในด้านต่างๆ การดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ตลอดจนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ การสังเกตอาการนำ การเปลี่ยนแปลงของตนก่อนมีอาการทางจิตกำเริบ เพื่อรับการรักษาก่อนมีอาการรุนแรงถึงขั้นต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม ชุมชนได้ยาวนาน ไม่กลับป่วยซ้ำ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมต่างๆของชุมชนได้ตามศักยภาพของตน พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการศึกษาหาวิธีการที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย

3.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ระยะเวลาในการรักษายาวนาน เมื่อผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน ต้องรับผิดชอบตนเองในด้านต่างๆ ผู้ป่วยนอกจากจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงของโรคและยา รักษาอาการทางจิตและการดำเนินชีวิตในชุมชนแล้ว ที่สำคัญต้องมีทักษะในการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเอง และจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ทั้งกิจวัตรประจำวัน การดูแลเรื่องการรับประทานยา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การเผชิญกับปัญหาต่างๆ การสื่อสารทั้งกับครอบครัวและชุมชน(สุวิมล สมัตถะ, 2541; จันทน์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545; ปิรวิตร ไชยน้อย, 2546) จากการศึกษา ทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสรุปพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยจำแนกตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้ง 7 ด้านตามแนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ดังนี้

1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง การรู้จักตนเอง (Self-awareness) เป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาพจิตและองค์ประกอบสำคัญของการดูแลตนเอง การรู้จักตนเองจะเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลรับรู้ รู้สึกต่อตนเอง ทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถระบุและยอมรับ ความแข็งแกร่ง หรือจุดเด่น จุดด้อย หรือข้อจำกัดของตนเองได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) แต่ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออก จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความบกพร่องในการรู้จักตนเอง ดังที่การศึกษาของ ศิริพร ทองบ่อ และคณะ(2542) เรื่องประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าด้านความคิดความรู้สึกต่อตนเอง ผู้ป่วยคิดว่าต้องพึ่งยา ไม่มีความมั่นใจในตนเอง และรู้สึกว่ามียาเสพติดคอยลง เป้าหมายในชีวิตอยากช่วยเหลือตนเองให้ได้มากกว่านี้ แต่ขณะเดียวกันก็ยังมองไม่เห็นว่าจะทำอย่างไร

จะเห็นว่าผู้ป่วยประเมินความสามารถของตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง มีความเชื่อและค่านิยมว่าตนเองไม่สามารถทำได้จากการที่ไม่มีความมั่นใจในตนเอง และจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังต้องรักษาต่อเนื่องยาวนาน หลังจากควบคุมโรคให้สงบลงได้ระยะหนึ่ง อาการทางจิตอาจมีการกำเริบได้เป็นระยะๆ สอดคล้องกับ จันทน์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) กล่าวไว้ว่าการเจ็บป่วยทางจิตส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปมด้อย เป็นตราบาป ครอบครัวไม่ยอมรับ สังคมรังเกียจ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาจริงที่เกิดขึ้นจริง ค้นพบความสามารถที่มีอยู่จริงในตนเอง และเชื่อว่าตนเองสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพที่มีอยู่ เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถเป็นผู้ที่มีความผาสุกได้เช่นกัน

2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีการศึกษาจำนวนมากเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังในการศึกษาของ ปรวิตร ไชยน้อย (2546) เรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล พบว่า ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้ป่วยร้อยละ 39.30 ปฏิบัตินานครั้งในการไปร่วมกิจกรรมที่มีในหมู่บ้านหรือชุมชน เช่น งานบุญ งานศพ ร้อยละ 32.40 ปฏิบัตินานๆครั้งในการไปเที่ยวสังสรรค์กับคนในครอบครัวหรือกับเพื่อนฝูง และร้อยละ 28.40 ปฏิบัติบ่อยครั้งในการปลื้กตัวอยู่ตามลำพังโดยไม่ได้พูดคุยกับใคร สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุติพร ชวงศ์ (2546) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีเจตคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการสื่อสารอยู่ในระดับไม่ดี สอดคล้องกับ มาโนช หล่อตระกูล (2543) พบว่าร้อยละ 60-70 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ได้แต่งงาน มีการดำเนินชีวิตโดยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อย และในการศึกษาของ ปริษา ศตวรรษธำรง (2543) ถึงปัญหาของผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการทางจิตเวชที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา พบว่า ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

จะเห็นว่าจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผู้ป่วยจิตเภท มีความบกพร่องในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสาร สัมพันธภาพกับบุคคลต่างๆทั้งในครอบครัว และในชุมชน การที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารถึงความต้องการที่แท้จริงของตน หรือปัญหาที่เกิดขึ้นให้บุคคลใกล้ชิด ผู้ที่ผู้ป่วยไว้ใจ หรือบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นสาเหตุหนึ่งให้ผู้ป่วยมีความคับข้องใจ เครียดกับการที่ต้องจัดการกับปัญหาต่าง ๆ นั้น ซึ่งหากความกดดันนั้นมาก อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบถึงขั้นป่วยซ้ำได้ ดังในการศึกษาของ Schweitzer and Kierszenbaum (1978) ศึกษาลักษณะเฉพาะของผู้มีปัญหาทางจิตในชุมชนที่มีผลต่ออัตราการรักษาตัวในโรงพยาบาลและอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสามารถทำนายการกลับป่วยซ้ำได้ดีที่สุด ซึ่งสามารถทำนายได้ดีกว่าตัวแปรด้านสังคม และโครงสร้างของครอบครัว

3. การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ จากพยาธิสภาพของโรคที่มีโอกาสหายขาดได้น้อย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการทำกิจกรรมที่มากหรือน้อยกว่าปกติ เชื้องซึม ขาดความกระตือรือร้น น้อยชานั่งเฉยๆทั้งวัน โดยไม่ทำอะไร(จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) และพบว่าบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ยอมนอนในเวลากลางคืนแต่นอนในเวลากลางวันแทน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2533) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wilson & Kniesl (1988 อ้างถึงในพวงเพ็ญ ภิเษมปัญญารัช และคณะ, 2542) พบว่าผู้ป่วยมักประสบปัญหาในการจัดการกับชีวิตประจำวันให้มีความสมดุลในเรื่องการอยู่ตามลำพังกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เนื่องจากช่วงกลางวันผู้ป่วยจะอยู่คนเดียวไม่พูดคุยกับใคร

ไม่ออกไปสังสรรค์กับผู้อื่นนอกบ้าน ด้านการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาด้านนี้ เกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทสนใจในการดูแลตนเองน้อยทำให้ไม่สนใจสุขอนามัยของตนเอง ไม่ยอมอาบน้ำ แปรงฟัน หวีผม ผลัดเปลี่ยนเสื้อผ้า หรือแต่งกายไม่เหมาะสม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความบกพร่องในการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ขาดการวางแผนในการดำเนินชีวิต หรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ นอกจากนั้นยังขาดความใส่ใจที่จะปฏิบัติ ทั้งนี้สาเหตุจากการที่สังคมมองว่าผู้ป่วยเป็นผู้ไร้ความสามารถ ไม่ยอมรับในการกระทำของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมแยกตัว ไม่รวมกิจกรรมของสังคม

4. การเตรียมการเผชิญปัญหา จากนโยบายรักษาผู้ป่วยโรงพยาบาลระยะสั้น เน้นให้กลับไปใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งเกิดจากการถดถอยของศักยภาพซึ่งเป็นไปตามพยาธิสภาพของโรค (ละเอียด รอดจันทร์และคณะ, 2542) ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องจากบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะช่วงระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ถือเป็นภาวะเสี่ยงอย่างยิ่งต่อการเกิดการป่วยซ้ำ (Farrell et al. 1999) ถือเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องปรับตัวจากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยสามารถเตรียมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมแล้ว ผู้ป่วยจะสามารถดำเนินชีวิตในสังคมชุมชนได้ และลดปัญหาการป่วยซ้ำ

ทั้งนี้การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย จะพบอยู่เสมอว่ามีสาเหตุที่ยังไม่จำเป็นที่ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษา เพราะสาเหตุกระตุ้นเป็นเพียงการไม่สามารถเผชิญกับปัญหาเมื่อมีภาวะวิกฤติได้ (Youssef, 1987 อ้างถึงใน จินดารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ, 2542) นอกจากนั้น จากการศึกษาของ Meijel et al. (2003) พบว่าหากผู้ป่วยสามารถประเมินอาการนำก่อนอาการทางจิตกำเริบ สามารถลดอัตราการป่วยซ้ำได้

การเผชิญปัญหาในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันและจะมีคุณภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะภายในของบุคคล (สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544) ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติ ด้านความคิด อารมณ์ โดยผู้ป่วยสูญเสียความสามารถด้านการตัดสินใจ การแสดงออกของพฤติกรรม และไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง ไม่สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญปัญหาได้นั้นก็เนื่องมาจากผู้ป่วยจิตเภทยังมีความบกพร่องในการเตรียมการเผชิญปัญหา ซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชควรให้ความสำคัญและหาแนวทางวิธีการเพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยมีวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ลดการป่วยซ้ำได้ต่อไป

5. การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง และพบว่าส่วนใหญ่มีความบกพร่องของทักษะทางสังคม (Chien et al., 2003) ความเสื่อมทางสังคมและการทำหน้าที่ด้านต่างๆ นำไปสู่การไร้ความสามารถ สัมพันธภาพทางสังคมบกพร่องและการดูแลตนเองบกพร่องหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วส่วนมากยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ โดยการแสดงออกทางอารมณ์น้อย เฉยชา ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงหรือสถานการณ์ในขณะนั้น (Moller and Murphy, 2001) มีการรับรู้ที่ผิดปกติ จากอาการประสาทหลอนทางหูแสดงออกโดยการพูดคนเดียว คิดหมกมุ่นในเรื่องของตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม บุคลิกภาพบกพร่อง การดูแลตนเองลดลง การแต่งกายสกปรก แปลกประหลาด และสูญเสียทักษะทางสังคม (Martin and Osborne, 1989; Moller and Murphy, 2001) จากอาการหลงเหลือดังกล่าว ส่งผลต่อพฤติกรรมไม่เหมาะสมในชุมชน รื้อคันเสื้อผ้าผู้อื่นมาใส่ บางครั้งเดินออกจากบ้านโดยไม่สวมใส่เสื้อผ้าเลย (รัชนีกร อุปเสน, 2541) ก่อให้เกิดการถูกรังเกียจและถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Moller and Murphy, 2001) ขาดการยอมรับจากสังคม จะเห็นว่าผู้ป่วยมักแยกตัว มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อย (ราตรี ภูน้อย, 2545) ส่งผลต่อผู้ป่วยโดยขาดการสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาต่างๆ ขึ้น ซึ่งบางครั้งมากถึงขั้นต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

จากการศึกษาทบทวนการศึกษาวิจัยดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ยังมีความบกพร่องด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ขาดเครือข่ายช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเกิดจากสาเหตุปัจจัยต่างๆ อาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่ตามพยาธิสภาพของโรค เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมแปลกๆ ส่งผลให้สังคม ชุมชนเกิดความหวาดกลัว ไม่ยอมรับผู้ป่วย ตีตราว่าเป็นผู้มีพฤติกรรมผิดปกติ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองทั้งที่ยังมีความบกพร่องและต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือ โดยเห็นได้จากผู้ป่วยมีวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม เช่น การหลีกเลี่ยงปัญหาโดยแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดื่มสุรา สูบบุหรี่ มีพฤติกรรมรุนแรง และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยรับการรักษาทางไสยศาสตร์ (กุลทรัพย์ เพียรทอง, 2546) สอดคล้องกับรายงานการวิจัยของ นิตยา ตากวิริยะนันท์และชนมน สุยะชีวัน (2536) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในชุมชน มีความบกพร่องในการดูแลตนเองเรื่องการซักถามบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง การซักถามบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจคำแนะนำของบุคลากร

6. การปฏิบัติตนตามหลักความเชื่อในศาสนา การนับถือศาสนาเป็นความคิด ความเชื่อและเป็นจิตวิญญาณของบุคคลที่จะนับถือสิ่งที่ตนและสิ่งแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่มีความเคารพ ศรัทธา เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของบุคคล การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นตัวแปรย่อยของพฤติกรรมกรมการ

ดูแลตนเอง ที่แสดงถึงการมีการพัฒนาจิตใจทำให้มีความสงบ สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยการใช้สติ เป็นการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับ วัฒนธรรม ประเพณีท้องถิ่น ในผู้ป่วยจิตเภทการรู้จักปล่อยวาง ยอมรับความเจ็บป่วยของตนเอง และตระหนักถึงสภาพความเป็นจริงพร้อมที่จะแก้ไขปัญหา (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534ข)

ผู้ป่วยจิตเภทยังขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ขาดที่พึ่งทางใจ นอกจากนี้ยังมีความเชื่อของของญาติ บางส่วนหรือบางชุมชน ว่าการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากผีทำ ผีเข้า การทำไสยศาสตร์ เชื่อว่าโรคจิตก่อให้เกิดความเดือดร้อน ไม่ให้เกียรติ ไม่ยอมรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดความหวัง ความศรัทธาในการทำความดี

7. การดูแลตนเองโดยทั่วไป ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ได้เหมือนบุคคลทั่วไป (สมคิด ตีรารักษ์, 2545) ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ไม่สนใจรับประทานอาหารเช้า รับประทานอาหารไม่เพียงพอ (Chesla, 1996) ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับอาหารในแต่ละวันครบทั้ง 3 มื้อ เพื่อเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย แต่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบางส่วนมีปัญหาในการรับประทานอาหาร อาจปฏิเสธอาหารจากภาวะของโรค เช่น หวาดระแวง หลงผิด ซึมเศร้า เบื่ออาหาร ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ร่างกายขาดสารอาหาร ส่งผลต่อระบบการทำงานของร่างกายและความเครียดได้

การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้แต่ยังด้อยในคุณภาพ ดังในการศึกษาของ สิริพร ทองบ่อ และคณะ(2542) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยรวบรวมข้อมูลทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านของผู้ป่วย ในผู้ป่วย 6 คน ญาติผู้ใกล้ชิด 10 คน และเพื่อนบ้านจำนวน 10 คน พบว่าด้านการพึ่งตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันการดูแลสุขอนามัยส่วนตัว ผู้ป่วยทำได้เองทุกเรื่องแต่ด้อยในแง่คุณภาพ

นอกจากนี้ เพลินพิศ และคณะ (2539) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนขาดความสามารถในการดูแลตนเองเรื่อง การรับประทานยา ไม่เข้าร่วมกิจกรรมชุมชนและไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา ศตวรรษธำรง และประยุทธ์ เสรีเสถียร (2543) ศึกษาปัญหาของผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการทางจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระยา พบว่าปัญหาด้านความสามารถในการดูแลเองของผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง แจกเป็นรายด้านคือ เรื่องการนอน การดูแลรักษาของที่มีค่า การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด อาการเจ็บป่วยทางจิต การควบคุมอารมณ์ความรู้สึก การแก้ไขปัญหาตนเอง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมในครอบครัว

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ต้องการการดูแลทั้งในส่วนของกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารเช้า การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา การสื่อสารและ

การมีปฏิสัมพันธ์ทั้งในครอบครัวและชุมชน ฯลฯ ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยก็มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง อันเนื่องมาจากผลจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและยาวนาน ความพร้อมในการดูแลตนเอง ยังเป็นสาเหตุโดยตรงที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ แต่ก็มีผู้ป่วยบางกลุ่มซึ่งเคยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรด้านจิตเวชเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสังเกตอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านโรคจิต ดังนั้นเมื่อกลับไปอยู่บ้านจึงสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545; สุมณฑา บุญชัย, 2545) ดังนั้นความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นได้

จากการศึกษาวิจัยดังกล่าวเป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ โดยการดูแลตนเองและสามารถพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความบกพร่องการดูแลตนเองทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน การแสดงบทบาทหน้าที่ในสังคม การแสดงพฤติกรรมการติดต่อสื่อสารทั้งในครอบครัวและในชุมชน การใช้เวลา การออกกำลังกาย ตลอดจนเจตคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แต่ยังสามารถปฏิบัติได้ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้ พยาบาลผู้ซึ่งมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ลดปัญหาการกลับป่วยซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบมากมายต่อไป

3.4 การประเมินพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการวัดพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ Kearney and Fleishcher (1979 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) มีความเชื่อว่า การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองนั้นขึ้นอยู่กับนำความสามารถมาใช้ บุคคลอาจมีความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ไม่สามารถนำมาใช้ได้ ดังนั้น การวัดความสามารถในการดูแลตนเอง จึงน่าจะใกล้เคียงกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด ซึ่งนักวิจัยหลายท่านให้ความเห็นว่า การวัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง และการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง มิได้แตกต่างจากการวัดพฤติกรรม หรือการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพียงแต่ข้อคำถามมีลักษณะเป็นนามธรรม ที่รวมกิจกรรมย่อยหลายอย่างรวมกัน จึงน่าจะเรียกว่า

เป็นการปฏิบัติการดูแลตนเอง (self-care practice) หรือพฤติกรรมดูแลตนเอง (self-care behaviors) (วันวิสาข์ ชูจิตร, 2543)

การที่บุคคลจะมีการดูแลตนเองที่ดีได้ต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี และการที่จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีได้ต้องเกิดจากการที่บุคคลมีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเอง ดังที่ สมจิต หนูเจริญกุล (2534) กล่าวว่า บุคคลที่ปฏิบัติดูแลตนเองได้ดี ย่อมมีความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองจะเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติ

ดังนั้นจากวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยศึกษาทบทวนวรรณกรรมทั้งที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและการประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง พบว่า เครื่องมือถูกสร้างขึ้นเพื่อประเมินตามวัตถุประสงค์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาในระดับต่างๆ ดังนี้

1. การประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองจากการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง

นักวิจัยที่สร้างเครื่องมือวัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองนั้นมีความเชื่อว่าการวัดในระดับนี้เป็นการทำนายการกระทำดูแลตนเองที่ใกล้เคียงที่สุด และยังสะท้อนให้เห็นถึงพลังความสามารถ 10 ประการ รวมทั้งความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน นอกจากนั้นนักวิจัยในกลุ่มนี้ยังมีความเชื่อว่าการวัดกิจกรรมย่อยในการดูแลตนเองทั้งหมดของแต่ละบุคคลไม่สามารถนำตัวเลขที่ได้มาเปรียบเทียบกันได้เพราะกิจกรรมย่อยที่แต่ละคนปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของการรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ อาจแตกต่างกันตามสิ่งแวดล้อมและปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล แม้ว่าเป้าหมายของการดูแลตนเองจะเหมือนกัน นักวิจัยกลุ่มนี้จึงใช้เป้าหมายการดูแลตนเองหรือที่ Orem เรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น เป็นเกณฑ์ในการสร้างข้อคำถามที่บ่งบอกถึงความสามารถที่จะกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น เพราะถือว่าเป้าหมายของการดูแลตนเองในทุกคนเหมือนกัน คะแนนที่วัดได้จึงน่าจะเปรียบเทียบกันได้ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองได้แก่

1) เครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self-Care Agency Scale) สร้างโดย Evers et al. (1993) ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลทั่วไปทั้งภาวะปกติและเจ็บป่วย ซึ่งเอเวอร์ได้รายงานถึงข้อมูลที่น่าสนับสนุนความตรงเชิงโครงสร้าง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือนี้ว่าเพียงพอที่จะใช้ในการทดสอบทฤษฎี โดยจากงานวิจัยต่างๆ ที่ใช้เครื่องมือนี้พบค่า ความเที่ยงชนิดสัมประสิทธิ์อัลฟา อยู่ในเกณฑ์ดี คือ .78 - .94 แต่อย่างไรก็ตามเครื่องมือนี้สร้างขึ้นเพื่อวัด

ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป จึงเหมาะใช้กับผู้ที่มิสุขภาพดีมากกว่า

2) **เครื่องมือการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง** (The Exercise of Self-Care Agency Scale) สร้างโดย Kearney and Fleischer (1979 อ้างถึงใน อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) ซึ่งมีความเชื่อว่า การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถมาใช้บุคคลอาจมีความสามารถในการดูแลตนเองแต่อาจไม่ได้นำมาใช้ก็ได้ ดังนั้นการวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง จึงน่าจะใกล้เคียงกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด แต่จากผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างชนิดแยกองค์ประกอบของเครื่องมือนี้ไม่ได้สนับสนุนความตรงเชิงโครงสร้างตามที่ Kearney and Fleischer ได้เสนอไว้ นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญในทฤษฎีของโอเร็มได้วิจารณ์ถึงความคลุมเครือของเครื่องมือว่า มีเพียง 10 ข้อคำถามใน 43 ข้อคำถามของเครื่องมือ ที่ใช้วัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง ที่เหลือเป็นการวัดคุณสมบัติขั้นพื้นฐานและพลังความสามารถ และมีถึง 7 ข้อคำถามที่ไม่ได้วัดโครงสร้างใดของความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้น เครื่องมือนี้จึงไม่ชัดเจนและครอบคลุมพอที่จะนำมาใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

2. การวัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ

นักวิจัยที่สร้างเครื่องมือวัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการนี้มีความเชื่อว่า การดูแลตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน แต่การดูแลตนเองกับการปฏิบัติดูแลตนเองมีลักษณะเหมือนกัน เครื่องมือที่ใช้วัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ ได้แก่

1) **เครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง** (The Perception of Self-Care Questionnaire) ของ Hanson and Bickel (1985) ใช้วัดพลังความสามารถ 10 ประการตามทฤษฎีของ Orem เมื่อนำเครื่องมือไปทดสอบในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพปกติ จำนวน 456 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ปัจจัยพบว่า สามารถวัดพลังความสามารถได้ใน 5 ด้านใหญ่ๆ คือ ความสามารถในการรู้คิด ความสามารถในการเคลื่อนไหว แรงจูงใจ การมีทักษะต่างๆ และการมีข้อจำกัดในการรู้คิด ต่อมา Weaver (1987) ได้ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่า สามารถยืนยันองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองได้เพียง 8 ประการ เครื่องมือนี้จึงยังมีความคลุมเครือในความตรงเชิงโครงสร้างของการวัดพลังความสามารถ 10 ประการ

2) **เครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง** (The Denyes Self-Care Agency Instrument) ของ Denyes (1981 cited by Gast et al., 1989) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่น ซึ่งในขณะที่สร้างเครื่องมือนี้ Orem ไม่ได้แจกแจง

พลังความสามารถ 10 ประการในการดูแลตนเองไว้ เพียงแต่ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถในการ คาดการณ์และปฏิบัติการดูแลตนเอง Denyes จึงสังเคราะห์เอาความรู้ในเรื่องพัฒนาการของเด็ก วัยรุ่นเข้ามาช่วยในการสร้างเครื่องมือนี้ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง เด็กวัยรุ่น 161 คน สามารถแยกองค์ประกอบของพลังความสามารถออกได้ 6 ด้าน คือ การตัดสินใจ ความสามารถที่จะ ควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย ความรู้สึก และความสนใจ เอาใจใส่ในสุขภาพของตนเอง ซึ่ง องค์ประกอบเหล่านี้ใกล้เคียงกับแนวคิดพลังความสามารถ 10 ประการของ Orem เครื่องมือของ Denyes เป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในการวัดความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะสุขภาพปกติ

อย่างไรก็ตามได้มีผู้ให้ข้อสังเกตว่า ในการวัดพลังความสามารถนี้อาจมีข้อจำกัดได้ เนื่องจากบุคคลอาจมีพลังความสามารถครบถ้วน แต่ไม่ได้นำมาใช้ในการดูแลตนเองก็ย่อมทำให้เกิด ความพร่องในการดูแลตนเองได้ ดังนั้น การประเมินจากพลังความสามารถอาจทำนายนการ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้นจะเห็นได้ว่า ในแต่ละงานวิจัยมีการเลือกใช้ เครื่องมือที่แตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งสำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ ดี จากแนวคิดการดูแลตนเอง ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอการดูแลตนเอง ตามแนวคิดทฤษฎีการ ดูแลตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจของ Hill and Smith (1990) ตลอดจนการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการนำแนวคิดของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมาจากรายงานการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) มานำเสนอเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในชุมชน จากแบบวัด พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของ เพชรี คันธสายบัว(2544) ก่อนนำมาใช้ผู้วิจัย ศึกษาแนวคิดและวิธีการในการสร้างเครื่องมือดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อพิจารณาองค์ประกอบการดูแล ตนเองตามเนื้อหาของเครื่องมือว่าครอบคลุมองค์ประกอบพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 7 ด้านที่ ผู้วิจัยต้องการวัดในการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ จากการศึกษพบว่า เพชรี คันธสายบัว พัฒนาแบบ วัดพฤติกรรมการดูแลตนเองขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจของ Hill and Smith (1990) ร่วมกับการนำแนวคิดของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมาจาก

รายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางของ จินตนา ยูนิพันธ์(2534ข) แบ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 7 ด้าน คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมการเผชิญกับปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป เช่นเดียวกับแนวคิดและองค์ประกอบ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยต้องการวัด แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองนี้มีความเที่ยง .94 และสามารถวัดเพื่อจำแนกผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้ จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองนี้ ในการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสำหรับการวิจัยนี้

3.5 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการศึกษาทบทวน ตำรา เอกสาร งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และผลกระทบจากความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสามารถสรุปปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้ดังนี้

ความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในชุมชน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสังเกตอาการนำก่อนอาการทางจิตกำเริบ ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การมาพบแพทย์ตามนัด ความรู้เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขเองได้ ความรู้ด้านต่างๆ เหล่านี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังการศึกษาของ Kennedy et al. (2000) พบว่าการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดี รับรู้ถึงลักษณะอาการทางจิต สามารถจัดการกับอาการทางจิตได้ด้วยตนเอง ตลอดจนการรับรู้ถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัตินั้นได้ จะมีผลลดการป่วยซ้ำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Baker (1995) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสนใจต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของตน ค้นพบอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ สามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยสามารถรู้ถึงลักษณะอาการทางจิต จัดการกับอาการทางจิตด้วยตนเอง ตลอดจนการรับรู้ถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติได้นั้นต้องเกิดจากที่ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับอาการของโรคก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สมัณะ(2541) พบว่าการเยี่ยมบ้านโดยผสมผสานการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การจัดสิ่งแวดล้อม มีผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้น ดังนั้นจะเห็นว่าความรู้สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยปฏิบัติ

ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Becker et al. (1974 อ้างถึงใน พิสมร เดชดวง, 2545) ได้กล่าวถึงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model) ต่อลักษณะพฤติกรรมด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลที่เกิดจากการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อชีวิตจากการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงหรือลดการเจ็บป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วยลง ทำให้อุปสรรคในการป้องกันการเจ็บป่วยลดลง ดังนั้นหากผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ความเสี่ยง อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ และการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ ก็จะเกิดการรับรู้ความคาดหวัง ความเชื่อต่อความรุนแรง อุปสรรคการป้องกันการมีอาการมากถึงขั้นต้องกลับเข้าไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง จากผลการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าการรับรู้ต่อการป่วยซ้ำมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับ เพชรี คันธสายบัว (2544) ศึกษาวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอำนาจจำแนกผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วย

แหล่งสนับสนุนทางสังคม ประกอบกับการศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ถึงการมีแหล่งประโยชน์ทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้พึงพอใจในการดำเนินชีวิตของตน (หงส์ บรรเทิงสุข, 2545) และเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อสุขภาพของ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นอกจากนั้นจากการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้การบริการของรัฐ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับสูง สอดคล้องกับที่ Chien et al. (2003) กล่าวว่า การฝึกทักษะสังคมเข้าไปในระยะต่างๆของการเจ็บป่วยเป็น สิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนั้นการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมประเภทหนึ่ง ซึ่งการสนับสนุนของครอบครัวจะช่วยส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองได้ การสนับสนุนทั้งร่างกายและอารมณ์ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และแรงจูงใจที่จะริเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (Jopp and Carroll, 1993)

สรุปว่าปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนคือ ความรู้ ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งหากส่งเสริมให้ความรู้แก่ผู้ป่วย สนับสนุนสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะดูแลตนเองได้

เชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์พยาบาลในการให้การช่วยเหลือ และเชื่อว่าตนเองสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขต่อไป

4. พลังอำนาจกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4.1 พลังอำนาจ

ความหมายของพลังอำนาจ

Akey et al. (2000) พลังอำนาจ หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็น การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง มีความหวังและกำลังใจ มีความสามารถในการปรับตัวรับรู้ศักยภาพของตนเองว่าเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญสามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ รวมถึงรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์และสามารถใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี

Dodd and Gutierrez (1990 cited in Segal et al., 1995) พลัง หมายถึง ความสามารถที่ทำได้ในสิ่งที่ต้องการและความสามารถมีอิทธิพลต่อสิ่งอื่นทั้งความรู้สึกและการกระทำและ/ หรือพฤติกรรมที่เป็นแนวทางของการได้ในสิ่งที่ต้องการในอนาคต

Hawks (1991) อธิบายว่า อำนาจ คือ ศักยภาพ หรือ ความสามารถที่จะบรรลุวัตถุประสงค์

Miller (1992) ได้กล่าวถึงพลังอำนาจว่า พลังอำนาจ คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และ Miller ให้คำจำกัดความของอำนาจว่า คือ การอบรมเลี้ยงดู ให้การดูแล (Nurturative) ซึ่งก็คือ การช่วยเหลือและดูแลตนเอง ด้วยอำนาจเป็นความสามารถที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงหรือป้องกัน อำนาจและการควบคุมจึงมักใช้ในความหมายที่เหมือนกัน

การอธิบายถึงพลังอำนาจ มีความแตกต่างกันขึ้นกับบริบทของผู้ที่ทำการศึกษและสิ่งที่จะทำการศึกษ สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ให้ความหมายพลังอำนาจในบริบทของสุขภาพบนพื้นฐานแนวคิดรูปแบบแหล่งพลังอำนาจ(power resources) ของ Miller ทั้ง 7 แหล่งคือความเข้มแข็งทางกายภาพ ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม อัตมโนทัศน์เชิงบวก พลังงาน ความรู้

และการรับรู้ด้วยปัญญา แรงจูงใจ และระบบความเชื่อ ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ แหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งของผู้ป่วยต้องมีความเข้มแข็งหรือความสมดุลเพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนได้ แต่ในบางสถานการณ์ผู้ป่วยอาจมีความพร่องของแหล่งของพลังอำนาจเกิดขึ้น ซึ่งความพร่องหรือไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจนำไปสู่ภาวะการเกิด “ ภาวะสูญเสียพลังอำนาจ ” (Powerlessness)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า พลังอำนาจ หมายถึง แหล่งทรัพยากรในตัวบุคคลที่มีผลให้เกิดศักยภาพความสามารถต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนหรือการเปลี่ยนแปลงเพื่อตัดสินใจกระทำการใดๆ ให้บรรลุวัตถุประสงค์เป้าหมายที่กำหนดไว้

4.2 การสูญเสียพลังอำนาจ

4.2.1 ความหมายของการสูญเสียพลังอำนาจ

มีผู้สนใจศึกษาและให้คำจำกัดความของการสูญเสียพลังอำนาจไว้ดังนี้

Roy (1978) กล่าวถึงภาวะสูญเสียพลังอำนาจว่า เป็นสถานะที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถจะควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองได้

Seeman (1959 cited in Roy, 1984) กล่าวถึงภาวะสูญเสียพลังอำนาจว่าหมายถึงการที่บุคคลคิดว่าพฤติกรรมของตนเองไม่สามารถตัดสินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หรือส่งเสริมผลลัพธ์ตามที่ต้องการได้

Robert (1986) กล่าวถึงภาวะสูญเสียพลังอำนาจว่า หมายถึงการที่บุคคลรับรู้ว่าคุณไม่สามารถควบคุมพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมของตนเองให้เป็นไปตามที่ต้องการ แต่ถูกควบคุมจากบุคคลอื่น หรือสิ่งเร้าที่อยู่นอกตัว

Miller (1992) กล่าวถึงภาวะสูญเสียพลังอำนาจว่า เป็นการที่บุคคลรับรู้ว่าคุณไม่สามารถมีอิทธิพลต่อสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความคาดหวังได้ ไม่ว่าจะเกิดขึ้นเป็นประจำหรือไม่คาดคิด

สรุปได้ว่า ภาวะสูญเสียพลังอำนาจหมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ เหตุการณ์ สิ่งแวดล้อม ต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับตน ต้องปฏิบัติตามผู้อื่นที่ควบคุม หรือสิ่งเร้าที่อยู่รอบนอก

4.2.2 สาเหตุของการสูญเสียพลังอำนาจ

การสูญเสียพลังอำนาจเกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ การขาดความสามารถในการควบคุม (Loss of control) และการขาดความรู้ (Lack of knowledge)

4.2.2.1 การขาดความสามารถในการควบคุม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน

ขาดความสามารถในการควบคุมด้านร่างกาย (Physiological loss of control) จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเริ่มมีอาการของโรค โดยคนที่ก่อนการเกิดภาวะการเจ็บป่วย บุคคลจะมีพลังอำนาจเหนือตนเอง แต่เมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือระบบใดระบบหนึ่งของร่างกายถูกควบคุมโดยความเจ็บป่วย ทำให้สมรรถภาพการทำหน้าที่ของร่างกายและการรักษาสมดุลในร่างกายลดลง ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆได้ตามความคาดหวังและตามความต้องการของตนเอง ทำให้บุคคลเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ บางคนเคยมีความรู้สึกภาคภูมิใจในร่างกายของตน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยพยาธิสภาพของโรคหรือภาวะต่างๆที่เกิดขึ้น อาจทำให้บุคคลรู้สึกอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน หรือเจ็บปวด ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ การขาดความสามารถในการควบคุมร่างกายนี้มีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยโดยตรง เนื่องจากสูญเสียความเป็นตนเองไป

ขาดความสามารถในการควบคุมจิตใจ (Psychological loss of control) จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ที่เกิดความเจ็บป่วยขึ้น รวมถึงการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสาเหตุของการสูญเสียความควบคุมทางด้านจิตใจ เนื่องจากต้องปฏิบัติตามกฎของโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลเป็นผู้ควบคุมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การถูกจำกัดเวลาเยี่ยม หรือไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (Rambo, 1984) เมื่อผู้ป่วยสูญเสียอิสระในการตัดสินใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณไม่สามารถควบคุมสิ่งต่างๆได้ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้ เนื่องจากไม่สามารถยืนยันหัยคความเป็นตัวของตัวเอง (Self-affirmation) ได้ (Robert, 1978)

ขาดความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environment loss of control) การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆตนเองได้ เป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสูญเสียพลังอำนาจ

4.2.2.2 การขาดความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล (Lack of knowledge) ความรู้เป็นแหล่งพลังอำนาจอย่างหนึ่ง เมื่อมีความรู้จะเพิ่มความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (Miller, 1992) บุคคลส่วนใหญ่ไม่เคยคาดคิดว่าตนเองจะต้องเจ็บป่วย และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน จึงไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางในการรักษาที่จะได้รับ ทำให้บุคคลไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง และสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองขณะนี้จะสามารถอธิบายได้อย่างไร ซึ่งการขาดความรู้นี้อาจเกิดจากการที่บุคคลไม่ได้รับการบอกเล่าเกี่ยวกับอาการ หรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเขา หรืออาจเกิดจากการได้รับการบอกเล่าแต่ไม่เข้าใจ ไม่กล้าซักถาม หรืออาจได้รับคำอธิบายโดยใช้ศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ซึ่งผู้ป่วยจะไม่เข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลตามที่ต้องการที่จะทำการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเอง

พยาบาลสามารถช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะไร้พลังอำนาจได้ โดยการหาสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจดังกล่าว และช่วยเหลือโดยการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยช่วยให้ผ่านขั้นตอนต่างๆ คือ การค้นพบความจริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการดำรงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่เหมาะสม (Gibson, 1995)

4.2.3 การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เมื่อผู้ป่วยเกิดการสูญเสียพลังอำนาจ จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะดูแลตนเอง ไม่รับประทานยา มีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม แยกตัว ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ควรจะเป็น คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ค้อยค่า ผู้ป่วยไม่เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เชื่อว่าตนเองไม่สามารถจัดการกับอาการของโรคที่เรื้อรังได้ เกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลตนเอง หากอาการต่างๆเหล่านี้ดำเนินต่อไปโดยไม่ได้รับการแก้ไข จะมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย หากรุนแรงมากอาจเกิดอาการกำเริบถึงขั้นป่วยซ้ำได้ ในระยะนี้หากผู้ป่วยยังไม่สามารถคิดหรือกระทำการต่างๆได้ด้วยตนเอง รวมทั้งไม่สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ก็จะเกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจมากยิ่งขึ้น ความรู้สึกต่างๆเหล่านี้จะเกิดขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกัน หากการสูญเสียพลังอำนาจไม่ได้รับการแก้ไขผู้ป่วยอาจเกิดการป่วยซ้ำได้

4.2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อพลังอำนาจ

จากการวิจัยนี้ปัจจัยที่มีผลต่อพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตามแนวคิดของ Miller (1992) คือ ความพร้อมหรือความไม่สมดุลของแหล่งของพลังอำนาจ นำไปสู่ภาวะสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) ดังนั้น

หากปัจจัยที่มีผลต่อพลังอำนาจเหล่านี้มีความบกพร่องก็จะส่งผลให้สูญเสียพลังอำนาจได้ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ไม่สามารถควบคุมดูแลสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนได้

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสูญเสียพลังอำนาจ

1. ปัจจัยอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

1.1 ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดจากการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งเร้าทั้งภายในหรือภายนอกที่คลุมเครือไม่ชัดเจน อันเนื่องมาจากภาวะเจ็บป่วย ซึ่งบุคคลนั้นไม่สามารถอธิบายความหมายของการเจ็บป่วย หรือคาดการณ์และทำนายผลของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ว่าจะมีภัยอันตรายใดๆ มากจากความชีวิตและความเป็นอยู่ของตนหรือไม่ ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยเป็นผลมาจาก

1.2 ความรู้สึกคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย

1.3 ความสับสนข้องเกี่ยวกับแผนการรักษา และระบบการดูแล

1.4 การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูล

เดิมที่ได้รับ

1.5 การไม่สามารถคาดการณ์ ทำนายเกี่ยวกับการดำเนินและพยากรณ์

ของโรคได้

1.6 ความไม่แน่นอนของสุขภาพ การกลับเป็นซ้ำของโรคหรืออาการ

ของโรคที่รุนแรงขึ้น(Uncertainty health with remission and exacerbation)

1.7 การขาดข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นใน

อนาคต

1.8 ความรู้สึกหมดหวังจากการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

1.9 ความรู้สึกหมดหวังที่จะสามารถรักษาได้ (Chance of cure hopelessness)

และการที่แพทย์ลงความเห็นว่าคงไม่สามารถรักษาได้

1.10 การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนไม่สามารถแก้ไขได้

(Learning hopelessness)

1.11 ความกลัวผลของการที่ปัญหาสุขภาพไม่สามารถรักษาได้

1.12 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ความถี่ของอาการกำเริบ

1.13 การที่สภาพร่างกายแย่ลง (Progressive deteriorating physical state)

1.14 การรักษาพยาบาลที่ได้รับ การปฏิบัติตามแผนการรักษา ผลข้างเคียง

ของการรักษา

2. ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย (Intrape Factors) ประกอบด้วย (Gibson, 1991; Bling, 1998)

2.1 ค่านิยม (Values) ค่านิยมของตนเอง ความรักในตนเอง ความรับผิดชอบในการที่จะดูแลตนเอง

2.2 ความเชื่อ (Beliefs) ความเชื่อเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยบุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค และความยากลำบากในการดูแลที่เกิดขึ้น การที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลหรือเชื่อว่าการให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น ในทางตรงข้ามบุคคลที่ไม่เชื่อต่อผลของการรักษาที่มีต่อการเจ็บป่วยของตน คิดว่าเป็นเรื่องของโชคชะตาที่กำหนดให้เป็นไป ความเชื่อดังกล่าวก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหมดหวัง มองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ร้าย ไม่เชื่อในความสามารถของตนเองว่าสามารถดูแลตนเองได้ (Abilities to care)

2.3 เป้าหมายในชีวิต (Determination) เกิดจากการที่บุคคลมีความเข้มแข็งและแรงจูงใจ (Strong and Motivation) ที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อไปสู่เป้าหมาย โดยจะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุดแม้ว่าจะมีอุปสรรค บุคคลที่ขาดเป้าหมายในชีวิตจะรู้สึกว่าชีวิตของตนไม่มีความหมาย มีผลต่อการนับถือตนเองและแรงจูงใจที่จะอดทนต่อความยากลำบากที่เกิดขึ้น รวมถึงการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย

2.4 ประสบการณ์ส่วนบุคคล (Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อความเชื่อ อคติทัศนคติ แรงจูงใจในผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมาและประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการศึกษา การอ่าน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์ ในขณะที่ประสบการณ์ด้านลบที่มีต่อการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นการได้รับรู้ข่าวสารที่ผิดพลาด การได้เห็นตัวอย่างผู้ป่วยรายอื่นที่เจ็บป่วยเช่นเดียวกับตนอาการแย่ลงหรือเสียชีวิต ส่งผลต่อแรงจูงใจของผู้ป่วยรวมถึงความเชื่อในความสามารถของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

2.5 ความเชื่ออำนาจในการควบคุม (Locus of control) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นตนสามารถควบคุมได้ บุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตน (Internal locus of control) มีแนวโน้มที่จะรับรู้ว่าการกระทำที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านบวกและลบเป็นผลมาจากการกระทำของตน อยู่ภายใต้การควบคุมของตน

3. ปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factors) ประกอบด้วย

3.1 ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อผู้อื่น ที่สำคัญคือ ความรู้สึกที่ต้องพึ่งพิงและเป็นภาระของผู้อื่นและครอบครัว

3.2 สัมพันธภาพกับผู้อื่น สัมพันธภาพกับผู้อื่นในความรู้สึกและการรับรู้ของผู้ป่วยคือ ความรู้สึกของบุคคลที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม ได้รับการยอมรับ เป็นที่รัก ได้รับการยกย่อง มีคุณค่าและเป็นที่ต้องการจากผู้อื่น การไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เคยกระทำได้และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ รวมถึงการถูกแยกออกจากสังคมอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยมีผลต่อความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย (Stapleton, 1992; Suk Bling, 1998)

4. ปัจจัยอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ แม้ปัจจัยนี้จะถือได้ว่าเป็นปัจจัยระหว่างบุคคล แต่เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วย ที่เป็นผลมาจากการยอมรับว่าการรักษาพยาบาลเป็นการปฏิบัติหน้าที่ตามความรับผิดชอบของสถาบันทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีต่อประชาชนที่ก่อตั้งโดยไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตนพยาบาลซึ่งรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราวนี้เองทำให้ความขัดแย้งอาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างผู้ป่วย จึงเป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจในการรักษา ไม่ร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษาไม่สอดคล้องกับการดำรงชีวิตประจำวันของเขา นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสมีส่วนร่วมในการกำหนดและตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษานั้นอย่างไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ทำให้ผลการรักษาไม่ดี

สรุปปัจจัยที่มีผลต่อพลังอำนาจประกอบด้วย ปัจจัยที่เกิดจากการเจ็บป่วยโดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและยาวนานของโรคจิตเภทซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อ หหมดหวัง การไม่สามารถคาดการณ์ ทำนายเกี่ยวกับการดำเนินและพยากรณ์ของโรคได้ และผลข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต นอกจากนี้การเจ็บป่วยที่เรื้อรังยังไม่สามารถรักษาให้หายได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมดูแลตนเองได้ ขาดพลังอำนาจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวชุมชนตลอดจนบุคคลากรด้านสุขภาพก็เป็นปัจจัยสำคัญต่อการสูญเสียพลังอำนาจในตัวผู้ป่วย

4.3 การเสริมสร้างพลังอำนาจ

คำว่า “การเสริมสร้างพลังอำนาจ” มาจากรากศัพท์ในภาษาละติน “passe” ซึ่งหมายถึง “อำนาจ (Power)” กับ “อิสระภาพเสรี (Freedom)” และสำหรับคำว่า “อำนาจ (Power)” มาจากรากศัพท์ภาษาละติน “Potere” ซึ่งหมายถึง “ความสามารถที่จะเลือก (The ability to choose)” (Rodwell, 1996 อ้างถึงใน คารณี จามจรี, 2545) ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจากคำรากศัพท์จึงน่าจะ

หมายถึงความสามารถที่จะเลือกอย่างมีอิสระ Rappaport (1985) กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า “เรามักจะพบปัญหาเกี่ยวกับการให้คำจำกัดความ ของ “การเสริมสร้างพลังอำนาจ” จนกว่าเราจะ ได้สัมผัสมันอย่างแท้จริง” ด้วยเหตุนี้การให้คำนิยาม “การเสริมสร้างพลังอำนาจ” จึงมีความ หลากหลาย Zimmerman (1995) ได้วิพากษ์ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็น โครงสร้างที่ไม่มี ขอบเขต การเสริมสร้างพลังอำนาจมีรูปแบบที่แตกต่างไปตามบริบท กลุ่มประชากร และขั้นตอนการ พัฒนาที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงไม่สามารถกำหนดได้อย่างชัดเจนด้วยวิธีการจัดการวิธีเดียว Tomas and Valthouse (1990 cited in Suk Bling, 1998) ตั้งข้อสังเกตว่า “การเสริมสร้างพลังอำนาจไม่มีคำจำกัด ความที่เป็นข้อตกลงที่ยุติได้ นอกจากจะกำหนดขึ้นมาให้สัมพันธ์กับความหมายของสิ่งที่ต้องการ ศึกษา”

4.3.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Hawks (1992) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยฝ่ายหนึ่งเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจ มีการเตรียมความรู้ ทรัพยากร วิธีการ และสภาพแวดล้อม รวมถึงการศึกษาภูมิหลังของแต่ละฝ่ายเพื่อนำมาพัฒนาเพิ่มความสามารถของ ฝ่ายรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Miller (1992) กล่าวว่า พลังอำนาจคือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏ อยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และเป็น กระบวนการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจสำหรับบุคคล โดยสรุปรูปแบบพลังอำนาจมีอยู่ 7 แหล่งด้วยกัน คือ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength) 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self concept) 4) พลังงาน (Energy) 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight) 6) แรงจูงใจ (Motivation) 7) ระบบ ความเชื่อ (Belief system)

Gibson (1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของบุคคลที่จะใช้ พัฒนาและใช้ความรู้ที่จำเป็น ความสามารถและความเชื่อมั่นที่จะทำให้ความคิดของตนเองมีความหมาย เป็นกระบวนการทางสังคม ที่ให้การยอมรับ ส่งเสริม และพัฒนาความสามารถของบุคคล เพื่อให้บุคคล สามารถแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการ ใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตน เป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกในคุณค่า

ของตนเอง และสร้างประสิทธิภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล

Hess et al. (1984 cited in Robert, 2001) กล่าวว่า พลังอำนาจสามารถเข้าใจภายในบริบทของระบบ และสิ่งที่มีผลต่อพลังอำนาจ คือ

1. เพิ่มความรู้และทักษะ
2. เพิ่มผลที่ตามมาทั้งทางลบและทางบวก
3. เพิ่มสภาพแวดล้อมที่เปิดโอกาสรวมทั้งผู้เชี่ยวชาญสามารถ

เสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน ผ่านการพัฒนาเทคโนโลยีทางสังคม เช่น การฝึกอบรม การให้ความรู้ และการจัดเตรียมข้อมูลข่าวสาร

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2539) กล่าวถึงความเชื่อพื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจมุ่งเน้นที่การนำเอาศักยภาพทางปัญญา และพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น เป็นแนวคิดที่มีความต่อเนื่องอย่างชัดเจนกับการพัฒนาคุณภาพอย่างครบวงจรอย่างต่อเนื่องและเป็นการสร้างสถานการณ์ การเริ่มต้นมากกว่าการมีส่วนร่วมของบุคคล

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2541) กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพยายามที่จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง มั่นใจ ยึดมั่นผูกพันและมุ่งหวังในการบรรลุเป้าหมายของตนเอง เพื่อการปฏิบัติหรือกระทำภารกิจหนึ่งให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง ในกรณีที่บุคคลจะเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ยึดมั่นผูกพันต่อตนเองหรือหน่วยงานเพื่อให้สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง บุคคลจะต้องเชื่อมั่นในตนเองว่าตนเองสามารถกระทำกิจกรรมต่างๆได้สำเร็จ บุคคลต้องได้รับการสนับสนุนส่งเสริมทั้งกำลังกาย กำลังใจ กำลังความคิด และมีอิสระในการตัดสินใจกระทำต่างๆด้วยตนเอง

ดารณี จามจรี (2545) ให้ความหมายการเสริมสร้างด้านสุขภาพหมายถึง การเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสนในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเองในฐานะหุ้นส่วนของของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการช่วยให้บุคคลตระหนักถึงจุดแข็งความสามารถและอำนาจในตน การได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันในการค้นหาปัญหา พัฒนาการดูแลสุขภาพของตน รวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตน ภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆการสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือ

บุคคล รวมถึงการให้ข้อมูลและ/หรือส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนให้กับผู้ป่วยซึ่งจะเอื้ออำนวยและสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อให้บุคคลสามารถทางเลือกสำหรับดูแลสุขภาพของตนเองและมีจุดมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางที่ตนเองได้กำหนดขึ้น

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคล ในการควบคุมปัจจัยต่างๆต่อสุขภาพและชีวิตในการดำเนินชีวิตของตนเอง เพื่อให้เขาเหล่านั้นมีพลังมีความสุขและมีอำนาจในการตัดสินใจเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความรู้สึกมั่นใจ เป็นตัวของตัวเอง สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.3.2 องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย

องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย มีรายละเอียดดังนี้ (คาร์ณี จามจรี, 2545)

4.3.2.1 คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่สุขภาพ (Attributes) ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.3.2.1.1 คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่สุขภาพ ความรู้ถึงการเป็นเจ้าของในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการใช้ทักษะวิชาชีพที่สำคัญ ได้แก่ ทักษะในการสื่อสาร (Communication skill) ทักษะในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal skill) และ ทักษะการใช้อำนาจในการรักษาพยาบาลในทางบวก (Using professional power in positive way)

4.3.2.1.2 คุณลักษณะของผู้ป่วย ความตั้งใจที่จะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ หน้าที่ความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจ (Hawks, 1992) แต่ทั้งนี้การที่บุคคลจะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ซึ่งตามแนวคิดของ Gibson (1991) ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้น ประกอบด้วย ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intrapersonal factor) ได้แก่ ค่านิยม เป้าหมายในชีวิต และประสบการณ์ส่วนบุคคล (Interpersonal factor) ที่สำคัญคือการสนับสนุนทางสังคม

4.3.2.1.3 คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

4.3.2.1.3.1 การที่ผู้ป่วยเป็นเจ้าของสุขภาพและมีหน้าที่รับผิดชอบ

โดยตรงต่อสุขภาพของตน

- 4.3.2.1.3.2 การเป็นหุ้นส่วนและการยอมรับในคุณค่าและความสามารถของผู้ป่วย
- 4.3.2.1.3.3 การให้การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง
- 4.3.2.1.3.4 การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและมีอิสระในการตัดสินใจ
- 4.3.2.1.3.5 การแสวงหาความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากรเพื่อการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ
- 4.3.2.1.3.6 การปรับเปลี่ยนความคิด ทศนคติ

4.3.2.2. สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (Antecedent of empowerment) ได้แก่ การให้ความเคารพ (Respect) ต่อความเชื่อ ค่านิยม และประสบการณ์ของบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Mutual trust) การเชื่อในความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจ การยอมรับในหน้าที่ความรับผิดชอบและการกระทำของผู้ป่วยความมุ่งมั่นทุ่มเทที่มีร่วมกัน (Mutual commitment) ระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วยในการกระทำที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนในตัวผู้ป่วย เพื่อเป็นการยอมรับความเป็นตัวตนที่แท้จริงของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการวางแผนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยจากวัฒนธรรมหนึ่งมีพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของคนทั่วไป แต่พฤติกรรมนี้ถือเป็นความปกติที่ยอมรับในกลุ่มชนนั้น สิ่งเหล่านี้พยาบาลต้องให้ความสำคัญด้วย ซึ่งมีผลต่อการประเมินผลลัพธ์ที่ผู้ป่วย ปัญหาเดียวกันเกณฑ์ในการประเมินผลอาจแตกต่างกันได้จากสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนในตัวผู้ป่วย

4.3.2.3. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากการศึกษาแนวคิดและวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจากเอกสารตำรางานวิจัยต่างๆ สามารถสรุปกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยได้ดังนี้

Suk Bling (1998 อ้างถึงใน สรินทร เชี่ยวโสธร, 2546) กล่าวว่า คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยกระบวนการสร้างแรงจูงใจ กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ การแสวงหาความรู้และทักษะ และกระบวนการของการปรับเปลี่ยนความคิด สิ่งที่ต้องเกิดก่อนคือ การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการมุ่งมั่นทุ่มเท รับรู้ถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ ความสนใจและความหวัง โดยมีกระบวนการ 3 ขั้นตอนคือ

1) การค้นหาสิ่งกระตุ้นความเครียด ความสนใจและจุดแข็ง ได้แก่ ค้นหาเป้าหมายและความสนใจของผู้ป่วยจากทัศนคติของผู้ป่วย ลดปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย ตระหนักถึงจุดแข็งของผู้ป่วย และปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคล

2) เอื้ออำนวยการปรับเปลี่ยนความคิด ได้แก่ กระตุ้นให้เกิดความมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาช่วยผู้ป่วยในการต่อรองเป้าหมายใหม่ เอื้ออำนวยให้เกิดทัศนคติทางบวก และสร้างความหวัง

3) เพิ่มแหล่งทรัพยากร ได้แก่ เครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล การใช้กระบวนการกลุ่มสนับสนุนกันเอง เอื้ออำนวยการสื่อสารระหว่างสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วย เพิ่มแหล่งทรัพยากรทางกายภาพ เอื้ออำนวยให้เกิดความรู้และทักษะ สนับสนุนการตัดสินใจ และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบ่งเป็น ผลลัพธ์ที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความหมายแก่ชีวิตและการมีความหวัง ความเชื่อมั่น ความรู้ ทักษะ การมองโลกในแง่ดี และผลต่อเนื้อที่มีต่อพฤติกรรม ได้แก่ ความมุ่งมั่นผูกพันต่อการรักษาพยาบาล การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และความผาสุกทางจิต

คาร์ณี จามจรี (2545) ได้สรุปกระบวนการเสริมสร้างพลังเป็นขั้นตอนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ขั้นตอนดังนี้

1) การสร้างความร่วมมือ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกันในอันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นการประเมินแนวทางชีวิตของผู้ป่วยตามทัศนคติของผู้ป่วยเอง ว่าผู้ป่วยมีมุมมองอย่างไรต่อภาวะสุขภาพดีและไม่ดี อะไรที่ชอบหรือไม่ชอบเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ขั้นตอนนี้จะทำให้พยาบาลทราบภาพโดยทั่วไปของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และความปรารถนาของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและสร้างพฤติกรรมใหม่ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของตน รวมถึงช่วยให้บุคคลยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนตามความเป็นจริง และทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง (Gibson, 1995)

3) การสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจสถานการณ์ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์ รอบด้าน เพื่อการตัดสินใจและการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง และเกิดความรู้สึกกับข้อใจในการดูแลที่ได้รับ จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้ออกมาเผชิญปัญหา ประเมินและ

วิเคราะห์ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงที่คืบคลาน ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง จากเดิมที่คิดว่าตนเองไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไปสู่ความคิดที่ว่าตนไม่ได้ไร้ความสามารถทุกอย่าง บุคคลจะมีทางเลือกในการปฏิบัติ ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตน ความสามารถ ความถูกต้องของตน เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะของตนในการดูแลตนเองมากขึ้น กล่าวได้ว่า ขั้นตอนนี้นำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้ บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถ และมีพลังมากขึ้น (Gibson, 1995)

4) การสนับสนุนเอื้ออำนวย ข้อมูล ความรู้ ทักษะ แหล่งทรัพยากร และสร้างแรงจูงใจ ที่ส่งผลถึงการตัดสินใจที่มีเหตุผล และเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติ ตามที่ได้ตัดสินใจ และสามารถประเมินการตัดสินใจ โดยความต้องการการสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรนั้น เกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเอง ที่มองเห็นว่า สิ่งเหล่านั้นเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ และดำเนินการที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง บทบาทของพยาบาลไม่ใช่ ผู้จัดการให้ ข้อมูล ความรู้ ทักษะ ตามที่พยาบาลเห็นว่าเหมาะสม ต่อโรคหรือสภาพความเจ็บป่วย แต่บทบาทของพยาบาล คือการร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ถึงสิ่งที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

5) การดำเนินการด้วยตนเอง ในขั้นตอนนี้บุคคลจะดำเนินการแก้ปัญหา หรือกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งมีหลายวิธีการ ขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไข

6) การปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลได้กระทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจะช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะรักษา และควบคุมสถานการณ์ของตนด้วยตนเองมากขึ้น ตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพเพื่อสุขภาพของตนและบุคคล ในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่องอีกด้วย (Gibson, 1995)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของ คาร์นิ จามจรีและจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) โดยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Miller (1992) ซึ่งมีความสอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เป็นลักษณะโรคเรื้อรัง และมีอาการหลงเหลือแม้อาการจะดีขึ้นแล้ว ครอบครัว ชุมชน เห็นถึงความบกพร่องในผู้ป่วย กลัวในพฤติกรรมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่มีพลังอำนาจในการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ทั้ง

ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและชุมชน ซึ่งตามแนวคิดของ Miller เชื่อว่าเกิดจากความบกพร่องของแหล่งพลังอำนาจ

4.3.2.4. ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ ได้แก่

4.3.2.4.1 การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้กันมากในการอธิบายลักษณะและความเชื่อที่สะท้อนความรู้สึกรู้สึกของการควบคุม หรืออิทธิพลของบุคคลที่จะเคารพต่อพฤติกรรมการแสดงออกที่หลากหลายรวมถึงการควบคุมตนเองและประสิทธิภาพในตน (Zimmerman, 1995) โดยอธิบายภาพรวมของผลลัพธ์ ได้แก่ การนับถือตนเอง (Self-esteem) ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Personal-control) และความสามารถในตน (Self-efficacy)

4.3.2.4.2 การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นความรู้และทักษะที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถและปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคล ความสามารถของบุคคล คุณลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะ ความคิด ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์ และกิจกรรม รวมกลุ่มเป็นคำที่ใช้อธิบายการกระทำของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Suk bling, 1998: 31)

4.3.3.4.3 การสุขภาวะที่ดี (Well being) เป็นภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมบุคคลจะมีสุขภาวะที่ดีได้แม้อยู่ในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพหรือการเจ็บป่วย (Orem, 1995) การมีสุขภาวะที่ดีหมายถึงการที่ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาพการเจ็บป่วยตรงตามความเป็นจริง เชื่อว่าตนสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆในชีวิตตนเองได้ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ ซึ่งผลลัพธ์ต่อเนื่องของการเสริมสร้างอำนาจ ส่งผลต่อสุขภาวะที่ดี นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Suk bling, 1998)

ดังนั้นการส่งเสริมพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แนวทางที่เหมาะสมแนวทางหนึ่งคือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้าง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งเชื่อว่าจะสามารถพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ มีสุขภาวะที่ดีและลดปัญหาการกลับมาป่วยซ้ำได้

4.3.3 พลังอำนาจกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบของพลังอำนาจและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบการปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เมื่อให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้พยาบาลรับรู้ถึงบทบาทและสมรรถนะของตนในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย

สิ่งที่ต้องคำนึงในการกำหนดบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วย

1. การปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย ปัจจัยระหว่างบุคคล และปัจจัยอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ

2. การปฏิบัติการพยาบาลต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจที่คำนึงถึงคุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

2.1 การให้คุณค่าต่อผู้ป่วยในฐานะเป็นเจ้าของสุขภาพและมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพของตน

2.2 การยอมรับการเป็นหุ้นส่วน คุณค่าและความสามารถของผู้ป่วย การเสริมสร้างพลังอำนาจ คือการสร้างความเป็นหุ้นส่วน ซึ่งให้ความเคารพและให้คุณค่าทั้งต่อตนเองและผู้อื่น โดยมีเป้าหมายที่จะพัฒนาความเชื่อทางด้านบวกในตนและในอนาคต

2.3 การให้การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง

2.4 การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและมีอิสระในการตัดสินใจ

2.5 การแสวงหาความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร เพื่อการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ

2.6 การปรับเปลี่ยนความคิด ทศนคติ

การพยาบาลโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการให้การพยาบาลโดยคำนึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกำหนดแนวทางในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วย แต่ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงประโยชน์แท้จริงที่ผู้ป่วยจะได้รับซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ สภาพการณ์จริงของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

5. การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ คาร์ณี จามจური

และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) ซึ่งศึกษาต่อเนื่องจากแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) โดยเชื่อว่า พลังอำนาจ (power) คือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำเนินชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่มีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน โดยแหล่งของพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) มีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่ง ได้แก่ ความเข้มแข็งทางกายภาพ ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม อัตมโนทัศน์เชิงบวก พลังงาน ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา แรงจูงใจ และระบบความเชื่อ

โดยมีขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ลักษณะของเนื้อหาในโปรแกรมจะเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะสูญเสียพลังอำนาจ โดยพัฒนาแหล่งพลังอำนาจในตัวบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีศักยภาพและสามารถดูแลตนเองได้ มีขั้นตอนดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพ และค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการรวบรวมแหล่งพลังอำนาจและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ จากการสร้างความร่วมมือสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการร่วมมือไม่ได้เกิดขึ้นแต่เพียงฝ่ายเดียวลักษณะการดำเนินการเป็นไปในลักษณะการมีผลประโยชน์ร่วมกัน ขั้นตอนนี้ดำเนินการแบบรายบุคคลโดย แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น โดยค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย ค้นหาปัญหา การดูแลตนเองด้านต่างๆทั้งร่างกาย และจิตใจ การจัดการกับปัญหาเหล่านั้น การแสดงออกทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ ประเมินวิเคราะห์สถานการณ์จริงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา

2) การสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาการดูแลตนเองในชุมชนด้วยทัศนคติ และส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนขั้นตอนนี้ดำเนินการโดย แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เพื่อให้สมาชิกรู้จักกัน มีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่ม สร้างบรรยากาศให้เกิดความไว้วางใจเพื่อนำไปสู่การเปิดเผยตนเอง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ คือ การสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาการดูแลตนเองด้วยการสะท้อนความคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ โดยสร้างแรงจูงใจว่าผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้ด้วยตนเอง และพยายามต้องยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเลือกแนวทางแก้ไขจัดการกับปัญหาต่างๆ ซึ่งบทบาทของพยาบาลคือ เสนอแนวทางที่เหมาะสมเป็นไปได้ แต่ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกไปปฏิบัติ การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร โดยการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทักษะต่างๆ เช่น การสื่อสาร การเผชิญความเครียด การจัดการเบื้องต้นกับอาการนำก่อนมีอาการทางจิตกำเริบ ฯลฯ โดยประเมินจากความรู้เดิมของ

ผู้ป่วยในกลุ่ม แล้วพยาบาลเสริมในส่วนที่ขาด โดยในช่วงสุดท้ายมอบคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน อธิบายวิธีการใช้ และการประเมินตนเองตามแบบประเมินทักษะการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3) การดำเนินการด้วยตนเอง คือการให้ผู้ป่วยใช้ความรู้ และทักษะต่างๆจากการเข้ากลุ่มไปใช้จริงในการดำเนินชีวิตตามปกติที่บ้าน เป็นการแก้ไขปัญหาหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด นำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหามีความแตกต่างกัน ดังนั้นหากผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ดำเนินการในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมแก่ตนเอง เลือกที่จะปฏิบัติ เป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์ได้จริง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและอัตโนมัติส่วนตัวตนเองในทางบวกมากขึ้น ขณะเดียวกันผู้ป่วยสามารถใช้คู่มือการดูแลตนเองเป็นแนวทางในการดูแลตนเอง พร้อมทั้งผู้ป่วยจะได้ทบทวนการปฏิบัติดูแลตนเองโดยประเมินตามแบบประเมินการดูแลตนเอง

4) การปรับเปลี่ยนความคิด และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในด้านต่างๆ ดำเนินการเป็นรายบุคคล โดยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าของตนเอง ในความสามารถจัดการแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเอง โดยประเมินจากแบบประเมินทักษะการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกรู้สึกของการดูแลตนเองในชุมชน จากนั้นเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆแก่ผู้ป่วย

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขวัญใจ ดันดีวัฒนเสถียร (2535) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยศึกษาผู้ป่วยโรคประสาทในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 360 คน ผลการวิจัยพบว่า 1. พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคประสาทในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2. พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคประสาท มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการสนับสนุนของชุมชน การสนับสนุนของครอบครัว และความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3. พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคประสาท ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านภูมิหลัง คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของ

ครอบครัว 4. ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคประสาท ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตามลำดับ ความสำคัญมากน้อย คือ การสนับสนุนของชุมชน ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา การสนับสนุนของ ครอบครัว และระดับการศึกษาโดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 33.2 ($R^2 = 0.332$)

โปรยทิพย์ กสิพันธ์ (2541) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 36 คน เป็นกลุ่มทดลอง 18 คน เป็นกลุ่มควบคุม 18 คน ภายหลังได้รับการ เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นเวลา 3 สัปดาห์พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง ภายหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือ ตนเองในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

พรทิพย์ ธรรมวงศ์ (2541) ศึกษาการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทเพศชายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตัวแบบสัญลักษณ์ พบว่า คะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการ ทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ พบว่าคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง มากกว่าคะแนนความรู้เรื่อง การดูแลตนเองก่อนการทดลอง

พวงเพ็ญ เจริญปัญญาธิราช และคณะ (2542) ได้ศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย จิตเวช งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ในช่วงก่อนที่ จะจำหน่ายจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ทั้ง แผนกชายและหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 117 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดอาศัยอยู่กับญาติ มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1-15 ครั้ง โดยมี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.1 รายงานว่าเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางส่วนอายุและจำนวนครั้งของ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติ

รัชนี ศรีธีรวิญญู (2544) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทเพศชายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลหลังจำหน่ายตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ พบว่าคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองทันทีและระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์ มากกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองทันทีและระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์ น้อยกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ(2545) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.6 มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 37.6 อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านพบว่า ด้านที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านความสะอาดของร่างกาย (ร้อยละ 81.6) ด้านการขับถ่าย (ร้อยละ 73.60) ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ (ร้อยละ 66.4) พฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านอาหาร อากาศ น้ำ (ร้อยละ 63.2) ด้านการพักผ่อนนั้นทนทานและการออกกำลังกาย (ร้อยละ 63.5) และด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

Bostelman (1994) พัฒนาโครงการสุขภาพชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีกรให้การพยาบาลในโครงการ 4 กิจกรรมคือ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยเน้นที่การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตของผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่แพทย์สั่งเพื่อใช้ในการรักษา การให้ความรู้แก่ครอบครัวเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและการสื่อสารกับผู้ป่วย โดยใช้เวลา 48 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในโครงการมีการยินยอมปฏิบัติตามแผนการดูแลหลังจากออกจากโรงพยาบาล

สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ได้ทำการศึกษาวิจัยผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 4 กลุ่มๆละ 5 คนรวม 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ซึ่งใช้เวลาในการทดลอง 3 สัปดาห์ๆละ 2 ครั้ง โดยพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สัมพันธ์ มณีรัตน์ (2546) ได้ทำการศึกษาวิจัยผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Miller(1992) และสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของ Peplau (1952) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 4 กลุ่ม รวม 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ใช้เวลาในการทดลอง 6 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

Suk Bling (1998) ได้ทำการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยชาวจีนและบทบาทของกลุ่มสนับสนุนกันเอง คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 1) กระบวนการสร้างแรงจูงใจ 2) กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ 3) กระบวนการของการแสวงหาทักษะและความรู้ 4) กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดซึ่งแต่ละกระบวนการมีความเกี่ยวข้องและตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยการให้ความหมายแก่ชีวิต ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ และความคิดทางบวก จากการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลองทำให้ได้ผลลัพธ์ที่มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมในด้านการให้ความหมายต่อชีวิต ความหวัง ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ การยอมรับความเจ็บป่วย ความคิดทางบวกรวมถึงความผาสุกทางจิต

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการรวบรวมแหล่งพลังอำนาจและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ (รายบุคคล)

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาในการดูแลตนเองในชุมชนด้วยการสะท้อนคิด และส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการด้วยตนเอง (รายบุคคล) เป็นการใช้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตปกติที่บ้าน โดยฝึกทักษะการจัดการกับอาการของโรค การเลือกแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสมเมื่อมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ และเสริมสร้างความมั่นใจในการดำเนินการแก้ปัญหาต่างๆด้วยตนเอง โดยมีคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และแบบประเมินการดูแลตนเอง

ของผู้ป่วยจิตเภท

ขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิด และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเอง (รายบุคคล) โดยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าของตนเอง ในความสามารถจัดการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง จากนั้นเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆแก่ผู้ป่วย

พฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภทชุมชน

1. การพัฒนาการรู้จักตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
3. การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ
4. การเตรียมการเผชิญปัญหา
5. การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม
6. การปฏิบัติตามความเชื่อในศาสนา
7. การดูแลตนเองโดยทั่วไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ซึ่งเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการเล่นเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₁		O ₂	กลุ่มควบคุม

(Polit and Hungler, 2001)

O ₁	หมายถึง	การประเมินพฤติกรรมการเล่นเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนการเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและก่อนได้รับการดูแลตามปกติ
X	หมายถึง	ให้ทดลองโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
O ₂	หมายถึง	การประเมินพฤติกรรมการเล่นเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและหลังได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร เป็นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งมารับการรักษาหลังจำหน่ายไม่เกิน 6 เดือน มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน และได้รับการรักษาจากทีมสุขภาพด้านจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก
2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายไม่เกิน 6 เดือน มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน และได้รับการรักษาจากทีมสุขภาพด้านจิตเวชแบบผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการตามปกติจำนวน 20 ราย

โดยคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ยึดหลักการจำแนก

ความผิดปกติตาม ICD 10 (International Classification of Disease) หลังจำหน่ายไม่เกิน 6 เดือน เนื่องจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ควรได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ภายใน 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย (Sarah et al. 1999) นอกจากนี้ก็มีการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพควรจะให้แก่ผู้ป่วย ภายใน 1 เดือนหลังจำหน่าย (Beebe, 2001) ซึ่งถือว่าหลังจำหน่ายเป็นช่วงเวลาในการเปลี่ยนผ่าน ระหว่างโรงพยาบาลสู่ชุมชน ถือเป็นภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำอย่างยิ่ง (Sarah et al. 1999) โดยเฉพาะ ระยะเวลาหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้ ผู้ป่วยหายจากโรคหรือกลับเป็นมากขึ้น (จินคาร์ตัน พิมพีดีด และคณะ, 2542) นอกจากนี้ผู้ป่วย ต้องปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับ Gallagher (1980 อ้างถึงใน ภูมิภักษิตี แสงเขียว, 2543) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนได้น้อยกว่า 6 เดือน ถือว่าประสบความสำเร็จในการปรับตัว ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงใช้ระยะเวลาภายใน 6 เดือน หลังจำหน่าย ซึ่งถือเป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำอย่างยิ่ง (Sarah et al. 1999; Antony et al. cited in Montgomery and Kirkpatrick, 2002) โดยผู้ป่วยมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

2. พักอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อความเป็นไปได้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
3. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี เนื่องจากอยู่ในวัยผู้ใหญ่มีวุฒิภาวะเพียงพอที่จะดูแลตนเองได้
4. ผู้วิจัยประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยสอบถามตามแบบประเมินอาการทางจิต (Brief psychiatric rating scale: BPRS) จำนวน 18 ข้อ ก่อนการได้รับคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง ระดับคะแนนไม่สูงกว่า 30 คะแนน
5. สามารถอ่านเขียนหนังสือได้เนื่องจากในขั้นตอนดำเนินการต้องมีคู่มือสำหรับผู้ป่วย ในการประเมินตนเองประกอบด้วย
6. มีความเต็มใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีน้อยที่สุดจำนวน 30 คน เนื่องจากการวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้การกระจายของข้อมูลเป็น โด่งปกติ (Normality) มากที่สุดสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน โดยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน (Burns and Grove,

2001) เพื่อความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการทำวิจัยครั้งนี้ ร่วมกับการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) เพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภท จากบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในช่วงระหว่างวันที่ 12 พ.ค. 2548 – 27 พ.ค. 2548 ประเมินคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด หากมีคุณสมบัติครบและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการสุ่มตามวัน ที่ผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 5 วัน คือ วันจันทร์-วันศุกร์ ผลการจับฉลากคือ วันอังคาร วันพุธ และวันศุกร์ เป็นกลุ่มทดลอง วันจันทร์ และวันพฤหัสบดี เป็นกลุ่มควบคุม

2. จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) เพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อตัวแปรตาม โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันที่สุด คือ ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี กับคือ ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตมากกว่า 5 ปี

3. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มแบบคนเว้นคน วันละไม่เกิน 5 คน เนื่องจากลักษณะโปรแกรมขั้นตอนที่ 1 ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที ผู้วิจัยต้องดำเนินกิจกรรมนี้ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรอรับการตรวจจากแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก(07.00น.-12.00น.) ผู้วิจัยสามารถดำเนินการได้ 4-5 คนต่อวันเท่านั้น โดยกลุ่มทดลองคัดเลือกในวันที่ 17,18,20,24 พ.ค. 2548 จนครบจำนวน 20 คน สำหรับกลุ่มควบคุมได้ทำการคัดเลือกในวันที่ 12,16,19,26 พ.ค. 2548 โดยลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต้องมีลักษณะใกล้เคียงกันที่สุด คือ ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตตามที่กำหนดไว้ ทำการคัดเลือกจนครบ 20 คู่

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างตาม ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	ระยะเวลาการเจ็บป่วย	ระยะเวลาการเจ็บป่วย
1	2	2
2	3	3
3	3	5
4	3	3
5	4	5
6	4	4
7	5	4
8	5	5
9	5	4
10	5	5
11	7	6
12	8	7
13	10	10
14	12	9
15	12	16
16	15	15
17	15	13
18	20	15
19	22	28
20	30	34

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ วัน เวลา สถานที่และระยะเวลาของการวิจัย สอบถามความสมัครใจพร้อมทั้งอธิบายถึง

สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การบริการ หรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยจนครบตามกำหนดเวลากลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากกรทดลองได้ทุกเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และการออกจากกรวิจัยจะไม่มีผลใดๆต่อการรักษาพยาบาล การบริการ หรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ถือเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อและนามสกุลที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลต่างๆ ผู้วิจัยจะเสนอในภาพรวมเท่านั้น หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากกลุ่มตัวอย่างได้รับความผิดปกติเนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย โดยต้องแจ้งความผิดปกติให้ผู้วิจัยทราบทันที หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง (Patient/Participant Information Sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 4 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่
โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่
แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง
4. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS)

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี หลักการ และกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยผู้วิจัยศึกษาแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ของ คาร์ณี จามจรีและจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992) โดยใช้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 6

ขั้นตอน คือ การสร้างความร่วมมือ การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย การสะท้อนคิดอย่างมี วิจารณ์ญาณ การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร การดำเนินการด้วยตนเอง การปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งการจัดการกับการเจ็บป่วย ซึ่งผู้วิจัยปรับให้เหมาะกับกลุ่ม ตัวอย่างในการดำเนินการและให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย เป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง อำนาจซึ่งมี 4 ขั้นตอน ครอบคลุมแนวคิดกระบวนการเดิมทั้ง 6 ขั้นตอน

2. ศึกษาลักษณะปัญหา สาเหตุ ตลอดจนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งมีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม และเป็น สาเหตุสำคัญของการป่วยซ้ำ

3. ศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียพลังอำนาจ ปัจจัยที่มีผล ต่อการสูญเสียพลังอำนาจ และแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพในตัวบุคคล การเห็นคุณค่าในตนเอง แบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพ ทักษะการสื่อสารภายในครอบครัว และการพัฒนาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

4. สร้างโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยแสดงขั้นตอนการดำเนิน กิจกรรมและคู่มือการใช้โปรแกรมสำหรับบุคลากร ซึ่งนำแนวคิดต่างๆจากการศึกษาและทบทวน วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา กำหนดโครงสร้างเนื้อหาและ วัตถุประสงค์ของโปรแกรม โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดย คารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินการ จึงได้รวมเนื้อหาในบางขั้นตอนของการเสริมสร้าง พลังอำนาจ เพื่อดำเนินการพร้อมกัน โดยครอบคลุมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองและ ประยุกต์สร้างเป็น โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็น 4 ขั้นตอน

5. จัดทำคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก การศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ปัญหาอุปสรรคในการดูแล ตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ร่วมกับการปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ สาเหตุ การรักษา ข้อควรระวังเกี่ยวกับการใช้ยา อาการข้างเคียงจากยา รักษาอาการทางจิตและการดูแลเบื้องต้น การป่วยซ้ำ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการป่วยซ้ำ การสังเกตอาการ นำก่อนการป่วยซ้ำ และแนวทางในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งประกอบไปด้วยการ ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล อาหารกับสุขภาพ การออกกำลังกาย การติดต่อสื่อสาร การติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาหรือมีเรื่องไม่สบายใจ และในส่วนท้ายของคู่มือเป็นแบบประเมินตนเองสำหรับ ผู้ป่วยใน 1 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยสำรวจและประเมินตนเอง ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อ การดูแลตนเอง

6. กระบวนการใช้โปรแกรม ดำเนินการโดยใช้รูปแบบบูรณาการ ทั้งแบบรายบุคคล รายกลุ่ม และการติดตามเยี่ยมบ้าน ดำเนินการกิจกรรมละประมาณ 45-60 นาที รวมเวลา 3 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภท ทั้ง 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือ และค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเปิดเผยตนเอง
2. ผู้ป่วยค้นหา และระบุปัญหาการดูแลตนเองตามสภาพการณ์จริง
3. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาการดูแลตนเองร่วมกับพยาบาล

ระยะเวลา 45 - 60 นาที

ลักษณะกิจกรรม รายบุคคล

เนื้อหา

1. การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์และขั้นตอน ขอบเขต และระยะเวลาของการวิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยทราบข้อมูล และเกิดความไว้วางใจนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการรักษา โดยพูดคุยเรื่องทั่วไป ก่อนจากนั้นจึงถามถึงเรื่องครอบครัว การดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวเมื่ออยู่บ้าน การเจ็บป่วย ผลกระทบต่างๆที่ผู้ป่วยได้รับทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การรับประทานยา การดูแลตนเองเมื่อเกิดปัญหาต่างๆเกิดขึ้น ความคาดหวังที่จะดูแลตนเองได้และไม่ป่วยซ้ำ

2. ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสามารถที่มีอยู่ในตนเอง ปัญหาต่างๆที่เคยเกิดขึ้นและการแก้ไขที่ผ่านมา โดยเฉพาะปัญหาจากการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ซึ่งผู้ป่วยสามารถแก้ไขได้หากตั้งใจจริง จูงใจให้ผู้ป่วยเห็นถึงพลังความสามารถที่มีอยู่ในตนเอง ครอบครัวของผู้ป่วย ชุมชนที่อยู่อาศัย แพทย์พยาบาล หรือบุคคลอื่นๆสามารถให้กำลังใจผู้ป่วยได้แต่ปัญหาต่างๆจะแก้ไขได้สำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับที่ตัวผู้ป่วยเอง

3. รวบรวมแหล่งพลังอำนาจโดยใช้แบบรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจ 6 ด้าน เพื่อการวินิจฉัยพลังอำนาจ

กิจกรรม

1. พยาบาลกล่าวทักทาย แนะนำ ตัว สร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ
2. บอกวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการวิจัย จำนวนครั้งที่พบกัน ระยะเวลาที่พบกันแต่ละครั้ง รวมทั้งสถานที่ที่นัดหมายพบกัน

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในชุมชน สิ่งที่กำลังกังวลหรือปัญหาต่างๆ
 4. ซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ ความคาดหวังต่อการหายจากโรค ความต้องการสิ่งสนับสนุนช่วยเหลือต่างๆ
 5. ประเมินแหล่งพลังอำนาจจากแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ ซึ่งจะช่วยให้ทราบว่าปัญหาการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างไร พฤติกรรมการดูแลตนเองส่วนใดที่เป็นปัญหา
 6. พยายามใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและตระหนักถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง ค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและการดำเนินชีวิต โดยพยายามใช้เทคนิคต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและตระหนักถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง จากนั้นให้ผู้ช่วยจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การดูแลตนเองร่วมกับพยาบาล
 7. ให้กำลังใจผู้ป่วยโดยให้ผู้ช่วยเห็นถึงความสามารถของตน เข้าใจยอมรับและสามารถใช้ศักยภาพและทรัพยากรที่มีของตนเองและบุคคลใกล้ชิด ในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
- การประเมินผล**
1. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือตอบคำถาม ให้ข้อมูลที่จำเป็น
 2. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงสภาพปัญหาในการดูแลตนเองตามสภาพการณ์จริงได้
 3. ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการดูแลตนเองได้

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาการดูแลตนเอง ด้วยการสะท้อนคิด และส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจ เพื่อเป็นการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยทราบถึงบทบาทของตนในการจัดการกับปัญหาการดูแลตนเอง
2. ผู้ป่วยสามารถวางแผนเพื่อจัดการกับปัญหาและสามารถกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ในการดูแลตนเอง
3. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทราบแหล่งสนับสนุนเมื่อมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ระยะเวลา 45 - 60 นาที

ลักษณะกิจกรรม ราชกลุ่ม

เนื้อหา

1. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ช่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองในชุมชน และร่วมแสดงความคิดเห็นในแนวทางแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งเสริมสร้างให้ผู้ช่วยมีความรู้ในการจัดการกับอาการของโรค และการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการแก้ปัญหา

ต่างๆในการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยพยาบาล ให้ข้อมูลสนับสนุนและสรุปประเด็น

2. ส่งเสริมสนับสนุน เอื้ออำนวย ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรในชุมชน ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ การใช้ยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในตนเอง สามารถเลือกตัดสินใจในการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น และที่สำคัญผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือกับการรักษาเป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิจกรรม

1. ดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามกระบวนการกลุ่ม โดยการแนะนำกลุ่ม แนะนำตัวผู้นำกลุ่ม และสมาชิกทุกคน
2. พยาบาลให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองในชุมชน และร่วมกันแสดงความคิดเห็น
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้มีอาการกำเริบต้องมารับการรักษา
3. ผู้นำกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้จากการอภิปราย
4. ผู้นำกลุ่มบรรยายเรื่องโรคจิตเภท อาการ สาเหตุ การรักษา ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน
5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกพูดในประเด็นเกี่ยวกับ “ท่านมีปัจจัยเสี่ยงอะไรบ้างที่จะทำให้อาการของโรคกำเริบและอาการเตือนก่อนจะมีอาการกำเริบมีอะไรบ้าง”
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกส่งตัวแทนนำเสนอผลการพูดคุยกันในกลุ่ม
7. ผู้นำกลุ่มสรุป เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและให้กำลังใจในการรักษาต่อไป
8. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการบันทึกการดูแลตนเอง ลงในแบบประเมินการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 7 วัน และให้พยาบาลในวันที่พยาบาลไปเยี่ยมบ้าน
9. แจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยส่วนหน้าเป็นเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และส่วนท้ายเป็นแบบประเมินการดูแลตนเอง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกได้ว่าบทบาทหน้าที่ในการจัดการกับปัญหาต่างๆในการดูแลตนเอง เป็นบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยเอง
2. ผู้ป่วยสามารถวางแผนเพื่อจัดการกับปัญหาและกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ในการดูแลตนเอง

3. ผู้ป่วยบอกได้ว่าการดูแลตนเองต้องปฏิบัติอย่างไร และเมื่อต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูล ทักษะ ทรัพยากร แหล่งสนับสนุนต่างๆ สามารถขอความช่วยเหลือได้จากที่ใด

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการด้วยตนเองโดยฝึกทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเอง มีวิธีการในการจัดการอาการของโรค และแก้ไขปัญหามาจากการเจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง
2. ผู้ป่วยประเมินตนเองตามแบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ระยะเวลา 45 - 60 นาที

ลักษณะกิจกรรม รายบุคคล

เนื้อหา

ส่งเสริมให้ผู้ป้วยนำความรู้ ทักษะ จากการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งรายบุคคล และจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มไปประยุกต์ใช้จริงในชีวิตประจำวัน

กิจกรรม

1. ให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการดูแลตนเองโดยปฏิบัติจริงที่บ้าน
2. ผู้ป่วยประเมินทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. เตรียมพร้อมให้การช่วยเหลือกรณีที่ผู้ป่วยต้องการคำแนะนำช่วยเหลือ

การประเมินผล

ประเมินจากผลการประเมินการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท และจากการสอบถามถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ปัญหา อุปสรรค ต่างๆ

ขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเอง เสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อการดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการอาการของโรคและแก้ไขปัญหามาจากการเจ็บป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพลังในการดูแลตนเองต่อไป
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป้วยมีกำลังใจในการดูแลตนเอง

ระยะเวลา 45 - 60 นาที

ลักษณะกิจกรรม รายบุคคล โดยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

เนื้อหา

การเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยมีความคิดและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มีความแตกต่างไปจากคนปกติ แม้จะมีการรักษาจนมีอาการทุเลาแล้วแต่เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านกับครอบครัว มักจะถูกล้อเลียนหรือไม่ได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยเสียความมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้ ดังนั้นการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยให้เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตน ในการจัดการอาการของโรคและแก้ไข ปัญหาจากการเจ็บป่วยตามศักยภาพของตน จะทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

กิจกรรม

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ผ่านมา ปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น
2. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันระหว่างพยาบาลผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามแนวทางที่วางแผนไว้ร่วมกัน
3. ให้กำลังใจผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ส่วนในสิ่งที่ยังเป็นปัญหาอยู่พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันหาแนวทางแก้ไข หรือเสนอทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกเอง

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางคำพูด สีหน้า ท่าทาง ซึ่งแสดงถึงความมั่นใจในความสามารถของตน ในการดูแลตนเองและจัดการกับปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองได้

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วยคู่มือการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสำหรับบุคลากร และคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจแก้เนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน นักวิชาการพยาบาล 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ผู้วิจัยนำรายละเอียดของโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทุกขั้นตอน พร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

โดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้าง ความถูกต้อง ชัดเจน ครบคลุม และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยถือเกณฑ์ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 6 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน คิดเป็นร้อยละ 85.71

เมื่อผู้วิจัยได้รับเครื่องมือที่ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 7 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยจึงนำมา ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลดังนี้คือ

1. ควรชี้แจงให้ชัดเจนว่าในใบงานต่างๆใครเป็นผู้ใช้ตามใบงานนั้นๆพยาบาลหรือผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับชื่อใบงานให้เป็นที่เข้าใจตรงกัน โดยกำหนดให้ “ใบงาน” คือพยาบาลเป็นผู้ใช้ ส่วน “ใบกิจกรรม” คือผู้ป่วยเป็นผู้ใช้

2. วัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรมละเอียดมากเกินไป ควรตั้งเฉพาะวัตถุประสงค์ หลักๆเท่านั้น

3. ควรปรับระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งกลุ่มและเดี่ยวให้อยู่ในช่วง 45 - 60 นาที เนื่องจากหากเกินกว่านี้สมาธิของผู้ป่วยจะลดน้อยลง ซึ่งการดำเนินกิจกรรมจะไม่เกิด ประโยชน์แก่ผู้ป่วยเท่าที่ควร

4. ควรปรับเนื้อหาและระยะเวลาในขั้นตอนที่ 2 ในส่วนของการให้ความรู้ และ แหล่งสนับสนุนทางสังคมซึ่งเนื้อหาค่อนข้างมาก ควรปรับเนื้อหาให้กระชับขึ้น

5. ในขั้นตอนที่ 2 ส่วนของการให้ความรู้เรื่องการติดต่อสื่อสาร ควรสมมติ สถานการณ์ขึ้นแล้วให้ผู้ป่วยร่วมกันแสดงความคิดเห็นและแนวทางในการแก้ไขปัญหา จากนั้น พยาบาลเชื่อมโยงปัญหาการติดต่อสื่อสารที่เกิดขึ้นจริงในผู้ป่วย และร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขที่ เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายแทนการที่พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยฝ่ายเดียว

6. คู่มือสำหรับผู้ป่วยภาษาเป็นทางการเกินไป ควรปรับภาษาที่ใช้ให้เป็นภาษาที่ เข้าใจง่ายสำหรับผู้ป่วย

หลังจากปรับแก้แล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มี คุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้ กับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก (คลินิกจิตเวช) โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยครบทั้ง 4 ขั้นตอน ทั้งกิจกรรมรายบุคคลที่คลินิกจิตเวช กิจกรรมกลุ่ม และการติดตามเยี่ยมบ้าน ในวันที่ 20-30 เมษายน 2548 จนกระทั่งครบทั้ง 4 ขั้นตอน

เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลา รวมถึงปัญหาอุปสรรคอื่น ๆ อันอาจเกิดขึ้นได้

จากการทดลองใช้ (Try out) โปรแกรมพบว่า

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินแหล่งพลังอำนาจ เนื่องจากข้อคำถามในแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจมีจำนวนมาก แต่ในรายละเอียดเป็นเรื่องโดยทั่วไปของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสามารถดำเนินการผสมผสานไปพร้อมกับการค้นหาปัญหาตามสภาพการณ์จริงของผู้ป่วยได้ และผู้ป่วยจะไม่เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายในการตอบคำถามจำนวนมาก ทั้งนี้ยังสามารถลดเวลาในการดำเนินกิจกรรมลงได้ด้วย

ขั้นตอนที่ 2 หลังจากปรับรูปแบบกิจกรรมจากเดิมที่พยาบาลเป็นผู้สอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เป็นพยาบาลเปิดประเด็น โดยให้ผู้ป่วยร่วมแสดงประสบการณ์ เกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ในการดำเนินชีวิตในชุมชนสังคมที่อยู่อาศัย และแนวทางในการแก้ไข ในขณะที่เดียวกันพยาบาลประเมินความรู้เดิมของผู้ป่วยจากการร่วมแสดงความคิดเห็นดังกล่าว แล้วให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังขาด ซึ่งวิธีการนี้ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงและเมื่อนำไปทดลองใช้สามารถลดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้คงอยู่ในช่วง 45-60 นาที ได้

ขั้นตอนที่ 3 และ 4 สามารถดำเนินการได้ตามที่วางแผนไว้

ผู้วิจัยนำเสนอผลการทดลองใช้ (Try out) โปรแกรมแก่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ก่อนนำไปใช้จริงกับผู้ป่วย

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ

แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ สัมพันธ์ มณีรัตน์ (2546) เนื่องจากเป็นแบบประเมินซึ่งใช้ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .93 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจดังกล่าวสร้างขึ้นตามแนวคิดการประเมินแหล่งพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังของคารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งใช้แนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) ประกอบด้วยแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่ง คือ ระบบความเชื่อ อึดมโนทัศน์เชิงบวก พลังงาน ความอดทนทางจิต และการสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ และความเข้มแข็งทางสังคม ซึ่งสามารถประเมินแหล่งพลังอำนาจเป็นรายด้านได้ 6 ด้าน คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ต่อตนเอง อึดมโนทัศน์ในตนและแรงจูงใจ ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการประเมินแหล่งพลังอำนาจมีลักษณะเป็นแบบสัมพัทธ์ให้ผู้ป่วยเลือกตอบ 1 คำตอบ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ แบ่งเป็น น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ รวม 20 ข้อ

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยรายรวมและรายด้านของคะแนนแหล่งพลังอำนาจของกลุ่มทดลองเป็นรายรายบุคคล พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับ มีเกณฑ์ว่าจะต้องได้คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป โดยนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็ม และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เป็นคะแนนและความหมายดังนี้ (ประคอง วรรณสูตร, 2542: 108)

คะแนน	ความหมาย
4.50 - 5.00	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับดีมาก
3.50 - 4.49	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับดี
2.50 - 3.49	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับปานกลาง
1.50 - 2.49	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับน้อย
1.00 - 1.49	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

เกณฑ์การประเมินผลการกำกับการทดลอง มีการดำเนินการทดลองดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะต้องได้คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 2.50 ขึ้นไป หรือมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป จึงเป็นผู้ผ่านเกณฑ์การทดลอง
2. กรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 2.50 หรือมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าระดับปานกลาง ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยจะพูดคุยกับผู้ป่วยถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆในการดูแลตนเอง ร่วมกับประเมินจากแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจว่าผู้ป่วยยังมีการสูญเสียพลังอำนาจด้านใด จากนั้นเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยขาดและร่วมกันหาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและเป็นแนวทางที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในการแก้ปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นนั้น โดยเน้นการมีคุณค่าในตนเอง และแรงจูงใจที่จะแก้ปัญหาอุปสรรคเหล่านั้นให้สำเร็จจากนั้นประเมินแหล่งพลังอำนาจใหม่อีกครั้ง จนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทุกคนผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง นั่นคือเป็นผู้มีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี ในระหว่างวันที่ 4-5 เมษายน พ.ศ. 2548 แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงโดยหาสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .84

ค่า Corrected Item total Correlation รายข้อดังนี้

ข้อที่ 1	.3513	ข้อที่ 11	.4338
ข้อที่ 2	.3157	ข้อที่ 12	.5191
ข้อที่ 3	.2964	ข้อที่ 13	.2253
ข้อที่ 4	.3993	ข้อที่ 14	.2069
ข้อที่ 5	.3859	ข้อที่ 15	.4617
ข้อที่ 6	.7053	ข้อที่ 16	.4482
ข้อที่ 7	.5638	ข้อที่ 17	.7048
ข้อที่ 8	.2248	ข้อที่ 18	.4627
ข้อที่ 9	.2293	ข้อที่ 19	.5603
ข้อที่ 10	.7250	ข้อที่ 20	.3124

จากค่า Corrected Item total Correlation พบว่าทุกข้อมีความสัมพันธ์ทางบวก และทุกข้อมีค่าความมีความสัมพันธ์มากกว่า .20 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ เพชรี คันธสายบัว (2544) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจของ Hill and Smith (1990) การดูแลตนเองโดยทั่วไปของ Orem (2001) ร่วมกับแนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน

สุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) โดยใช้ข้อคำถามจากกรอบแนวคิดของพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต 7 ด้านของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) เป็นหลัก ใช้วัดในผู้ป่วยจิตเภท ที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ โดยมีค่าความเที่ยง .94 ลักษณะข้อคำถามเป็นประเมินค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 37 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 7 ด้านดังนี้

1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง	จำนวน	4 ข้อ
2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	จำนวน	5 ข้อ
3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	จำนวน	5 ข้อ
4. การเตรียมการเผชิญปัญหา	จำนวน	5 ข้อ
5. การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	5 ข้อ
6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	จำนวน	5 ข้อ
7. การดูแลตนเองด้านร่างกาย	จำนวน	8 ข้อ

โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน	
		ทางบวก	ทางลบ
ทำประจำ	กิจกรรมเป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ทำกิจกรรมบ่อยวันบ้างเป็นบางวัน	4	2
บางครั้ง	ทำกิจกรรมเป็นบางครั้งวันระยะไปประมาณ 1 เดือนจึงจะทำอีก	3	3
นานๆครั้ง	ทำกิจกรรมนั้นแล้ววันระยะไปนานจึงทำอีกครั้ง	2	4
ไม่เคยทำ	ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย	1	5

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรายด้านและทุกด้านมา วิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์ มาตรฐานวัด 5 ระดับโดยนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็ม และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนน เฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุดดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542: 79)

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
4.50 - 5.00	ปฏิบัติในระดับมาก
3.50 - 4.49	ปฏิบัติในระดับดี
2.50 - 3.49	ปฏิบัติในระดับปานกลาง
1.50 - 2.49	ปฏิบัติในระดับต่ำ
1.00 - 1.49	ปฏิบัติในระดับต่ำสุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี ในระหว่างวันที่ 4-5 เมษายน พ.ศ. 2548 แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงโดยหาสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .91

ค่า Corrected Item total Correlation รายข้อดังนี้			
ข้อที่ 1	.3764	ข้อที่ 20	.4156
ข้อที่ 2	.3327	ข้อที่ 21	.3358
ข้อที่ 3	.6326	ข้อที่ 22	.3897
ข้อที่ 4	.4197	ข้อที่ 23	.5700
ข้อที่ 5	.5869	ข้อที่ 24	.4092
ข้อที่ 6	.5382	ข้อที่ 25	.3243
ข้อที่ 7	.5599	ข้อที่ 26	.5109
ข้อที่ 8	.4148	ข้อที่ 27	.3063
ข้อที่ 9	.5747	ข้อที่ 28	.3795
ข้อที่ 10	.5116	ข้อที่ 29	.5246
ข้อที่ 11	.4458	ข้อที่ 30	.3559
ข้อที่ 12	.4758	ข้อที่ 31	.4272
ข้อที่ 13	.3740	ข้อที่ 32	.7386
ข้อที่ 14	.5009	ข้อที่ 33	.4349
ข้อที่ 15	.3708	ข้อที่ 34	.3148
ข้อที่ 16	.3673	ข้อที่ 35	.4619
ข้อที่ 17	.3157	ข้อที่ 36	.5178
ข้อที่ 18	.6155	ข้อที่ 37	.3862
ข้อที่ 19	.3991		

จากค่า Corrected Item total Correlation พบว่าทุกข้อมีความสัมพันธ์ทางบวก และทุกข้อมีค่าความสัมพันธ์มากกว่า .20 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95

4. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief pPsychotic rRating Scale: BPRS) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ไม่สูงกว่า 30 คะแนน ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย verall and Gorham (1962) และพัฒนาให้เหมาะกับการใช้กับคนไทยโดย ภัทธา ถิระลาภ (2530) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ได้แก่ Somatic concern, Anxiety Emotion withdrawal, Conceptual disorganization, Guiltfeeling, Tension, Manerism and Posturing, Grandiosity, Depressive mood, Hostility, Suspiciousness, Halucination, Motor retardation, Uncooperativeness, Unuaual thought content Blunted affect, Excitement และ Disorientation มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-6 คะแนน 0=ไม่มีอาการ 1=มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง 2=มีอาการเล็กน้อย 3=อาการปานกลาง 4=อาการค่อนข้างรุนแรง 5=อาการรุนแรง 6=อาการรุนแรงมาก คะแนนรวมทั้งห้หมดจะอยู่ในช่วง 18-108 คะแนน ค่าคะแนนระหว่าง 15-30 คะแนนถือว่ามีอาการทางจิตรุนแรงน้อย หากมีคะแนน 31 คะแนนขึ้นไปแสดงว่าอาการทางจิตรุนแรงมาก

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ การเตรียมการทดลอง การดำเนินการทดลอง และ การรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1.2 ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการทดลองวิจัยในมนุษย์จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.3 เตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยจัดทำแผนการดำเนินการทดลอง จากนั้นประสานงานสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 4 ชุด เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูลที่ ณ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เมื่ออนุมัติแล้วจึงติดต่อประสานงานหัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอกจิตเวชโดยตรงเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย และจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัยในด้านต่างๆ ดังนี้

1.3.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3.2 ขอใช้สถานที่ในการทดลอง

1.3.3 แข็งขันและเวลาในการจัดกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จนกระทั่งเสร็จสิ้นการทดลอง

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 คน คนที่ 1 เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมและผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 เป็นผู้ช่วยผู้วิจัยในการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้ช่วยวิจัยจะต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาแล้ว โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมต่างๆในการดำเนินกลุ่ม วิธีสัมภาษณ์และการดำเนินการทดลองตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน มีการประเมินผลก่อนและหลังการดำเนินกลุ่มร่วมกันทุกครั้ง

1.5 ผู้วิจัยไปที่กลุ่มงานผู้ป่วยนอกจิตเวช ศีรษะสถิติผู้มารับบริการรายวันจากแฟ้มสถิติผู้ป่วย พบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแต่ละวันเฉลี่ยวันละ 100-150 คน โดยประมาณ โดยมีจำนวนในแต่ละวันแตกต่างกัน และจากการสอบถามพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการสังเกตการณ์ของผู้วิจัยในลักษณะการมารับบริการของผู้ป่วยจิตเภทระยะเวลา 1 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 2 พ.ค. 2548-10พ.ค. 2548 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการมี 3 ลักษณะคือ ผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยตนเอง ผู้ป่วยที่มาพร้อมกับญาติ และผู้ป่วยที่ญาติมารับยาแทน นอกจากนั้นยังพบผู้ป่วยที่ไม่ได้มาตามนัดด้วยสาเหตุต่างๆ ดังนั้น ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยไม่ทราบจำนวนและรายชื่อผู้ป่วยที่มารับบริการที่แน่นอนในแต่ละวันได้ ผู้วิจัยจึงทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากคัดเลือกวันที่ผู้ป่วยมารับบริการ จำนวน 5 วัน (จันทร์-ศุกร์) สุ่มได้ 3 วัน คือ วันอังคาร วันพุธ และวันศุกร์ เป็นกลุ่มทดลอง และ 2 วัน คือ วันจันทร์ และวันพฤหัสบดี เป็นกลุ่มควบคุม และในแต่ละวันจะสุ่มแบบคนเว้นคน แต่ทั้งนี้ต้องมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ และเพื่อป้องกันการลำเอียงจึงจัดกลุ่มตัวอย่างทั้งสองให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดในด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต โดยจัดกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยคัดเลือกและพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มียาบัตรที่แผนกผู้ป่วยนอกหลังจากที่เจ้าหน้าที่ห้องบัตรคืนทะเบียนประวัติ ผู้วิจัยเลือกทะเบียนประวัติโดยสุ่มแบบคนเว้นคนตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แล้วใช้สัญลักษณ์เป็นบัตรติดไว้ที่ทะเบียนประวัติเพื่อเป็นสัญลักษณ์ให้บุคลากรในทีมทราบและส่งต่อผู้ป่วยมายังผู้วิจัย ตามที่กล่าวไว้ในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย และพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายให้กลุ่ม

ตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมในครั้งนี้อาจไม่มีผลกระทบต่อผลการรักษาหรือ การมารับบริการแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับจะไม่มีเปิดเผยให้ ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผู้วิจัยดำเนินการร่วมกับผู้ช่วยวิจัย เริ่มตั้งแต่วันที่ 12 พ.ค. 2548 –24 มิ.ย. 2548 แบ่งกลุ่ม ตัวอย่างตามที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มกลุ่มควบคุมดังนี้

1) ผู้วิจัยติดต่อกับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยสร้าง สัมพันธภาพ แนะนำตัวแจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการทำวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือใน การทำวิจัย

2) หลังได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเช่นใน ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลทั่วไป และผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดูแลให้ผู้ป่วยทำแบบวัด พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Pre-test) จากนั้นผู้วิจัยทำการนัดผู้ป่วยจิตเภทเพื่อทำแบบวัดพฤติกรรมการ ดูแลตนเอง (Post- test) ในอีก 3 สัปดาห์

3) ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1-3 จะได้รับการพยาบาลปกติ ได้แก่ กิจกรรมการ พยาบาลที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการคือ ตรวจคัดกรอง ประเมินอาการและระดับความเร่งด่วนของอาการเจ็บป่วย การจัดลำดับการเข้าพบแพทย์เพื่อตรวจ ให้สุขศึกษาโดยนำเสนอทางโทรทัศน์หรือวิดีโอที่บริเวณ หน้าห้องตรวจ ให้คำแนะนำการใช้ยา ให้คำปรึกษาในรายที่มีข้อสงสัย ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะ ปฏิบัติเฉพาะในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเท่านั้น ลักษณะกิจกรรมยังไม่มีรูปแบบที่ ชัดเจน ทั้งนี้ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับพยาบาลเป็นผู้ตั้งวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการกำหนดกิจกรรม สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มกลุ่มทดลองดังนี้

1) ผู้วิจัยปฏิบัติเช่นเดียวกับข้อ 1-2 ในกลุ่มควบคุม

2) ดำเนินการตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยอาศัยการบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วย เกิดความเข้าใจตนเอง มองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา และนำไปปฏิบัติได้โดยมั่นใจว่า มี ความสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าของตนเอง สามารถพัฒนาการดูแลตนเองเพื่อที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนสังคมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

โดยผู้วิจัยจะพบกับผู้ป่วย 3 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ การพบผู้ป่วยครั้งแรกที่แผนกผู้ป่วยนอก เนื่องจากผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด โดยดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 2 เป็นการพบผู้ป่วยครั้งที่ 2 เพื่อดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 2 ส่วน สัปดาห์ที่ 3 เป็น กิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในชุมชนหลังจากเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมส่งเสริมความรู้และพัฒนาศักยภาพ ในขั้นตอนที่ 2 เป็นเวลา 1 สัปดาห์ เมื่อครบตามกำหนดผู้วิจัยจึงพบผู้ป่วยเป็นครั้งที่ 3 ที่บ้านผู้ป่วยซึ่งเป็นการดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 4 รวมระยะเวลาในการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งสิ้น 3 สัปดาห์

ตารางที่ 2 แสดง วัน เดือน ปี ในการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงตามขั้นตอนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ขั้นตอน ที่ดำเนิน กิจกรรม	สัปดาห์ ที่	รูปแบบ กิจกรรม	วัน/เดือน/ปี ในการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง			
			กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มที่ 3	
1	1	รายบุคคล		17,18 พ.ค.	18,20 พ.ค.	24,25 พ.ค.
2	2	รายกลุ่ม	12พ.ค.-24มิ.ย.*	26 พ.ค.	27 พ.ค.	30 พ.ค.
3	2	รายบุคคล		27 พ.ค.-3 มิ.ย.	28 พ.ค.-4 มิ.ย.	31 พ.ค.-6 มิ.ย.
4	3	รายบุคคล		4 มิ.ย.-10มิ.ย.**	5 มิ.ย.-14มิ.ย.**	7มิ.ย.-24มิ.ย.**

* ได้รับการพยาบาลตามปกติตั้งแต่ 12 พ.ค.-24มิ.ย. รวมเวลา 3 สัปดาห์

** ดำเนินการเยี่ยมบ้านหลังเสร็จสิ้น ขั้นตอนที่ 3 จนครบจำนวนผู้ป่วยทุกราย

โดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมี 4 ขั้นตอน (รายละเอียดของเนื้อหากิจกรรมในแต่ละขั้นตอนแสดงในเครื่องมือฉบับสมบูรณ์)

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือ และค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการรวบรวมแหล่งพลังอำนาจและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเปิดเผยตนเอง
2. ผู้ป่วยค้นหา และระบุปัญหาการดูแลตนเองตามสภาพการณ์จริง
3. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาการดูแลตนเองร่วมกับพยาบาล

กิจกรรม

1. กล่าวทักทายผู้ป่วย สนทนาเรื่องต่างๆไปเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย สร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ
2. บอกวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโครงการ จำนวนครั้งที่พบกัน ระยะเวลาที่พบกัน แต่ละครั้ง รวมทั้งสถานที่ที่นัดหมายพบกัน
3. ชักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในชุมชน ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ ความคาดหวังต่อการหายจากโรค ความต้องการสิ่งสนับสนุนช่วยเหลือต่างๆ
4. พูดคุยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ “การดูแลตนเองในเรื่อง ความหมาย ความสำคัญ ปัญหาการดูแลตนเองขณะอยู่บ้าน ”
5. พยายามให้ความรู้เรื่อง “โรคจิตเภท และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยทางจิต”
6. ประเมินแหล่งพลังอำนาจจากแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ ซึ่งจะช่วยให้ทราบว่า ปัญหาการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างไร พฤติกรรมการดูแลตนเองส่วนใดที่เป็นปัญหา
7. พยายามใช้เทคนิคต่างๆเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและตระหนักถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง ค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและการดำเนินชีวิต โดยพยายามใช้เทคนิคต่างๆให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและตระหนักถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง จากนั้นให้ผู้ป่วยจัดลำดับความสำคัญของปัญหาการดูแลตนเองร่วมกับพยาบาล
8. ให้กำลังใจผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยเห็นถึงให้ผู้ป่วยได้เข้าใจยอมรับ และสามารถใช้ศักยภาพและทรัพยากรที่มีของตนเองและบุคคลใกล้ชิดในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
9. พยายามสรุปตามประเด็นที่ได้จากการสนทนาครั้งนี้

การประเมินผล

จากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี การดำเนินชีวิตในชุมชนเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางจิต การดูแลตนเอง ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ผู้วิจัยสรุปลักษณะการดูแลตนเองในมุมมองของผู้ป่วยได้เป็น 2 ด้าน คือ ผู้ป่วยมองการดูแลตนเองในด้านบวก และด้านลบ

1. ผู้ป่วยมองการดูแลตนเองในด้านลบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ 14 รายในผู้ป่วยทั้งหมด 20 ราย บอกว่าการเจ็บป่วยของตนมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต การประกอบอาชีพ สรุปเป็นรายด้านได้ดังนี้

1.1 แบบแผนการดำเนินชีวิต และการใช้เวลาว่าง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่บ้าน

เฉยๆไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีหน้าที่รับผิดชอบใดๆภายในบ้าน ไม่เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในสังคม ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการนอน “เหงาเหมือนกันที่ต้องอยู่บ้านคนเดียวตอนกลางวันเค้าไปทำงานกันหมด” “ไม่ชอบออกไปไหนคนชอบมองแปลกๆบางคนก็ว่าบ้า คนบ้าอย่าไปใกล้”

1.2 การจัดการกับอาการนำก่อนอาการทางจิตกำเริบไม่ถูกต้อง ซึ่งจากการสอบถาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกได้ว่าก่อนตนจะมีอาการกำเริบจะมีอาการอย่างไร เช่น “ผมจะนอนไม่หลับเดินไปเดินมาเป็นประมาณ 3 วัน อาการก็จะขึ้น ตอนนั้นเป็นแล้วไม่รู้ตัวหรอก” “ก่อนจะเป็นหนูจะควบคุมอารมณ์ไม่ได้หงุดหงิดง่ายอยากฆ่าใครก็ว่า อยากฆ่าใครก็ว่า”

1.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกได้ว่าก่อนอาการกำเริบตนเองจะมีอาการอย่างไร แต่เมื่อผู้วิจัยถามต่อว่าจากนั้นจัดการกับอาการเหล่านั้นอย่างไร ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยบางรายบอกว่า “ไม่เคยสังเกตเลย ไม่คิดว่าจะเกี่ยวกับ”

1.4 การเพิ่มหรือลดยาเอง ผู้ป่วยบอกว่า “ยาตัวนี้กินแล้วง่วงตลอดบางทีก็ไม่กิน” “กินมาตั้งนานแล้วไม่หายซักที บางครั้งก็หยุดกินเอง” “อายุชาวบ้านเค้าเห็นเรากินมาตั้งนานแล้วเค้าก็ถามว่าเราเป็นอะไร”

1.5 ผู้ป่วยเชื่อว่าป่วยเป็นโรคจิตแล้วไม่สามารถทำอะไรได้ ปัญหานี้จากการสอบถามผู้ป่วยสาเหตุเกิดจากตัวผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยคิดว่าป่วยแล้วทำอะไรไม่ได้ ในอีกกรณีญาติผู้ป่วยบางรายคิดว่าผู้ป่วยทำไม่ได้และไม่ไว้ใจให้ผู้ป่วยทำ ผู้ป่วยบอกว่าบางครั้งยาก็ถือว่า “ให้ภูบ้านก็ทำบ้านเปียกเป็นทาง ล้างจานก็ทำงานแตก อย่าทำดีกว่า”

1.6 ผู้ป่วยคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าอยู่ไปวันๆ ไม่สามารถช่วยเหลือครอบครัวได้

2. ผู้ป่วยมองการดูแลตนเองในด้านบวก มีผู้ป่วยบางรายมองการเจ็บป่วยและการดำเนินชีวิตในทางบวก สรุปได้ดังนี้

สามารถทำงานได้ทุกอย่างมีผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า “ทำงานได้ทุกอย่างอยู่บ้านก็ตื่นแต่เช้าช่วยทำงานบ้าน แล้วก็ไปช่วยล้างจานที่ร้านก๋วยเตี๋ยวของน้ำสาวหรือว่าถ้าลูกค้าอยากกินชา กาแฟ ก็จะไปซื้อให้ คนแถวนั้นก็รู้ว่าเราป่วย เราทำอะไรเค้าก็ไม่ถือสา คนที่เรามีเหมือนกัน แต่ไม่ได้สนใจทุกอย่างอยู่ที่ตัวเราเอง” “หนูรู้ว่าตัวเองป่วยแฟนกับลูกเข้าใจ อยู่บ้านดูแลทำความสะอาดบ้าน ดูแลแฟน ดูแลลูก ทำทุกอย่างได้ตามปกติ”

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาการดูแลตนเองด้วยการสะท้อนคิด และส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจเพื่อเป็นการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยได้รู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกัน ไว้วางใจเปิดเผยตนเอง

2. ผู้ป่วยสามารถวางแผนเพื่อจัดการกับปัญหาและกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ในการดูแลตนเอง
3. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทราบแหล่งสนับสนุนเมื่อมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มแนะนำตัว กล่าวทักทาย ให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัว
2. ผู้นำกลุ่มกล่าวถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ ข้อตกลงร่วมกับสมาชิกในการเข้าร่วมกลุ่ม ระยะเวลาในการดำเนินการและกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติร่วมกัน
3. ผู้นำกลุ่มทบทวนรู้เรื่องโรคจิตเภท จากการให้ความรู้ในขั้นตอนที่ 1 โดยถามผู้ป่วย “อาการอย่างไรที่สมาชิกต้องไปพบแพทย์นอกเหนือจากที่แพทย์นัด”
4. ให้ความรู้เรื่องอาการเตือนก่อนอาการทางจิตกำเริบ การจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช และการดูแลตนเองโดยทั่วไป
5. ผู้นำกลุ่มบรรยายเรื่อง “การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและวิธีขอความช่วยเหลือในชุมชน”
6. ให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการสื่อสาร โดยผู้นำกลุ่มจัดทำสลากซึ่งเป็นสถานการณ์ต่างๆ ให้สมาชิกจับสลากคนละใบจนครบทุกคน จากนั้นให้เปิดอ่านพร้อมกัน และให้อ่านประเด็นที่ตนเองจับได้และพูดเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการตามใบงานนั้น เช่น เมื่อต้องการให้น้องหยิบขนมให้
7. จากการให้ความรู้และฝึกทักษะสื่อสาร ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงสู่ชีวิตจริงของสมาชิกในการสังเกตอาการเตือน อาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช การจัดการกับอาการเหล่านั้น การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง ปัญหาอุปสรรคต่างๆ พร้อมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหานั้นๆ ของสมาชิกกลุ่ม
8. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นสำคัญ สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจากดูแลตนเองในเรื่องการสังเกตอาการเตือน อาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช และการจัดการกับเหล่านั้น ตลอดจนแนวทางในการแก้ไขจากประสบการณ์ของสมาชิก
9. ปรับเปลี่ยนทัศนคติและสร้างแรงจูงใจให้กับสมาชิกในการดูแลตนเอง โดยผู้นำกลุ่มอธิบายให้สมาชิกทราบว่าสมาชิกอื่นก็มีปัญหาเช่นกันแต่ก็สามารถแก้ไขปัญหานั้นๆ ได้ ฉะนั้นสมาชิกก็สามารถที่จะแก้ไขปัญหานั้นๆ ได้เช่นเดียวกัน โดยเลือกแนวทางวิธีการที่เหมาะสมสำหรับตนเอง หากไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นๆ ได้ก็ยังมีแหล่งสนับสนุนต่างๆ ที่พร้อมให้การช่วยเหลือโดยสมาชิกสามารถใช้ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ตามที่ได้ฝึกเมื่อสักครู่

10. ให้ผู้ป่วยวางแผนแก้ปัญหาและกำหนดเป้าหมาย ในการดูแลตนเอง การจัดการอาการของโรค มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมเมื่อมีปัญหาหรือเมื่อต้องการความช่วยเหลือ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและเห็นความสำคัญว่าปัญหาเหล่านั้นจะแก้ไขได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยกำหนดเอง

11. ผู้นำสรุปการแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วยแต่ละคน

การประเมินผล

ผู้ป่วยทุกรายให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม มีการเล่าประสบการณ์การดูแลตนเอง การดำเนินชีวิตในชุมชน และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคต่างๆ ทั้งนี้ยังร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วย ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการจัดการกับปัญหาต่างๆในการดูแลตนเอง ส่วนแพทย์ พยาบาล ครอบครัว หรือบุคคลอื่นๆสามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยขาดเท่านั้น เช่น เป็นที่ปรึกษาเมื่อไม่สบายใจ

ผู้ป่วยสามารถวางแผนในการจัดการกับปัญหาของตนเองได้และสามารถกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้จริงในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้นเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลตนเองด้านต่างๆ การจัดการกับอาการก่อนอาการทางจิตกำเริบ แหล่งสนับสนุนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ ผู้ป่วยทุกรายยอมรับการเจ็บป่วยว่าเป็นโรคที่มีลักษณะเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติตามศักยภาพความสามารถที่ตนเองมีอยู่ และยอมรับในการรักษาที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องยาวนาน เช่น ตัวอย่างการตอบคำถาม และการเสนอความคิดเห็นในกลุ่ม “เรากินยาวันละเม็ดยังดีกว่าคนที่ เป็นโรคเบาหวานกินทีละหลายเม็ด ของหวานก็กินไม่ได้” “ต่อไปถ้าเริ่มรู้สึกตัวเองหงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับต้องบอกแม่ จะได้ช่วยกันสังเกต หนูไม่อยากนอนโรงพยาบาลอีก” “หนูเพิ่งรู้ว่ายาก่อนนอนกินตอน 2 ทุ่ม 3 ทุ่ม ก็ได้ บางที หนูนอนไม่หลับนอนตี 4 ก็กินตอนตี 4 ตื่นสายอาทิวาไม่ช่วยงานบ้าน” “หนูมีอะไรไม่ชอบปรึกษาใคร มีปัญหาอะไรจะเก็บไว้คนเดียว แม่ไม่ค่อยอยู่บ้าน แต่มีน้ำคอกยดูแลตลอด ต่อไปมีอะไรพูดกับน้ำคงจะดีขึ้น อย่างวันนี้เข้ากลุ่มแล้วได้ระบายออกมารู้สึกดีขึ้นเหมือนมีคนเข้าใจเรามากขึ้น”

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการด้วยตนเองโดยฝึกทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยสามารถใช้ทักษะวิธีการในการจัดการอาการของโรคและแก้ไขปัญหาจากการเจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง
2. ผู้ป่วยสามารถทบทวนการปฏิบัติดูแลตนเองในแต่ละวันได้ โดยประเมินตนเอง

ตามแบบประเมินการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

กิจกรรม

1. ให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการดูแลตนเองโดยปฏิบัติจริงที่บ้าน
2. ผู้ป่วยประเมินทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. เตรียมพร้อมให้การช่วยเหลือกรณีที่ผู้ป่วยต้องการการแนะนำช่วยเหลือ

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้ตามปกติไม่มีผู้ป่วยรายใดอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ ผู้ป่วยประเมินตนเองตามแบบประเมินตนเองครบถ้วนทุกคน

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมสร้างความมั่นใจ ปรับเปลี่ยนความคิด และคงไว้ซึ่งความสามารถ ศักยภาพในการดำเนินการแก้ปัญหาต่าง ๆ อันเกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ศักยภาพของตน มีความมั่นใจ และเชื่อมั่นในความสามารถของตน ในการจัดการอาการของ โรคและแก้ไขปัญหาจากการเจ็บป่วย
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพลังและกำลังใจในการดูแลตนเองต่อไป

กิจกรรม

1. ผู้นำกล่าวทักทายผู้ป่วย
2. เปิดประเด็น โดยถามผู้ป่วย “การดำเนินชีวิตที่บ้านหลังจากการพบกันครั้งก่อนเป็นอย่างไรบ้าง”
3. พยาบาลประเมินผลจากการประเมินตนเองที่บ้านของผู้ป่วย ร่วมกับการพูดคุยกับผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินชีวิต และวิธีการจัดการกับปัญหาดังกล่าวในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (แบบประเมินตนเองของผู้ป่วยนี้ ใช้ประเมินผู้ป่วยได้ 2 ระยะเวลา คือการเยี่ยมบ้านในขั้นตอนที่ 4 และใช้ร่วมกับการพูดคุย สังเกตและการประเมินผลหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการทั้ง 4 ขั้นตอน คือ แบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยจะบอกได้ว่าผู้ป่วยทำแบบประเมินตนเองด้วยความจริงหรือไม่)
4. พยาบาลรับฟังผู้ป่วยแสดงความคิด ความรู้สึกด้วยความตั้งใจ ใส่ใจ
5. พยาบาลชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสามารถศักยภาพของผู้ป่วยเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง ที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ที่ผู้ป่วยเคยวางแผนไว้มาร่วมกันประเมินและพูดแลกเปลี่ยนความคิดเห็น กล่าวชมเชยในสิ่งที่คุณป่วยสามารถทำได้ และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขในสิ่งที่ยังแก้ไขไม่ได้หรือยังไม่ได้ดำเนินการแก้ไข

6. ให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความมั่นใจในปฏิบัติการดูแลตนเอง การจัดการกับอาการ ปัญหาจากการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเอง
7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เป้าหมายที่ตนเองคาดหวัง
8. พยาบาลสรุปประเด็นสำคัญในการแก้ไขปัญหาต่างๆในการดูแลตนเองของผู้ป่วย จิตเภทในชุมชนและชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าสิ่งต่างๆเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากพยาบาลแต่เกิดจากผู้ป่วย ดำเนินการด้วยตนเอง ฉะนั้นผู้ป่วยทุกคนมีศักยภาพสามารถดูแลตนเองในชุมชนได้ ขอให้กำลังใจ และมีความมั่นใจในกิจกรรมการจัดการกับปัญหาต่างๆ

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางคำพูด สีหน้า ท่าทาง ซึ่งแสดงถึงความมั่นใจเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองและจัดการกับปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยหญิงรายหนึ่งบอกกับพยาบาลว่า “ตอนนี้ตนช่วยแม่ทำงานได้เหมือนเดิมคือที่บ้านทำงานม่งเป็นขนมไทยตั้งแต่ป่วยแม่ต้องจ้างคนอื่นมาช่วยแต่ตอนนี้ไม่ต้องแล้ว ซักเสื้อผ้าเอง เสียงที่เคยได้ยืมก็ทำตามที่พยาบาลแนะนำคือไม่สนใจแล้วหางานอื่นทำ ตอนนี้อาการนั้นมันน้อยลงแล้ว” ผู้ป่วยรายนี้ครั้งแรกที่พบผู้ป่วยสีหน้าเรียบเฉยนั่งก้มหน้าตลอดถามคำตอบคำข้อมูลส่วนใหญ่จะได้จากญาติ แต่เมื่อเสร็จสิ้น โปรแกรมผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม พูดโต้ตอบพยาบาลเป็นอย่างดี ผู้ป่วยอีกรายเป็นผู้ป่วยเพศชายมีอาการทางจิตจากการติดสารเสพติดอยู่กับแม่ 2 คน ซึ่งมีอาชีพหาขนมขายรายได้ 30-60 บาทต่อวัน ผู้ป่วยจะเก็บตัวอยู่บ้านไม่ออกไปไหนไม่ช่วยงานใดๆ จากการเข้ากลุ่มได้รับคำแนะนำจากเพื่อนสมาชิก และจากการสนับสนุนให้กำลังใจส่งเสริมพลังอำนาจ เมื่อพบผู้ป่วยครั้งสุดท้าย ผู้ป่วยยังไม่มียาทำแต่ผู้ป่วยไปขายของกับแม่โดยเป็นคนหาบให้แม่ผู้ป่วยบอกว่า “ตนทำผิดกับแม่มาก ทำให้แม่ไม่สบายใจมาตลอด ตอนนี้เป้าหมายของตนเองคืออยากให้แม่สบายกว่านี้ อยากให้แม่มีความสุข”

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนครั้งแรก (Pre-test) ก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นการพบผู้ป่วยครั้งแรกที่แผนกผู้ป่วยนอกหลังจากคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และประเมินแหล่งพลังอำนาจโดยทันที หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

จิตเภทในชุมชน หลังเสร็จสิ้น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Post-test) 2 สัปดาห์ ทั้งกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 แสดง วัน เดือน ปี ของการเก็บข้อมูลก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Pre-test)

กลุ่มตัวอย่าง	Pre-test	Post-test*
กลุ่มทดลอง		
กลุ่มที่ 1	17,18 พ.ค. 2548	25-30 มิ.ย. 2548
กลุ่มที่ 2	18,20 พ.ค. 2548	26-31 มิ.ย. 2548
กลุ่มที่ 3	24,25 พ.ค. 2548	1-15 ก.ค.2548
กลุ่มควบคุม	16,19,24,26 พ.ค. 2548	13-30 มิ.ย. 2548**

* Post-test หลังเสร็จสิ้น โปรแกรม 2 สัปดาห์

**ช่วงระยะเวลาระหว่าง Pre-test และ Post-test ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย รวม 5 สัปดาห์ มีคลาดเคลื่อนบ้างจากผู้ป่วยไม่มาตามนัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/FW โดย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบที่แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)
3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที่แบบกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)
4. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที่แบบกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)

ตอนที่ 3 สรุปข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากการรวบรวมแหล่งพลังอำนาจรายบุคคล

จากการสนทนากับผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่ง ตามแนวคิดของ Miller (1992) โดยประเมินแหล่งพลังอำนาจ 6 ด้าน (คาร์นิ จามจรี และจินตนา ยูพันธ์, 2545)

1. พลังความเข้มแข็งทางกายภาพ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากยารักษาอาการจิตตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงอาการรุนแรง คือ ผู้ป่วยมีอาการมือสั่น ตัวแข็งเกร็ง ผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าให้พยาบาลฟังว่า “มืออยู่ครึ่งหนึ่งแพทย์เปลี่ยนยา พอกลับไปตัวแข็ง คอบิด น้ำลายไหล แม่พามาโรงพยาบาล นิดยา 1 เข็ม อาการดีขึ้นหมอบอกว่า แพ้ยา” หรือบอกว่า “รู้สึกรำคาญ มือสั่นๆจะทำอะไรก็ไม่ถนัด บางทีทนไม่ไหวก็หยุดยาเองก็มี” “กินยาแล้ววังงมาก ไม่อยากกินเลยล่ะ”

ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การรับประทานยา ฯลฯ ได้ทุกรายตามความสามารถและศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละคน ผู้ป่วยหญิง 1 ราย มีอาการดื่มน้ำมากผิดปกติ จากการสังเกตขณะรอดตรวจผู้ป่วยลูกดื่มน้ำทุก 5 นาที เมื่อสอบถามผู้ป่วยบอกว่า “อยู่บ้านก็ดื่มน้ำทั้งวันปากมันแห้ง” หรือผู้ป่วยชายอีกรายมาพบแพทย์ก่อนนัด โดยบอกว่า “ยาหมดเลยมาหาหมอ เลยมาขอยาเพิ่ม” เมื่อสอบถามเพิ่มเติมทราบว่า ผู้ป่วยอยากหายเร็วๆจึงมาขอยาเพิ่ม

ส่วนการช่วยเหลืองานบ้าน หรือกิจกรรมต่างๆภายในบ้าน ผู้ป่วย 5 รายสามารถปฏิบัติได้เองทั้งหมดโดยไม่ต้องขอรับการช่วยเหลือ อีก 15 รายต้องได้รับการช่วยเหลือ ทั้งนี้จากการประเมินพบว่าผู้ป่วยมีพลังเพียงพอที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ แต่ที่ผู้ป่วยปฏิบัติ สรุปสาเหตุได้ 3 ประการ คือ

1. สาเหตุจากตัวผู้ป่วย คือผู้ป่วยไม่อยากทำเอง โดยบอกว่า “รู้สึกง่วงตลอด อยากนอนอย่างเดียว”
2. สาเหตุจากครอบครัวไม่ไว้วางใจให้ผู้ป่วยทำ ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า “เคยช่วยดูบ้าน แต่ทำไม่สะอาด ถูกดุ เลยไม่ทำ”
3. สาเหตุจากความห่วยของครอบครัวซึ่งเห็นว่าผู้ป่วยป่วย จึงต้องการให้พักผ่อน

2. ด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก

ผู้ป่วยรับรู้ข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่เกิดจากการรับประทานยาทางจิตเวช คือ การเคลื่อนไหวร่างกายช้า เดินช้า มือสั่น ตัวสั่น ปากแห้ง ฯลฯ ส่วนการยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้น จากข้อมูลที่รวบรวมได้สรุปเป็น 2 ลักษณะคือ

1. ยอมรับว่าตนเองมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ผู้ป่วยไม่อย่างปฏิบัติกิจกรรมใดๆ “เคยออกไปช่วยพี่ชายของ เป็นร้านขายพวก กีบติดม ของสวยงามๆ แต่พอเราไป ลูกค้าเค้าก็กลัว เราเลยไม่ไปอีก”

2. ยอมรับว่าตนเองมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น และยอมรับข้อจำกัดต่างๆ แต่สามารถปฏิบัติกิจกรรมและดำเนินชีวิตได้ตามปกติ “ตอนนี้ทำงานได้ตามปกติ ลูกเลี้ยงสามมีและลูกๆ สอนการบ้านลูก ทำกับข้าวทำงานบ้าน มีหน้าที่ที่เปลี่ยนไปคือเดิมต้องไปส่งลูกที่โรงเรียน แต่ตอนนี้สามมีเป็นคนไปส่งแทน” ผู้ป่วยอีกรายบอกว่า “มีคนว่าเยอะนะ เราอายุมากแล้ว 50 แล้ว แต่เด็กตัวเล็กๆ เรียกเราทีก็เรียกแต่ชื่อ เรียกเราเหมือนเป็นเพื่อนกัน เราไม่คิดอะไรหรอก บางทีไปไหนมีคนว่าเราบ้า เราก็ยิ้มหัวเราะ บางทีทำท่าตลกใส่พวกเค้าก็ชอบกัน”

ด้านการมีคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกตนเองไม่มีค่า โดยสังเกตจากสีหน้า น้ำเสียง แววตา เมื่อถามถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ร่วมกับข้อมูลจากการสนทนา “เกรงใจพี่สาว เค้ามีครอบครัวของเค้าแต่ต้องมาดูแลคนไม่เต็มอย่างเรา” “น้อยใจครับ ผมเคยไปสมัครงานแต่พอเค้ารู้ว่าผมป่วยเป็น โรคจิตเค้าก็ไม่รับ”

3. ด้านความรู้

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วยทางจิต แต่มีผู้ป่วย 2 รายปฏิเสธการเจ็บป่วยโดยบอกว่า “ตนเองเคยป่วยแต่ตอนนี้หายแล้ว ที่มารับยาเพราะแม่ให้มา” และในผู้ป่วยที่ยอมรับการเจ็บป่วยมีเพียง 1 รายเท่านั้นที่ทราบว่าตนเองป่วยเป็น โรคจิตเภท จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองป่วยจริง แต่ไม่ทราบว่าป่วยเป็น โรคอะไร ทั้งนี้จะมีผลต่อการรับรู้และสังเกตอาการ การพยากรณ์โรค เหตุผลในการรับประทานยาและการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยเกือบทุกรายถามพยาบาลเมื่อพบกันครั้งแรกว่า “จะต้องรักษาหรือต้องกินยาอีกนานแค่ไหน” ผู้ป่วยอีกรายบอกว่า “เมื่อไหร่จะหายเหมือนเดิม” หรือ “กินยาตามหมอบอกกินทุกมื้อไม่เคยขาด กินมา 5 ปีแล้วไม่เห็นดีขึ้นเลยอยากเลิกกินแล้ว”

ผู้ป่วยบางส่วนยังไม่เห็นถึงความสำคัญของการรักษาอย่างแท้จริง การมาพบแพทย์และรับประทานยานั้นเพราะมีความหวังว่าจะหายจากโรค หรือมีผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งมีเหตุผลในการมาพบแพทย์และรับประทานยาอย่างต่อเนื่องคือ เคยหยุดยาเองแล้วมีอาการกำเริบและไม่อยากป่วยซ้ำอีกไม่อย่างนอนโรงพยาบาล

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรืออาการที่เป็นก่อนมีอาการทางจิตกำเริบ ผู้ป่วย 14 รายบอกได้ว่าตนเองจะมีอาการอย่างไร เมื่อถามถึงการดูแลตนเองหรือการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่า “ไม่ได้ทำอะไรเป็นพิเศษ” หรือ “คิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาณะ แค่นอนไม่หลับหลายๆ คนอื่นก็คงเป็นเหมือนกัน” แต่มีผู้ป่วย 2 รายมีการจัดการกับอาการที่ขึ้น โดยให้ข้อมูลว่า

“มีนอนไม่หลับบางทีเป็นอาทิตย์ แล้วก็หงุดหงิดง่าย ถ้าเป็นแบบนี้จะบอกแม่ ถ้าเป็นมากแม่จะพาไปโรงพยาบาล” หรือผู้ป่วยชายอีกรายบอกว่า “ปกติผมจะเล่นดนตรีที่บ้านผมชอบเล่นดนตรี แต่ถ้าเริ่มรู้สึกเบื่อๆ ดนตรีที่ชอบก็เบื่อไม่อยากทำอะไร คิดมากเครียด ผมจะรู้ตัวเองจะสังเกตตัวเอง”

4. ด้านแรงจูงใจ

พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกไม่ได้ว่าจะอะไรเป็นเป้าหมายชีวิตที่จะทำให้ตนดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ เช่นจากที่ผู้ป่วยบอกว่า “ตอนนี้ก็อยู่ไปวันๆชีวิตก็เป็นแบบนี้คงไม่ดีไปกว่านี้หรอก” ซึ่งเป้าหมายชีวิตเป็นสิ่งโน้มน้าวจูงใจให้บุคคลกระสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่ยังมีผู้ป่วย 2 ราย มีเป้าหมายชีวิตของตนเองและมีแรงจูงใจให้ตนเองสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า “อยากดูแลตนเองได้จะได้ไม่เป็นภาระใคร” “อยากให้อาการดีขึ้นจะได้ไปทำงานทำโรงงานกำลังเค้าเปิดรับสมัคร อยากให้แม่สบาย”

5. ด้านระบบความเชื่อ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อว่าการฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วยหรือการทุเลาของอาการ เป็นหน้าที่รับผิดชอบของแพทย์พยาบาล มีผู้ป่วยเพียง 3 รายเชื่อว่านอกจากแพทย์พยาบาลแล้วตัวผู้ป่วยเองเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเองเพื่อให้ฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วยหรือความทุเลาของอาการ

ส่วนความเชื่ออำนาจภายในตนที่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่มีผลต่อการเจ็บป่วยทางจิต ผู้ป่วย 3 รายเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ที่มีผลทำให้อาการกำเริบได้เช่นข้อมูลที่ผู้ป่วยบอกว่า “ผมรู้ตัวว่าถ้ามีเรื่องเครียดมากๆ ผมจะมีอาการ ส่วนมากถ้ารู้แบบนี้ก็จะบอกแม่” หรือผู้ป่วยอีกรายบอกว่า “รู้ว่า หมอ พยาบาล ช่วยทุกอย่าง แต่ถ้าเราไม่ทำก็ไม่เกิดประโยชน์อะไร ทุกอย่างอยู่ที่ ตัวเราเอง” มีผู้ป่วย 1 รายเชื่อว่า ไซยศาสตร์ “ก่อนเกณฑ์ทหารผมไปบ่นไว้แล้วไม่ได้ไปแก้บนเลยเป็นแบบนี้” ผู้ป่วย 12 รายไม่แน่ใจว่าตนเองจะสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้ ควรไป แพทย์ พยาบาล หรือครอบครัวให้การช่วยเหลือด้วย ผู้ป่วย 4 รายไม่เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ นั้นได้ “อะไรจะเกิดมันก็เกิดเราทำอะไรไม่ได้หรอก”

ความเชื่อในการรักษา โอกาสฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เชื่อว่าตนเองจะอาการดีขึ้นได้โดยความช่วยเหลือจาก แพทย์ พยาบาล

6. ด้านความอดทนทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม

พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถดำเนินบทบาททางสังคม และปฏิบัติกิจกรรมในสังคมได้ตามปกติ “ไปไหนมีแต่คนมอง เหมือนเป็นคนประหลาด” หรือ “บางคนก็ล้อว่าบ้า” หรือ “บางคนก็

กลัวเรา เข้าใจเค้านะ คือ ก่อนหน้านี้ถ้าเรามีอาการ จะเอามือมาวางมาห้อยรอบตัว คือกลัวเหมือนมีคนจะมาทำร้ายเราเลยต้องป้องกันตนเองบางทีก็ร้องโวยวายคนแถวบ้านคงกลัว แต่ตอนนี้ไม่เป็นแล้วนะ แต่ก็ไม่ใช่บอกไปไหนชอบอยู่บ้าน” ผู้ป่วยบางรายต้องออกจากงาน บางรายต้องหยุดเรียน แต่มีผู้ป่วย 4 รายบอกว่าตนเองสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

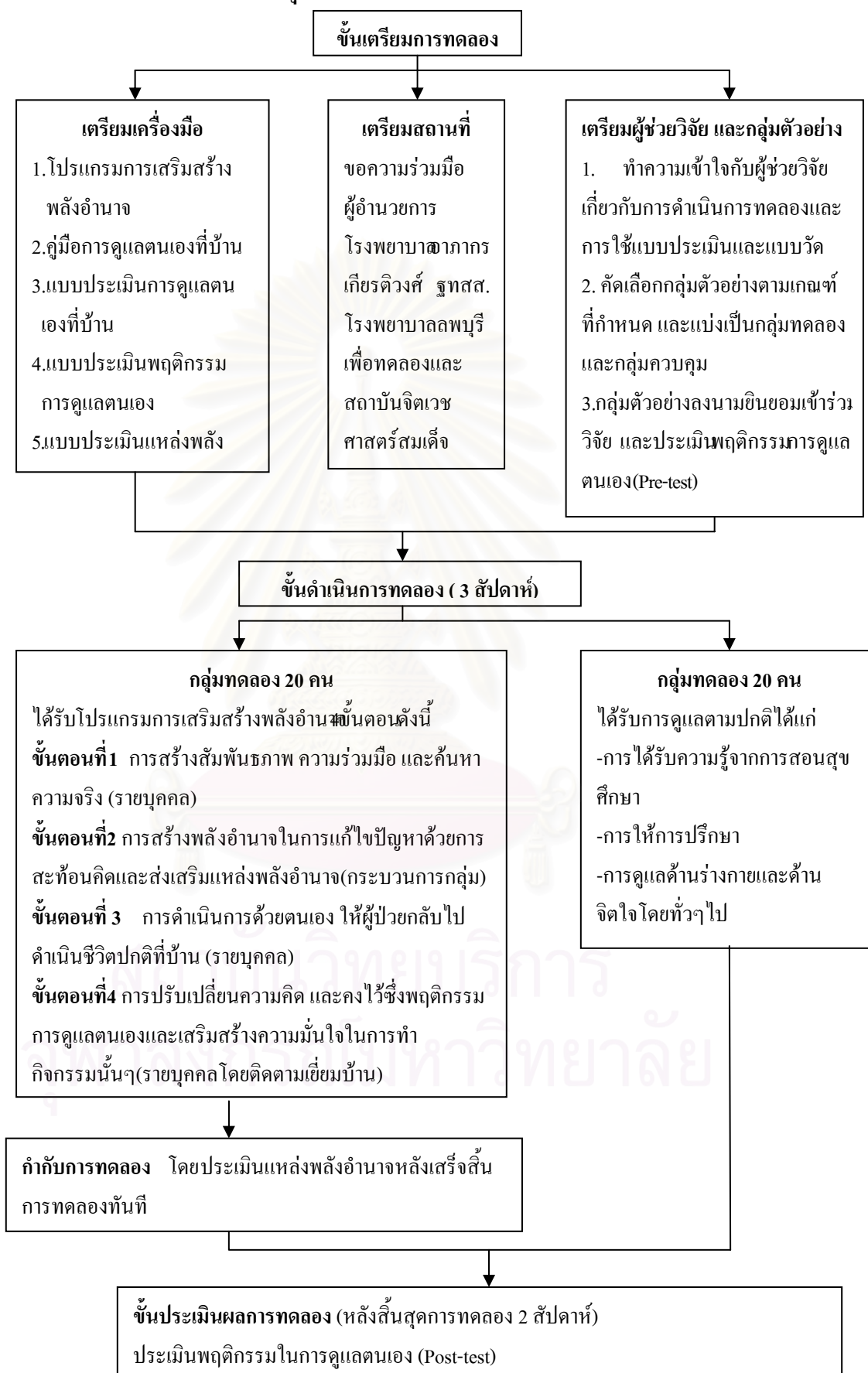
ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่พักอาศัยกับครอบครัว ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า “มารับยาที่พ่อก็จะลางานพามา” หรือผู้ป่วยอีกราย “บางทีแม่มารับยาให้” หรือ “พี่เค้ากลัวเรา เหนงบางทีไปขายของก็พาเราไปด้วย เค้าไม่อยากให้เราอยู่บ้านคนเดียว อยากให้ไปเห็นผู้คนบ้าง” แต่ยังคงพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว เช่น มีผู้ป่วยบางรายบอกว่า “แม่เข้าใจดี แต่พ่อดุบางทีคำหยาบๆ แม่ห้ามพ่อก็หาว่าเข้าข้างหนู บางทีก็ตีแม่ด้วย”

สัมพันธภาพกับทีมสุขภาพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพที่ดี เช่น ผู้ป่วยบอกว่า “หมอพยาบาลให้การดูแลเป็นอย่างดี” หรือบางรายบอกว่า “พยาบาลที่นี่พูดเพราะ” “ไปรักษามาหลายที่แล้ว แต่ที่นี่ดีกินยาแล้วดีขึ้นไม่อาละวาด” “เมื่อมีปัญหาอะไรก็ถามพยาบาล พยาบาลที่นี่ดี แต่ต้องดูก่อนว่าเค้ายุ่งหรือเปล่า”



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ซึ่งเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายและนำเสนอ ดังนี้

- | | |
|----------|--|
| ตอนที่ 1 | ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง |
| ตอนที่ 2 | คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	8	40.00	11	55.00	19	47.50
หญิง	12	60.00	9	45.00	21	52.50
อายุ						
20 – 29 ปี	3	15.00	4	20.00	7	17.50
30 – 39 ปี	10	50.00	9	45.00	19	47.50
40 – 49 ปี	5	25.00	4	20.00	9	22.50
50 – 59 ปี	2	10.00	3	15.00	5	12.50
สถานภาพสมรส						
โสด	15	75.00	18	90.00	33	82.50
คู่	3	15.00	1	5.00	4	10.00
แยก / ร้าง	2	10.00	1	5.00	3	7.50
หม้าย / หย่า	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	8	40.00	12	60.00	20	50.00
มัธยมศึกษา	8	40.00	3	15.00	11	27.50
อนุปริญญา	3	15.00	3	15.00	6	15.00
ปริญญาตรี	1	5.00	2	10.00	3	7.50

จากตารางที่ 4 ลักษณะของผู้ป่วยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนใกล้เคียงกัน คิดเป็นเพศชายร้อยละ 47.50 และ เพศหญิงร้อยละ 52.50 โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.5 มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 82.5 และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต และศาสนา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาน						
ในโรงพยาบาล						
1 - 5 ครั้ง	2	10.00	2	10	4	10.00
6 - 10 ครั้ง	2	10.00	4	20	6	15.00
11 - 15 ครั้ง	9	45.00	9	45	18	45.00
16 ครั้งขึ้นไป	7	35.00	5	20	12	30.00
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต						
น้อยกว่า 1 - 5 ปี	10	50.00	10	50.00	20	50.00
มากกว่า 5 - 10 ปี	3	15.00	4	20.00	7	17.50
มากกว่า 10 - 15 ปี	4	20.00	3	15.00	7	17.50
มากกว่า 15 - 20 ปี	1	5.00	1	5.00	2	5.00
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	2	10.00	2	10.00	4	10.00
ศาสนา						
พุทธ	17	85.00	18	90	35	82.50
อิสลาม	3	15.00	2	10	5	12.50
คริสต์	0	0.00	0	0	0	0.00

จากตารางที่ 5 ลักษณะของผู้ป่วยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลตั้งแต่ 11 - 15 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 45 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วงมากกว่า 10-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.50 และนับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 82.50

ตอนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง เป็นรายข้อตามรายด้าน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วย จิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง						
ตั้งใจที่จะทำงานหรือดำเนินชีวิตให้ดีขึ้น	4.30	0.92	ดี	5.00	0.00	ดีมาก
เมื่อทำงานไม่สำเร็จจะหาสาเหตุก่อนที่จะคิดว่าตนเองไม่เก่ง ไม่ดี	2.55	1.19	ปานกลาง	4.55	0.60	ดีมาก
ค้นหาข้อบกพร่องของตนเองเพื่อแก้ไขให้ดีขึ้น	3.35	1.26	ปานกลาง	4.50	0.51	ดีมาก
สนใจกับคำพูด สีหน้า ท่าทางของคนที่อยู่ด้วย	3.75	1.25	ดี	4.50	0.51	ดีมาก
รวม	13.95	2.78	ปานกลาง	18.55	1.05	ดีมาก

จากตารางที่ 6 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง โดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยก่อนการทดลองคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองอยู่ในระดับดีมาก ข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ ความตั้งใจที่จะทำงานหรือดำเนินชีวิตให้ดีขึ้น $\bar{X}=5.00$ ข้อที่มีคะแนนต่ำสุดคือค้นหาข้อบกพร่องของตนเองเพื่อแก้ไขให้ดีขึ้น และให้ความสนใจกับคำพูด สีหน้า ท่าทางของคนที่อยู่ด้วย $\bar{X}=4.50$ เท่ากัน

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นรายข้อตามรายด้าน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ						
คิดถึงความรู้สึกของผู้ที่พูดคุย	3.35	1.14	ดี	4.75	0.44	ดีมาก
คิดถึงเหตุผลในการกระทำของตนเองอยู่เสมอ	3.75	1.07	ดี	4.65	0.48	ดีมาก
พยายามอธิบายสิ่งที่ต้องการให้ผู้พูดคุย ฟัง จน เข้าใจ	3.40	1.18	ปาน กลาง	4.65	0.48	ดีมาก
บอกให้ผู้อื่นทราบว่ามีความรู้สึกอย่างไร	3.00	1.45	ปาน กลาง	4.55	0.60	ดีมาก
เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้นจะชี้แจงเหตุผลให้ ทราบ	3.35	1.42	ปาน กลาง	4.45	0.51	ดี
รวม	17.00	4.25	ปาน กลาง	23.05	1.43	ดีมาก

จากตารางที่ 7 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยก่อนการทดลองระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับระดับปานกลาง หลังการทดลองอยู่ในระดับดีมาก ข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ ท่านคิดถึงความรู้สึกของผู้ที่ท่านจะพูดคุย $\bar{X}=4.75$ ข้อที่มีคะแนนต่ำสุดคือ เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้นระหว่างท่านกับเพื่อนท่านจะชี้แจงเหตุผลให้เพื่อนฟัง $\bar{X}=4.45$

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพเป็นรายข้อตามรายด้าน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ						
ทำกิจกรรมที่ทำให้มีความสุข และพอใจด้วยตัวเอง	3.65	1.04	ดี	5.00	0.00	ดีมาก
ในแต่ละวันได้ทำกิจกรรมที่ต้องการหรือตั้งใจไว้	3.10	0.96	ปานกลาง	4.55	0.51	ดีมาก
หลีกเลี่ยงการพูดคุยกับเพื่อนๆ เป็นกลุ่ม	3.05	1.31	ปานกลาง	4.20	0.76	ดี
ทำกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกับครอบครัว หรือเพื่อนๆ ในวันหยุด	2.80	1.24	ปานกลาง	3.35	0.74	ปานกลาง
ชักชวนให้ครอบครัวหรือเพื่อนทำกิจกรรมที่ทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นๆ	2.90	1.11	ปานกลาง	2.95	1.05	ปานกลาง
รวม	15.50	2.94	ปานกลาง	20.05	1.66	ดี

จากตารางที่ 8 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยก่อนการทดลองระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองอยู่ในระดับดี ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านทำกิจกรรมที่ทำให้ท่านมีความสุขและพอใจด้วยตัวท่านเอง $\bar{X}=5.00$ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ท่านชักชวนให้ครอบครัวหรือเพื่อนทำกิจกรรมที่ทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นๆ $\bar{X}=2.95$

ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา รายชื่อตามรายด้าน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา						
รับรู้อาการป่วยที่เกิดขึ้น	3.70	1.45	ดี	5.00	0.00	ดีมาก
พยายามค้นหาว่ามีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นก่อนหน้า ที่จะมีอาการทางจิต	2.90	1.41	ปาน กลาง	5.00	0.00	ดีมาก
เมื่อเริ่มมีอาการทางจิตสามารถหาวิธีที่จะช่วย บรรเทาอาการลงได้ ก่อนที่จะมีอาการป่วยซ้ำ	2.90	1.33	ปาน กลาง	5.00	0.00	ดีมาก
เมื่อมีอาการทางจิตสามารถขอความช่วยเหลือ จากผู้อื่นได้	2.90	1.33	ปาน กลาง	5.00	0.00	ดีมาก
พยายามหลีกเลี่ยงการทำให้มีอาการมากขึ้น	3.20	1.43	ปาน กลาง	4.95	0.22	ดีมาก
รวม	15.60	5.55	ปาน กลาง	24.95	0.22	ดีมาก

จากตารางที่ 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา โดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยก่อนการทดลองระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองอยู่ในระดับดีมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ $\bar{X}=5.00$ ยกเว้นข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ท่านพยายามหลีกเลี่ยงการทำให้มีอาการมากขึ้น $\bar{X}=4.95$

ตารางที่ 10 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมเป็นรายข้อตามรายด้าน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม						
พยายามสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนบ้านหรือเพื่อนที่ทำงาน	3.45	1.09	ปานกลาง	4.70	0.65	ดีมาก
เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนที่อาศัยอยู่	3.20	1.05	ปานกลาง	3.75	0.78	ดี
ช่วยเหลือบุคคลอื่นเมื่อทราบว่าเขาเดือดร้อน	3.50	1.14	ดี	3.55	1.05	ดี
หาข้อมูลว่าบุคคลใด หรือหน่วยงานใดให้ความช่วยเหลือได้ในยามที่มีความทุกข์	2.05	1.05	ต่ำ	3.55	0.82	ดี
ติดต่อกับญาติ เพื่อนๆ โดยทางโทรศัพท์ หรือเขียน จดหมาย หรือการไปเยี่ยมเยียน	2.85	0.93	ปานกลาง	3.10	0.85	ปานกลาง
รวม	15.05	3.79	ปานกลาง	18.65	2.81	ดี

จากตารางที่ 10 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม โดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยก่อนการทดลองระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองอยู่ในระดับดี ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านพยายามสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนบ้านหรือเพื่อนที่ทำงาน $\bar{X}=4.70$ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ท่านติดต่อกับญาติ เพื่อนๆ โดยทางโทรศัพท์ หรือเขียนจดหมายหรือการไปเยี่ยมเยียน $\bar{X}=3.10$

ตารางที่ 11 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นรายข้อตามรายด้าน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา						
ให้อภัยผู้อื่น	4.30	0.92	ดี	4.80	0.41	ดีมาก
พยายามหลีกเลี่ยงการทำผิด เช่น พุดโกหก	3.80	1.36	ดี	4.10	0.85	ดี
ลักขโมย						
รู้สึกเห็นใจกับผู้ที่ได้รับความเดือดร้อน	4.00	0.85	ดี	4.05	0.75	ดี
หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เพราะขัดต่อหลักคำสอน	3.15	1.72	ปานกลาง	3.65	1.34	ดี
บริจาคเงิน ทรัพย์สินหรือสิ่งของ ให้ผู้อื่นหรือสถานที่ทางศาสนา	3.15	0.98	ปานกลาง	3.15	0.87	ปานกลาง
รวม	18.40	3.99	ปานกลาง	19.75	2.63	ดี

จากตารางที่ 11 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยก่อนการทดลองระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองอยู่ในระดับดี ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านให้อภัยผู้อื่น $\bar{X}=4.80$ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ท่านบริจาคเงิน ทรัพย์สินหรือสิ่งของ ให้ผู้อื่นหรือสถานที่ทางศาสนา $\bar{X}=3.15$

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทด้านการดูแลตนเองด้านร่างกายเป็นรายข้อตามรายด้าน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนระดับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการดูแลตนเองด้านร่างกาย						
ตื่นนอนวันละ 6-8 แก้ว	3.35	1.26	ปานกลาง	5.00	0.00	ดีมาก
คำนึงถึงความปลอดภัยอยู่เสมอ	4.40	0.75	ดี	5.00	0.00	ดีมาก
เมื่อรู้สึกเครียดหายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำๆ เพื่อผ่อนคลาย	2.70	1.55	ปานกลาง	5.00	0.00	ดีมาก
เมื่อมีความเครียดท่านดื่มสุรา หรือสูบบุหรี่เพื่อเป็นการผ่อนคลาย	3.45	1.66	ปานกลาง	4.15	0.98	ดี
นอนหลับพักผ่อนวันละ 6 – 8 ชั่วโมง	3.55	1.46	ดี	3.90	1.07	ดี
รับประทานอาหารเป็นเวลา	3.85	0.87	ดี	3.85	0.87	ดี
ปรึกษาแพทย์ พยาบาลทุกครั้งเมื่อมีปัญหาด้านร่างกาย	3.20	1.50	ปานกลาง	3.70	1.08	ดี
ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 2 – 3 ครั้ง ครั้งละ 20 – 30 นาทีหรือจนเหงื่อออก	2.85	1.08	ปานกลาง	3.20	0.89	ปานกลาง
รวม	27.35	5.80	ปานกลาง	33.80	2.82	ดี

จากตารางที่ 12 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทด้านการดูแลตนเองด้านร่างกาย โดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยก่อนการทดลองระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองอยู่ในระดับดี ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านตื่นนอนวันละ 6-8 แก้ว ข้อที่ 35. ท่านคำนึงถึงความปลอดภัยอยู่เสมอ เมื่อรู้สึกเครียดท่านหายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำๆ เพื่อผ่อนคลาย $\bar{X}=5.00$ เท่ากัน ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านออกกำลังกายสัปดาห์ละ 2 – 3 ครั้ง ครั้งละ 20 – 30 นาทีหรือจนเหงื่อออก $\bar{X}=3.20$

ตารางที่ 13 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง	13.95	2.78	13.00	3.04	1.03	.30
ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	17.00	4.25	13.07	3.88	2.56	.01
ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	15.50	2.94	16.00	3.26	0.50	.614
ด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา	15.60	5.55	14.00	3.74	1.06	.29
ด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม	15.05	3.79	15.20	3.45	0.13	.89
ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	18.40	3.99	18.40	3.83	0.00	-
ด้านการดูแลตนเองด้านร่างกาย	27.35	5.80	26.50	4.16	0.53	.59
รวม	122.85	20.90	116.80	16.63	1.01	.31

จากตารางที่ 13 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และเมื่อพิจารณารายด้าน ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองทุกด้านไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านและรายด้าน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง	18.55	1.05	12.65	2.73	8.99	.00
ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	23.05	1.43	13.80	3.17	11.88	.00
ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	20.05	1.66	14.80	2.82	7.16	.00
ด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา	24.95	0.22	14.55	3.83	12.11	.00
ด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม	18.65	2.81	15.10	4.16	3.15	.00
ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	19.75	2.63	17.65	3.34	2.20	.03
ด้านการดูแลตนเองด้านร่างกาย	33.80	2.821	26.50	4.57	6.07	.00
รวม	158.80	9.485	115.05	16.74	10.16	.00

จากตารางที่ 14 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และเมื่อพิจารณารายด้าน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ออกแบบการทดลองเป็นแบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากร เป็นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งมารับการรักษาหลังจำหน่ายไม่เกิน 6 เดือน มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน และได้รับการรักษาจากทีมสุขภาพด้านจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เคยรับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านเพื่อดูแลต่อเองที่บ้านไม่เกิน 6 เดือนนับจากวันที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ (ไม่เกิน 6 เดือนหลังจำหน่าย) มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน และได้รับการรักษาจากทีมสุขภาพด้านจิตเวชแบบผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการตามปกติ จำนวน 20 ราย โดยคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ยึดหลักการจำแนกความผิดปกติตาม ICD 10 (International Classification of Disease) หลังจำหน่ายไม่เกิน 6 โดยผู้ป่วยมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. พักอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อความเป็นไปได้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

3. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี เนื่องจากอยู่ในวัยผู้ใหญ่มีวุฒิภาวะเพียงพอที่จะดูแลตนเองได้
4. ผู้วิจัยประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยสอบถามตามแบบประเมินอาการทางจิต (Brief psychiatric rating scale: BPRS) จำนวน 18 ข้อ ก่อนการได้รับคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง ระดับคะแนนไม่สูงกว่า 30 คะแนน (มีอาการทางจิตระดับเล็กน้อย) ซึ่งไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมทั้งเดี่ยวและกลุ่ม
5. สามารถอ่านเขียนหนังสือได้เนื่องจากในขั้นตอนดำเนินการต้องมีคู่มือสำหรับผู้ป่วยในการประเมินตนเองประกอบด้วย
6. มีความเต็มใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 4 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่
 - โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่
 - แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง
4. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่
 - แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS)

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วยกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน โดยใช้แนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วยคู่มือการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสำหรับบุคลากร และคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจแก้เนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน นักวิชาการพยาบาล 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ สัมพันธ์ มณีรัตน์ (2546) เนื่องจากเป็นแบบประเมินซึ่งใช้ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษแบบผู้ป่วยนอก และมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .93 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี ในระหว่างวันที่ 4-5 เมษายน พ.ศ. 2548 แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยหาสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .84

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ เพชร คันธสายบัว (2544) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง ด้านร่างกายและจิตใจของ Hill and Smith (1990) การดูแลตนเองโดยทั่วไปของ Orem (2001) ร่วมกับแนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) โดยใช้ข้อคำถามจากกรอบแนวคิดของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต 7 ด้านของจินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นหลัก ซึ่งใช้วัดในผู้ป่วยจิตเภทที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ในครั้งนี้ โดยมีค่าความเที่ยง .94 ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี ในระหว่างวันที่ 4-5 เมษายน พ.ศ. 2548 แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยหาสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .91

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ไม่สูงกว่า 30 คะแนน ซึ่งพัฒนาให้เหมาะกับการใช้กับคนไทยโดย ภัทรา ธีระลาภ (2530) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

การดำเนินการทดลอง

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 สร้างเครื่องมือและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ในด้านความตรงตามเนื้อหา และความตรงตามโครงสร้าง พัฒนาเครื่องมือตาม กระบวนการบริหารเครื่อง

1.2 เตรียมสถานที่ในการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ เพื่อทดลองใช้เครื่องมือ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาในการเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดระยะเวลาในการทดลอง

1.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 คน คนที่ 1 เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ซึ่งผู้ช่วยวิจัยจะต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช และเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาแล้ว โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมต่างๆในการดำเนินกลุ่ม วิธีสัมภาษณ์ และการดำเนินการทดลองตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆเพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน มีการประเมินผลก่อนและหลังการดำเนินกลุ่มร่วมกันทุกครั้ง

1.4 ผู้วิจัยไปที่กลุ่มงานผู้ป่วยนอกจิตเวช ศึกษาศลิตีผู้มารับบริการรายวันจากแพม สลิตีผู้ป่วย พบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแต่ละวันเฉลี่ยวันละ 100-150 คน โดยประมาณ โดยมีจำนวนในแต่ละวันแตกต่างกัน และจากการสอบถามพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการสังเกตการณ์ของผู้วิจัยในลักษณะการมารับบริการของผู้ป่วยจิตเภทระยะเวลา 1 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 2 พ.ค. 2548-10พ.ค. 2548 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการมี 3 ลักษณะคือ ผู้ป่วยที่มา รับบริการด้วยตนเอง ผู้ป่วยที่มาพร้อมกับญาติ และผู้ป่วยที่ญาติมารับแทน นอกจากนั้นยังพบ ผู้ป่วยที่ไม่ได้มาตามนัดด้วยสาเหตุต่างๆ ดังนั้น ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยไม่ทราบจำนวนและรายชื่อผู้ป่วย ที่มารับบริการที่แน่นอนในแต่ละวันได้ ผู้วิจัยจึงทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากคัดเลือกวันที่ ผู้ป่วยมารับบริการ จำนวน 5 วัน (จันทร์-ศุกร์) สุ่มได้ 3 วัน คือ วันอังคาร วันพุธ และวันศุกร์ เป็น กลุ่มทดลอง และ 2 วัน คือ วันจันทร์ และวันพฤหัสบดี เป็นกลุ่มควบคุม และในแต่ละวันจะสุ่มแบบ คนเว้นคน แต่ทั้งนี้ต้องมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ และเพื่อป้องกันการลำเอียงจึงจัดกลุ่มตัวอย่างทั้งสองให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดในด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต โดยจัดกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ดำเนินการกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ โดยใช้เวลาในการทดลองกลุ่มละ 3 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย โดยแบ่งทดลองออกเป็น 3 กลุ่ม (กลุ่มที่ 1 จำนวน 6 คน, กลุ่มที่ 2 จำนวน 8 คน, กลุ่มที่ 3 จำนวน 6 คน)

3. ระยะประเมินผล

ใช้เวลากลุ่มละ 2 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Post-test) ด้วยแบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองชุดเดิมอีกครั้ง โดยผู้ป่วยรายสุดท้ายวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเมื่อ วันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2545

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/FW โดย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)
3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที แบบกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)
4. เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที แบบกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)

สรุปผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้ตอบสมมติฐานการวิจัย 2 ประการ คือ

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมากกว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการดูแลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้ คือ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ว่า จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งในการวิจัยนี้เกิดจากความเชื่อที่ว่า พลังอำนาจ (Power) คือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวและเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน (Miller, 1992) แหล่งพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) มีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่ง 1.ความเข้มแข็งทางกายภาพ 2.ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม 3.อัตมโนทัศน์เชิงบวก 4.พลังงาน 5.ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา 6.แรงจูงใจ และ 7.ระบบความเชื่อ พลังอำนาจดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการจัดการกับการเจ็บป่วย และการที่ผู้ป่วยจะมีพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 ของผู้ป่วยต้องมีความเข้มแข็งหรือสมดุลเพียงพอ แต่การเจ็บป่วยทำให้พลังอำนาจในตัวผู้ป่วยนั้นสูญเสียไปหรือที่เรียกว่า ภาวะสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) ซึ่งในการวิจัยนี้คือโรคจิตเภท ผลที่ตามมาดังที่ผู้วิจัยเสนอลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆที่

กระทบต่อผู้ป่วยได้ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในการดูแลตนเองได้คิดว่าตนเองไม่มีค่า ไม่มี ความสามารถจากการถูกสังคมนมองว่าเป็นคนไม่มีความสามารถ สร้างความเดือดร้อนให้แก่ผู้อื่น เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและอาจมีอาการ กำเริบถึงป่วยซ้ำได้ ดังนั้นถ้าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการส่งเสริมให้เกิดความรู้ เห็นถึงคุณค่า ในตนเองของผู้ป่วย รับรู้ความสามารถของตน ก็สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่าง เหมาะสม จัดการกับการเจ็บป่วยและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติตามศักยภาพ

ซึ่งการพัฒนาแหล่งพลังอำนาจในผู้ป่วยนั้น คารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) พัฒนาระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังขึ้นตามแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller(1992) ประกอบด้วยขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ขั้นตอน โดยผลลัพธ์กระบวนการ เสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าว คือ การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วย ดังนั้นในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยในชุมชนครั้งนี้ ผู้วิจัย ประยุกต์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังทั้ง 6 ขั้นตอน ให้เหมาะสมกับ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีความคล้ายคลึงกันในลักษณะการดำเนินโรคที่ เรื้อรัง ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล และทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้ เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง ความสามารถที่มีอยู่ในตนเอง เชื่อมมั่นใน ศักยภาพของตนที่จะกระทำสิ่งที่เป็ประโยชน์แก่ตน สอดคล้องกับ สมจิต หนูเจริญกุล (2537) กล่าวว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆนั้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความคาดหวังหรือมีความเชื่อมั่นว่า เขามีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรม พฤติกรรมนั้นๆได้สำเร็จ และพฤติกรรมนั้นๆน่าจะทำให้ เกิดผลตามที่ต้องการ ซึ่งเป็นไปตามที่ผลการวิจัยซึ่งพบว่าระดับคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงขึ้น

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่า พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า

ระดับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการ เสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แสดงว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

ในทัศนะทางการพยาบาลเชื่อว่า การดูแลตนเองเป็นกุญแจสำคัญในการปรับปรุงสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลกระทำเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ป้องกันโรคและการเจ็บป่วย วินิจฉัยตนเองเมื่อเริ่มมีอาการ ตลอดจนจัดการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคจิตเภทที่ความเรื้อรังผู้ป่วยจำเป็นต้องรับผิชอบดูแลตนเองทุกๆด้านในการดำเนินชีวิต รูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนปัจจุบันมีทั้งให้บริการที่โรงพยาบาลในระบบผู้ป่วยนอก และระบบการพยาบาลในชุมชน โดยมีรูปแบบวิธีที่หลากหลายซึ่งแต่ละวิธีมีวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ ข้อจำกัดที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษา การส่งเสริมกลุ่มสนับสนุนกันเอง การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งผลการศึกษาล่าสุดพบว่าประสิทธิผลของการให้ความรู้และข้อมูลในรูปแบบต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวสูงขึ้น การวิจัยส่วนใหญ่จะวัดเรื่องความรู้เป็นหลักความรู้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยย่อยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996) แสดงว่าความรู้เป็นสิ่งจำเป็นแต่ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายมีระดับความรู้ดีแต่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี ดังที่ดารณี จามจรี (2545) กล่าวว่า ivera ความรู้เป็นสิ่งจำเป็นแต่ยังไม่เพียงพอในการส่งเสริมการดูแลตนเองได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ และส่วนหนึ่งน่าจะเป็นจากศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละรายที่ไม่เท่าเทียมกันในการที่จะนำความรู้ที่ได้ไปคิดพิจารณา และตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง (รัตนชฎาธรรม มั่นการนาน, 2542) ซึ่งตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเชื่อว่า พลังอำนาจ คือศักยภาพหรือความสามารถที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ (Hawks, 1991) หรือที่ Miller กล่าวถึงพลังอำนาจว่า พลังอำนาจคือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำเนินชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่มีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งพัฒนาศักยภาพความสามารถในตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตในครอบครัวชุมชนได้อย่างมีความสุข และไม่มีอาการกำเริบป่วยซ้ำ

ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งมีความแตกต่างจากรูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตามปกติ โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยทบทวน

วรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำได้ ดังนั้นผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นแนวทางในการนำไปพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้ โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจในการวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ในแต่ละขั้นตอนสามารถเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือ และค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการรวบรวมแหล่งพลังอำนาจและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ จากการสร้างความร่วมมือสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการร่วมมือไม่ได้เกิดขึ้นแต่เพียงฝ่ายเดียวลักษณะการดำเนินการเป็นไปในลักษณะการมีผลประโยชน์ร่วมกัน ขั้นตอนนี้ดำเนินการแบบรายบุคคลโดย แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น โดยค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย ค้นหาปัญหา การดูแลตนเองด้านต่างๆทั้งร่างกาย และจิตใจ การจัดการกับปัญหาเหล่านั้น การแสดงออกทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ ประเมินวิเคราะห์สถานการณ์จริงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา เพื่อให้การดูแลตนเองใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด ดังนั้นจัดการดูแลผู้ป่วยให้ตรงกับความต้องการและสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยย่อมเกิดจากการที่พยาบาลรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความต้องการด้านสุขภาพ ไม่ตัดสินว่าผู้ป่วยไร้ความสามารถ และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการดูแลตนเอง การค้นหาสภาพการณ์จริงจึงเป็นการเริ่มต้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงปัญหาและพยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์เชิงบวก

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาในการดูแลตนเองในชุมชนด้วยการสะท้อนคิด และส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนขั้นตอนนี้ดำเนินการโดย แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เพื่อให้สมาชิกรู้จักกัน มีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่ม สร้างบรรยากาศให้เกิดความไว้วางใจเพื่อนำไปสู่การเปิดเผยตนเอง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ คือ การสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาการดูแลตนเองด้วยการสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ โดยสร้างแรงจูงใจว่าผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้ด้วยตนเอง และพยาบาลต้องยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเลือกแนวทางแก้ไขจัดการกับปัญหาต่างๆ ซึ่งบทบาทของพยาบาลคือ เสนอแนวทางที่เหมาะสมเป็นไปได้ แต่ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกไปปฏิบัติ การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร โดยการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ทักษะต่างๆ เช่น การสื่อสาร การเผชิญความเครียด การจัดการเบื้องต้นกับอาการนำก่อนมีอาการทางจิตกำเริบ โดยประเมินจากความรู้เดิมของผู้ป่วยในกลุ่ม แล้วพยาบาลเสริมในส่วนที่ขาด ด้วยกระบวนการกลุ่มเพื่อเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วย โดยพยาบาลเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในปัญหาและบทบาทหน้าที่ของตนต่อการเจ็บ ซึ่งหากผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปัญหาจะเป็นการเสริมสร้างการยอมรับตนเอง มีอัตมโนทัศน์เชิงบวกและก่อให้เกิดความเชื่อในอำนาจในความสามารถของตนและแสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการด้วยตนเอง คือการให้ผู้ป่วยใช้ความรู้ และทักษะต่างๆจากการเข้ากลุ่มไปใช้จริงในการดำเนินชีวิตตามปกติที่บ้าน เป็นการแก้ไขปัญหาหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุดนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นหากผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ดำเนินการในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมแก่ตนเอง เลือกที่จะปฏิบัติ เป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์ได้จริง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางบวกมากขึ้น ขณะเดียวกันผู้ป่วยสามารถใช้คู่มือการดูแลตนเองที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสำหรับเป็นแนวทางในการดูแลตนเอง พร้อมทั้งผู้ป่วยจะได้ทบทวนการปฏิบัติดูแลตนเองโดยประเมินตามแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิด และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในด้านต่างๆ ดำเนินการเป็นรายบุคคล โดยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าของตนเอง ในความสามารถจัดการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง โดยประเมินจากแบบประเมินทักษะการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกของตนต่อการดูแลตนเองในชุมชน จากนั้นเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆแก่ผู้ป่วย และประเมินแหล่งพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นขั้นตอนที่พยาบาลจะต้องเสริมสร้างความมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆได้ พร้อมทั้งมีการให้กำลังใจเนื่องจากความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆนั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการกระทำ การมีความหวัง มีเป้าหมาย มีการกระทำเพื่อคนที่ตนรัก รวมทั้งเป็นขั้นตอนการกระตุ้นการเสริมสร้างพลังอำนาจที่เป็นการที่เสริมสร้างให้ผู้ป่วยทบทวนและประเมินพฤติกรรมตนเองเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง ให้พฤติกรรมดูแลตนเองนั้นคงอยู่ต่อไป

ดังนั้นจากเหตุผลสนับสนุนที่อภิปราย จึงกล่าวได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นครั้งนี้ โดยประยุกต์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของ คาร์ณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) มาสร้างเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วย ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วย 4 ขั้นตอน สามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา อยู่ระดับดีมาก ส่วนด้านการใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และด้านการดูแลตนเองด้านร่างกาย อยู่ในระดับดี

ซึ่งอธิบายได้ว่าการที่พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา อยู่ระดับดีมาก นั้นเนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มุ่งในการเพิ่มศักยภาพ ความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วย เห็นถึงคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับ สมจิต หนูเจริญกุล (2537) กล่าวว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆ นั้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความคาดหวังหรือมีความเชื่อมั่นว่า เขามีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมพฤติกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จ และพฤติกรรมนั้นๆ จะทำให้เกิดผลตามที่ต้องการ ซึ่งในรายละเอียดเนื้อหาของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการวิจัยครั้งนี้มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ลักษณะอาการของโรค สาเหตุ การพยากรณ์โรค การรักษา ตลอดจนการดูแลตนเองด้านต่างๆ เมื่อต้องดำเนินชีวิตในชุมชน การส่งเสริมความรู้ทำให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นกับตน ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ยอมรับการรักษา และปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นแรงผลักดันในการที่ต้องการที่จะแก้ไขปัญหานั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้น เพื่อต้องการที่จะแก้ไขปัญหาลดน้อยลง

ส่วนด้านการใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และด้านการดูแลตนเองด้านร่างกาย อยู่ในระดับดี เนื่องจากลักษณะการดำเนินโรคที่เรื้อรัง ผู้ป่วยได้รับยารักษาอาการทางจิตเป็นเวลานานส่งผลต่อการแสดงออกของบุคลิกภาพของผู้ป่วย (อุมพร กาญจรัญ, 2545) ผู้ป่วยบางรายมีการเคลื่อนไหวร่างกายเชื่องช้ากว่าปกติ บางรายมีอาการสั่นของมือที่ไม่สามารถควบคุมได้ (สมภพ เรืองตระกูล,

2542) อาการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ ไม่สนใจดูแลตนเอง ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการนอน นอกจากนั้นผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทำให้ถูกสังกะย รังเกียจ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้

เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมี พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา อยู่ระดับดีมาก ส่วนด้านการใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ ด้าน การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และด้านการดูแลตนเอง ด้านร่างกาย อยู่ในระดับดี

ซึ่งอธิบายได้ว่าการที่พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการ ติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา อยู่ระดับดีมาก นั้นเนื่องจากการ เสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มุ่งในการเพิ่มศักยภาพ ความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วย เห็นถึงคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับ สมจิต หนูเจริญกุล (2537) กล่าวว่า บุคคลจะกระทำ พฤติกรรมใดๆนั้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความคาดหวังหรือมีความเชื่อมั่นว่า เขามีความสามารถที่จะ กระทำกิจกรรมพฤติกรรมนั้นๆได้สำเร็จ และพฤติกรรมนั้นๆน่าจะทำให้เกิดผลตามที่ต้องการ ซึ่ง ในรายละเอียดเนื้อหาของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการวิจัยครั้งนี้มีการให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ โรคจิตเภท ลักษณะอาการของโรค สาเหตุ การพยากรณ์โรค การรักษา ตลอดจน การดูแลตนเองด้านต่างๆเมื่อต้องดำเนินชีวิตในชุมชน การส่งเสริมความรู้ทำให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งที่เกิด ขึ้นกับตน ซึ่งมีผลให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ยอมรับการรักษา และปัญหาที่เกิดขึ้น เป็น แรงผลักดันในการที่ต้องการที่จะแก้ไขปัญหานั้น ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้นเพื่อ ต้องการที่จะแก้ไขปัญหานั้นให้ลดน้อยลง

ส่วนด้านการใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และด้านการดูแลตนเองด้านร่างกาย อยู่ในระดับดี เนื่องจาก ลักษณะการดำเนินโรคที่เรื้อรัง ผู้ป่วยได้รับยารักษาอาการทางจิตเป็นเวลานานส่งผลต่อการ แสดงออกของบุคลิกภาพของผู้ป่วย (อุมพร กาญจรักษ์, 2545) ผู้ป่วยบางรายมีการเคลื่อนไหว ร่างกายเชื่องช้ากว่าปกติ บางรายมีอาการสั่นของมือที่ไม่สามารถควบคุมได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) อาการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ ไม่สนใจดูแลตนเอง ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการนอน นอกจากนั้นผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทำให้ถูกสังกะย รังเกียจ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้

ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง จากการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการพัฒนาการรู้จักตนเองโดยรวมอยู่ระดับดีมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าภายหลังการทดลองทุกข้อมีระดับคะแนนสูงขึ้นและอยู่ในระดับดีมากเช่นกัน และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรู้จักตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลตนเอง เพราะการที่บุคคลรู้จักตนเอง มีความสำนึกในคุณค่าของตนเอง สามารถประเมินตนเองได้ ซึ่งความสามารถในการรับรู้เหตุการณ์ต่างๆภายในตัวเออนั้น เป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข) จากการทำให้การดูแลผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้สึกของตนเอง พิจารณาส่งเสริมสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคต่างๆในการดำเนินชีวิตกับการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งเมื่อผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยและยอมรับการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดี ซึ่งจินตนา ยูนิพันธุ์(2534ข) กล่าวว่า บุคคลจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวขึ้นอยู่กับความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ และเชื่อว่ากิจกรรมนั้นๆ มีคุณค่าหรือมีความหมายต่อชีวิตตน จากเหตุผลดังกล่าวสนับสนุนว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยตระหนักรู้ในตนเอง สามารถประเมินตนเองและมีสำนึกในคุณค่าแห่งตนมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้

ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จากการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยรวมอยู่ระดับดีมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าภายหลังการทดลองทุกข้อมีระดับคะแนนสูงขึ้นและอยู่ในระดับดีและดีมาก และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การสื่อสารเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม เพราะเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และตนเองสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพนำไปสู่การมีทักษะในการดูแลตนเอง (เพชร คันธสายบัว, 2544) ในกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ในการดำเนินการ ผู้วิจัยใช้ทักษะการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งการสื่อสารทางสังคม ใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฝึกทักษะการสื่อสารกับบุคคลนอกเหนือจากบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการติดต่อสื่อสารดีขึ้นระดับดีมากทุกข้อ

ด้านการใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ โดยรวมอยู่ระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าภายหลังการทดลองส่วนใหญ่มีระดับคะแนนสูงขึ้น และอยู่ในระดับดีและดีมาก และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ในการดำรงชีวิตประจำวัน การที่บุคคลสามารถจัดแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้เหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดนั้น นอกจากจะช่วยให้บุคคลปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการแล้ว ยังช่วยให้บุคคลได้มีเวลาพักผ่อนหย่อนใจเพื่อผ่อนคลายความเครียด และเสริมสร้างสุขภาพจิตของตนเอง แต่ยังคงพบว่าการทำกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจกับครอบครัว เพื่อนๆในวันหยุด และการชักชวนครอบครัวหรือเพื่อนทำกิจกรรมร่วมกันก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนอยู่ระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความบกพร่องในการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ขาดการวางแผนในการดำเนินชีวิต หรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ดังเช่นจากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพักผ่อน นันทนาการและการออกกำลังกายน้อยกว่าปกติ เชื่องช้า ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา นั่งเฉยๆทั้งวัน โดยไม่ทำอะไร (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) นอกจากนี้จากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา ญาติ มีบทบาทในครอบครัวน้อย (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถกำหนดกิจกรรมต่างๆภายในครอบครัว และจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีการดำเนินชีวิตอยู่ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งลักษณะสังคมที่มีการแข่งขัน ต่างคนต่างอยู่ ทำให้ผู้ป่วยไม่มีกิจกรรมในการชักชวนเพื่อนบ้านในการร่วมกิจกรรมต่างๆ

ด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา จากการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา โดยรวมอยู่ระดับดีมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าภายหลังการทดลองทุกข้อมีระดับคะแนนสูงขึ้นและอยู่ในระดับดีมาก เช่นกัน และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการจัดการกับความเครียดตลอดจนปัญหาต่างๆที่มากระทบต่อผู้ป่วย ทั้งที่เกิดขึ้นจากตัวผู้ป่วยเอง และผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก เป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอยู่ในระยะเรื้อรังบำบัด

หรือบำบัดระยะเวลา ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการคิดและรับรู้ตามความเป็นจริงทำให้สามารถจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยของตนเองได้

ด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าภายหลังการทดลองส่วนใหญ่มีระดับคะแนนสูงขึ้นและอยู่ในระดับดีมากและดี ยกเว้น การติดต่อกับญาติ เพื่อนๆ โดยทางโทรศัพท์ เขียนจดหมายหรือการไปเยี่ยมเยียน อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด โดยประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง และช่วยลดหรือขจัดปฏิกิริยาที่เกิดความเครียด นอกจากนี้ยังสามารถป้องกันพยาธิสภาพต่างๆจากภาวะวิกฤติได้ เพชร กัณธสายบัว (2544) ส่วนการติดต่อกับญาติ เพื่อนๆ โดยทางโทรศัพท์ เขียนจดหมาย หรือการไปเยี่ยมเยียน อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับ บิดามารดาญาติ จึงไม่จำเป็นต้องติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์หรือการเขียนจดหมาย แต่จะใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมโดยพูดคุยกับเพื่อนบ้านมากกว่า ซึ่งข้อนี้มีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก

ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จากการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าภายหลังการทดลองข้อที่มีระดับคะแนนสูงขึ้นคือการหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา และการให้อภัยผู้อื่น ในระดับดีและดีมาก ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ในผู้ป่วยจิตเภทการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานับเป็นการพัฒนาการรู้จักตนเอง ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหา รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลง และหากมีอะไรทำให้ไม่สบายใจ ก็สามารถที่จะขจัดสิ่งเหล่านั้นออกไปได้ รู้จักปล่อยวาง ยอมรับ และตระหนักถึงสภาพความเป็นจริง พร้อมทั้งจะแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างมีสติ ซึ่งสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตในสังคมได้

ด้านการดูแลตนเองด้านร่างกาย จากการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการดูแลตนเองด้านร่างกาย โดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าภายหลังการทดลองส่วนใหญ่ข้อที่มีระดับคะแนนสูงขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบกับ

กับกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการดูแลตนเองด้านร่างกาย สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพกายที่ดี เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติเป็นประจำ มีลักษณะไม่ซับซ้อน สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการศึกษาครั้งนี้ นับว่าเป็นศาสตร์ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีการใช้กระบวนการพยาบาลจากการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยทบทวนวรรณกรรม การศึกษากับผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อดำเนินชีวิตในชุมชน โดยตรงก่อนการจัดกิจกรรม โดยใช้ทั้งศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การพยาบาลตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย นับว่าเป็นการส่งเสริมการดูแลตนเอง ลดปัญหาการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชนได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. การนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไปใช้ พยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความรู้พื้นฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน และความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับของผู้ป่วยที่ให้การดูแล
2. การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนครั้งนี้ ควรมีการติดตามผลเป็นระยะยาวเพื่อความคงอยู่ของพฤติกรรม และติดตามผลการป่วยซ้ำ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเมื่อต้องดำเนินชีวิตในชุมชนเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยอย่างมาก จึงควรหารูปแบบในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ลดการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข
2. ควรมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้เพื่อเตรียมจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อต้องกลับดำเนินชีวิตที่บ้านหรือในชุมชน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กาญจนา ชัยเจริญ. 2547. ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กุลทัชลี เพียรทอง. 2547. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. 2536. ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เกศรินทร์ ศรีสง่า. 2534. การดูแลตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขวัญใจ ต้นดีวัฒนเสถียร. 2535ก. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญใจ ต้นดีวัฒนเสถียร. 2535ข. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต [Online]. แหล่งที่มา: <http://dmh.go.th/report>, [2005, February 4].
- จารุวรรณ จินตามงคล. 2541. ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทนา ทองชื่น. 2545. ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทรา ธีระสมบูรณ์. 2543. แบบแผนการบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับพยาบาล. คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. สุราษฎร์ธานี.
- จันทร์อัมพร รุณดี. 2544. การบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ในปี 2553. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2537. การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ. ในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์ศิริราชครั้งที่ 8 เรื่องวิจัยทางการ

พยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า: ทิศทางและรูปแบบ. กรุงเทพมหานคร
สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, ทศนีย์ ศิริมุกดากุล, จิตรประสงค์ สิงห์นาง, ปราวณา คำมีสินนท์, มัลลิกา พูลสวัสดิ์
,และ นวพร ตรีโอยฐ์. 2542. การพัฒนาารูปแบบจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ
ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น : สถานการณ์การจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหญิงแห่งหนึ่ง
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

จินตนา ยูนิพันธุ์. 2534ก. การนำมโนคติการดูแลตนเองไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพจิต.
วารสารพยาบาลศาสตร์ 3(1): 22-42.

จินตนา ยูนิพันธุ์. 2534ข. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของคนไทย
ภาคกลาง. รายงานการวิจัย.

จินตนา ยูนิพันธุ์. 2539. การเสริมสร้างพลังอำนาจวิชาชีพ: ในภาวะผู้นำกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
วิชาชีพ. เอกสารประชุมวิชาการของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (26-28
มิถุนายน 2539).

จินตนา ยูนิพันธุ์. 2542. การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.
13(ม.ค.-มิ.ย.): 1-13.

จิรประภา ภาวิไล. 2535. การศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะ
สุขภาพของผู้ป่วยภายหลังกรผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จุฑารัตน์ กมลศรีจักร. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคม
กับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จุฬาลักษณ์ ช่างอง. 2547. ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มผู้ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม. 2541. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่3 กรุงเทพมหานคร:
ยุทธรินทร์การพิมพ์.

ฉัตรวัลย์ ใจอารีย์. 2533. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการ
ดูแล กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขา
การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล. 2540. ผลของการใช้ระบบการพยาบาลสนับสนุนและการให้ความรู้สำหรับ
มารดาวัยรุ่นและครอบครัวต่อความสามารถในการดูแลตนเองและดูแลบุตรของ

มารดาวิรัตน์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชุตินา ผังชัยมงคล. 2544. ผลของการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อความรู้และ
ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชวลีพร ชวงค์. 2546. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว
ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วารสารพยาบาลศาสตร์
21(พ.ค.-ส.ค.): 46-58.

ชยันตร์ธร ปทุมานนท์ และคณะ. 2545. รายงานการวิจัย: คุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่าย และปัจจัยที่กำหนด
การรอดชีพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. สำนักคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

ดารณี จามจรี. 2545. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อ
รัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ.

ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์. 2545. รายงานการวิจัยการศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับ
การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข.

ทมาภรณ์ บุณสมภพ. 2547. ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยน
ความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทารุณกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทัศนยา บุญทอง. 2535. แนวคิดและหลักการพยาบาลจิตเวช. ใน กัญญา กาญจนบุรานนท์ (บรรณาธิการ).
เอกสารประกอบการสอนชุดวิชากรณีเลือกสรร การพยาบาลมารดาและทารกและการ
พยาบาลจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

ทศพร บุปผาสังข์. 2545. ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการเป็นซ้ำของผู้ที่เป็น
โรคจิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิตยา ตากวิริยะนันท์ และชมมน สุยะชีวัน. 2536. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพ.
สงขลานครินทร์เวชสาร. 11(1): 29-40.

บุญวดี เพชรรัตน์. 2539. การพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช1. สงขลา: เหมะการพิมพ์.

บุญศรี นุกฤต. 2541. พฤติกรรมการดูแลตนเองและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.

วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ปริวัตร ไชยน้อย. 2546. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล. การค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรีชา ศตวรรษธำรง และประยูศักดิ์ เสรีเสถียร. 2543. ปัญหาของผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการทางจิตเวชโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 8(3): 153-161.
- เปรมฤดี คำรักษ์. 2545. การศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โพรยทิพย์ กสิพันธ์. 2541. ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐิยา พรหมบุตร. 2545. สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพรัตน์ ไชยธานี. 2544. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์. 2537. ผลของการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นฤยา ภักตรเจริญ. 2545. ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์ และชนมน สุยะชีวัน. 2536. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟูสุขภาพ. สงขลานครินทร์เวชสาร 11(1): 29-35.
- ผลทิพย์ ปานแดง. 2547. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. 2546. กรุงเทพมหานคร: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้น.
- พนารัตน์ เจนจบ. 2542. การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และสัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิราช, นภาวัลย์ กัมพลาศิริ และยาใจ สิทธิ มงคล, 2542. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต 13 (ก.ค. – ธ.ค.): 45-54.
- พิศสมร เดชดวง. 2545. การศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- ไพลิน โพธิ์สุวรรณ และคณะ. 2544. องค์ความรู้จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวใน
ชุมชน จังหวัดสกลนคร. รายงานการวิจัย.
- เพชร คันธสายบัว. 2544. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพลิน เสียงโซคอยู่. 2547. ศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์กรร่วมสำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่มต่อ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์
สมเด็จพระเจ้าพระยา. การค้นคว้าอิสระมหบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพลินพิศ จันทรศักดิ์, นันทนา รัตนากร, อณุกิษย์ ผ่องแผ้ว, ปัญญาดี สาทิพย์จันทร์ และธาวิต พรหม
ขจร. 2539. การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วารสาร
โรงพยาบาลศรีธัญญา 4(2): 132-139.
- กมลมาภิชาติ แสงเขียว. 2543. การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วย
จิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัทธา ธีรลาภ. 2530. การศึกษาสภาพผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการรักษา ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาล
ศรีธัญญา. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหบัณฑิต. คณะสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์.
- มยุรี นิยมหลวง. 2546. ผลของการสอนรายบุคคลที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหบัณฑิต. สาขาการพยาบาลศึกษา
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิช หล่อตระกูล. 2544. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สุวิชาญา
การพิมพ์.
- ยาใจ สิทธิมงคล. 2542. ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. วารสารการพยาบาล

จิตเวชและสุขภาพจิต 13: 1-9.

- ยอดศรีร้อย วิเวก. 2543. สุขภาพและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชณี ศรีหิรัญ. 2544. ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชณีบุล เศรษฐภูมิรินทร์. 2533. การดูแลสุขภาพจิตตนเอง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 13(2): 2-9.
- รัตนชฎาวรรณ มั่นกรณาน. 2542. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองต่อความพร้อมในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราตรี ภูบุญ. 2545. พฤติกรรมทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ดูแล. การค้นคว้าอิสระมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ละเอียด รอดจันทร์, วัชรภรณ์ อุทโยภาส และ จันท์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ. 2542. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา. ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 5 (2542).
- วาสนา จันท์สว่าง. 2531. การสื่อสารโน้มน้าวเพื่อการพยาบาลสาธารณสุข. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2(1): 55-63.
- วันวิสาข์ ชูจิตร. 2543. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันเพ็ญ กลับกลาย. 2544. ผลของการเรียนรู้เป็นกลุ่มต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร ทองบ่อ และคณะ. 2542. ประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท. ที่ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 5 พ.ศ.2542.
- ศิริวรรณ ถุกษ์ชนะขจร, กาญจน์กนก สุรินทร์ชมภู, ภาวิณี สถาพรธีระ, ประพัตรา จันชนะสมบัติ และ นริสา วงศ์พนารักษ์. 2546. การบริการสุขภาพจิตชุมชน: การส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.

- สมคิด ตรีราภิ. 2545. ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2531. ปัจจัยที่มีผลต่อการพยาบาลแบบองค์รวม. การประชุมวิชาการพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 1 เรื่องมโนทัศน์ในการพยาบาลแบบองค์รวม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2534. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: วชิรวิทย์.
- สมจิต หนูเจริญ. 2543. การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ. พรินต์ติ้ง.
- สมภพ เรืองตระกูล. 2533. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภพ เรืองตระกูล. 2542. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สว่างจิตต์ จันทร์. 2544. ผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลศึกษาศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักงานการพยาบาลกรมการแพทย์. (ม.ป.ป.). รูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง. (ม.ป.ท.).
- สินีนุช รัตนสมบัติ. 2540. ศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองต่อความพึงพอใจในชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ HIV. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สัมพันธ์ มณีรัตน์. 2546. ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุขภาพจิต, กรม. 2541. คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุขภาพจิต, กรม. 2545. สถิติโรงพยาบาลจิตเวช: รายงานประจำเดือนกองแผนงาน. (ม.ป.ท.).
- สุขภาพจิต, กรม. 2546. การดำเนินงานสุขภาพจิตในศูนย์สุขภาพชุมชน. บียอนด์ พับลิชชิง.
- สุขภาพจิต, กรม, สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 2547. เทคโนโลยีการให้ความรู้และทักษะแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. (ม.ป.ท.)
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537. คุณภาพชีวิตการพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัดขอนแก่นการพิมพ์.

- สุมนทนา บุญชัย. 2545. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. 2544. แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. (ม.ป.ท.).
- สุวิมล สมัตถะ. 2541. ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวลักษณ์ ยาสวรรณ. 2545. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักการพยาบาลกรมการแพทย์. (ม.ป.ป.). รูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง. กระทรวงสาธารณสุข.
- หงษ์ บรรเทิงสุข. 2545. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หยกฟ้า บุญชิต. 2545. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อนงค์นุช ภูยานนท์. 2544. อนาคตภาพบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพัฒนศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. 2541. การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการพยาบาลสุขภาพและจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 12: 86-96.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. 2542ก. กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13(ม.ค.-มิ.ย.): 14-20.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. 2542ข. การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่และครอบครัวที่บ้าน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13 (ก.ค.-ธ.ค.): 14-20.
- อัมภวรรณ ใจเบ็ญ. 2543. การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุมาพร กาญจนรัศม์. 2545. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์ และคณะ. 2536. ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญา. โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2541. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรินติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

- Akey, T.M., et al. 2000. Validation of scores on the psychological empowerment scale: A measure Of Empowerment for parents of children with a disability. Educational & Psychological Measurement. 60, 3: 419-438.
- Ander, R. L. 2000. Assessment of inpatient treatment of persons with schizophrenia: Implications for practice. Archives of Psychiatric nursing, 14(5), 10: 213-221.
- Baker, C. 1995. The development of the self-care ability to detect early signs of relapse among individuals who have schizophrenia. Journal of Archives of Psychaitric Nursing. 4, 5: 261-268.
- Barry, D. P. 2002. Mental Health and Mental Illness. 7th. Philadelphia: Lippincott William& Wilkins.
- Beebe, L.H. 2001. Community Nrsing Support for Clients With Schizophrenia. Archives of Psychiatric nursing. 15, 5: 214.
- Breier A., Schreiber J.L., Dyer J., and Pickar D. 1991. Nation institute mental health longitudinal study of chronic schizophrenia. Archives General Psychiatric. 4, 8: 239-246.
- Birchwood, M. and Elizabeth, S. 2001. Early intervention in psychotic relapse. Clinical Psychology Review. 21: 1211-1225.
- Bling, Mok Suen Suk. 1998. A model of empowerment for Hong kong Chinese cancer patients and The role of self- help group in the empowerment process. Dissertation: Ph.D.(Nursing). Hong Kong: The Hong Kong Polytechnic University. Photocopied.
- Burns, N. and Grove S.K. 2001. The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization. Philadelphia: W.B.Saunders.
- Carpenito, L. 1991. Handbooks of nursing diagnosis. Philadelphia: J.B.Lippincott.

- Chien Ching, et al. 2003. Effects of Social Skill Training on Improving Social Skill of Patients With Schizophrenia. Archives of Psychiatric nursing. 17, 5: 228-236.
- Corrigan, C.P. 1997. Behavior Therapy Empowers Persons With Severe Mental Illness Behavior Modification. 21, 1: 45-61.
- Farrell, et al. 1999. Predicting Whether Patients Receive Continuity of Care After Discharge From State Hospital: Policy Implications. Archives of Psychiatric nursing. 13, 6: 279-285.
- Ferrans, C. E., and Power M.J. 1992. Psychometric assessment of the quality of life index. Research nursing health. 15: 29-38.
- Gibson, C.H. 1991. A concept of empowerment. Journal of Advanced Nursing 16, 3: 354-361.
- Gibson, C.H. 1995. The process of empowerment in ill children. Journal of Advanced Nursing. 32, 8: 1201-1210.
- Hawkes, J.H. 1991. Power: A concept analysis. Journal of Advanced Nursing. 16, 6: 754-762.
- Hersey, P., and Duldt, B. W. 1989. Situational leadership in nursing. Norwalk: Appleton & Lange.
- Hill, L. and Smith, N. 1985. Self care Nursing, Englewood Cliff, New Jersey: Prentice Hall.
- Hill, L. and Smith, N. 1990. Self-Care Nursing: Promotion of Health. 2nd ed. New Jersey: Appleton and Lange.
- Johns, J.L. 1985. Self-Care Today in Search for An Identify. Nuring and Health. 6, 3: 153-156.
- Kennedy, C., Holland B., Phillips L., Buermeyer P. and Harrison D. Quaility of life correlate, at on urban daly treatment center. Int Conf AIDS. 1998, 12: 252.
- Lubeck, D., Kehr C. and Fries J. 1990. Amburatory care costs and indirect costs in symptomatic HIV-disease: a time-oriented health outcome study(ATHOS). Int Conf AIDS.
- Meijel, et al. 2003. Relapse Prevention in Patients With Schizophrenia. Archives of Psychiatric nursing. 17(3): 117-125.
- Meijel, et al. 2003. Relapse Prevention in Patients With Schizophrenia: the Application of an Intervention Protocal in nursing Practice. Archives of Psychiatric nursing. 17(4): 165-172.
- Michael, G, Kemedey, Karn G. Schepp, & Frederica W. O'conner. (2000). Symtom self-management and relapse in schizophrenia. Archives of Psychaitric Nursing. 14 (6), 266-275.
- Miller, J.F.. 1992. Coping with Chronic Illness: Overming Powerlessness. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis.

- Moller, M.D. and Murphy, M.F. 2001. Neuro biological responses and schizophrenia and psychotic disorder. In Stuart, G.W. and Lara, M.T.: Principle and practice of psychiatric nursing. St. Louis: Missouri.
- Montgomery, P. and Kirkpatrick, P. 2002. Understanding Those Who Seek Frequent Psychiatric Hospitalization. Archives of Psychiatric nursing. 16(1): 16-24.
- Orem, D.E. 1985. Nursing concepts of practice. (3rd ed). New York. Mcgraw-Hill.
- Orem, D.E. 2001. Nursing concepts of practice. (6th ed). St. Louis: Mosby.
- Pender, J.N. 1996. Health promotion in nursing practice. 3rd ed. Connecticut: Appleton&Lange.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. 1987. Basic nursing: Theory and practice. St. Louis: The C.V. Mosbay Company.
- Polit, D. F. 1999. Data Analysis and Statistics for Nursing Research. Singapore: Simon & Schuster.
- Rappaport, J. 1985. The Power of Empower Language. Social Policy. 16: 15-21.
- Robert, S.L. 1986. Behavioral concept and the critical ill parents. Norwalk: Appleton-Century Croffs.
- Rose, E. L. 1997. Family of Psychiatric patients: A critical review and future research direction. Archive of Psychiatric Nursing. 31: 19-21.
- Roy, S.C. 1984. Introduction To Nursing An Adaptation Model. 2nd ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Roy, S.C., and Andrew, H.A. 1991. The Roy Adaptation Model : The Definition statement. Norwalk : Appleton & Lange.
- Segal, P.S. et al. 1995. Measuring empowerment In client-Run self-help Agencies. Community Mental Health Journal. 31, 3: 215-227.
- Stapleton, S. 1992. Chapter7. Etiologies and Indicators of Powerlessness in Persons with End-stage Renal Disease. In Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness. 2nd ed. Edit by Miller, J.F.p.163-178. Philadelphia: F.A. Davis.
- Thoits, P. A. 1986. Concetual methodologicl and theoretical problem in studying social support as a buffer against life stress. Journal of Health and Social Behavior. 23(2): 145-159.
- Torgalsboen, A. K. 1999. Full recovery from Scizophrenia: The programic role of premorbid adjustment, Symtom at first admission, precipitating event and gender. Psychiatry Research. 88(20): 143-152.
- Videbeck, L. S. 2001. Psychiatric Mental Health Nursing. Philadelphia: Lippincott
- Worley, K. N. 1997. Mental Health Nursing in the Community.). St. Louis: Mosby.

Zimmerman, M.A., and Rappaport, J. 1995. Psychological Empowerment: Issues and Illustrations. American Journal of community psychology. 23, 5: 581-599.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. นาวาเอกธนรักษ์ เอี้ยวสานุรักษ์ | ผู้อำนวยการกองสุขภาพจิตโรงพยาบาล
อากาศเรียดิวังศ์ ฐทสส. |
| 2. อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพ
จิตและจิตเวชจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. ร้อยเอกหญิงสรินทร เชี่ยวโสธร | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพ
จิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก |
| 4. นางสาวภาวินี ชนปศิธรรมจารี | พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ
เจ้าพระยา |
| 5. นายสัมพันธ์ มณีรัตน์ | พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสวนสราญรมณ์ |
| 6. นางสาวสุนิศา สุขตระกูล | พยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลเสนา |
| 7. นางสาวอัญชลี ศรีสุพรรณ | พยาบาลวิชาชีพ 5 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ
เจ้าพระยา |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 4 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง
4. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief psychotic rating scale : BPRS)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โดย

เรือเอกหญิงยุวดี วงษ์แสง

รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

คำนำ

ปัจจุบันนโยบายของประเทศสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเอง และดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ ตลอดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลให้สั้นลง เน้นการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน และมารับการรักษาต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอกแทน ทำให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนเร็วขึ้น แต่การรักษาในโรงพยาบาลระยะสั้นนั้นทำให้การรักษามุ่งเน้นด้านบรรเทาอาการทางจิตเป็นสำคัญเพื่อลดจำนวนวันในการอยู่โรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัวและชุมชนในขณะที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ ความบกพร่องดังกล่าวมีผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องร่วมกันหาแนวทางในการป้องกันอย่างยั่งยืน

จากสภาพปัญหาดังกล่าว เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งมี 4 ขั้นตอน ลักษณะของเนื้อหาในโปรแกรมจะเกี่ยวกับการจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยพัฒนาแหล่งพลังอำนาจในตัวบุคคลของผู้ป่วย เน้นการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสมสำหรับตนเอง เชื่อมั่นในศักยภาพที่มีอยู่ในตนเอง ร่วมกับการสอนให้ความรู้ และการฝึกทักษะโดยปฏิบัติจริง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีศักยภาพและสามารถดูแลตนเองได้ มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาในการดูแลตนเองในชุมชนด้วยการสะท้อนคิด และส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการด้วยตนเองโดยฝึกทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ฉบับนี้ จะเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยรูปแบบหนึ่ง เพื่อพัฒนาศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วย ให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี และไม่มีอาการกำเริบถึงขั้นต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีกต่อไป

เรือเอกหญิงยุวดี วงษ์แสง

รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

สารบัญ

	หน้า
หลักการและเหตุผล	1
แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ	2
ตารางการทำกิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ	5
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย (รายบุคคล)	8
ขั้นตอนที่ 2 สร้างพลังในการแก้ไขปัญหาด้วยการสะท้อนคิด และส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง (รายกลุ่ม)	23
ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการด้วยตนเอง (รายบุคคล)	39
ขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิด และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในด้านต่างๆ (รายบุคคล)	41

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่าง
แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง

คำชี้แจง แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทนี้ประกอบด้วยแบบประเมิน 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

1. เพศ

ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

โสด คู่ ม่าย/หย่า/แยก

4. ระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 อนุปริญญา ปริญญา อื่นๆ(ระบุ).....

5. อาชีพ

ไม่มีอาชีพ เกษตรกร ค้าขาย
 รับราชการ รับจ้าง อื่นๆ(ระบุ).....

6. จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยใน.....ครั้ง

7. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต.....ปี

8. ศาสนา.....

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับกิจกรรมที่ท่านทำมากน้อยเพียงใด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยทำ
1. ท่านมีความตั้งใจที่จะทำงานหรือดำเนินชีวิตให้ดีขึ้น					
2. เมื่อท่านทำงานไม่สำเร็จท่านจะหาสาเหตุก่อนที่จะคิดว่าตนเองไม่เก่ง ไม่ดี					
3. ท่านค้นหาข้อบกพร่องของตนเองเพื่อแก้ไขให้ดีขึ้น					
4. ในระหว่างการพูดคุยท่านให้ความสนใจกับคำพูด สีหน้าท่าทางของคนที่ท่าน พูดด้วย					
5. เมื่อพูดคุยหรือทำงานร่วมกับคนอื่น ท่านคิดถึงเหตุผลในการกระทำของตนเองอยู่เสมอ					
35. ท่านคำนึงถึงความปลอดภัยอยู่เสมอ					
36. เมื่อรู้สึกเครียดท่านหายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ เพื่อผ่อนคลาย					
37. ท่านปรึกษาแพทย์ พยาบาลทุกครั้งเมื่อมีปัญหาด้านร่างกาย					

แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้ว่าตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากน้อยเพียงใด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ					
2. ท่านสามารถควบคุมอาการได้					
3. ท่านมีความหวังว่าจะดูแลตนเองได้ดีขึ้น					
4. ท่านรู้ถึงอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
18. ท่านยอมรับได้หากต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายปี					
19. ท่านเชื่อว่าการรับประทานยาจะช่วยให้อาการทางจิตดีขึ้น					
20. ท่านเชื่อมั่นว่ายังมีโอกาสรักษาอาการเจ็บป่วยทางจิตที่เป็นอยู่ได้					

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

เรือเอกหญิงยุวดี วงษ์แสง เกิดเมื่อวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2520 ที่จังหวัดนครราชสีมา สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ เมื่อปีการศึกษา 2542 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2546 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ กรุงเทพมหานคร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย