

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

นางสาวโสธยา สุภโรจน์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2554

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM ON RELAPSE PREVENTIVE
BEHAVIORS IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Miss Soraya Suparochanee

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
Chulalongkron University
Academic Year 2011
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม
ป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

โดย

นางสาวโสรยา สุขโรจน์

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

โสธยา ศุภโรจน์ : ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (THE EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM ON RELAPSE PREVENTIVE BEHAVIORS IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์
 หลัก: อ.ดร. เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์, 148 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 40 คนและได้รับการจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทและ 3) แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน โดยเครื่องมือสองชุดหลัง มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา2554.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5277825836 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: SCHIZOPHRENIC PATIENTS/ RELAPSE PREVENTIVE BEHAVIORS/
EMPOWERMENT PROGRAM

SORAYA SUPAROCHANEE: THE EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM
ON RELAPSE PREVENTIVE BEHAVIORS IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS.

ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 148 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were: to compare the relapse preventive behaviors in schizophrenic patients before and after received the empowerment program, and to compare the relapse preventive behaviors in schizophrenic patients who received the empowerment program and those who received regular caring activities. Forty schizophrenic patients receiving services in inpatient, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. Who met the inclusion criteria, were matched pair and then randomly assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the empowerment program developed by the researcher. The control group received regular caring activities. Research instruments were: 1) the empowerment program 2) relapse preventive behaviors. 3) source of power questionnaire. These instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The Chronbach's Alpha coefficients reliability of the two latter instrument was .83 and .88, respectively. The t-test was used in data analysis percentage, mean, standard deviation and t - test.

Major findings of this study were as follows:

1. The relapse preventive behaviors in schizophrenic patients who received the empowerment program was significantly higher than that before, at the .05 level.
2. The relapse preventive behaviors of schizophrenic patients who received the empowerment program was significantly higher than those who received regular caring, at the .05 level.

Field of Study: Mental Health and Psychiatric Nursing

Student's Signature.....

Academic Year :.....2011.....

Advisor's Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่า ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษาส่งเสริม และให้กำลังใจ เป็นการสร้างพลังให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นอดสาหะพยายามทำการศึกษอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ และผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ศึกษามีความประทับใจ และซาบซึ้งในความเมตตา กรุณา และเสียสละของอาจารย์ในการประสิทธิ์ประสาทวิชาของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้กำลังใจ ให้ข้อคิดคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และมีคุณค่ายิ่ง รวมทั้งคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจให้เสมอมา กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบ ให้คำสอน ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจนได้เครื่องมือการวิจัยที่สมบูรณ์ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูล และได้มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ประสบผลสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พี่ๆน้องๆพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้รวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในเรื่องการศึกษาเล่าเรียน ให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและศึกษาการใช้เครื่องมือ สำหรับการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดามารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ห่วงใย ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจอันสำคัญ ให้ความช่วยเหลือมอบความรักความเข้าใจและความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และผู้ป่วยโรคจิตเภททุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีความสุขกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ.....	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐาน.....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	17
แนวคิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท.....	27
พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท.....	31
แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	37
โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ.....	47
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	56
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	57
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	60
การดำเนินการทดลอง.....	77
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	91
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	92
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	100

	หน้า
รายการอ้างอิง.....	115
ภาคผนวก.....	124
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	125
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา.....	127
ภาคผนวก ค ตารางคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ.....	129
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	131
ภาคผนวก จ ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	141
ภาคผนวก ช ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	146
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	148

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	สรุปการบูรณาการแนวความคิดจัดทำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	49
2	คะแนนแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (n=20).....	74
3	กำหนดการในการดำเนินกิจกรรม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	82
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุสถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่จำหน่ายจาก โรงพยาบาลครั้งก่อน.....	93
5	ค่าสูงสุด(Max)และต่ำสุด(Min) ค่าเฉลี่ย(Mean)และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)ของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามระดับอาการทางจิต(BPRS).....	95
6	คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท และการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test).....	96
7	คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทและการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test).....	97
8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง(n=20).....	98
9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อน และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(n=40).....	99

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การศึกษาถึงภาระโรค (Burden of disease) โดยหน่วยงานของ Disability Adjusted life year ประเมินการว่าภาระโรคทางจิตประสาทจะสูงกว่าร้อยละ 15 ในปี ค.ศ. 2020 และโรคจิตเภทเป็นปัญหา 1 ใน 10 ของโรคทางจิตเวชที่เป็นสาเหตุของความพิการมากที่สุด พบความชุกประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Sadock and Sadock, 2007) และมีอุบัติการณ์การเกิดโรคในแต่ละปีจะพบผู้ป่วยใหม่ประมาณ 2 ล้านคนต่อปี (Sadock & Sadock, 2005) จากรายงานสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยงานกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปีงบประมาณ 2547-2552 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีซึ่งในปี 2551-2552 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่เพิ่มขึ้นจำนวน 4,856 ราย โดยโรคจิตเภทเป็นโรคอันดับที่ 1 ของทุกปีงบประมาณ มีความรุนแรงและเรื้อรังแต่ก็ไม่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต การป่วยด้วยโรคจิตเภทพบว่าผู้ชายมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าผู้หญิง 1.4 เท่า (ศิริจิต สุทธิจิตต์ และมานิตย์ ศรีสุรภานนท์, 2552) และมีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2552) จากนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้กำหนดค่าใช้จ่ายไว้สำหรับผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยในรายละ 1,615 บาทในระยะเวลา 15 วัน (อนเนก สุภีรวัฒน์, สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และบุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, 2550) แต่พบว่าการรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 43 วันต่อราย คิดเป็นต้นทุนเฉลี่ย 28,230 บาทต่อราย ทำให้โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบต่อภาระค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่ไม่สามารถเรียกเก็บจากหน่วยงานใดได้ (กอบโชค จวงษ์และบุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, 2550) ซึ่งในทางเศรษฐศาสตร์นับว่าก่อให้เกิดความเสียหายทั้งทางตรงและทางอ้อมถึงร้อยละ 11 ของการสูญเสียจากการสูญเสียทั้งหมด (สมชาย จักรพันธุ์, 2543) ดังนั้นโรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่เกิดการสูญเสียทั้งด้านเศรษฐกิจ และด้านกำลังคนในการพัฒนาประเทศ

โรคจิตเภทไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือสูญเสียการทำงานของสมองส่วนใด แต่เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดส่งผลถึงการรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม การตัดสินใจมีความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม (อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย, 2554) อาการมีทั้งเฉียบพลันรุนแรงและการดำเนินโรคแบบเรื้อรังค่อยเป็นค่อยไป ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดแต่เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการที่มาจากหลายๆสาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับในปัจจุบันคือ Diathesis-Stress model หรือ Vulnerability-Stress model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนอยู่แล้ว เมื่อพบสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทปรากฏขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็น

ปัจจัยทางด้านชีวภาพจิตสังคมหรือหลายปัจจัยร่วมกัน(ฐปนัท ศรีธาราธิคุณและธนา นิลชัยโกวิทย์, 2543; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) โรคจิตเภทจัดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีระยะเวลาป่วย 2 ปีขึ้นไปบ่งบอกว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง(เกษม ต้นติผลาชีวะ,2536)และจัดเป็นโรคจิตเวชชนิดรุนแรงเนื่องจากการดำเนินของโรคที่เรื้อรังและกำเริบได้บ่อย ทำให้มีเพียงร้อยละ 25 ที่รักษาได้ผลดีไม่มีการป่วยซ้ำ และอีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาทำให้บกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆและอีกร้อยละ 50 มีการกลับป่วยซ้ำ(Kongsakon, et al., 2005) การกำเริบหรือการป่วยซ้ำจะเพิ่มโอกาสการมีพยาธิสภาพที่ถาวรของโรค ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในความสามารถมากขึ้น การพยากรณ์ของโรคไม่ดีเกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ และการรับรู้ขึ้นอย่างถาวร(มานิตย์ ศรีสุรภานนท์และ จำลอง ดิษยวิช, 2542; พิเศษฐ อุคมรัตน์, 2552; สันชัย วสุนธรา, 2547)

การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ซึ่งผลกระทบต่อผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยแยกตัวเองจากสังคมไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจสุขอนามัยส่วนบุคคล บางครั้งนั่งยิ้มหัวเราะคนเดียว ในระยะที่อาการรุนแรงอาจทำร้ายตัวเองและผู้อื่นรวมทั้งทรัพย์สินเสียหาย (มาโนช หล่อตระกูลและ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวไม่ดี มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรงต่อกัน(ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542) ผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้เป็นภาระทางเศรษฐกิจและขาดกำลังคนที่จะช่วยหารายได้เข้าสู่ครอบครัว (รัชนิกร อุปเสน,2541)และบางครอบครัวต้องหยุดงานมาดูแลผู้ป่วย เกิดความเครียดและอ่อนล้า(ทานตะวัน เข้มบุญเรือง,2540)ผลกระทบต่อสังคมพบว่า อาจเป็นเหยื่อทางเพศหรือติดสารเสพติด(จินตนา ลีละไกรวรรณ,2542 อ้างใน ทูลภา บุปผาสังข์,2545)ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Mallaakh,1998) ที่พบว่าร้อยละ 51 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการติดสุราและสารเสพติดทำให้ผู้ป่วยหากระแวง หลงผิดทำร้ายผู้อื่นและทำลายข้าวของ(Zygmunt et al., 2002) ผลกระทบต่อประเทศชาติทำให้ขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศและสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท(อัมพวรรณ ธากาศ, 2548)ในแต่ละปีรัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นเงินมากกว่า 2 ล้านบาท (กรมสุขภาพจิต,2541 อ้างถึงใน ผลการรัตน์ ถาวรวงษ์และชลธิชา ลิ้มวงษ์, 2550)จะเห็นได้ว่าการป่วยซ้ำส่งผลให้สูญเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งของผู้ป่วยและของรัฐ ในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพภายใต้หลักเศรษฐกิจพอเพียงมุ่งเน้นให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับการพึ่งและป้องกันตนเอง การมีภูมิคุ้มกันโดยมีทิศทางการพัฒนาประเทศในการเพิ่มคุณภาพและศักยภาพคนในทุกมิติทั้งด้านจิตใจ สติปัญญาและสุขภาพอนามัย(สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ,2549) ดังนั้นการ

ป้องกันตนเองจึงเป็นแนวทางลดการป่วยซ้ำ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถรับรู้และจัดการกับอาการเตือนได้ด้วยตนเอง สามารถดูแลตนเองและแสวงหาความช่วยเหลือเมื่ออยู่ในภาวะที่เกิดความเจ็บป่วย ร่วมกับการรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง (Baker, 1995; Kennedy, Schepp and O'Connor, 2000 ; Birchwood and Spencer, 2001 ; Meijel, Kruitwagan, Gagg, Kahn and Grydonk, 2003 ; Meijel, al et., 2003)

แนวคิดการป้องกันการป่วยซ้ำ คือการควบคุมพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อไม่ให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์จนต้องเข้ารับการรักษาซ้ำอีก (Baker,1995;Kennedy et al. 2000 ; Meijel, 2003) ในผู้ป่วยจิตเภทการสังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรปฏิบัติก่อนที่จะเกิดการป่วยซ้ำ (Meijel et al., and Gagg et al., and Grypdock : 2003) พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ คือ การปฏิบัติตนหรือการมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะการเจ็บป่วย เพื่อลดหรือไม่ให้เกิดการป่วยขึ้นอีกในลักษณะอาการของโรคเดิมที่ตนเองเป็นอยู่ สามารถสังเกตได้จากการเปลี่ยนแปลงความคิดและการแสดงพฤติกรรมที่ชัดเจนออกมาในระยะก่อนเริ่มมีอาการ (Baker,1995; Kennedy, et al, 2000; Meijel, 2003) ซึ่งปัญหาที่เป็นอุปสรรคของการป้องกันการป่วยซ้ำ ส่วนใหญ่มาจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการป้องกันการป่วยซ้ำที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม โดยผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา (มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวณิช,2542 ; สาธุพร พุฒขาว,2541; Townsend,2006)ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกเบื่อหน่าย รู้สึกว่าตนเองเป็นคนป่วยตลอดเวลา (จรงรัตน์ ลิ้มพัฒนศิริ, 2548) มีการดูแลตนเองในการเตรียมเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม โดยการหลีกเลี่ยง ถดถอย การโทษคนอื่น และการแยกตัว ทำให้ไม่สามารถแก้ไขภาวะเครียดที่ตัวต้นเหตุได้ (Vasile et al., 2008) อีกทั้งการที่ไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริงทำให้ไม่มีการเตรียมการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Hedlund & Jeffy,1993)ร่วมกับการขาดการตระหนักรู้ในตนเอง ขาดแรงจูงใจ (Kaplan & Sadock, 1995)ทำให้ไม่สามารถจำแนกและจัดการกับอาการเตือนที่เกิดขึ้นก่อนการป่วยซ้ำได้ (O'Connor,1991)ซึ่งโดยปกติมนุษย์ทุกคนมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองจะกระทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีและพฤติกรรมที่เหมาะสม (Bedworth, 1982)

จากการศึกษาของ Meijel et al. (2003)และ วัฒนาภรณ์ พิบูลย์อาลักษณ์(2549)พบว่า คุณลักษณะพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง พบว่าผู้ป่วยมีความพร้อมของพฤติกรรมดังนี้

1) การรับรู้อาการเตือน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้ที่เสื่อมถอยและหากไม่ได้รับการดูแลและป้องกันอย่างเหมาะสม ก็จะก่อให้เกิด

ความเสื่อมถอยขึ้นอย่างถาวรส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการรับรู้ถึงอาการเตือนซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงอาการเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้นและมีสุขภาพจิตเสื่อมลง (Herz & Melville, 1980; Birchwood, et al., 1989) มีลักษณะอาการทางด้านลบ ได้แก่ รับประทานอาหารลดลง ขาดสมาธิ หลับยาก อารมณ์ซึมเศร้าและพฤติกรรมถดถอย (Meijel, et al., 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของทูลภา นุปผาสังข์ (2545) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการด้านลบมักจะแสดงอาการซึมเศร้า ซึมลงและแยกตัวอยู่ตามลำพัง และอาการเตือนที่เป็นอาการทางจิตที่พบมากที่สุดคือ หูแว่ว พูดคนเดียว หมกมุ่นทางด้านศาสนาและคิดว่ามีคนควบคุมตนเอง (Birchwood and Spencer, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ จินดารัตน์ พิมพีคีต (2542) ผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วและประสาทหลอนอาจมีอาการรุนแรงและแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สมดุลของสภาวะที่ดีและเป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยซ้ำ

2) การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาและการปรับตัวที่จำกัดมีความรู้สึกอ่อนแอ ท้อแท้หมดหวัง คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่มีอำนาจ ขาดอิสรภาพในการกระทำการต่างๆด้วยตนเอง มักถูกสังคมนมองว่าไร้ความสามารถ ไม่ได้ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้าง (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549) คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีพลังอำนาจในการแก้ปัญหาต่างๆซึ่งทั้งนี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) อันเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ในขณะเจ็บป่วย กิจกรรมต่างๆที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพและบรรลุผลตามต้องการ ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพที่คล้อยตามหรือปฏิบัติตามแนวทางที่ผู้อื่นหยิบยื่นให้ จึงทำให้รู้สึกสูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเอง (Seeman, 1959; Miller, 1983; Carpenit, 1989 อ้างใน กมลพรรณ หอมนานและคณะ, 2538)

3) การใช้ยาที่ถูกต้อง โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเพียงร้อยละ 50-60 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องในปีแรกและมีแนวโน้มลดลงเหลือร้อยละ 15-20 ในปีต่อมา (Perkins, 1999; Rucher et al., 1997) จากการดำเนินของโรคทำให้ผู้ป่วยต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลายาวนานเกิดความเบื่อหน่าย ขาดความสามารถที่จะควบคุมตนเอง ขาดแรงจูงใจและรู้สึกว่าตนเองไม่มีอิสระในชีวิต (Baker, 1995) อีกทั้งอาการข้างเคียงของยาทำให้เข้าใจผิดคิดว่าตนเองอาการดีขึ้นแล้วจึงไม่จำเป็นต้องรับประทานยา (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545; อุมพร กาญจนรักษ์, 2545; กาญจนา ชัยเจริญ, 2547; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) จนเกิดความพร้อมหรือไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการแก้ไข ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียคุณค่าและความนับถือในตนเองลดลง (Miller, 2000) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีกำลังใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อป้องกันตนเอง

ข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำจะมีความรู้สึกท้อแท้ หดหู่กำลังใจ คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถ ทำให้สมรรถภาพในการทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลง สูญเสียการควบคุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสิ่ง แวดล้อมส่งผลต่อการดูแลตนเองในด้านต่างๆเช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองในการรับประทานยาและการสังเกตอาการผิดปกติทางจิต ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำบกพร่องจนไม่สามารถรับรู้และจำแนกอาการเตือนที่เกิดขึ้น (สุภาวดี บุญชู, 2551) ไม่พร้อมต่อการเผชิญปัญหาความเจ็บป่วย(จารุวรรณ จินตมางค, 2541) และมีการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง(สิรินธร เชี่ยวโสธร, 2545) จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทเจ็บป่วยเรื้อรังต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลายาวนานทำให้ไม่สามารถควบคุมร่างกาย จิตใจและสิ่งแวดล้อมของตนเองได้ เกิดความเบื่อหน่ายที่จะดูแลตนเองและต้องถูกควบคุมจากบุคคลอื่น ขาดความรู้ความเข้าใจในโรคที่ตนเองเป็น ขาดแรงจูงใจรวมทั้งขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ต่อตนเองลดลงมีความคิดต่อตนเองในด้านลบเกิดความไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจส่งผลให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ (Miller, 2000)จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมพลังอำนาจให้เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงพลังอำนาจความสามารถที่มีอยู่ในตัว รู้ถึงคุณค่าในตนเอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองในการดำเนินชีวิตให้เป็นปกติ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญอันเกิดจากการเสริมสร้างพลังอำนาจ(Gibson, 1991; Miller, 2000; Gibson, 1995; คารณี จามจรี, 2545; ทมาภรณ์ บุรณสมภพ, 2547)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำเกิดจากการขาดความรู้ แรงจูงใจ อึดมโนทัศน์ต่อตนเองในด้านบวกลดลง ทำให้เกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจ จากแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งตามแนวคิด Miller (2000) ถูกครอบงำทำให้แหล่งพลังอำนาจลดลง ได้แก่ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength) โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่พบความผิดปกติของชีวเคมีในสมองทำให้ผู้ป่วยมีความคิด การรับรู้และพฤติกรรมที่ผิดปกติ(สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยพลังอำนาจในการกระทำใดๆของร่างกายจะลดลง(คารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์, 2545) สภาวะความเข้มแข็งทางกายภาพขณะนั้นจะมีอิทธิพลต่อพลังอำนาจของผู้ป่วยในขณะที่เผชิญปัญหาของการป่วยซ้ำ ต้องกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถรับรู้ถึงความผิดปกติของอาการเจ็บป่วยที่เป็นสัญญาณบ่งบอกถึงอาการเตือนของการป่วยซ้ำได้ 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support)การป่วยซ้ำทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้าต่อการเจ็บป่วย ถูกรังเกียจและสูญเสียภาพลักษณ์ (Puntit, 1991อ้างถึงใน ชีรศักดิ์ ผลานิผล, 2549) กลัวความลับถูกเปิดเผยรู้สึกไม่แน่นอน พยายามปกปิดความเจ็บป่วยของตนเองจากสังคม(สาธูพร พุฒขาว, 2541) มีปัญหาการเข้าสังคม ทำงานร่วมกับผู้อื่นไม่ได้มักปลีกตัวอยู่ตามลำพังไม่พูดคุยกับใคร(ปริวัตร ไชยน้อย, 2546) ขาดการ

สนับสนุนทางสังคม ถูกรังเกียจ มีการใช้ยาไม่ถูกต้อง(สิรินคร เชี่ยวโสธร, 2545)ส่งผลทำให้เกิดการป่วยซ้ำ 3) อคติโน้มนำเชิงบวก(Positive self-concept) จากการป่วยซ้ำทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชการถูกตีตราบาป(Stigma) การถูกรังเกียจจากสังคมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดปฏิกิริยาและความรู้สึกด้านลบต่อตนเองได้ง่าย ความนับถือตนเองลดลง ซึ่งผลจากการสูญเสียอัตมโนทัศน์เชิงบวกเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้สูญเสียพลังอำนาจ (Puntit,1991อ้างถึงใน ชีรศักดิ์ ผลานิผล,2549) อีกทั้งเกิดความเบื่อหน่ายจากการรับประทานยาทุกวันและคิดว่าตนเองหายจากความเจ็บป่วยจึงไม่จำเป็นต้องรับประทานยา(สรินคร เชี่ยวโสธร, 2545; อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545 ; กาญจนา ชัยเจริญ,2547; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547)และเกิดความไม่มั่นใจในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีศักยภาพด้อยลงจากการต้องพึ่งพิงยา(ศิริพร ทองบ่อและคณะ,2545) 4) พลังงาน(Energy) จากการสูญเสียความสามารถของระบบร่างกาย การทำงานตามศักยภาพของพลังงานที่ใช้ในการสะสมของแหล่งพลังงานลดลง เนื่องจากบกพร่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังตามพยาธิสภาพของโรค ส่งผลต่อการใช้พลังงานที่จะดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง ไม่สนใจสุขอนามัยของตนเองแต่งกายสกปรก แปลกประหลาด(Martin and Osborne,1989; Moller and Murphy, 2001)สอดคล้องกับการศึกษาของผลทิพย์ ปานแดง(2547)ซึ่งพบว่าผู้ที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการเจ็บป่วยเรื้อรังและได้รับผลอาการข้างเคียงจากยาการรักษาอาการทางจิตส่งผลให้การทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงส่งผลต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ไม่ถูกต้อง5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight) โรคจิตเภทก่อให้เกิดความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม(สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)ส่งผลให้การรับรู้เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยไม่คาดคิดว่าตนเองจะต้องเกิดการเจ็บป่วย ไม่มีข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ไม่ทราบว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเองขาดความสามารถในการแสวงหาแหล่งความรู้ไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่กล้าซักถามข้อสงสัย ส่งผลให้เกิดความหวาดกลัวและสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ไม่สามารถตัดสินใจเลือกการสร้างแนวทางที่เหมาะสมในการควบคุมอาการ(สิรินคร เชี่ยวโสธร, 2545)การขาดการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ขาดการตระหนักต่อภาวะคุกคามต่อการเกิดโรค ส่งผลต่อการเตรียมการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมร่วมกับใช้ยาไม่ถูกต้อง(อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) 6) แรงจูงใจ(Motivation) จากการที่ผู้ป่วยมักถูกมองว่าไร้ความสามารถ ไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้าง รู้สึกไร้ค่าต้องพึ่งพาผู้อื่นก่อให้เกิดความสิ้นหวัง ท้อแท้และเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต ปฏิเสธสิ่งใหม่ที่จะเข้ามาในชีวิตนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจและจากการไม่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ถูกทอดทิ้งให้แก่ปัญหาโดยลำพัง แสดงท่าทางรังเกียจ ทำให้บั่นทอนกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหา

ความเจ็บป่วยส่งผลให้ไม่รู้ถึงอาการเจ็บป่วยรวมทั้งมีการใช้ยาและการเตรียมการเผชิญปัญหาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม(สิรินธร เชี่ยวโสธร, 2545; จารุวรรณ จินดามงคล, 2541) 7) ระบบความเชื่อ (Belief system)จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความเชื่อว่าโรคที่ตนเป็นอยู่เป็นโรคที่สังกรรม์เกิด เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มีทางรักษา ก่อให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง อับอาย ผู้ป่วยและญาติจะปกปิดความเจ็บป่วยก่อให้เกิดผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่รุนแรงเพิ่มขึ้นก่อให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ อีกทั้งบุคคลในครอบครัวมีความขัดแย้งกันและมีทัศนคติความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง(ผลทิพย์ ปานแดง , 2547)ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม จากปัจจัยทั้ง 7 แหล่งถูกรบกวนในขณะที่เกิดการเจ็บป่วยจึงจำเป็นต้องมีสิ่งที่จะต้องมีการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้แหล่งพลังอำนาจด้านต่างๆเข้มแข็งขึ้นเมื่อแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งหรือมีความสมดุลของแหล่งพลังอำนาจเพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความตระหนักถึงแหล่งพลังอำนาจของตนเองมากขึ้น สามารถแก้ไขสถานการณ์ ตัดสินใจในการจัดการกับปัญหาและสามารถแสวงหาแหล่งความรู้รวมทั้งเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสมกับตนเองในการดำเนินชีวิต มีความสามารถในตนเอง นับถือตนเอง มีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ ความหวัง มีสุขภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจที่ดีในการฟื้นฟูสภาพร่างกายทำให้เห็นความสำคัญของพฤติกรรมมารับรู้อาการเตือน การดูแลตนเอง ด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่จะช่วยลดการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (Meijel, et al., 2003)

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพื้นฐานความเชื่อที่มุ่งเน้นการนำศักยภาพทางสติปัญญา และพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น Miller (2000) กล่าวว่า พลังอำนาจ คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของบุคคลและเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลในการควบคุมสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตนและมีผลต่อความสามารถในการจัดการความเจ็บป่วย ซึ่งเชื่อว่าการสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาแหล่งพลังอำนาจนั้นจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้น(ดารณี จามจุรี,2544) จากการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทของจารุวรรณ จินดามงคล(2541) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของสิรินธร เชี่ยวโสธร (2545)ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาคือว่าก่อนได้รับโปรแกรม และจากการศึกษาของยุวดี วงษ์แสง(2548) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและและการศึกษาของ Steven, S. and, Sin, J. (2005) รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์แนวทางปฏิบัติการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของทีมสุขภาพจิตชุมชนพบว่ารูปแบบการจัดการอาการนำและป้องกันการกลับป่วยซ้ำเน้นการจัดการด้วยตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้รับบริการ โดยมีการสนับสนุนจากครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยจิตเภท

จากงานวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการเผชิญปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยาได้ดีขึ้นรวมทั้งสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนได้ ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพในทางที่เหมาะสมโดยการใช้ศาสตร์ทางการแพทย์สุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้องร่วมกับการใช้หลักการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและกระบวนการกลุ่มเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง การสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมที่จะเลือกวิธีการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นการเพิ่มอัตรานวัตกรรมเชิงบวกส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพในทางที่ดีขึ้น มีศักยภาพในการพัฒนาตนเองจนสามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพิ่มมากขึ้นก่อนเข้าโปรแกรมหรือไม่
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพิ่มมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม(อรพรรณ ลือบุญรัชชัย,2554)และมีอัตราการป่วยซ้ำถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต ,2552) และในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพภายใต้หลักเศรษฐกิจพอเพียงมุ่งเน้นให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับการพึ่งและป้องกันตนเอง การมีภูมิคุ้มกัน โดยมีทิศทางการพัฒนาประเทศในการเพิ่มคุณภาพและศักยภาพคนในทุกมิติทั้งด้านจิตใจ สติปัญญาและสุขภาพอนามัย(สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ,2549) ดังนั้นการป้องกันตนเองจึงเป็นแนวทางลดการป่วยซ้ำ แต่โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังรักษาเป็นระยะเวลายาวนานทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเบื่อหน่ายขาดแรงจูงใจ และความมั่นใจในการรักษาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงสนใจแก้ไขปัญหาการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตนเองที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม และพบว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องมี 3 ด้านคือ การรับรู้ อาการเตือน การดูแลตนเองด้านเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นคุณลักษณะสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ (Meijel, et al,2003;วัฒนาภรณ์ พิบูลย์ อาลักษณ์, 2549) หากมีการรับรู้อาการเตือนตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงเป็นวิธีการที่ทำให้ไม่เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรง (Jorgensen,P., 1998; Roe,et al., 2006; UNC, 2007) และเมื่อผู้ป่วยรับรู้อาการเตือนก็จะสามารถจำแนกอาการเตือนและรับรู้ถึงภาวะที่ผิดปกติได้ สามารถค้นหาวิธีเตรียมตนเองในการเผชิญปัญหาความเจ็บป่วย รวมทั้งแสวงหาข้อมูลและแหล่งประโยชน์ที่จะสามารถขอความช่วยเหลือหรือร่วมกับการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและมีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้เป็นลักษณะเด่นและเกิดการป่วยซ้ำสูงจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถด้านต่างๆลดลง ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อมีอาการรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (อเนก สุรทินันท์,สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และบุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, 2550) และจากความเจ็บป่วยซ้ำทำให้แหล่งพลังอำนาจในตนเองถูกรบกวนไม่สามารถรับรู้ถึงความผิดปกติของตนเองจากการขาดความรู้และแรงจูงใจ มีความเชื่อและอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางลบ ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ขาดความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ (Breck & Austin, 1993) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องจัดกระทำกับปัจจัยดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นที่จะใช้ความรู้ความสามารถในตนเองและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้สามารถควบคุมเหตุการณ์และสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขไม่เกิดการป่วยซ้ำ

โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) มาเป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบกิจกรรม และเนื้อหาส่วนใหญ่ในแต่ละกิจกรรมมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพและความสามารถในการค้นหาวิเคราะห์ และวางแผนการแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง ซึ่งเดิมมี 6 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือ 2) ค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย 3) การสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ 4) การสนับสนุนและเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร 5) การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง 6) การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ แต่ผู้วิจัยได้รวมขั้นตอนที่ 1 และ 2 เป็นขั้นตอนเดียวกันเพราะการสร้างสัมพันธภาพจะสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกๆ ขั้นตอนกิจกรรม ดังนั้น โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจึงประกอบด้วยขั้นตอน 5 ขั้นตอนดังนี้ คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย 2) การสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ 3) การสนับสนุนและเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร 4) การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง 5) การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ 10 คน เนื่องจากกระบวนการกลุ่มเป็นการช่วยเสริมสร้างทักษะทางด้านสังคมแก่ผู้ป่วย ทำให้สมาชิกกลุ่มได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ ถือเป็น การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Maram, 1978) การดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ใช้เวลาดำเนินการทั้งหมด 5 ครั้ง แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน โดยสัปดาห์แรก 2 ขั้นตอนและสัปดาห์ต่อไป 1 ขั้นตอนขั้นตอนละ 60 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ รวมเป็น 4 สัปดาห์มีรายละเอียดขั้นตอนกิจกรรม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย เนื่องจากผลกระทบจากการเจ็บป่วยซ้ำทำให้ขาดแรงจูงใจ เบื่อหน่ายและไม่มั่นใจต่อการรักษาจึงจำเป็นต้องสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทเป็นส่งเสริมการมีสัมพันธภาพที่ดี (คารณี จามจรี, 2544) เพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรมประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ เวลาและสถานที่ในการพบกัน และผู้วิจัยประเมินความคิดเห็นพื้นฐานเดิมของผู้ป่วยความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยและวิธีการจัดการของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงอาการเจ็บป่วยที่ผ่านมา และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงสุขภาพจิตของตนเองว่ากำลังมีปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงปัญหาการเจ็บป่วยและยอมรับการเจ็บป่วยว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ แต่สามารถควบคุมและมีชีวิตกับความเจ็บป่วยได้ (คารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์, 2545) และช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้บทบาทความเท่าเทียมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์เชิงบวก (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ผู้วิจัยรวบรวมแหล่งพลังอำนาจเพื่อ

ค้นหาแหล่งพลังอำนาจที่ผู้ป่วยบกพร่อง โดยประเมินแหล่งพลังอำนาจจากแบบรวบรวมแหล่งพลังอำนาจ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์รอบด้านของตนเองที่เกี่ยวกับสัญญาณการป่วยซ้ำของแต่ละคน โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยอภิปรายวิเคราะห์ปัญหาถึงการป่วยซ้ำในแง่มุมต่างๆและพัฒนาความรู้สึกให้ผู้ป่วยมีพลังในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การจัดการกับอาการด้วยตนเองรวมทั้งอารมณ์และความเครียด (Miller, 2000) และการควบคุมเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ (ดารณี จามจรี, 2545) ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปัญหาและรับรู้ถึงบทบาทและจัดลำดับความสำคัญของการแก้ปัญหาของตนเองจะช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบความเชื่อและแสวงหาข้อมูลความรู้เพื่อป้องกันตนเองรวมทั้งสามารถจัดการหรือเผชิญปัญหาของการเจ็บป่วยได้

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุน ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร เป็นการสร้างแรงจูงใจ ส่งผลให้มีการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลและเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องโรค การรักษาด้วยยา อาการเตือนที่นำสู่การซ้ำซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้สูญเสียพลังอำนาจในตนเอง (Miller, 2000) โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นการช่วยให้แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทเข้มแข็งรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเองตามความเป็นจริงเพื่อสร้างความตระหนักเรื่องการเจ็บป่วย ทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตนที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี (Cooke et al., 2007) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันตนเองได้อย่างถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง เป็นการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำโดยผู้วิจัยฝึกทักษะผู้ป่วยในการแก้ปัญหาการป่วยซ้ำ ฝึกการสังเกตอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและฝึกการใช้ยาที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อที่คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งเป็นความคิดด้านลบ (Beck, 1967) ที่ทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เปลี่ยนเป็นคิดว่าตนเองมีความสามารถและมีแนวทางในการป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยซ้ำ และเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 5 การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ เป็นการเสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆได้โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยให้กำลังใจซึ่งกันและกันเกิดความหวังและปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อในด้านบวกเกี่ยวกับตนเองและวางแผนในการจัดการกับความ

เจ็บป่วยโดยเน้นให้เห็นความสำคัญของการรับรู้อาการเตือน สามารถระบุและจัดการกับอาการเตือน มีการเตรียมการเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้องเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการรักษาและควบคุมสถานการณ์การเจ็บป่วยของตนเองในอนาคตได้

จากเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller(2000) โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจ จนสามารถรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เกิดการนับถือตนเองและคิดต่อตนเองไปในทางบวก มีความรู้สึกที่ดีต่อสังคม เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตโดยการสร้างแรงจูงใจ ให้ความรู้และข้อมูลการเจ็บป่วยที่ถูกต้อง ทำให้สามารถดูแลป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยซ้ำและสร้างความหวังต่อการมีชีวิตอยู่แม้ในภาวะเจ็บป่วย

ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยเป็นการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท(Schizophrenia)ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มากกว่า 1 ครั้งทั้งเพศชายและเพศหญิง คัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มจากคะแนนอาการทางจิตโดยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) มีคะแนนไม่เกิน 30 คะแนน จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำในการดูแลตนเองโดยเน้นการรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาอย่างถูกต้องเพื่อไม่ให้กลับมารักษาซ้ำอีก โดยที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปฏิบัติด้วยตนเองและเต็มใจเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำทั้งในขณะที่ปกติและเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย (Meijel, et al., 2003, วัฒนานครณ์ พิบูลย์อาลักษณ์, 2549)

1. การรับรู้อาการเตือน หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแยกแยะอาการทางจิต ทั้งด้านความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงก่อนเกิดอาการทางจิตมากขึ้น รวมทั้งยอมรับอาการเตือนที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการรับรู้อาการเตือนที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

2. การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา หมายถึง ความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำเพื่อลดการป่วยซ้ำ

3. การใช้ยาที่ถูกต้อง หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทในการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการจัดการอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับ

การป่วยซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาอีกครั้ง ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลน้อยกว่า 6 เดือน มากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป

ซึ่งสามารถประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทด้วยการให้ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ประเมิน โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยปรับปรุงตามแนวคิดของ Meijel, et al.(2003)และวัฒนานครณ์ พิบูลย์อาลักษณ์(2549)ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในและได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD 10 อยู่ในระยะเรื้อรัง บำบัดและบำบัดระยะยาวเป็นผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถูกต้องในเรื่องใกล้ตัว ควบคุมตนเองได้ สามารถดูแลตนเองการทำกิจวัตรประจำวัน เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสามารถฟังและแสดงความคิดเห็นหรือบอกความรู้สึกของตนเองได้ ไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีกิจกรรมการพยาบาล 2 ลักษณะคือ 1) กิจกรรมการดูแลทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยา การเตรียมตรวจต่างๆ 2) กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ คือ การสร้างสัมพันธภาพ การทำกิจกรรมบำบัดต่างๆเช่น การให้ความรู้เรื่องโรค การวางแผนจำหน่าย การให้คำแนะนำทางสุขภาพ

พลังอำนาจ หมายถึง ศักยภาพหรือความสามารถของบุคคล ที่มีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตนซึ่งประเมินได้จากการรายงานของบุคคลในการรับรู้เกี่ยวกับศักยภาพหรือความสามารถตามแหล่งทรัพยากรของตนเพื่อกระทำการใดๆให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลเป็นรายกลุ่ม โดยใช้โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของMiller(2000)และของชวดี วงษ์แสง(2548) มาเป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทพร้อมกับการใช้ขั้นตอนกระบวนการกลุ่ม โดยเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมเน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อค้นหาแหล่งพลังอำนาจและประเมินพฤติกรรมสภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ เสริมสร้างแรงจูงใจ สร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังความสามารถในการจัดการกับปัญหา โดยการดำเนินขั้นตอนกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม สัปดาห์แรก 2 ขั้นตอน หลังจากนั้นสัปดาห์ละ 1 ขั้นตอน ขั้นตอนละ 1 ชั่วโมงติดต่อกันเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วยขั้นตอนกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 5 ขั้นตอนดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย หมายถึง การดำเนินการพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยการสร้างสัมพันธภาพแนะนำตัว ข้อมูลเบื้องต้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์ เวลาและสถานที่ในการพบกัน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ สร้างความร่วมมือโดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้เล่าระบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มเป็นการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและทัศนคติต่อการป่วยซ้ำ ผู้วิจัยรวบรวมแหล่งพลังอำนาจโดยการให้ผู้ป่วยประเมินแหล่งพลังอำนาจและจัดลำดับของปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงบทบาทและความสามารถของตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ หมายถึงการดำเนินการพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ใช้ระยะเวลา 60 นาที ด้วยการให้ผู้ป่วยทบทวนปัญหาด้วยการวิเคราะห์ค้นหาปัญหาสาเหตุที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำและหาแนวทางการจัดการปัญหาด้วยตนเองเพื่อ

สร้างพลังและแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง สนับสนุนให้ความช่วยเหลือและยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร หมายถึง การดำเนินการพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 ใช้ระยะเวลา 60 นาทีโดยผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตนเอง และเอื้ออำนวยให้มีทักษะและวิธีการในการจัดการปัญหาสุขภาพในการหาแหล่งสนับสนุนและขอความช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง หมายถึง การดำเนินการพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 4 ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยส่งเสริมและเอื้ออำนวยทรัพยากรต่างๆ ด้วยการฝึกทักษะจากการยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เป็นปัญหาและทดลองให้ผู้ป่วยแก้ไขสถานการณ์ที่เป็นปัญหารวมทั้งให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้อง และประเมินผลลัพธ์ที่ได้ดำเนินการตามแผนที่ตนเองวางไว้

ขั้นตอนที่ 5 การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ หมายถึง การดำเนินการพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 5 ใช้ระยะเวลา 60 นาทีโดยผู้วิจัยทบทวนความรู้และทักษะในการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้ปฏิบัติเรียนรู้ร่วมกับพยาบาล และร่วมกันสร้างกำลังใจและแรงจูงใจในการนำความรู้ความสามารถที่มีอยู่ไปใช้จัดการกับสภาพปัญหาและวางแผนในการป้องกันได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพยาบาลจิตเวช เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ และเพิ่มบทบาทพยาบาลในการปฏิบัติดูแลขั้นสูงต่อไป
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและพัฒนาด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อค้นคว้าแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยในการป้องกันการป่วยซ้ำอย่างครอบคลุมในทุกมิติ

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากตำราเอกสาร บทความและงานวิจัยสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 การวินิจฉัยโรค
- 1.2 สาเหตุ
- 1.3 อาการ
- 1.4 การดำเนินของโรค
- 1.5 การรักษาผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล
- 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาล
- 1.7 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาล

2. แนวคิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ
- 2.2 อุบัติการณ์และความชุกของการป่วยซ้ำ
- 2.3 ปัจจัยของการป่วยซ้ำ
- 2.4 ผลกระทบจากการป่วยซ้ำ

3. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

- 3.1 ความหมายของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ
- 3.2 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ
- 3.3 บทบาทพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

4. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

- 4.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 4.2 การสูญเสียพลังอำนาจ
- 4.3 แนวคิดแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย
- 4.4 องค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 4.5 บทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 4.6 การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท

5. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

ตามความหมายของ ICD-10 (The International Classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลก ได้กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะทั่วไป คือมีความผิดปกติของบุคลิกภาพมีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์แบบไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สถิติผู้ป่วยและชาวปัญญาญมักคืออยู่แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) (เกษมตันติผลาชีวะ, 2536)

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้ให้คำนิยามตามแนวทางการจำแนกโรคของ DSM-IV (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition; DSM-IV, 1995) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วยและการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ประกอบด้วยอาการด้านบวกและอาการด้านลบ อาการด้านบวกประกอบด้วยความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม ส่วนอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในคนทั่วไปควรจะมีประกอบด้วย อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย หรือไม่พูดและขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนและมีอาการในระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (American Psychiatric Association, 1995)

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่นแต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะส่วนใด เป็นโรคที่พบได้มากที่สุด ในจำนวนโรคจิตชนิดต่างๆ Bleuler (1991) เน้นว่าโรคนี้เป็นโรคที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด โดยไม่มีพยาธิสภาพทางสมองจากการศึกษาอุบัติการณ์พบว่าเกิดในผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-34 ปี และเกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554)

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก โดยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) พบได้มากที่สุด ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด พบได้ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอัตราการป่วยซ้ำสูง

1.1 การวินิจฉัยโรค หลักการวินิจฉัยโรค (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) มีดังต่อไปนี้คือ

1.1.1 ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่าง โดยมีอาการเป็นเวลานาน 1 เดือน (ระยะเวลาอาจน้อยกว่า 1 เดือน ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษา) ได้แก่ 1) อาการหลงผิด 2) อาการประสาทหลอน

3) มีความผิดปกติของคำพูด 4) มีพฤติกรรมวุ่นวาย หรืออาการคาทาโทเนีย 5) มีอาการทางด้านลบ เช่น อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย หรือไม่ทำกิจกรรมทุกชนิด

1.1.2 อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านอาชีพการงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือการดูแลตัวเอง

1.1.3 ผู้ป่วยมีอาการ ไม่สบายติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

1.1.4 ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการของโรคจิตชนิดอื่น

1.1.5 อาการไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติด หรือโรคทางกาย

การวินิจฉัยโรคจิตเภทจำแนกเป็น 2 ระบบได้แก่ ระบบ DSM IVของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันและระบบ ICD 10 ขององค์การอนามัยโลกโดยประเทศไทยได้นำมาใช้ทั้งสองระบบ บางสถาบันอาจใช้ DSM IV แต่ทางด้านสุขภาพจิตมักจะใช้ ICD 10 ทั้งสองระบบนี้มีความคล้ายคลึงกัน

การจำแนกโรคทางจิตเวชตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน(DSM-IV)พิจารณาตามเกณฑ์อาการและอาการของโรคจิตเภทจะเน้นที่ความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน การสังคม ระยะเวลาการเกิดอาการ(อรพรรณ คือบุญชู วัชชัย, 2554) ดังนี้

1. ลักษณะอาการ (Characteristic Symtoms) ผู้ป่วยต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป และมีอาการเด่นชัดมาเป็นเวลา 1 เดือนโดยมีอาการดังนี้

1.1 อาการหลงผิด (Delusion) มี อาการหลงผิด โดยที่ไม่เป็นจริง เช่น หลงผิดคิดว่า ผู้อื่นปองร้ายคิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษหรือมีอำนาจเหนือธรรมชาติ

1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) มีอาการประสาทหลอน เป็นการรับรู้โดยทางประสาททั้งห้า โดยไม่มีสิ่งมากระตุ้นจากภายนอก เช่น หูแว่ว ได้ยินเสียงคนมาเรียก เป็นต้น

1.3 อาการด้านการพูด พูดคนเดียวเนื้อหาไม่สัมพันธ์กันเรื่องราว ไม่ต่อเนื่อง สร้างคำขึ้นเองโดยที่คนอื่นไม่เข้าใจ พฤติกรรมแปลกๆทำอะไรที่แตกต่างจากคนปกติ เช่น นั่งในท่าหนึ่งท่าใดนานๆ

1.4 ปฏิเสธอาการเจ็บป่วย อารมณ์เฉยเมย ราบเรียบไม่พูด

2. การสังคมและการงานเสีย ขาดความรับผิดชอบด้านหน้าที่ การงานและสัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัวอยู่คนเดียว ไม่สนใจสุขอนามัย

3. ระยะเวลาที่มีอาการ อาการจะมีอยู่ต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

4. อาการที่ไม่ใช่ภาวะผิดปกติทางอารมณ์

5. อาการที่เกิดไม่ใช่เกิดจากการได้รับสารเคมีหรือได้รับยาตัวอื่น

6. อาการมีความสัมพันธ์กับประวัติความผิดปกติด้านพัฒนาการในวัยเด็ก เช่น มีประวัติ

ออติสติก (Autistic Disorder)

องค์การอนามัยโลก (ICD-10) ได้จำแนกโรคจิตเภทออกเป็น 9 ประเภท ดังนี้

1. โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia)
2. โรคจิตเภทชนิดเฮบีฟรินิก (Hebephrenic Schizophrenia)
3. โรคจิตเภทชนิดคาทาโทนิค (Catatonic Schizophrenia)
4. โรคจิตเภทชนิดเรื้อรังที่มีอาการหลงเหลือ (Residual Schizophrenia)
5. โรคจิตเภทชนิดจำแนกไม่ได้ (Undifferentiated Schizophrenia)
6. โรคจิตเภทชนิดเศร้าภายหลัง (Post-Schizophrenic Depression)
7. โรคจิตเภทชนิดพฤติกรรมเสื่อมถอย (Simple Schizophrenia)
8. โรคจิตเภทชนิดอื่นๆ (Other Schizophrenia)
9. โรคจิตเภทชนิดที่ไม่สามารถระบุได้ (Unspecified Schizophrenia)

1.2 สาเหตุ ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการหลายๆ สาเหตุซึ่งแนวคิดที่ยอมรับในปัจจุบันคือ stress-diathesis model ที่เชื่อว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมาหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคมหรือหลายปัจจัยร่วมกันดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factors) ได้มีการศึกษาด้านพันธุกรรมของบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท พบว่ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ในกลุ่มผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภท มีอัตราการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 10-16 และจากการศึกษาในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันพบอัตราการเกิดโรค ร้อยละ 35-58 ฝาแฝดไข่คนละใบมีอัตราการเกิดโรคร้อยละ 16 (Wilson and Kneisl, 1996 อ้างในอรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549) และมีการศึกษาเพื่อหาชิ้นที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคยังไม่พบตำแหน่งยีนที่ผิดปกติชัดเจน เชื่อว่าโรคนี้เกิดจากความผิดปกติของยีนหลายแห่งร่วมกัน(มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2552)

1.2.2 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์กับ dopamine ในสมองโดยมีข้อค้นพบดังนี้ มีปริมาณสาร dopamine จำนวน post synaptic receptor มากเกินปกติ และไม่สมดุลระหว่าง excitatory action ของ acetylcholine กับ inhibitory action ของdopamine และ Gamma-amino butyric acid (พิเชษฐ อดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552)

การศึกษาในระยะหลังพบว่า N-methy-D=aspartic acid(NMDA) receptorซึ่งเป็นreceptor ของglutamate มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคจิต การทดลองพบว่าหาก NMDA receptorถูกยับยั้งจะทำให้

glutamatergic neurotransmission ที่ receptor complex นี้ลดลง ผู้ป่วยจะเกิดอาการโรคจิตเหมือนที่พบในโรคจิตเภทรวมทั้งยังพบอาการด้านลบและcognitive dysfunction ด้วย(มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.2.3 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors)

1) จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการพบว่า เป็นความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะในช่วงปีแรกมีผลให้เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา สติปัญญา การคิด ความจำ การตัดสินใจ ความสนใจและการรับรู้

2) ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้และไวต่อความเครียดและตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี

3) ผู้ป่วยมีความขัดแย้งในจิตใจที่เกิดจากสัญชาตญาณและไม่สามารถควบคุมได้ขาดสำนึกในการควบคุมตนเอง และความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ชอบเอาชนะและขัดแย้งกับผู้อื่นเกิดความคับข้องใจไม่แน่ใจ(ambivalence)

1.2.4 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors) มีปัญหาทางจิตใจหลายอย่างที่เห็นได้ชัดเกี่ยวกับสังคมและศีลธรรม เช่น ปัญหาเสพติด ปัญหาการติดสุรา ปัญหาทางเพศบางอย่างและโรคที่นับรวมเฉพาะวัฒนธรรม ปัจจัยนี้มีความหมายรวมไปถึงศาสนา แบบธรรมเนียมประเพณี ระดับเศรษฐกิจ ทัศนคติการเมืองและกฎหมายด้วย(Angell and Test,2002)

1.3 อาการ ลักษณะอาการที่สำคัญของโรคจิตเภท คือ มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไปโดยมีระยะอาการกำเริบชัดเจน อย่างน้อยนาน 1 เดือน ไม่มีโรคทางกายและพยาธิสภาพทางสมอง หรือพิษจากยาที่จะเป็นสาเหตุดังกล่าว โดยทั่วไปแบ่งเป็น 2 แบบ(มาโนช หล่อตระกูล, 2543; สมภพ เรืองตระกูล, 2542; Taylor, 1994) คือ

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวกแสดงออกในด้านความผิดปกติดังต่อไปนี้ หลงผิดประสาทหลอน การรับรู้ผิดจากสภาพความเป็นจริง ไม่สามารถรวบรวมความคิดให้ไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด การพูดติดตล่อสื่อสารใช้ประโยคคำพูดฟังไม่รู้เรื่องใช้ศัพท์แปลกๆพฤติกรรมผิดปกติมากนิ่ง ไม่เคลื่อนไหวอยู่ในท่าแปลกๆ หรือเอะอะโวยวาย

1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี แสดงอาการต่อไปนี้ อารมณ์เฉยเมยไม่ยินดีในร้าย พูดน้อย หมดความกระตือรือร้น ไม่สนุกกับชีวิต บกพร่องทางเชาว์ความคิด

1.4 การดำเนินของโรค ผู้ป่วยเริ่มเป็นครั้งแรกในผู้ชายเท่ากับอายุ 20 กลางๆและในผู้หญิง 20 ตอนปลาย อาการอาจเกิดแบบเฉียบพลันหรือค่อยๆเกิดโดยมี prodromal symptoms นำมาก่อน

เช่น แยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจในการเรียน หรือการทำงาน ไม่ดูแลสุขภาพอนามัย และมีท่าทางสกปรก มีพฤติกรรมผิดปกติ หรือแสดงอารมณ์โกรธอย่างรุนแรง ญาติพี่น้องจะสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากคนเดิม ในที่สุดผู้ป่วยจะแสดงอาการของโรคชัดเจน(สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

1.5 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท การรักษาโรคจิตเภทเป็นการรักษาทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) การรักษามีเป้าหมายเพื่อ

1.5.1 รักษาอาการให้หายหรือบรรเทาลง

1.5.2 ป้องกันไม่ให้ป่วยอีก โดยการให้ยารับประทานติดต่อกัน หลีกเลี่ยงสาเหตุที่จะทำให้ป่วยหรืออาการกำเริบ สังเกตอาการก่อนที่จะมีอาการกำเริบใหม่

1.5.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่นฝึกทักษะการใช้ชีวิตในสังคม ทักษะในการประกอบอาชีพ ทักษะในการสื่อสาร

วิธีการรักษา ประกอบด้วยวิธีการดังนี้

1. การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรณีที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิดเช่นมีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

2. การรักษาด้วยยาเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ นั้นส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษานั้นอาจแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่

2.1 ระยะควบคุมอาการ (acute phase) คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้นเป็นมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล

2.2 ระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) หลังจากมีอาการสงบแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรกโดยจะค่อยๆ ลดขนาดลงจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ ผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกนั้นหลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปีหากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว นานอย่างน้อย 5 ปีหากเป็นบ่อยกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต(มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) ในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยาโดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา อาจใช้ในผู้ป่วย

จิตเภทชนิด Catatonic รุนแรงผู้ป่วยที่มีอาการ Mania หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยาโรจิต

4. การรักษาด้านจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษาเนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้างแม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไขรวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกๆ ด้านการรักษาด้านจิตสังคมประกอบด้วย การบำบัดรักษาทางจิตกิจกรรมบำบัด พฤติกรรมบำบัด ครอบครัวบำบัด นิเวศน์บำบัด

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

1.6.1 ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ได้มีผู้ให้ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทไว้หลายท่าน ดังนี้

Leininger (1994 อ้างใน สิรินทร เชื้อวโสธร, 2545) กล่าวถึง การพยาบาล ว่าเป็นการดูแล และเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้อื่น การสนับสนุนส่งเสริม การเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับผู้อื่น เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มทั้งในครอบครัวและชุมชน ด้วยความเอาใจใส่โดยมีเป้าหมายของการดูแลสุขภาพ คือ ต้องมีองค์ความรู้ที่หลากหลาย ทั้งทางด้านวิชาการและความเข้าใจคุณค่า ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม โดยการดูแลจะต้องสนองความต้องการที่มุ่งรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของบุคคล

Watson (1989 อ้างใน สิรินทร เชื้อวโสธร, 2545) กล่าวถึง การพยาบาล ว่าเป็นการดูแลระหว่างบุคคลที่เน้นการเป็นมนุษย์แบบองค์รวม ที่มีจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ มีเป้าหมายของการพยาบาลเพื่อให้บุคคลมีภาวะสมดุลของกาย จิต และจิตวิญญาณ กระบวนการดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ซึ่งต่างก็เป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ชีวิต การพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อมีการรับรู้ตรงกัน ในการตัดสินใจเลือกสิ่งปฏิบัติที่ดี และเหมาะสมที่สุด

Shives (1994) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การให้ความรู้ ความเข้าใจ ให้คำแนะนำช่วยเหลือ โดยเริ่มให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด และการให้การบำบัดรักษาอื่นๆ ร่วมกับบุคลากรในทีมจิตเวช

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพ ตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัว ใน

ลักษณะที่ค้ำนึ่งถึงคนทั้งคนเป็นหน่วยเดียว นั่นคือการยึดหลักปัจเจกบุคคลหรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม

ฉวีวรรณ สัตธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขา ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาล ซึ่งเป็นศิลปะมีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชนให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวิถีภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย รวมทั้งการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตนเอง ปรับปรุงตนเองและยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งพึ่งพาตนเองได้

จากคำจำกัดความข้างต้น เมื่อนำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงสรุปได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ด้วยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ พร้อมกับการให้ความรู้ การให้สุขศึกษาในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพสุขภาพจิต โดยการให้การดูแลผู้ป่วยนั้นต้องใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และศิลปะ ในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป และสามารถพึ่งตนเองได้ตามศักยภาพ

1.6.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ในการเข้าไปช่วยเหลือปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูล การกำหนดปัญหา การลงมือปฏิบัติการ และการประเมินผล เพื่อเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาหรือสามารถปรับตัวได้ต่อสภาพปัญหาของตนเอง (Shives, 1994) ประกอบด้วย

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Assessment) แหล่งข้อมูลคือ ผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย บันทึกของทีมสุขภาพ โดยแบ่งข้อมูลเป็น การเจ็บป่วยทางกาย ประวัติส่วนตัว ประวัติทางสังคม และครอบครัว สุขภาพทั่วไป การเจ็บป่วยทางจิต และการตรวจสภาพจิต

2. การวิเคราะห์/การวินิจฉัย (Analysis or Diagnosis) เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลมาพิจารณา ตรวจสอบเปรียบเทียบกับสภาพทั่วไปของบุคคล ในด้านความต้องการพื้นฐาน การปฏิบัติกิจกรรมตามหน้าที่ และการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันตามสภาพสังคม เพื่อให้การพยาบาลตอบสนองความต้องการของบุคคล

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การตั้งเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ การกำหนดแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามความต้องการของบุคคลเป็นลำดับ โดยเริ่มจากความต้องการพื้นฐาน จนกระทั่งถึงการทำความเข้าใจตนเองและจัดการกับสถานการณ์

4. นำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ (Intervention) การปฏิบัติการพยาบาลควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ โดยเริ่มจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยทั่วไป เมื่อได้ข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้น จึงมีการปรับเปลี่ยนแนวทางในการดูแลให้มีความเหมาะสมเพิ่มขึ้น โดยจะต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

5. การประเมินผล (Evaluation) เป็นการเปรียบเทียบผลของการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยว่าผลที่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยการประเมินผลแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ การประเมินจากพัฒนาการของผู้ป่วย และประเมินจากการทำงานของพยาบาล

จากกระบวนการพยาบาลดังกล่าวนี้ ต้องมีการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีมโนคติทางการพยาบาล ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ สิ่งแวดล้อม บุคคล สุขภาพ และการพยาบาล โดยมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการพยาบาลโดยตรง สอดคล้องกับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

1.6.3 ระบบบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ในสภาพการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มุ่งพัฒนาระบบบริการพยาบาล โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการบริการควบคู่กันไป การปฏิบัติการของพยาบาลจิตเวช ต้องใช้การผสมผสานวิธีการปฏิบัติที่หลากหลาย และขึ้นอยู่กับสถานการณ์สิ่งแวดล้อม สถานที่ และภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามสถานที่ที่พยาบาลปฏิบัติงาน นอกจากนั้นการปฏิบัติการพยาบาลก็จะมีแตกต่างกัน

ผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการทางจิตรุนแรง (Acute phase) ทั้งอาการทางบวกและลบ มีความผิดปกติทางด้านความคิด การตัดสินใจโดยการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะกระทำในกรณีต่อไปนี้(มาโมซ ห่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์,2550)

1.6.3.1 มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น

1.6.3.2 มีปัญหาอื่นๆที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น อาการข้างเคียงที่รุนแรงจากยา

1.6.3.3 เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา

1.6.3.4 มีปัญหาในการวินิจฉัย

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลุ่มที่มีอาการทางจิตที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น การรับไว้รักษาเป็นการป้องกันการเกิดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้

เนื่องจากอาการทางจิตและให้การพยาบาลเพื่อบำบัดอาการทางจิต หลังจากให้การบำบัดจนอาการทุเลาแล้ว ผู้ป่วยก็สามารถจะกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนต่อไป ดังนั้นการพยาบาลในระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีการป่วยซ้ำจนต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ควรมีการป้องกันโดยการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ญาติผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องต่อเนื่องจากโรงพยาบาล

1.7 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด และมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้เป็นลักษณะเด่น ดังนั้นแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Nursing Plan) จำแนกตามประเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาตั้งต่อไปนี้ (กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2545)

1.7.1 ประเภทฉุกเฉินและวิกฤติ (Critical phase) ระยะเวลา 72 ชั่วโมง

1) ลักษณะสำคัญ ได้แก่ มีอาการและพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่นตนเองและทรัพย์สิน เกิดอุบัติเหตุ มีพยาธิสภาพทางกายที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและสร้างสัมพันธภาพได้

2) การพยาบาล ได้แก่ ช่วยฟื้นคืนชีพให้ปลอดภัยในรายที่มีพยาธิสภาพทางกายที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ป้องกันอันตรายจากการทำร้ายตนเองและผู้อื่น จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ประเมินอาการและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงทุก 15 นาที เฝ้าระวังผู้ป่วย 24 ชั่วโมงดูแลให้ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายด้านร่างกายช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษา ถ้ามีความจำเป็นในการจำกัดพฤติกรรมหรือทำการรักษาด้วยไฟฟ้าให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติและให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคและแนวทางการรักษาแก่ญาติ

1.7.2 ประเภทเรื้อรัง (Acute phase) ระยะเวลา Day 4-Day 10

1) ลักษณะสำคัญ ได้แก่ มีความเสี่ยงเป็นอันตรายต่อผู้อื่นและตนเองหรือทำลายทรัพย์สิน มีพยาธิสภาพทางกายที่เสี่ยงเป็นอันตรายต่อชีวิต การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคลยังสับสน การดูแลกิจวัตรประจำวันทำได้บ้างและต้องมีคนช่วยเหลือ การพูดคุยการเข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติได้เป็นครั้งคราวและสามารถสร้างสัมพันธภาพได้บ้างแต่ไม่สามารถแสดงความคิดเห็น

2) การพยาบาล ได้แก่ ป้องกันอันตรายจากการทำร้ายตนเองและผู้อื่นและทรัพย์สิน ดูแลให้ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ปฐมนิเทศน์ให้มีการรับรู้บุคคล สถานที่ เวลาได้อย่างถูกต้อง ป้องกันการหลบหนี สร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษา จัดให้ผู้ป่วย

เข้าร่วมกิจกรรมที่ง่ายไม่ซับซ้อนและระยะเวลาสั้นเช่น กลุ่มอ่านหนังสือพิมพ์ และให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคและแนวทางการรักษาผู้ป่วย

1.7.3 ประเภทเร่งรัดบำบัด (Sub- Acute phase) ระยะเวลาDay 11-Day24

1)ลักษณะสำคัญ ได้แก่ สามารถควบคุมตนเองได้ รับรู้ บุคคลสถานที่ เวลาได้อย่างถูกต้อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้แต่ต้องคอยกระตุ้น การเข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติได้แต่ไม่ริเริ่มด้วยตนเอง สามารถแสดงความคิดเห็นและบอกความรู้สึกได้เป็นครั้งคราว

2) การพยาบาล ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและแสดงความคิดเห็น กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดต่างๆ การชมเชยและการให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมได้ ฝึกทักษะการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัวตลอดจนข่าวสารภายในและภายนอกโรงพยาบาล ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกันภายในหอผู้ป่วย ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องโรค การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงการรักษา ป้องกันการหลบหนีและดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา

1.7.4 ประเภทบำบัดระยะยาว (Maintenance phase) ระยะเวลาตั้งแต่ Day25

1)ลักษณะสำคัญ ได้แก่ สามารถบอกเรื่องราวของตนเองและเหตุการณ์ปัจจุบันได้ ควบคุมตนเองได้ ดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวันได้โดยมีการกระตุ้นและสนับสนุนเป็นครั้งคราว มีความไว้วางใจ สามารถแสดงความคิดเห็นและบอกความรู้สึกได้เป็นครั้งคราว

2) การพยาบาล ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเน้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาชีวิตประจำวัน ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องโรค การสังเกตอาการ การรักษาและการดูแลตนเองที่บ้านทั้งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ให้กำลังใจชมเชย เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำและสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้ด้วยตนเองและติดต่อญาติเพื่อจำหน่าย ถ้ามีปัญหาในการจำหน่ายต้องปรึกษาทีมการรักษา

นอกจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตปกติตามแนวคิดการพยาบาลเพื่อปกติสุขแล้ว การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวชจะต้องครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายและสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการซึ่งครอบคลุมบทบาท 6 บทบาทดังนี้(จุฬาลักษณ์ ชำของ,2547)

1. บทบาทผู้เสี่ยงดู โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในผู้ป่วยเองและปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไขและมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

2. บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผนดำเนินการและประสานงานจัดกิจกรรมหอผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสหนาการและ

กิจกรรมอื่นๆที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดจึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ซึ่งผลมาจากกระบวนการรักษาพยาบาลและบันทึกผลการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

3. บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นๆทั้งนี้เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้ดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมทนทานหรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาลหรือในชุมชน

4. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยให้สำรวจปัญหา แบบแผนแก้ปัญหาของตนและพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้และปรับตัวในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5. ผู้ให้ความรู้/ผู้สอน สนับสนุน ให้ข้อมูลเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างถาวร

6. ผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล การสนับสนุน การระคับระคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง

โดยบทบาทของพยาบาลจิตเวชทั้ง 6 บทบาทนี้พยาบาลจะต้องปฏิบัติตามกรอบและขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและกระบวนการสัมพันธภาพระหว่างบุคคลโดยใช้ความรู้จากศาสตร์พยาบาลศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและศิลปะของการใช้ตนเองเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองได้อย่างเหมาะสมมีความเข้มแข็ง สามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้ ลดการป่วยซ้ำในโรงพยาบาล

2. แนวคิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ

จากการศึกษามีผู้ให้ความหมายการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไว้หลายท่านพบว่าการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยไม่สามารถควบคุมได้หรือ เป็นการกลับคืนของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หลังจากที่พฤติกรรมนั้นๆหยุดไประยะเวลาหนึ่งการป่วยซ้ำไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใดแต่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลาแม้มีอาการเตือนล่วงหน้า (<http://johnrecaver.faiithweb.com/relapse.html>, 2006)ไม่สามารถบอกระยะเวลา จำนวน อาการกำเริบและ

ความเร็วที่จะเกิดการป่วยซ้ำได้ (Fallon, 1984; Lader, 1995 อ้างถึงใน Birchwood and Spencer, 2001 : 1212)

การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมโดยไม่สามารถควบคุมได้ หรือ เป็นการกลับมาที่มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก (Sundel and Sundel, 1999) เป็นการปรากฏของอาการทางจิตซ้ำหรือมีอาการทางจิตที่รุนแรงเช่นเดิม หลังจากที่ได้รักษาจนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้วและมีอาการแย่ลงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก (ดวงตา อุทุมพฤษทรัพย์, 2533 ; Birchwood and Spencer, 2001; เพชร กัณธสาขบัว, 2544) การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสามารถจำแนกได้จากการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิดและพฤติกรรม ซึ่งพบได้บ่อยและชัดเจนในระยะก่อนเริ่มอาการ (prodromal symptoms) (Baker, 1995; Kennedy et al, 2000 ; Meijel, 2003) จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นว่า การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดและพฤติกรรมตั้งแต่ช่วงระยะก่อนเริ่มอาการซึ่งจะมีอาการเตือนล่วงหน้า ทำให้เกิดการกลับคืนของอาการทางจิตที่ไม่พึงประสงค์จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

2.2 อุบัติการณ์และความชุกของการป่วยซ้ำ

จากการติดตามผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายในหนึ่งปีแรก พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษาใดๆเลยกลับป่วยซ้ำ ร้อยละ 70 (Meijel et al., 2003) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีรายงานว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำภายในเวลา 3 สัปดาห์เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น (Sandock and Sandock, 2000) จากการศึกษาของสมพร บุษราทิจและคณะ (2551) พบว่าการที่ผู้ป่วยหยุดยารับประทานโรคกำเริบมากกว่าคนรับประทานยาต่อเนื่อง 5 เท่า ถ้าโรคกำเริบแล้วก็จะรักษาหายกลับมามีเท่าเดิมจนหาย อาจต้องใช้เวลาเกินกว่า 2 ปี โดยเกณฑ์ที่บอกว่าผู้ป่วยน่าจะหายจากโรคคือ อาการทางจิตหายไป สามารถทำหน้าที่และดูแลตนเองในเรื่องชีวิตประจำวันได้ ผู้ป่วยที่ป่วยครั้งแรกและหายตามเกณฑ์ดังกล่าวนี้เพียงร้อยละ 14 เมื่อรักษาเป็นระยะเวลา 5 ปีและร้อยละ 43 ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อนภายในเวลา 1-6 เดือน (ดวงตา อุทุมพฤษทรัพย์, 2533) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสที่ป่วยซ้ำได้สูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งสามารถกลับป่วยซ้ำได้มากในช่วง 3 สัปดาห์ หลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลและผู้ป่วยจิตเภทที่มีการปรับตัวหลังจำหน่ายได้ดีควรมีช่วงของการอยู่ในชุมชนอย่างน้อย 6 เดือนจึงถือว่าเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จที่ไม่ป่วยซ้ำ

2.3 ปัจจัยของการป่วยซ้ำ

มีการศึกษาพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของการป่วยต้องเข้ารับรักษาซ้ำนี้เนื่องมาจาก การที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา ซึ่งความไม่ร่วมมือในการรักษานี้สัมพันธ์กับทัศนคติเกี่ยวกับความ

เจ็บป่วย การรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากยา(Christine Rummel-Kluge,2006) ในผู้ป่วยจิตเภทการป่วยซ้ำมักมีอาการเด่นชัดที่เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลในผู้ป่วยบางรายการป่วยซ้ำทำให้อาการ มากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งมีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ มีพยาธิสภาพที่ถาวร จากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การป่วยซ้ำมักมีปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่กระตุ้นให้มีอาการป่วยซ้ำเสมอ(สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา,2550)ได้แก่

2.3.1 ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ คือ การไม่รู้สาเหตุและผลกระทบจากการป่วยซ้ำ มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารไม่ถูกต้องหรือไม่รู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน นอนหลับไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา

2.3.2 ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม คือ การมีปัญหาเกี่ยวกับสิ่งที่อยู่รอบๆตัวเราได้แก่ ปัญหาด้านการเงิน ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย มีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ไม่สามารถทำงานได้ ไม่มีที่ปรึกษา ไม่ทราบแหล่งที่ให้ข้อมูลต่างๆ การไม่พูดคุยและไม่สูงส่งกับผู้อื่น อยู่คนเดียว ไม่ติดต่อกับญาติพี่น้องเพื่อนฝูง

2.3.3 ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ได้แก่ การที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ก้าวร้าวหรือมีพฤติกรรมรุนแรง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดยาหรือลดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอตามแผนการรักษา คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าไม่มีความหมาย เป็นคนไร้ค่า มีการแสดงออกที่เปลี่ยนไปจากเดิม มีความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดแรงจูงใจ

2.4 ผลกระทบจากการป่วยซ้ำ

2.4.1. ผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภท

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยการป่วยซ้ำบ่อยๆ ทำให้มีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ และมีโอกาสเกิดขึ้นอย่างถาวร นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะเสี่ยงการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังจากมีการป่วยซ้ำครั้งที่สอง ซึ่งทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ไม่สนใจรับประทานยา (จินดารัตน์ พิมพิ์ดีด , 2541)ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี เนื่องจากไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรส่วนตัว (Gopinath & Chaturvedi , 1992 อ้างใน สติต วงศ์สุรประกิจ, 2541) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พบว่า มีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวไม่ดี มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรงต่อกัน (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร,2542) มีการเปลี่ยนแปลงด้านการประกอบอาชีพบางรายกลับไปช่วยทำงานได้ บางรายไม่ทำงาน ส่วนผู้ที่เรียนหนังสือไม่กลับไปเรียนต่อ(จินดารัตน์

พิมพ์ดีด , 2541) บทพร่องในการดูแลความปลอดภัยของตนเอง เช่น ดิดสารเสพติด เป็นเหยื่อทางเพศหรือมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลให้เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ โรคเอดส์ หรือตั้งครรภ์โดยไม่ต้องการ (จินตนา ลีละไกรวรรณ , 2542 อ้างใน ทูลกา บุปผาสังข์, 2545)ซึ่งเหล่านี้ส่งผลต่อความคิด ความเชื่อในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (Sandock and Sandock, 2005)

2.4.2 ผลกระทบต่อครอบครัว

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างมาก ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา และขาดกำลังสำคัญจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่จะช่วยหารายได้เข้าสู่ครอบครัว (รัชนิกร อุปเสน , 2541) บางครอบครัวต้องไปยืมเงินเพื่อนบ้านเป็นค่าเดินทางและค่ารักษา (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง,2540) และค่าใช้จ่ายในการรักษาทำให้รู้สึกว่าคุณเองเป็นภาระมีการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมทำให้การติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวไม่ดี เกิดความตึงเครียดซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการแสดงอารมณ์สูง(เพชร คันธสายบัว, 2548) บางรายต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องทำงานบ้านเองทั้งหมดเพราะผู้เป็นโรคจิตเภทไม่ยอมช่วยทำงาน ต้องอดนอนเป็นประจำเมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบและเกิดภาวะเครียดจนเกิดอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ อ่อนล้ากับการดูแล (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง,2540) จากการศึกษาถึงบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททำให้เป็นภาระในด้านการสูญเสียทางเศรษฐกิจ รองลงมาคือ การพักผ่อนและผลเสียต่อสุขภาพตามลำดับ (รัชนิกร อุปเสน , 2541)

2.4.3. ผลกระทบต่อสังคม

ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชน เมื่อมีอาการทางจิตจะทำความเดือดร้อนให้ชุมชน เช่น ทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีพฤติกรรมรุนแรงจากอาการหวาดระแวง หลงผิด หรือ บางครั้งพกพาอาวุธไว้กับตัว บางครั้งทุบทำลายข้าวของเป็นต้น(Zygmunt et al., 2002)

2.4.4. ผลกระทบต่อประเทศ

การป่วยซ้ำเป็นผลกระทบของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งผู้ป่วย แพทย์และระบบบริการสุขภาพจิต การวางแผนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา และจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยไว้รักษาได้ ทำให้ขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ และการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก ในแต่ละปีรัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารักษาซ้ำในแต่ละปี

เพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต , 2552) ในการป้องกันการป่วยซ้ำในสถานบริการระดับตติยภูมิ เป็นการลดการเจ็บป่วยหรือความพิการอย่างเรื้อรัง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การสร้างพฤติกรรมใหม่นับเป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้มากที่สุด ซึ่งการดูแลตนเองมีความสำคัญต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มักมีอาการเตือนหรือมีอาการนำมาก่อนที่จะมีอาการทางจิตเกิดขึ้นเสมอ และเป็นลักษณะที่เฉพาะในแต่ละบุคคล

3. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

เป็นกิจกรรมในการดูแลตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม โดยสามารถรับรู้ถึงอาการเตือนและสามารถจัดการได้ก่อนการเจ็บป่วย มีวิธีการจัดการความเครียด ทราบแหล่งที่ขอความช่วยเหลือ และมีความรู้ทักษะในการใช้ยาได้ถูกต้อง (Meijel, et al., 2003)

3.1 ความหมายของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท คือ การปฏิบัติตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ สามารถรับรู้ได้จากการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดและพฤติกรรมซึ่งพบได้บ่อยและชัดเจนในระยะก่อนเริ่มมีอาการ (Baker, 1995; Kennedy, et al., 2000; Meijel, 2003) องค์ประกอบของคุณลักษณะของพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดการป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง (วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, 2549) ดังนี้

3.1.1 การรับรู้อาการเตือน (Recognize of Early Warning Signs)

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความจำเป็นที่จะต้องให้การรักษาทันทีเท่าที่จะสามารถทำได้ เพื่อลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดปัญหาต่างๆ ในอนาคต (disability, handicap) นอกจากนี้ยังพบว่าสามารถป้องกันอุบัติการณ์การป่วยซ้ำได้ ถ้าสามารถตรวจพบอาการที่บ่งบอกการกลับเป็นซ้ำได้รวดเร็ว ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทพึงตระหนักว่าอาการเตือนนี้มีลักษณะเฉพาะในผู้ป่วยแต่ละคน (individualised) และมีความจำเพาะ (specific) สามารถพบอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทแบ่งเป็น 3 ระดับ (Meijel, et al., 2003) ดังนี้

1. ระดับปกติหรือคงที่ : รู้ตัวเองว่าอารมณ์หงุดหงิดได้ง่าย มีความคิดวิตกกังวล เพิ่มขึ้นพักผ่อนน้อยลง แต่ยังคงควบคุมและจัดการได้

2. ระดับปานกลาง : มีความคิดฟุ้งซ่าน หมกมุ่นทางกิจกรรมด้านศาสนา ไม่หลับ (ตั้งแต่ 1 คืน) ระแวงคนรอบตัว ไม่รับประทานอาหาร

3. ระดับรุนแรง : มีความคิดกลัวหวาดระแวง คิดว่าตนเองติดต่อบี๋สารกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ได้ ประสาทหลอน

ลักษณะอาการเตือน

Birchwood, et al. (1989) พบว่าอาการเตือนที่ผู้ป่วยและญาติสังเกตได้ก่อนที่จะมีการป่วยซ้ำ จำแนกตามลักษณะอาการเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1) ด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย (Anxiety / Agitation) เช่น เจ็บปวดทางกาย นอนหลับยาก ตึงเครียด กลัวหรือวิตกกังวลและขาดสมาธิ

2) ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว (Depression/ Withdrawal) เช่น อ่อนเพลีย หดแรงแง เจ็บแยกตัว ไม่อยากอาหาร รู้สึกไร้ค่าหรือหมดหวัง เศร้าหรือซึมเศร้า อาการสูญเสีย

3) ด้านขาดการยับยั้งตนเอง (Disinhibition) เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าวรุนแรงไม่เป็นมิตร

4) ด้านการเริ่มมีอาการทางจิต (Incipient psychosis) เช่น พูดหรือหัวเราะคนเดียว พูดจาไม่ต่อเนื่องหรือเหลวไหล รู้สึกว่าคนอื่นหัวเราะเยาะหรือพูดถึง รู้สึกว่าตนเองถูกจ้องมอง

รูปนัท ศรีธาราธิคุณและธนา นิลชัยโกวิทย์ (2543) จำแนกอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทที่พบได้ทั่วไป เป็น 4 ด้าน ได้แก่

1) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (Mood Changes) พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า ขาดความสนใจสิ่งต่างๆ กลัว วิตกกังวล มีความตึงเครียดสูง บางรายหงุดหงิด หรือก้าวร้าวง่ายกว่าปกติ

2) การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (Behavior Changes) พบว่าผู้ป่วยจะมีความอยากรับประทานอาหารน้อยลง แยกตัวจากสังคมและบ่อยครั้งที่พบว่ามีปัญหาการนอน

3) การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ (Cognitive Changes) พบว่าผู้ป่วยจะมีสมาธิแย่ง มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ หมกมุ่นกับเรื่องบางเรื่องมากผิดปกติ

4) พบอาการทางจิต (Psychotic Symptoms) เช่น หูแว่ว พูดคนเดียว จี๋ส่งสัย หวาดระแวง หรือมีความรู้สึกว่าคุณถูกควบคุมอยู่

การจัดการกับอาการเตือน

การจัดการกับอาการเตือนเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

(Birchwood, et al., 2000) ได้แก่

1. ระดับปกติหรือคงที่ ประกอบด้วย การทำจิตใจสงบ เช่น ฝึกโยคะ การทำสมาธิ การรับบริการจากศูนย์บริการทางสุขภาพจิต การพูดคุยปรึกษากับคนที่ไว้วางใจ จัดการกับความคิด เช่น เมื่อคิดอะไรให้จดบันทึกไว้ อะไรคือความคิดที่เด่นชัด สามารถอธิบายหรือมีมุมมองอย่างอื่น

หรือไม่ จัดการกับปัญหา/ความเครียด ได้แก่ เขียนปัญหาที่เกิดขึ้น เขียนแนวทางการจัดการที่เป็นไปได้ เลือกวิธีในการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด

2. ระดับปานกลาง ประกอบด้วย รับประทานยาที่เพิ่มขึ้นตามที่แพทย์สั่งไว้ การผ่อนคลาย เช่น การนับเลขถอยหลัง การคิดทางบวก การนึกถึงธรรมชาติ การรับบริการจากศูนย์บริการทางสุขภาพจิตเป็นประจำทุกวัน การไปพบแพทย์เพื่อพิจารณาเพิ่มการรักษาด้วยยา

3. ระดับรุนแรง ควรไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล

จากการทบทวนถึงลักษณะอาการเตือนสามารถจำแนกได้เป็นอาการที่เป็นอาการทางจิตและอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต โดยอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิตสามารถระบุได้มากกว่าอาการที่เป็นอาการทางจิต อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อยคือ การนอนหลับถูกรบกวน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึมเศร้าบ่อย ความอยากอาหารลดลง มีอาการทางด้านร่างกาย เช่น รู้สึกไม่สบายปวดศีรษะ ท้องผูกและระหว่างที่มีอาการผู้ป่วยมักจะต่อต้านหรือมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายแยกตัวเอง ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการเล็กน้อยๆค่อยๆเป็นมากขึ้นเรื่อยๆจนกระทั่งมีอาการทางจิตรุนแรง อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่เกิดขึ้นในระยะแรกเป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิตแต่เป็นอาการแสดงที่ส่งสัญญาณให้รู้ว่ากำลังจะมีอาการทางจิตเกิดขึ้นได้แก่ นอนไม่หลับ เครียด วิตกกังวล แยกตัวออกจากสังคมและไม่มีสมาธิ ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดขึ้นก่อนมีอาการป่วยซ้ำเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์ก็ได้ เป็นอาการที่มีลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคล (Herz and Melville, 1980 ; Heinrichs and Carpenter, 1985 ; Birchwood, et al., 1989 ; ดวงจันทร์ บัวคลี, 2549; สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2550)

สิ่งสำคัญในการรับรู้อาการเตือนของการป่วยซ้ำคือ การสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงซึ่งบ่งบอกถึงอาการเริ่มแยกลงเมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมที่ผ่านมา ซึ่งในการรับรู้อาการเตือน ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีความรู้ทั่วไปของโรคจิตเภท ลักษณะของอาการเตือนที่เกิดขึ้น มีแนวทางในการสังเกตอาการเตือนและมีการวางแผนที่จะปฏิบัติเพื่อให้ตนเองหลีกเลี่ยงสถานการณ์อันส่งผลต่อการเกิดอาการเตือนได้ การรับรู้อาการเตือนให้ได้อย่างรวดเร็วที่สุดหมายถึง แต่ละคนสามารถใช้วิธีทางบวกและแสวงหาแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือเพื่อลดผลกระทบหรือป้องกันการป่วยซ้ำให้เหลือน้อยที่สุด การกำหนดแนวทางการปฏิบัติตั้งแต่ในระยะแรกจะช่วยลดความรุนแรงของอาการ ทำให้ระยะเวลาของการป่วยซ้ำสั้นลงและลดการเกิดอาการเช่นเดียวกันในอนาคต (Royal Brisbane Hospital, 2003) นอกจากนี้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการติดตามอาการของตนเองมีประโยชน์มากในการป้องกันการป่วยซ้ำ (Hewitt and Birchwood, 2002)

3.1.2 การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา

เป็นการจัดการกับความเครียดอย่างหนึ่งที่เป็นทักษะทางสังคม และความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆหลายปัจจัย รวมถึงปัจจัยด้านระบบประสาทและปัจจัยด้านจิตสังคม และการป่วยซ้ำมีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถเผชิญปัญหาของผู้ป่วย และครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Antai-Otong, 1995) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ถึงปฏิกริยาตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานเมื่อเริ่มมีอาการทางจิต และสามารถหาวิธีจัดการกับความทุกข์ทรมานนั้น โดยการค้นหาวิธีที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการรักษาทางจิตเวช เพื่อไม่ให้มีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก (Baker, 1995)

การเตรียมการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการนำก่อนการป่วยซ้ำ เพื่อลดภาวะเสี่ยงของการป่วยซ้ำ

3.1.3 การใช้ยาที่ถูกต้อง

ยารักษาโรคจิตมีความสำคัญอย่างมากต่อการรักษาโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จะมีข้อดีที่เหนือกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการรักษาอาการด้านลบและยังช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น Tardive dyskinesias, Extrapyrimalal syndrome แต่ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่พบมีรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุดคือน้ำหนักตัวเพิ่ม แต่เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานานอีกทั้งยังเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จึงทำให้พบปัญหาของการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีรายงานพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราความไม่ร่วมมือในการใช้ยาประมาณร้อยละ 20-89 (เฉลี่ยร้อยละ 50) ผลกระทบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการป่วยซ้ำ เพิ่มการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก (สมพร บุษราทิจ, 2551) การป้องกันการป่วยซ้ำจึงนับเป็นการดูแลตนเองที่สำคัญ โดยการมารับยาต่อเนื่อง รับประทานยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มยาด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาทีมบุคลากร การสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ร่วมกับการสังเกตอาการของตนเองเมื่อเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลง และการคงไว้ซึ่งการรักษาด้วยยาเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Johnstone and Geddes, 1994) เมื่อผู้ป่วยรับรู้อาการเตือนได้ด้วยตนเองทำให้สามารถรับรู้ถึงภาวะที่ผิดปกติ ใช้ความสามารถในการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีการป่วยซ้ำได้ รวมทั้ง

ทราบข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อเกิดอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ ร่วมกับมีความรู้และทักษะการใช้ยาตามแผนการรักษาที่ถูกต้อง นับเป็นการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่สำคัญ นับว่ามีความสำคัญมากต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (วัฒนารักษ์ พิบูลลาภลักษณ์, 2549)

3.2 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหลายปัจจัยและเป็นปัญหาที่พบได้มากนับว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการจำแนกปัจจัยที่แสดงถึงลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ จึงเป็นสิ่งที่บอกถึงแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ จากการศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ พบว่ามีปัจจัยที่จำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ คือ (เพชร คันธสายบัว, 2544)

3.2.1 การเตรียมการเผชิญปัญหา ในผู้ป่วยจิตเภทการเตรียมการเผชิญปัญหาเป็นความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการนำหรืออาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ

3.2.2 การใช้ยาที่ถูกต้อง เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยา รักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ นอกจากนี้พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

3.2.3 สถานภาพสมรส การมีคู่สมรสไม่ได้แสดงถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ ตรงข้ามกับการไม่มีคู่สมรสกลับทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความตระหนักถึงการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้ดีกว่า ซึ่งอาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยแต่งงานมีครอบครัวทำให้มีหน้าที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้น ความเครียดร่วมกับการที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่มี/ไม่อยู่กับคู่สมรส แต่อยู่กับครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและใช้แหล่งประโยชน์ภายนอกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับการที่ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากเริ่มป่วยตั้งแต่อายุน้อย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้แต่งงานจึงสามารถดูแลตัวเองได้ดี

3.2.4 การแสดงอารมณ์ของครอบครัว ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำมีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวสูง ซึ่งมีหลายสาเหตุได้แก่ ความบกพร่องของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่มองเห็น

ไม่ชัดเจนทำให้ญาติมีความคาดหวังต่อผู้ป่วยสูง เมื่อไม่สมหวังญาติจะรู้สึกโกรธและวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยซ้ำบ่อยๆทำให้เกิดการแสดงอารมณ์สูงในญาติได้ ญาติที่รู้สึกผิดก่อให้เกิดสภาพของการมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป และเป็นลักษณะเดิมของญาติหรือเป็นปัญหาครอบครัวที่เป็นอยู่ก่อนแล้ว ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำ มีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวต่ำ เป็นการอธิบายถึงลักษณะที่สำคัญอย่างหนึ่งของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำ ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่บ้านได้นานโดยไม่มีอาการป่วยซ้ำ

3.2.5 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่เชื่อว่าสามารถป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ โดยรับรู้ประโยชน์ของการกระทำนั้นๆ เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง ลดภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อแบบแผนการรักษา และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

3.3 บทบาทพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

เนื่องจากการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่ซับซ้อนมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ปัญหา ที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำ ได้แก่ มีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จากการดำเนินของโรคและการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจากการขาดแรงจูงใจในการรักษา ไม่มีความรู้และความมั่นใจในเรื่องโรคและการดูแลป้องกันตนเอง และมีความคิดอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในด้านลบซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจในตนเองบกพร่องจนทำให้เกิดอาการกำเริบจนต้องกลับเข้าไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ ดังนั้นบทบาทหลักของพยาบาล คือ บทบาทการเป็นผู้ดูแลด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง บทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษาด้านการสังเกตอาการเตือนและการจัดการ การเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยให้มีความเข้มแข็งและสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยเกิดความคิดอัตมโนทัศน์เชิงบวก มีแรงจูงใจและมั่นใจในการแก้ปัญหาและเกิดพลังในการวางแผนดูแลตนเองต่อไปได้ ซึ่งเป็นการลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและไม่ป่วยซ้ำ(อรพรรณ, 2554)

4. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลวิธีหนึ่งที่ได้รับคามนิยมในการนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทมักถูกตัดสินว่า ด้อยความสามารถและขาดความสามารถในการควบคุม การคิด และการตัดสินใจ ดังนั้นการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้จำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

4.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Suk Bling (1998: 19-20) ได้รวบรวมคำจำกัดความเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามทัศนะของนักวิชาการไว้หลายท่านซึ่งสรุปว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการร่วมมือในการรักษาส่วนของชุมชนด้วยการบูรณาการเข้าไปในวิถีชีวิต ทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนความรู้สึกจากบุคคลที่ไม่มีคุณค่าไปสู่การยอมรับตนเองมีความสามารถอย่างแท้จริง เป็นกระบวนการซึ่งบุคคลองค์กร ชุมชนสามารถควบคุมสิ่งที่ตนเองสนใจหรือเกี่ยวข้องได้

Miller (2000) กล่าวว่า พลังอำนาจคือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจสำหรับบุคคล โดยรูปแบบพลังอำนาจมีอยู่ 7 แหล่งด้วยกันคือ

- 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength)
- 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support)
- 3) อึดมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self concept)
- 4) พลังงาน (Energy)
- 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight)
- 6) แรงจูงใจ (Motivation)
- 7) ระบบความเชื่อ (Belief system)

Conger and Kanungo (1998, อ้างใน สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการเพิ่มความรู้สึกถึงประสิทธิภาพของตน ในฐานะสมาชิกขององค์กร ด้วยการพิจารณาสถานการณ์ที่ทำให้สูญเสียพลังอำนาจและกำจัดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจด้วยการสนับสนุนข้อมูลที่มีประสิทธิภาพขององค์กรทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

Zimmerman (1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการมีส่วนร่วมในการกระทำ เพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรหรือความสามารถที่จะเพิ่มการควบคุมต่อชีวิตของบุคคลและบรรลุเป้าหมายที่สำคัญของชีวิต เป็นการส่งเสริมโอกาสในการเรียนรู้ทักษะและพัฒนาความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมผลของปัญหาที่มีต่อการดำรงชีวิต

จินตนา ยูนิพันธ์ (2539) กล่าวถึงความเชื่อพื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ มุ่งเน้นที่การนำเอาศักยภาพทางปัญญา และพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น เป็นแนวคิดที่มีความต่อเนื่องอย่างชัดเจนกับการพัฒนาคุณภาพ

อย่างครบวงจรอย่างต่อเนื่องและเป็นการสร้างสถานการณ์การเริ่มต้นที่มากกว่าการมีส่วนร่วมของบุคคล

อรรถพรณ ถีอนุชราชชัย (2541) กล่าวถึง การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพยายามที่จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง มั่นใจ ยึดมั่นผูกพันและมุ่งมั่นในการบรรลุเป้าหมายของตนเอง เพื่อการปฏิบัติหรือกระทำภารกิจหนึ่งให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง ในกรณีที่บุคคลจะเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจยึดมั่น ผูกพันต่อตนเองหรือหน่วยงานเพื่อให้สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง บุคคลจะเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถกระทำภารกิจต่างๆได้สำเร็จ บุคคลจะต้องได้รับการสนับสนุนส่งเสริมทั้งกำลังกาย กำลังใจ กำลังความคิด และมีอิสระในการตัดสินใจกระทำกรต่างๆ ด้วยตนเอง

สรุปแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยการมุ่งเน้นเพิ่มแหล่งพลังอำนาจและเอาศักยภาพภายในตนเองมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น

4.2 การสูญเสียพลังอำนาจ

Miller (2000) กล่าวถึง การสูญเสียพลังอำนาจว่าเป็นการที่บุคคลรับรู้ว่าไม่สามารถมีอิทธิพลต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามคาดหวังได้ ไม่ว่าจะเกิดขึ้นเป็นประจำหรือไม่คาดคิด

Robert (1986) กล่าวถึง การสูญเสียพลังอำนาจว่าหมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมของตนเองให้เป็นไปตามที่ต้องการ แต่ถูกควบคุมจากบุคคลอื่นหรือสิ่งเร้าที่อยู่นอกตัว

Roy (1991) กล่าวถึงการสูญเสียพลังอำนาจว่า เป็นสภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ สิ่งแวดล้อมต่างๆที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนได้

สรุปได้ว่าภาวะสูญเสียพลังอำนาจ หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ สิ่งแวดล้อมต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนต้องปฏิบัติตามผู้อื่นที่ควบคุมหรือสิ่งเร้าที่อยู่ภายนอก

สาเหตุการสูญเสียพลังอำนาจ

สาเหตุการสูญเสียพลังอำนาจสามารถเกิดขึ้นได้จากสาเหตุสำคัญ 2 ประการคือ การขาดความสามารถในการควบคุม (Loss of control) และการขาดความรู้ (Lack of knowledge)

1) การขาดความสามารถในการควบคุม (Loss of control) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1.1 ขาดความสามารถในการควบคุมด้านร่างกายจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเริ่มมีอาการของโรคโดยก่อนที่จะเกิดการเจ็บป่วยบุคคลจะมีอำนาจเหนือตนเอง แต่เมื่อเกิดเจ็บป่วยหรือระบบใด

ระบบหนึ่งของร่างกายถูกควบคุมโดยความเจ็บป่วยทำให้สมรรถภาพการทำงานที่ของร่างกายและการรักษาสมดุลในร่างกายลดลงทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจ การขาดความสามารถในการควบคุมร่างกายนี้มีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยโดยตรงเนื่องจากสูญเสียความเป็นตัวเองไป

1.2 ขาดความสามารถในการควบคุมด้านจิตใจ จะเกิดเมื่อรับรู้ที่เกิดความเจ็บป่วย รวมถึงการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสาเหตุการสูญเสียการควบคุมทางด้านจิตใจ เมื่อต้องสูญเสียอิสระในการตัดสินใจ ไม่สามารถยื่นหยัดความเป็นตัวของตนเองได้สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุภาวะไร้พลังอำนาจ

1.3 ขาดความสามารถในการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อม การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆตัวเองได้เป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสูญเสียพลังอำนาจ

2) การขาดความรู้ (Lack of knowledge) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล ความรู้เป็นแหล่งพลังอำนาจ เมื่อมีความรู้จะเพิ่มความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

4.3 แนวคิดแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย

เมื่อก้าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่จะเข้าไปทำการเสริมสร้างนั่นคือ พลังอำนาจ รวมถึงผลของพลังอำนาจที่มีต่อบุคคลควบคุมไปด้วยเสมอ (Gilbert ,1995)

ความหมายของพลังอำนาจ (Power) Miller (2000) ได้กล่าวถึง “พลังอำนาจ คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน”

แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยตามแนวคิดของ Miller (2000) ประกอบด้วย 7 แหล่ง ดังนี้

1. ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มตามศักยภาพทางกายและเต็มตามพลังสะสมทางกายภาพ(Physical reserve) เมื่อระบบของร่างกายเกิดการเจ็บป่วย พลังอำนาจในการกระทำการใดๆ ของบุคคลก็จะลดลง

2. ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) ความเข้มแข็งทางจิตใจหมายถึง ความยืดหยุ่นของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์เจ็บป่วยและความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในแต่ละวันซึ่งบางครั้งการเจ็บป่วยซ้ำก็เป็นสาเหตุของความไม่สมดุลทางจิต ความวิตกกังวลและซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอาจต้องการความช่วยเหลือในการดำรงไว้ ซึ่งความคิดทางด้านบวก ในการป้องกันความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกหมดหวังที่อาจเกิดขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงสัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ การบูรณาการทางสังคม โอกาสสำหรับการดูแลความเชื่อมั่นในคุณค่า บุคคลที่ให้การดูแล นอกจากนั้นยังรวมถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือที่สัมผัสจับต้องได้ (Tangible support) เช่น การสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) และการสนับสนุนทางข้อมูล (Informational support)

3. อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-concept) คือ ความคิดและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ในตนประกอบด้วยภาพลักษณ์ (Physical self or body image) การทำหน้าที่ของตน (Functional self or role performance) ความเป็นตัวตนของบุคคล (Personal self) ได้แก่ คุณธรรม ความคิดและความคาดหวังส่วนบุคคลและการนับถือตนเอง (Self esteem) การนับถือตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญของอัตมโนทัศน์ในตน การป่วยซ้ำส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ในตน เป้าหมายของการสร้างอัตมโนทัศน์ในตนขึ้นมาใหม่เป็นการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับร่างกายนำไปสู่อัตมโนทัศน์เกี่ยวกับตนในทางบวก โดยการทำความเข้าใจว่าความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพอยู่ในตนเอง

4. พลังงาน (Energy) คือ ความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคล ศักยภาพของพลังงาน คือ พลังงานที่เก็บสะสมไว้ ซึ่งควรที่จะสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป แหล่งของพลังงาน ได้แก่ อาหาร น้ำ การพักผ่อนและแรงจูงใจพลังงานที่ใช้ในการสะสมหรือฟื้นฟูสภาพทางกาย หรือใช้ในการจัดการกับความต้องการประจำวันรวมถึงการจัดการกับความเครียด นอกจากนั้นพลังงานยังใช้ในการเติบโต ในการเรียนรู้ทำงานและทำกิจกรรมต่างๆ

5. ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight)

1) ความรู้ หมายถึงสิ่งที่จะช่วยในการตัดสินใจ ในการสร้างทางเลือกและการลงมือกระทำ ความรู้ถือเป็นสิ่งสนับสนุนที่ช่วยลดความไม่แน่นอน การขาดความรู้นำไปสู่ความท้อแท้และนั่งเฉยซึ่งเป็นลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจ

2) การรับรู้ด้วยปัญญาหมายถึง ความสามารถที่จะค้นหาและประเมินภาวะทางกายและทางจิตเพื่อนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการและการดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของจิตใจ

6. แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง แรงผลักดันที่ซ่อนอยู่ภายใน ช่วยให้บุคคลรู้สึกถึงสมรรถนะและการพิจารณาตนเอง ในผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำแรงจูงใจมีความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพ

ส่งเสริมบทบาททางสังคมและการทำงาน และพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง แรงจูงใจมีส่วนช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา

7. ระบบความเชื่อ (Belief system) หมายถึง ระบบความเชื่อของบุคคล ความเชื่อในแผนการรักษา ความเชื่อในเจ้าหน้าที่สุขภาพและความเชื่อในตนเองหรือความเชื่อมั่นในความสามารถในตนเอง รวมถึงความเชื่อในพระเจ้า ศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยสร้างความเข้มแข็งและความสามารถในการจัดการกับความเครียดและเอาชนะต่อปัญหา ในผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำแต่ละคนอาจมีความพร้อมของ แหล่งพลังอำนาจมากน้อยแตกต่างกันออกไป แต่ถึงอย่างไรองค์ประกอบของแหล่งพลังอำนาจที่เหลืออยู่ ผู้ป่วยสามารถที่จะพัฒนาให้พลังอำนาจเข้มแข็งขึ้นมาได้ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงต้องการกลวิธีในการจัดการเพื่อทดแทนแหล่งพลังอำนาจที่พร่องไปและสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เหลือ เช่น ความหวังและอ้อมโนทัศน์เชิงบวกโดยเฉพาะอย่างยิ่งการนับถือตนเองขึ้นมา

4.4 องค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากการทบทวนงานวิจัยและเอกสารวิชาการพบว่าแนวคิดและวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย ทำให้ได้องค์ประกอบและกระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังนี้

Funnell et al. (1991) กล่าวว่ากระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

1) ข้อมูลและการให้ความรู้ (Information and Education) ได้แก่ ความรู้ที่พอเพียงต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผล การควบคุมแหล่งทรัพยากรที่พอเพียงต่อการลงมือปฏิบัติตามที่ตัดสินใจและประสบการณ์ในการประเมินประสิทธิภาพของการตัดสินใจ

2) ความรู้ (Knowledge) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะได้รับการตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับคุณค่า ความต้องการ เป้าหมายและแรงบันดาลใจในตนเอง ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพและความผาสุก มีความรู้ ทักษะ ทศนคติ และการตระหนักรู้ในตนเองที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมแสดงออกของบุคคลซึ่งมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

Hawkes (1992) กล่าวว่าองค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะความตั้งใจที่ยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และรับผิดชอบมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจ สิ่งที่ต้องคิดก่อน คือ ความไว้วางใจ ความจริงใจ ความซื่อสัตย์ เปิดเผย ทักษะส่วนบุคคล ทักษะในการสื่อสาร การเคารพซึ่งกันและกัน กระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ การสื่อสารที่เปิดเผย การตั้งเป้าหมายและตัดสินใจร่วมกันการใช้พฤติกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดสิ่งแวดล้อม เครื่องมือและแหล่งทรัพยากรที่จำเป็น ส่วนผลลัพธ์ คือ เพิ่มความสามารถและประสิทธิภาพในการกำหนดและดำเนินให้บรรลุเป้าหมายสำหรับแต่ละบุคคล

2. พยาบาลที่มีคุณลักษณะการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและใช้ทักษะของวิชาชีพ สิ่งที่ต้องคิดก่อนทำ คือ การยอมรับในคุณค่าของบุคคลอื่น การยอมรับบุคคลอย่างที่เขาเป็นส่วนผลลัพธ์ คือ ความพึงพอใจกับการเติบโตของตนและผู้อื่น

Gibson (1995) กล่าวว่าสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความมุ่งมั่น ทูมเท ความรัก และความผูกพัน โดยใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิด การดำเนินการด้วยตนเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนผลลัพธ์ คือความสามารถในการมีส่วนร่วม โดยพัฒนาทางด้านความรู้ความสามารถในการดูแล พัฒนาความเชื่อมั่นในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผลต่อเนืองคือเป้าหมายและความหมายในชีวิตการพัฒนาตนเอง ความพึงพอใจ และการรับรู้ความสำเร็จ

Bling (1999)กล่าวว่าคุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยกระบวนการสร้างแรงจูงใจ กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ การแสวงหาความรู้ ทักษะและกระบวนการของการปรับเปลี่ยนความคิด สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อนคือการสร้างแรงจูงใจ ให้กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความมุ่งมั่น ทูมเท รับรู้ถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ ความสนใจ และความหวัง โดยมีกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ

1. การค้นหาสิ่งกระตุ้นความเครียด ความสนใจ และจุดแข็ง ได้แก่ การค้นหาเป้าหมายและความสนใจของผู้ป่วยจากทัศนคติของผู้ป่วย ลดปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็งของผู้ป่วยและปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคล

2. เอื้ออำนวยการปรับเปลี่ยนความคิด ได้แก่ กระตุ้นให้เกิดความมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ช่วยผู้ป่วยในการต่อรองต่อเป้าหมายใหม่ เอื้ออำนวยให้เกิดทัศนคติทางบวก และสร้างความหวัง

3. เพิ่มแหล่งทรัพยากร ได้แก่ สร้างเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล การใช้กระบวนการกลุ่มสนับสนุนกันเอง เอื้ออำนวยการสื่อสารระหว่างสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยเพิ่มแหล่งทรัพยากรทางกายภาพ เอื้ออำนวยให้เกิดความรู้และทักษะ สนับสนุนการตัดสินใจและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบ่งเป็น ผลลัพธ์ที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความหมายแก่ชีวิตและการมีความหวัง ความเชื่อมั่น ความรู้ และทักษะ การมองโลกในแง่ดี ผลต่อเนืองที่มีต่อพฤติกรรม ได้แก่ ความมุ่งมั่นผูกพันต่อการรักษาพยาบาล การปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และความผาสุกทางจิต

องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ สรุปได้ 4 ประเด็น (คารณี จามจุรี, 2545) คือ

1. คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่

- 1.1 เจ้าหน้าที่สุขภาพใช้ทักษะวิชาชีพที่สำคัญ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะในการ

มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะการใช้อำนาจในการรักษาพยาบาลในทางบวก

1.2 ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ หน้าที่ความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจ

1.3 การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการที่บุคคลเป็นเจ้าของของสุขภาพและมีความรับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพตนเอง ขณะเดียวกับที่เจ้าหน้าที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้ป่วยไม่ควรมองข้ามอิทธิพลของสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย

2. สิ่งที่เกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาล ได้แก่ การให้ความเคารพต่อความเชื่อค่านิยมประสบการณ์ของบุคคลความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความเชื่อในความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจ ยอมรับในหน้าที่และการกระทำของผู้ป่วย ความมุ่งมั่น ทুমเทที่มีร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วยในการกระทำที่เกิดขึ้นในอนาคต

3. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (The Process of Empowerment) จากการทบทวนองค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน

ขั้นที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ มีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ด้านอารมณ์ และด้านพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนให้คืนสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ และการรับรู้ของพยาบาลเป็นเครื่องมือ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) สอดคล้องกับ Miller (1992) ที่กล่าวว่า การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการเป็นการสนับสนุนทางสังคมชนิดหนึ่งซึ่งจะช่วยให้ได้รับการดูแลในภาวะที่ต้องการการพึ่งพา หรือการช่วยเหลือทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสมกับบุคคลอื่น

ขั้นที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่พยาบาลช่วยให้ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง (Gibson, 1995) ซึ่งถือเป็นความคิดที่มีต่อตนเองในด้านบวก และช่วยลดความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อตนเองได้ โดยการสนับสนุนให้ประเมินครองชีวิตของตนเองตามทัศนะ ว่ามีมุมมองอย่างไรต่อสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง อะไรที่ชอบอะไรที่ไม่ชอบเกี่ยวกับสภาพปัญหานั้น มีความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงอะไรที่เกี่ยวกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือไม่ รวมทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ยอมรับหรือตระหนักกับสภาพปัญหาของตนเองได้ตามความเป็นจริง (Miller, 1992) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การที่มีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้านการตระหนักรู้ในตนเองนั้น เกิดจากการที่บุคคลสามารถค้นหาและประเมินภาวะกายและจิตใจของตนเองได้ตามความเป็นจริงซึ่งจะช่วยให้รู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง

ขั้นที่ 3 การสะท้อนความคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นการช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือก โดยการพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ๆที่ช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Gibson,1995) จึงอาจกล่าวได้ว่า ขั้นตอนการสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณมีความสำคัญและสามารถนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา (สายฝน เอกวารากุล, 2542)และยังเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ได้พัฒนาความรู้สึกร่วมพลังที่จะใช้ในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การจัดการกับความต้องการประจำวัน การจัดการกับอารมณ์และความเครียด(Miller,2000) รวมถึงการควบคุมตนเองหรือควบคุมเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ (ดารณี จามจรี,2545)

ขั้นที่ 4 การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และเพิ่มแหล่งทรัพยากร เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาและดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองโดยส่งเสริมสนับสนุน ให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความต้องการ ข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรสำหรับการดำเนินชีวิต มีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของแผนที่ได้ตั้งไว้ (ดารณี จามจรี,2545) การที่พยาบาลให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับปัญหาจะช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการตัดสินใจ และตระหนักถึงทางเลือกในการจัดการกับปัญหาได้โดยไม่ยอมแพ้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2532 ; Miller,2000)

ขั้นที่ 5 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมที่พยาบาลสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยดำเนินการตามแผนเพื่อแก้ไขปัญหา หรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเองตามที่ตนเองได้ตัดสินใจเลือกวิธีที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งการแสวงหาแนวทางในการแก้ปัญหาของผู้รับบริการจะต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไข (พนารัตน์ เจนจบ, 2542) ว่า 1) ต้องเป็นวิธีที่สามารถแก้ไขปัญหาให้กับตนเองได้ 2) ไม่ขัดกับการรักษาของทีมสุขภาพ 3) ได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเอง 4) เป็นแนวทางที่ผ่านการปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ และ 5) เป็นวิธีที่ผู้รับบริการคนอื่น ๆ สามารถนำไปใช้ได้ เมื่อผู้รับบริการสามารถดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ได้ด้วยตนเอง จะช่วยให้รับรู้ถึงความสามารถ ศักยภาพทางด้านร่างกายและอำนาจที่จะใช้ในการควบคุมสถานการณ์บางอย่างได้ซึ่งจะนำไปสู่การมองเห็นคุณค่าและการนับถือตนเองเพิ่มขึ้น

ขั้นที่ 6 การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจของผู้ป่วย เมื่อได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากพยาบาลตามขั้นตอนต่าง ๆ ข้างต้น จนกระทั่งผู้ป่วยรับรู้และตระหนักถึงความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้แล้ว ผู้ป่วยจะกระทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลและควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ด้วยตนเองได้มากขึ้น (พนารัตน์ เจนจบ , 2542) ตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพ เพื่อ

สุขภาพของตนและบุคคลในความดูแลของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่องอีกด้วย (Gibson,1995)

4.5 ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ

4.5.1 การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้กันมากในการอธิบายลักษณะและความเชื่อที่สะท้อนความรู้สึของการควบคุม หรืออิทธิพลของบุคคลที่จะเคารพต่อพฤติกรรม การแสดงออกที่หลากหลาย รวมถึงการควบคุมตนเองและประสิทธิภาพในตน (Zimmerman,1995) ได้แก่ การนับถือตนเอง ความสามารถในการควบคุมตน ความสามารถในตน

4.5.2 การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นความรู้และทักษะที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถและปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคล ความสามารถของบุคคล ลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะ ความคิด ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์และกิจกรรมรวมกลุ่มเป็นคำที่ใช้อธิบายการกระทำของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Suk Bling,1998)

การมีสุขภาพที่ดี (Well-being) เป็นสภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีได้แม้ว่าจะอยู่ในภาวะเปราะบางทางสุขภาพหรือการเจ็บป่วย (Orem, 1995) การมีสุขภาพที่ดี หมายถึง การยอมรับตามสภาพการเจ็บป่วยตรงตามความเป็นจริง เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆในชีวิตของตนเองได้ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ และเชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย (จันทร์ทิวา ไตรรงค์จิตเหมาะ , 2539)

4.6 บทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พยาบาลมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจและมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยผลักดันให้การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ เนื่องจาก

4.6.1 พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความหมายต่อชีวิตและการมีความหวัง ทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ กับโรคที่ตนเผชิญอยู่ ด้วยการได้รับข้อมูลที่เป็นด้านบวกต่อโรคที่เป็นอยู่ การสนับสนุนความรู้และทักษะที่จำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากเชื่อว่าพยาบาลเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญ มีความถูกต้อง เชื่อถือได้และ คาดหวังว่าพยาบาลจะให้ข้อมูลที่เขาต้องการได้ ดังนั้นความรู้และทักษะของพยาบาลจึงมีความ สำคัญที่จะช่วยสร้างความมั่นใจต่อผู้ป่วยว่าตนได้รับการดูแลอย่างดีจากพยาบาลที่มีความสามารถ

4.6.2 พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดพันธมิตรในการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ อันจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวกในผู้ป่วย

สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลเกิดจากการเคารพซึ่งกันและกัน ความไว้วางใจกัน รวมถึงการยอมรับในคุณค่าของผู้ป่วยว่าเป็นผู้มีความสามารถอยู่ในตนหรือพัฒนาความสามารถได้ และมีสิทธิอันชอบธรรมในการตัดสินใจเลือกวิธีในการดูแล รักษาตนเอง โดยได้รับการสนับสนุน ข้อมูล ความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมจากพยาบาล

4.7 การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท

การเจ็บป่วยทางจิตเวชก่อให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจของบุคคลในครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและไร้ความสามารถ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ไม่มีทางช่วยและหมดหวัง รวมทั้งการเจ็บป่วยทางจิตเวชยังเป็นมลทิน สิ่งเหล่านี้เป็นความรู้สึกซับซ้อนที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง (Paker, 1993) การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำเกิดจากความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะสูญเสียพลังอำนาจ ดังกล่าวข้างต้นซึ่งการสูญเสียพลังอำนาจ ได้ถูกจัดให้เป็นส่วนหนึ่งของการวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยแสดงอยู่ในการวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ NANDA (The North America Nursing Diagnosis Association) แบ่งกลุ่มตามแบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Atkinson and Murray, 1995: 339-342) เนื่องจากความรู้สึกถึงการสูญเสียพลังอำนาจมีผลขัดขวางต่อการจัดการกับความเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาล

ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลโดยมีเป้าหมายการดูแลเพื่อลดการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย (ดารณี จามจรี, 2545) โดยเชื่อว่าผู้ป่วยทุกคนมีพลังอำนาจในตัวมีความปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมนี้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้คุณภาพของการพยาบาลสูงขึ้น สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ประกอบด้วย

4.7.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจ ประกอบด้วย ปัจจัยอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย ปัจจัยระหว่างบุคคล และปัจจัยอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ดังนั้นการ แสวงหาวิธีการที่จะช่วยลดผลกระทบทางด้านลบ อันเนื่องมาจากปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จึงถือเป็นบทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนความรู้ ข้อมูล ทักษะ และทรัพยากร การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนความคิด และทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วย และตนเอง การสนับสนุนทางด้านจิตในการปกป้อง การใช้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วย

4.7.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจ ที่คำนึงถึงคุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย การให้คุณค่าต่อผู้ป่วยในฐานะเป็นเจ้าของสุขภาพและมีหน้าที่ความรับผิดชอบ

โดยตรงต่อสุขภาพของตน(Rodwell,1996:309)การยอมรับการเป็นหุ้นส่วนคุณค่าและความสามารถของผู้ป่วย การให้ความช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและมีอิสระในการตัดสินใจ การแสวงหาความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรเพื่อการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพรวมทั้งการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติ

5. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของMiller (2000) โดยเชื่อว่า พลังอำนาจ (Power) คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำเนินชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของบุคคล และเป็นความสามารถที่มีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน โดยแหล่งของพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (2000) มีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่ง ได้แก่ ความเข้มแข็งทางกายภาพ ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม อ้อม โน้ตส์ เชน บวก พลังงาน ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา แรงจูงใจ และระบบความเชื่อ จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยประยุกต์ให้ตรงสภาพปัญหาและบริบทของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจที่เข้มแข็งและมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อลดการป่วยซ้ำ โดยโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใหม่นี้ประกอบด้วยขั้นตอนกิจกรรม 5 ขั้นตอน รายละเอียดของกิจกรรมที่ปรับปรุงและใช้ในการศึกษาดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย โดยการสร้างสัมพันธภาพแนะนำตัว ข้อมูลเบื้องต้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์ เวลาและสถานที่ในการพบกันเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ สร้างความร่วมมือให้ผู้ป่วยได้เล่าระบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มเป็นการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและทัศนคติต่อการป่วยซ้ำ ประเมินรวบรวมแหล่งพลังอำนาจและจัดลำดับของปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงบทบาทและศักยภาพความสามารถของตนเองส่งผลต่อความคิดอ้อม โน้ตส์ เชน บวก

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ ด้วยการทบทวนปัญหาด้วยการวิเคราะห์ค้นหาปัญหาสาเหตุที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำและหาแนวทางการจัดการปัญหาด้วยตนเอง นำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นและเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ได้พัฒนาความรู้สึกลึกมีพลังในการจัดการอารมณ์และความเครียด สร้างพลังและแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง สนับสนุนให้ความช่วยเหลือและยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร โดยการให้ข้อมูล ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับ โรคจิตเภท การรักษา การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตนเอง และเอื้ออำนวยให้มีทักษะและวิธีการในการจัดการปัญหาสุขภาพในการหาแหล่งสนับสนุนและขอความช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองในการป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง ด้วยการส่งเสริมและเอื้ออำนวยแหล่งทรัพยากรต่างๆ ด้วยการฝึกทักษะจากการยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เป็นปัญหาและทดลองให้ผู้ป่วยแก้ไขสถานการณ์ที่เป็นปัญหารวมทั้งให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องและประเมินผลลัพธ์ที่ได้ดำเนินการตามแผนที่ตนเองวางไว้จะช่วยให้รับรู้ถึงความสามารถศักยภาพ มองเห็นคุณค่าและการนับถือตนเองทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางบวก

ขั้นตอนที่ 5 การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ ด้วยการทบทวนความรู้และทักษะในการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้ปฏิบัติเรียนรู้ร่วมกับพยาบาล และร่วมกันสร้างกำลังใจและแรงจูงใจในการนำความรู้ความสามารถที่มีอยู่ไปใช้จัดการกับสภาพปัญหาและวางแผนในการป้องกันได้ เมื่อบุคคลได้กระทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มความสามารถและความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นของตนเองและพัฒนาวิธีการปฏิบัติวางแผนในการป้องกันได้ต่อไป

ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเนื้อหาการดำเนินกิจกรรมโดยใช้แนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (2000)รวมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยปรับกิจกรรมให้เหลือเพียง 5 ขั้นตอนเนื่องจากผู้วิจัยได้เพิ่มการสร้างสัมพันธภาพในทุกขั้นตอนของกิจกรรมจึงไม่ได้แยกออกมาเป็นกิจกรรมต่างหากและผสมผสานเนื้อหาป้องกันการกลับป่วยซ้ำซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมี 3 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง (Meijel, 2003; วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, 2549) ดังมีรายละเอียดการบูรณาการตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปการบูรณาการแนวคิดการจัดทำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น	แนวคิดหลัก	วิธีการบูรณาการ
<p>ขั้นตอนที่1 การสร้างสัมพันธ์ภาพความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย</p>	<p>-การสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Miller(2000)เป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน</p> <p>-ระบบความเชื่อตามแนวคิดของ Miller(2000)</p>	<p>-การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด</p> <p>-การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์</p> <p>-การทบทวนตนเองถึงแหล่งพลังอำนาจที่บกพร่อง</p>
<p>ขั้นตอนที่2 การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์</p>	<p>1. การสร้างความคิดอัตโนมัติเชิงบวก Miller(2000)เป็นการนับถือตนเองและรับรู้ที่ถูกต้องต่อตนเอง</p> <p>2.การสร้างพลังงานตามแนวคิดของ Miller(2000)เป็นการเรียนรู้การทำกิจกรรมและฟื้นฟูสภาพทางร่างกาย</p>	<p>-วิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุที่ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำ</p> <p>-การสนับสนุนช่วยเหลือและร่วมหาแนวทางในการจัดการปัญหา(Meijel, 2003;วัฒนาภรณ์ พินุล อาลักษณ์, 2549)</p>
<p>ขั้นตอนที่3 การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ทักษะและแหล่งทรัพยากร</p>	<p>1.การสร้างความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญาตามแนวคิดของMiller(2000)เป็นการสร้างทางเลือกเพื่อนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสม</p> <p>2.การสร้างพลังงานตามแนวคิดของ Miller(2000)เป็นการเรียนรู้การทำกิจกรรมและฟื้นฟูสภาพทางร่างกาย</p> <p>3.การสร้างความคิดอัตโนมัติเชิงบวก Miller(2000)เป็นการนับถือตนเองและรับรู้ที่ถูกต้องต่อตนเอง</p>	<p>-การให้ความรู้เรื่องโรค การรักษา การใช้ยาที่ถูกต้อง อาการเตือนและวิธีการจัดการ การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา</p> <p>-การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้และการปฏิบัติตัว</p>

ตารางที่ 1 สรุปการบูรณาการแนวคิดการจัดทำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น	แนวคิดหลัก	วิธีการบูรณาการ
ขั้นตอนที่4 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง	1.การสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Miller(2000)เป็นการพัฒนาความเชื่อมั่นในการมีส่วนร่วมในการรักษา 2.การสร้างความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของMiller(2000)เป็นการทำให้เกิดความเชื่อมั่นและความมั่นใจที่จะขอความช่วยเหลือ	-การฝึกทักษะการรับรู้และระบอบการเตือน ทักษะในการแก้ปัญหาและการจัดการความเครียด ทักษะในการใช้ยา
ขั้นตอนที่5 การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ	1.การสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Miller(2000)เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงสมรรถนะและศักยภาพของตน 2.การสร้างความคิดอัตโนมัติที่แข็งแกร่ง Miller(2000)เป็นการนับถือตนเองในการจัดการกับปัญหาและวางแผนการป้องกันในอนาคต	-การทบทวนความรู้ที่ได้จากการลงมือปฏิบัติ -การสร้างกำลังใจและแรงจูงใจวางแผนการนำความรู้ไปใช้

5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภัทรา ธิรภาพ (2530) ศึกษาเรื่อง การศึกษาสภาพผู้ป่วยภายหลังการรักษา กรณีศึกษา : โรงพยาบาลศรีธัญญากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 212 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 160 ราย และผู้ป่วยโรคจิตเภทอื่นๆจำนวน 52 ราย ผลการศึกษาพบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 68 มีอายุระหว่าง 15-50 ปี ในจำนวนนี้ร้อยละ 95 มีอายุต่ำกว่า 35 ปี มีสถานภาพโสดมากที่สุดร้อยละ 74.4 ร้อยละ 50 ไม่ได้เรียนและเรียนชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 64.4 ไม่มีอาชีพ และผู้ป่วยจิตเภทมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 0.82 ครั้ง มากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 75 รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง

ธีระ ถีลานั้นทกิจ, พิเศษฐ อุดมรัตน์ และชุตีร์ เกิดพงษ์บุญโชติ(2541)ศึกษาผลของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย โดยจัดอบรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแล้วศึกษาถึงการกำเริบของโรคจิตเภท โดยติดตามการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยทุกคนที่ญาติเข้าร่วมโครงการในระยะ 1 ปี เปรียบเทียบกับช่วงเวลา 1 ปี ก่อนที่ญาติจะมาอบรม พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยไม่ต้องรับตัวไว้ในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีถัดมา หรือมีจำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาลน้อยลงและพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาลเท่าเดิม ขณะที่ร้อยละ 44.4 ของผู้ป่วยมีจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาลน้อยลง มีเพียงร้อยละ 5.6 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่ต้องรับตัวไว้ในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น(มากกว่า 1 ครั้ง)

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

ละเอียด รอดจันทร์, วัชรภรณ์ อุทโยภาสและจันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ (2542)ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเวชมารับรักษาซ้ำภายใน 6 เดือนและ ผู้ป่วยจิตเวชไม่มารับรักษาซ้ำเกิน 6 เดือน รับไว้ครั้งที่ 2 ขึ้นไป จำนวนกลุ่มละ 80 คน รวมทั้งหมด 160 คน ผลการวิจัยสรุปได้ว่า 1) ผู้ป่วยจิตเวชมารับรักษาซ้ำและผู้ป่วยจิตเวชไม่มารับรักษาซ้ำ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชในระดับปานกลาง 2) ผู้ป่วยจิตเวชมารับรักษาซ้ำและผู้ป่วยจิตเวชไม่มารับรักษาซ้ำมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับปานกลาง 3) ผู้ป่วยจิตเวชมารับรักษาซ้ำมีคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเวชไม่มารับรักษาซ้ำ 4) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ครั้งแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาลและการวินิจฉัยโรค มีความสัมพันธ์กับการมารับรักษาซ้ำอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ .01 และ .03 ตามลำดับ ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพของผู้ป่วยในครอบครัว ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคจิตเวช สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช มีความสัมพันธ์กับการมารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เพชรี คันธสายบัว (2544) ศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรม

สุขภาพจิตที่ได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ จำนวน 110 คน และกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ จำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ มี 5 ตัว คือ พฤติกรรมการใช้ยา การดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา ด้านการแสดงอารมณ์ สถานภาพสมรส และความเชื่อด้านสุขภาพ

สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ศึกษาวิจัยผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลจำนวน 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจากผู้ป่วยจิตเภทที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัว พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัฒนาภรณ์ พิบูลย์อาลักษณ์ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาแบบผู้ป่วยใน และกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 6 เดือน จำนวน 60 คน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง จากการศึกษาสรุปได้ว่า พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำหลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง และพิจารณารายด้าน พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการจำแนกอาการเตือน ด้านการดูแลตนเองในการเตรียมเผชิญปัญหา และด้านการใช้ยาที่ถูกต้องแตกต่างจากก่อนการทดลอง คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำทั้ง 3 ด้าน หลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง ดังนั้นโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสามารถสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ยุวดี วงษ์แสง (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน จับคู่ตามระยะเวลาการเจ็บป่วย ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สุภาวดี บุญชู (2551) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีการรับรู้อาการเตือนถูกต้องมากขึ้นก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีการรับรู้อาการเตือนถูกต้องมากขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งานวิจัยต่างประเทศ

Corrigan (1997) ได้นำการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการทำพฤติกรรมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชชนิดรุนแรง โดยเน้นการเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจอย่างมีอิสระในการกระบวนกรักษาและสถานการณ์การดำเนินชีวิต

Bling (1998) ได้ทำการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งขาจีนและบทบาทของกลุ่มสนับสนุนกันเอง คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 1) กระบวนการสร้างแรงจูงใจ 2) กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ 3) กระบวนการของการแสวงหาทักษะและความรู้ 4) กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดซึ่งแต่ละกระบวนการมีความเกี่ยวข้องและตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยการให้ความหมายต่อชีวิต ความเชื่อมั่นทักษะและความรู้และความคิดทางบวก พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลองทำให้ได้ผลลัพธ์ที่มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ในด้านการให้ความหมายต่อชีวิตความหวัง ความเชื่อมั่นทักษะและความรู้ การยอมรับความเจ็บป่วย ความคิดทางบวกรวมถึงความผาสุกทางจิต

Musker (1997 อ้างใน สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) ได้ประยุกต์การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช พบว่า การให้ข้อมูลแก่บุคคลอย่างเพียงพอเพื่อให้ผู้ป่วยสร้างทางเลือก โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับบริการครั้งแรก แต่ละคนจะได้มีส่วนร่วมในการจัดการดูแลของตน พยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูลและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้บุคคลได้เดินไปตามวิถีทางการดูแลที่ตนเป็นผู้เลือก และการเสริมทักษะทางจิตสังคมร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางจิต สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทได้

Baker (1995) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในการค้นหาอาการนำ ก่อนการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและมารับแบบผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลจิตเวชในเมืองมอนตัน (Moncton) นิวบรันสวิก (New Brunswick) แคนาดา (Canada) จำนวน 15 คน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการศึกษาสรุปได้ว่า 1) การค้นพบอาการป่วยซ้ำเป็นผลมาจากกระบวนการเรียนรู้ (Cognitive process) ความทุกข์ทรมานที่เป็นปัจจัยในการพัฒนาการรับรู้ของผู้ป่วย และในที่สุดความกลัวของผู้ป่วยต่อความทุกข์ทรมานจากการป่วยซ้ำ จะเปลี่ยนเป็นการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันความทุกข์ทรมานจากการป่วยซ้ำที่จะเพิ่มขึ้น 2) การค้นพบในครั้งนี้ สามารถอธิบายถึงความก้าวหน้าของปรากฏการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และ 3) ปรากฏการณ์ดังกล่าวเป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติรวมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่องในการที่สามารถระบุสิ่งที่มากระตุ้น อธิบายและควบคุมการป่วยซ้ำได้

Birchwood, et al (1989) ศึกษาการทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อพัฒนาการฝึกติดตามอย่างเป็นระบบ พบว่าอาการเตือนแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) อาการวิตกกังวลหรือวุ่นวาย 2) อาการซึมเศร้าหรือแยกตัว 3) อาการสูญเสียการควบคุมตนเอง 4) อาการเริ่มมีความผิดปกติทางจิต อาการเตือนที่ระบุได้มากที่สุดคือ อาการวิตกกังวลหรือวุ่นวายและอาการซึมเศร้าหรือแยกตัว

Birchwood, et al (2000) พัฒนาแนวทางในการจำแนกและจัดการกับอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำของแต่ละคนเรียกว่า Back in the saddle (BITS) โดยกล่าวถึงการป้องกันการกลับป่วยซ้ำ 5 ขั้นตอนได้แก่ดังนี้คือ 1) การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป่วยซ้ำ 2) การระบุสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำ 3) การพัฒนาแนวทางจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ 4) การฝึกติดตามอาการเตือน และ 5) การอธิบายสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำและจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ

Kennedy, Schepp and O'Conner (2000) ศึกษาการจัดการอาการแสดงกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทอายุระหว่าง 18-55 ปี จำนวน 60 คน ในหน่วยผู้ป่วยระยะแรกรับและระยะเร่งรัดของโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ในแปซิฟิกฝั่งตะวันตกเฉียงเหนือเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง 4 ตัวแปรที่สัมพันธ์กับการป่วยซ้ำได้แก่ การรับรู้ในตนเอง การจำแนกอาการแสดง การจัดการอาการแสดงด้วยตนเอง และการรับรู้ประสิทธิผลของการจัดการอาการด้วยตนเอง ตามแนวคิดของทฤษฎีการจัดการตนเองและรูปแบบการเผชิญความเครียด พบว่า การจำแนกอาการแสดงกับการจัดการอาการแสดงด้วยตนเอง และการจัดการอาการแสดงกับการรับรู้ประสิทธิผลของการจัดการอาการด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กัน การรับรู้ในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรใดๆ สามารถสรุปได้ว่าการจำแนกอาการแสดงในผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวข้องกับ

การป้องกันการป่วยซ้ำทำให้ผู้ป่วยสามารถหาแนวทางในการจัดการอาการแสดงได้ด้วยตนเอง และการป้องกันการป่วยซ้ำไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรับรู้ในตนเอง

Meijel, et al. (2006) ศึกษาโปรแกรมสนับสนุนทางจิตสังคมต่อการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทโดยพยาบาลจิตเวช กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการจากโรงพยาบาลกลางวัน ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจากสถานพยาบาลจิตเวช 3 แห่ง จำนวน 48 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 26 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน โดยโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการป่วยซ้ำแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะเตรียมความรู้เกี่ยวกับการจำแนกอาการเตือน ระยะประเมินระดับอาการเตือน และระยะจำแนกอาการเตือนโดยมีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ให้แรงเสริมสนับสนุนทางสังคม คือ ให้ความรู้แก่กลุ่มทดลอง พบว่าการติดตามอัตราการป่วยซ้ำหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 ปี พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 12.5 น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ป่วยซ้ำร้อยละ 26.2 ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .12

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทพอสรุปได้ว่า การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา มุ่งเน้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว สังคมและชุมชนได้อย่างปกติสุข และเพิ่มพูนความรู้ให้กับผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วย สามารถปรับตัว และมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยได้ โดยปัญหาที่สำคัญที่พบในผู้ป่วยจิตเภท คือ โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลายาวนานและมีอัตราการป่วยซ้ำสูง ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ เบื่อหน่าย และขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว ไม่มีความมั่นใจต้องอยู่ในภาวะสูญเสียพลังอำนาจ ทำให้ปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองไม่เหมาะสมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีแหล่งพลังงานที่เข้มแข็งเกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้องเหมาะสมทั้ง 3 ด้านคือ การรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา การใช้ยาที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ดังกรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดในการศึกษา

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการดำเนินกิจกรรม 5 ขั้นตอน คือ
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือกับสถานการณ์จริงของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพประเมินทัศนคติต่อการเจ็บป่วยและการป่วยซ้ำ

กิจกรรมที่ 1.2 อภิปรายกลุ่มเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต

กิจกรรมที่ 1.3 รวบรวมและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์

กิจกรรมที่ 2 อภิปรายกลุ่มเรื่องปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยซ้ำ

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนเอื้ออำนวยความรู้ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการป่วยซ้ำ

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะพฤติกรรมในการป้องกันการป่วยซ้ำ

ขั้นตอนที่ 5 การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ

กิจกรรมที่ 5 การสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการกับปัญหา

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

1. การรับรู้อาการเตือน
2. การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา
3. การใช้ยาที่ถูกต้อง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental Design) แบบการศึกษาสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)(Pilot&Hungler, 1999:187)มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ตัวแปรต้นคือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีรูปแบบของการทดลองดังนี้

O1	X	O2	กลุ่มทดลอง
O3		O4	กลุ่มควบคุม

O1 คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

O2 คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท หลังให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

X คือ การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

O3 คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนให้การพยาบาลตามปกติ

O4 คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท หลังให้การพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามากกว่า 1 ครั้งระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2554 จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คนและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกตามที่กำหนดไว้ดังนี้

คุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้า(Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD 10 ว่าเป็นโรคจิตเภทและเข้ารับการรักษาซ้ำเป็นแบบผู้ป่วยในมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป

2. อายุระหว่าง 20- 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนประเมินอาการทางจิต โดยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน และคะแนนอาการทางจิตทั้ง 18 ด้านต้องมีค่าระหว่าง 1-2 คะแนน
4. สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ พูดคุยโต้ตอบและอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน
5. ผู้ป่วยสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย(Patient information)แก่ผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจ ผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

คุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดออก(Exclusion Criteria)

1. มีโรคแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรงเนื่องจากเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม
2. ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรม(Drop out)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS)(สัจจา ทาโต, 2548) โดยนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากการศึกษาของวัฒนาภรณ์ พิบูลย์อักษณ(2549)เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมาร่วมคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 80 %และนัยสำคัญ .05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 11 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน เพื่อให้มีกลุ่มตัวอย่างมากเพียงพอหาก Drop out กลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่ (matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการดังนี้คือ เลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีคุณลักษณะในหอผู้ป่วยควบคุมและทดลองให้มีความเหมือนกันเป็นจำนวนให้ใกล้เคียงกัน ดังนี้

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยตรวจดูรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษาเป็นผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระอริยวงศราชูระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2554 โดยคัดเลือกเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับ

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทในหอผู้ป่วยเฟื่องฟ้า รสสุคนธ์ ราตรี พยับหมอก ลดาวัลย์ พวงชมพู และจามจรี

2.เมื่อได้รายชื่อของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยดูจากเวชระเบียนร่วมกับการสอบถามคุณสมบัติจากกลุ่มตัวอย่างและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ทำการประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ซึ่งต้องมีคะแนนไม่เกิน 30 คะแนน เนื่องจากถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตไม่รุนแรง สอบถามความสมัครใจและเซ็นยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และกิจกรรมใน โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างสังเขป

4. เมื่อผู้วิจัยได้อธิบายเสร็จแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเป็นกลุ่มทดลองจากนั้นให้ทำแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ(Pre-test)

กลุ่มควบคุม

1.ภายหลังคัดเลือกกลุ่มทดลองครบ 20 คนแล้ว ทำการคัดเลือกกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองครั้งนี้ และให้มีความเท่าเทียมกันมากที่สุด โดยพิจารณาคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ในระดับเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน

2.ทำการคัดเลือกจนครบ 20 คน จากนั้นให้ทำแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (Pre-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลอง จากคณะกรรมการจริยธรรมสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา โดยผู้วิจัยนำหนังสือการพิจารณาจริยธรรมชี้แจงบุคลากรการพยาบาลในหอผู้ป่วยเพื่อขอคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อนทำการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย จะไม่มีผลต่อการรับการรักษาและบริการต่างๆที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากเจ้าหน้าที่ของสถาบัน ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ แต่จะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในภาพรวม ซึ่งจะมีคุณค่าต่อการพัฒนาและปรับปรุงให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยต่อไป แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็สามารถแจ้งขอเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดโดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ โดยไม่มี

ผลกระทบใดๆต่อการรับการรักษาและบริการที่ได้รับ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับ ให้เขียนใบหนังสือยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
2. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ
3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและ แหล่งทรัพยากร ขั้นตอนที่ 4 การสร้างเสริมพลังอำนาจด้วยตนเอง ขั้นตอนที่ 5 การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ ซึ่งมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี หลักการและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพในตัวบุคคล การเห็นคุณค่าในตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสารในครอบครัวและการพัฒนาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

1.2 นำข้อมูลที่ได้มาสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) ที่มุ่งเน้นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพและความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมในการป้องกันการป่วยซ้ำ ดังนี้

(กิจกรรมที่ 1.1) การสร้างสัมพันธภาพประเมินทัศนคติต่อการเจ็บป่วยและการป่วยซ้ำ เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยและระหว่างผู้ป่วยด้วยกันสร้างความคุ้นเคยเกิดความไว้วางใจ และกล้าเปิดเผยตนเอง ลดความขัดแย้งวิตกกังวล และประเมินการรับรู้ ความเชื่อและทัศนคติของ

ตนเองต่อการเจ็บป่วย เป็นการประเมินความคิดพื้นฐานเดิมของผู้ป่วยแต่ละคนถึงสัญญาณของการป่วยซ้ำและวิธีการจัดการของแต่ละคน ช่วยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพจิตของตนเองว่ากำลังมีปัญหาเข้าใจและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนและเป็นการประเมินถึงความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง (กิจกรรมที่ 1.2) เพื่อให้ผู้ป่วยค้นหาและระบุปัญหาการป่วยซ้ำจากสถานการณ์จริงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอีกหลายคนที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยเช่นเดียวกับตนเอง (กิจกรรมที่ 1.3) เพื่อประเมินแหล่งพลังอำนาจทำให้ทราบว่าปัญหาการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างไร พฤติกรรมใดที่เป็นปัญหาต่อการเจ็บป่วยและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเป็นการส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกในการใช้ศักยภาพความสามารถและทรัพยากรที่มีของตนเอง(กิจกรรมที่ 2) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้และเข้าใจถึงลักษณะปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยซ้ำรับรู้ถึงบทบาทของตนเองและการจัดการกับปัญหาจัดลำดับของปัญหาและวางแผนหาแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยซ้ำ (กิจกรรมที่ 3) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้เกี่ยวกับอาการ สาเหตุ การรักษา โรคจิตเภทและการป่วยซ้ำ พฤติกรรมในการป้องกันการป่วยซ้ำและสามารถปฏิบัติตามคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ส่งเสริมแหล่งสนับสนุนเมื่อมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม(กิจกรรมที่ 4) สร้างทักษะพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยระบุอาการเตือน ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำ รับรู้ถึงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นได้ มีทักษะในการใช้วิธีการในการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม(กิจกรรมที่ 5) สนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการกับปัญหา เกิดความมั่นใจในความสามารถและศักยภาพของตนเองที่จะควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เกิดแรงจูงใจให้ผู้พว่นำวิธีการจากการฝึกปฏิบัติไปใช้ต่อเมื่อกลับไปอยู่บ้านเกิดความมั่นใจกำลังใจที่จะใช้ความสามารถของตนเองในการป้องกันไม่ให้ป่วยซ้ำ ซึ่งโปรแกรมนี้จะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพลังอำนาจ เกิดแรงจูงใจ รับรู้ถึงอาการเจ็บป่วยและความคิดทัศนคติเชิงบวกส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ คือ การรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา การใช้ยาที่ถูกต้อง(Meijel, 2003; วัฒนาภรณ์ พิบูล อลักษณ์, 2549) จัดทำคู่มือซึ่งผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวไม่ให้ป่วยซ้ำ ปรึกษาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ สาเหตุ การรักษา การป่วยซ้ำ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป่วยซ้ำ ผลกระทบจากการป่วยซ้ำ ลักษณะอาการเตือน การป้องกันการป่วยซ้ำและแนวทางในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งประกอบไปด้วยการรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา การใช้ยาที่ถูกต้องและในส่วนท้ายของคู่มือเป็นโคอาร์

การเจ็บป่วยสำหรับให้ผู้ป่วยไว้ประเมินและบันทึกอาการเจ็บป่วยของตนเองและวิธีการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

1.3 กระบวนการใช้โปรแกรม ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คนมีการดำเนินกิจกรรม 5 กิจกรรม สัปดาห์แรก 2 กิจกรรม และสัปดาห์ต่อไปสัปดาห์ละ 1 กิจกรรมอีก 3 สัปดาห์ กิจกรรมละ 60 นาที ซึ่งมีการดำเนินขั้นตอนกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ ประเมินทัศนคติต่อการเจ็บป่วยและการป่วยซ้ำ

กิจกรรมที่ 1.2 อภิปรายกลุ่มเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต

กิจกรรมที่ 1.3 รวบรวมและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพเกิดความไว้วางใจและกล้าเปิดเผยตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยค้นหาและระบุปัญหาการป่วยซ้ำจากสถานการณ์จริง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของการป่วยซ้ำ ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วย รวมทั้งวิธีการดูแลตนเอง
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาการป่วยซ้ำ

ลักษณะกิจกรรม รายกลุ่ม

ระยะเวลา 60 นาที

เนื้อหา

1. การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มและระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง

2. การเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิต

3. การประเมินภาวะสุขภาพจิตและทัศนคติต่อการป่วยซ้ำของตนเองเป็นการเรียนรู้การติดตามภาวะสุขภาพจิตของตนเอง รวมทั้งความเชื่อในเรื่องการเจ็บป่วยและการจัดการกับความเจ็บป่วย สนับสนุนการคิดแก้ปัญหาและการจัดการกับการเจ็บป่วยด้วยการคิดเชิงบวกและการประเมินทัศนคติต่อการป่วยซ้ำแบ่งทัศนคติต่อการป่วยซ้ำเป็น 3 ประเภทคือ

- คนที่มองทางบวก การคิดทางบวกจะช่วยให้คนที่กำลังประสบกับเหตุการณ์ที่ยุ่งยากให้สามารถอยู่กับเหตุการณ์นั้นโดยไม่กลับมาป่วยอีกครั้ง แต่อาจจะไม่ทราบว่ามีอาการเตือนของการป่วยซ้ำเกิดขึ้นแล้ว จึงจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ

- คนที่อยู่ในความเป็นจริง มีความวิตกกังวลแต่สามารถระงับอาการเตือนของการป่วยซ้ำได้ และไม่คิดว่าเป็นสิ่งเลวร้าย มีการควบคุมการเจ็บป่วยของตนเอง

- คนที่มองทางลบ รู้ว่ามีการป่วยซ้ำเกิดขึ้นแล้วและวิธีการที่ดีที่สุดคือการยอมรับ การกังวลมากเกินไปทำให้เกิดความเครียดและทำให้เกิดการป่วยซ้ำจึงหลีกเลี่ยง จึงจำเป็นต้องได้รับการเพิ่มความมั่นใจว่าจะทำอะไรที่จะทำให้อยู่อย่างปกติสุข เช่นการขอความช่วยเหลือจากเพื่อน ครอบครัว การรับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ

4. การใช้แบบรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจ 6 ด้าน เพื่อการวินิจฉัยพลังอำนาจจะทำให้ทราบว่าปัญหาในการดำเนินชีวิตของตนเองเป็นอย่างไร แหล่งพลังอำนาจด้านใดบกพร่องและปัญหาสำคัญอะไรที่ต้องได้รับการแก้ไขตามลำดับ

สื่อการสอนและอุปกรณ์

1. แบบบันทึกการอภิปรายกลุ่ม
2. แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต(ใบงาน1/1)
3. แบบประเมินทัศนคติของตนเองต่อการป่วยซ้ำ(ใบงาน1/2)
4. แบบรวบรวมแหล่งพลังอำนาจ(ใบงาน1/3)
5. ปากกา/ดินสอ

กิจกรรม

1. ดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยผู้วิจัย แนะนำตัวทักทายกับผู้ป่วยและให้สมาชิกแนะนำตนเอง สร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ บอกวัตถุประสงค์ กติกาการทำกลุ่ม

2. ผู้วิจัยบอกวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมวิจัย จำนวนครั้ง ระยะเวลา รวมทั้งสถานที่ในการเข้าร่วมกลุ่มกติกากการเข้ากลุ่ม ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองให้สมาชิกในกลุ่มฟังและอภิปรายร่วมกัน

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง สิ่งที่กังวลใจหรือปัญหาต่างๆและซักถามความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย ความคาดหวังต่อการหายจากโรค ความต้องการสิ่งสนับสนุนช่วยเหลือต่างๆ

4. ประเมินภาวะสุขภาพจิตและทัศนคติต่อการป่วยซ้ำจากแบบประเมินทัศนคติต่อการป่วยซ้ำ ซึ่งจะให้ผู้ป่วยทราบว่าตนเองมีทัศนคติต่อการเจ็บป่วยเป็นอย่างไรและควรปรับแก้ได้อย่างไร (ใบงานที่1/1,ใบงานที่ 1/2)

5. ประเมินแหล่งพลังอำนาจจากแบบรวบรวมแหล่งพลังอำนาจ ซึ่งจะให้ผู้ทราบการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างไรและส่วนใดที่เป็นปัญหาที่ทำให้เจ็บป่วยซ้ำ(ใบงานที่ 1/3)

6. ให้กำลังใจผู้ป่วยต่อสู้กับปัญหาการเจ็บป่วยและเห็นถึงความสามารถของตน เข้าใจยอมรับโดยใช้ศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่ของตนเองและบุคคลใกล้ชิดในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและร่วมมือตอบคำถาม
2. ผู้ป่วยบอกถึงสภาพปัญหาการเจ็บป่วยได้ตามสภาพการณ์จริง
3. ผู้ป่วยประเมินระดับภาวะสุขภาพจิตของตนเองและบอกสิ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตได้
4. ผู้ป่วยบอกถึงความเชื่อ ความหวังเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและวิธีการจัดการทางบวกได้และบอกได้ว่าตนเองมีทัศนคติต่อการป่วยซ้ำอยู่ในทางใด

5. ผู้ป่วยบอกแหล่งพลังอำนาจที่ตนเองบกร่องและจัดลำดับความสำคัญปัญหาได้

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์

กิจกรรมที่ 2 การอภิปรายกลุ่มเรื่องปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยซ้ำ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อผู้ป่วยเกิดความรู้และเข้าใจถึงลักษณะปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยซ้ำ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงบทบาทของตนเองและการจัดการกับปัญหา
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับของปัญหาและวางแผนหาแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยซ้ำ

ลักษณะกิจกรรม ราชกลุ่ม

ระยะเวลา 60 นาที

เนื้อหา

1. การสรุปปัญหาที่เป็นสาเหตุของการป่วยซ้ำจากการรวบรวมแหล่งพลังอำนาจที่ได้ในขั้นตอนที่ 1 ให้สมาชิกได้รับทราบและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
2. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยซ้ำ จากมุมมองต่างๆและวิธีการในการแก้ปัญหาที่ผ่านมาและการวางแผนแนวทางจัดการกับปัญหา
3. การให้กำลังใจผู้ป่วยในการจัดการกับปัญหาของการป่วยซ้ำ

สื่อ/อุปกรณ์

1. ปากกา/กระดาษเปล่าA4
2. แบบบันทึกการอภิปรายกลุ่ม

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยสรุปถึงความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วย ปัญหาและสาเหตุในการป้องกันตนเองที่บกพร่องจากการรวบรวมแหล่งพลังอำนาจ ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
2. การอภิปรายเกี่ยวกับปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยซ้ำ จากมุมมองต่างๆและวิธีการในการแก้ปัญหาที่ผ่านมาและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
3. ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นร่วมกันเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและหาแนวทางการจัดการกับปัญหา
4. ให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและสรุปประเด็น

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำ และวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมา วิธีการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง
2. ผู้ป่วยสามารถบอกบทบาทและหาแนวทางในการแก้ปัญหาของตนเองได้
3. ผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้วิจัยได้

ลำดับที่ 2

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร
กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการป่วยซ้ำ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การป่วยซ้ำและการป้องกันตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกอาการ สาเหตุ การรักษาโรคจิตเภทและพฤติกรรมในการป้องกันการป่วยซ้ำ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
4. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบแหล่งสนับสนุนเมื่อมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ลักษณะกิจกรรม ราชกลุ่ม

ระยะเวลา 60 นาที

เนื้อหา

1. การส่งเสริมสนับสนุน ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ประกอบด้วย สาเหตุของโรคจิตเภท อาการ การรักษา การดูแลตนเองปฏิบัติตัวในของการป่วยซ้ำและการป้องกัน ซึ่งประกอบด้วย ความหมาย ปัจจัยกระตุ้นและลักษณะอาการเตือนของการป่วยซ้ำ

2. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการป่วยซ้ำ พฤติกรรมในการป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยซ้ำรวมทั้งแหล่งสนับสนุนขอความช่วยเหลือ

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1 “โรคจิตเภท”
2. คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
3. ปากกา
4. กระดาษเปล่า A4
5. แบบบันทึกการอภิปรายกลุ่ม

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยสรุปปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำ และการแก้ปัญหาที่ผ่านมาวิธีการจัดการกับปัญหา
2. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรที่นำมาใช้ในการจัดการกับสาเหตุของการป่วยซ้ำ
3. ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทประกอบด้วย อาการ สาเหตุ การรักษาโรคจิตเภทและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
4. ผู้วิจัยแจกคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทและอภิปรายร่วมกันในเรื่องความหมายของการป่วยซ้ำ ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำและการจัดการ การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยซ้ำ รวมทั้งแหล่งสนับสนุนในการขอความช่วยเหลือ

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและสรุปกิจกรรม

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกถึงอาการ สาเหตุ การรักษาโรคจิตเภทและการดูแลตนเองได้
2. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำและการจัดการกับอาการเตือนด้วยตนเองได้
3. ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าเมื่อต้องการความช่วยเหลือ ด้านข้อมูลความรู้ ทักษะ ทรัพยากร และแหล่งสนับสนุนต่างๆสามารถขอความช่วยเหลือได้จากที่ใด

สัปดาห์ที่ 3

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะพฤติกรรมในการป้องกันการป่วยซ้ำ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถระบุอาการเตือนของการป่วยซ้ำและปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถระบุความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง
4. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฝึกติดตามอาการเตือนและวางแผนการจัดการกับอาการเตือนที่เกิดขึ้นในอนาคตได้
5. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะวิธีการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ลักษณะกิจกรรม ราชกลุ่ม

ระยะเวลา 60 นาที

เนื้อหา

การฝึกระบุถึงกระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำ อาการเตือนที่เกิดขึ้นของตนเอง ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น การจัดการที่เคยใช้ ระบุการวางแผนการจัดการกับปัญหาที่จะเกิดในอนาคต ฝึกติดตามอาการเตือน การจัดการรับประทานและการสังเกตอาการข้างเคียงของยา ฝึกวิธีการในการเผชิญปัญหาเพื่อผ่อนคลายความเครียด

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 แบบบันทึกการประเมินตนเองของนัก
2. ใบงานที่ 4/2 แบบบันทึกสัญญาณการป่วยซ้ำและการจัดการ
3. ใบความรู้ที่ 4/1 “ลักษณะอาการเตือนของโรคจิตเภท”
4. ใบความรู้ที่ 4/2 “ ยารักษาโรคจิตเภท”
5. ใบความรู้ที่ 4/3 “ความเครียดและการจัดการความเครียด”
6. แบบบันทึกการอภิปรายกลุ่ม
7. ปากกา

กิจกรรม

1. ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยผู้วิจัยกล่าวทักทายพูดคุยทักทายสมาชิก และสนทนาในเรื่องทั่วไปหลังจากนั้นนำเข้าสู่กระบวนการกลุ่มเรื่องการป่วยซ้ำและพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยซักถามคำถามปลายเปิดถึงวิธีการในการป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยซ้ำ

2. ให้ความรู้เรื่องลักษณะอาการเตือนของโรคจิตเภท 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความคิด/ การรับรู้ ด้านความรู้สึกและด้านพฤติกรรม)(ใบความรู้ที่ 4/1)
3. อธิบายแบบบันทึกการทบทวนตนเองของนัก ฝึกระบุอาการเตือนของการป่วยซ้ำและ ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการเตือนของการป่วยซ้ำ(ใบงาน4/1)
4. อธิบายแบบบันทึกสัญญาณการป่วยซ้ำและการจัดการ ฝึกระบุความคิด ความรู้สึกและ พฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นและวิธีการที่เคยใช้จัดการรวมทั้งการวางแผนการ จัดการในอนาคต (ใบงาน4/2)
5. ให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายถึงอาการเตือน ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการเตือนของการป่วย ซ้ำด้านความคิด ความรู้สึกและด้านพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นและวิธีการที่เคยใช้จัดการ และการวางแผนการจัดการป่วยซ้ำ โดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปราย และผู้วิจัยเป็นผู้สรุปประเด็น
6. ให้ความรู้เรื่องยาทางจิตเวช อาการข้างเคียงและการปฏิบัติตัวโดยให้สมาชิกฝึกทักษะใน การจัดการรับประทานด้วยตนเอง (ใบความรู้ที่ 4/2)
7. ให้ความรู้ความเครียดและการจัดการความเครียดและฝึกปฏิบัติไปพร้อมกัน (ใบความรู้ที่ 4/3)

8. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและสรุปกิจกรรม

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงอาการเตือนของการป่วยซ้ำและปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการเตือน
2. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นในขณะที่มี อาการเตือนได้
3. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับอาการเตือนและวางแผนในการจัดการในอนาคตได้
4. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการใช้ยาและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการข้างเคียงได้
5. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการการผ่อนคลายความเครียดได้

สัปดาห์ที่ 4

ขั้นตอนที่ 5 การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ

กิจกรรมที่ 5 การสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการกับปัญหา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติ
2. เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะใช้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน ไม่ให้ป่วยซ้ำ

3. เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยนำวิธีการจากการฝึกปฏิบัติไปใช้ต่อเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ลักษณะกิจกรรม ราชกลุ่ม

ระยะเวลา 60 นาที

เนื้อหา

1. การเล่าประสบการณ์การฝึกปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการป่วยซ้ำ
2. การชมเชยในความสามารถของสมาชิกแต่ละคน ชี้นำให้ผู้ป่วยนำเทคนิควิธีการในการจัดการกับการป่วยซ้ำของสมาชิกในกลุ่มที่แตกต่างจากตนเองไปลงใช้
3. การสรุปกิจกรรมทั้งหมดชี้แนะให้เห็นความสำคัญถึงความสามารถและแหล่งพลังอำนาจของตนเอง สอบถามความรู้สึกจากการร่วมกิจกรรมและความมั่นใจในความรู้ที่ได้รับ แนะนำให้นำความรู้และประสบการณ์การฝึกปฏิบัติไปใช้ต่อเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

สื่อและอุปกรณ์

1. แบบบันทึกการอภิปรายกลุ่ม
2. ปากกา/ดินสอ

กิจกรรม

1. ดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยผู้วิจัยกล่าวทักทายพูดคุยทักทายสมาชิก และสนทนาในเรื่องทั่วไป หลังจากนั้นนำเข้าสู่กระบวนการกลุ่มเรื่องพฤติกรรมป้องกันการตนเอง การซักถามถึงวิธีการในการป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยซ้ำ
2. การเล่าประสบการณ์ที่ได้รับจากการฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์ของตนเองให้สมาชิกคนอื่นฟังและให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่แตกต่าง
3. ให้สมาชิก 1 คนเป็นตัวแทนสรุปกิจกรรมทั้งหมด
4. การสรุปผลการเรียนรู้ ชมเชยในความสามารถและศักยภาพของผู้ป่วยทุกคนและชี้แนะการนำเทคนิควิธีการในการจัดการกับการป่วยซ้ำของสมาชิกในกลุ่มที่แตกต่างจากตนเองไปลงใช้
5. แจกคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทและประเมินความคิดเห็นถึงความมั่นใจในการได้รับข้อมูลความรู้และการฝึกปฏิบัติตลอดจนการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยสอบถามความรู้สึกและสิ่งที่สมาชิกได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
6. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยสรุปกิจกรรมที่ได้รับและกล่าวขอบคุณสมาชิก

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถเล่าประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติให้สมาชิกอื่นฟังได้
2. สมาชิกในกลุ่มร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติได้

3. ผู้ป่วยที่เป็นตัวแทนสรุปกิจกรรมทั้งหมดได้อย่างถูกต้อง
4. ผู้ป่วยตั้งใจฟังการอธิบายสรุป
5. ผู้ป่วยสามารถบอกประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมและแสดงความมั่นใจในการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ต่อที่บ้าน

การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของMiller(2000) ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คือ จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไปจำนวน 1คนอาจารย์พยาบาลสอนด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไปจำนวน 2 คนและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(APN)เป็นเวลา 5 ปีขึ้นไปจำนวน 2 คน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของ โปรแกรมทุกขั้นตอนที่สร้างขึ้นทั้ง 5 กิจกรรม พร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ลำดับเนื้อหา ความเหมาะสมของเวลาที่ใช้

เมื่อผู้วิจัยได้รับเครื่องมือที่ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์นำมาปรึกษาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. ควรพิจารณา High expressed emotionalในครอบครัวซึ่งกระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำได้มาก โดยการใช้คำถามหรือสังเกตว่ามีหรือไม่
2. ควรทบทวนกิจกรรมให้เขียนเป็นรูปธรรม โดยการหลีกเลี่ยงการเขียนพรรณนาเพราะผู้วิจัยจะเกิดความสับสน
3. ควรกำหนดผู้ช่วยผู้นำกลุ่มหรือผู้ช่วยวิจัยและระยะเวลาการทำกลุ่มแต่ละกลุ่มมีระยะห่างกันเท่าไร
4. ปรับการเขียนแผนการทำกลุ่มอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อที่ผู้อื่นสามารถนำมาใช้ได้ต่อไป
5. ควรมีการใช้ใบงานในคำถามที่ต้องการให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ
6. ควรปรับข้อความในใบงานเพราะถ้ามากเกินไปผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการอ่าน

หลังจากปรับแก้แล้วผู้วิจัยนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียง กับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 3 คน โดยดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อดูความ

เป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ดูความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ความเหมาะสมของเวลา รวมถึงปัญหาอุปสรรคอื่นๆ อันอาจเกิดขึ้นได้

จากการนำโปรแกรมไปทดลองใช้ พบว่าการดำเนินกลุ่มเป็นไปได้ด้วยดี แต่มีปัญหาในเรื่องเนื้อหากิจกรรมที่ 1.2 ที่ใช้เกินเวลาที่กำหนด เนื่องจากผู้ป่วยอยากระบายถึงอาการเจ็บป่วยของตนเองจึงได้ทำการปรับเวลาให้มากขึ้น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทของยูวดี วงษ์แสง(2548)ที่ดัดแปลงมาจากแนวคิด(Miller, 2000) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ประกอบด้วย

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย	1	ข้อ
การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	4	ข้อ
ความสามารถในการจัดการกับปัญหา	3	ข้อ
การรับรู้ต่อตนเอง	2	ข้อ
ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ	5	ข้อ
บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม	5	ข้อ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .93 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยรวมเท่ากับ.84 โดยมี เกณฑ์มาตรฐานวัด 5 ระดับได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ให้ค่าคะแนน 1 2 3 4 5 ตามลำดับ มีเกณฑ์ว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้วจะต้องได้คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป โดยนำจำนวนข้อ(20)คูณกับช่วงคะแนนที่ได้ ออกเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนจากน้อยไปมากที่สุด เป็นคะแนนและความหมายดังนี้ (ประคอง วรรณสูตร, 2542:108)

ช่วงคะแนน	90-100	หมายถึง	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับดีมาก
ช่วงคะแนน	70-89	หมายถึง	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับดี
ช่วงคะแนน	50-69	หมายถึง	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน	30-49	หมายถึง	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับน้อย
ช่วงคะแนน	20-29	หมายถึง	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

เกณฑ์กำกับการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนที่ 5 ผู้วิจัย ได้กำหนดเกณฑ์กำกับการทดลองว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนพลังอำนาจในระดับปานกลาง (50 – 69 คะแนน) และหากภายหลังจากประเมินแหล่งพลังอำนาจแล้ว พบว่ามีผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์

การประเมิน คือ มีระดับคะแนนน้อยกว่า 50 คะแนน ผู้วิจัยและผู้ป่วยจะร่วมกันพิจารณาถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ร่วมกับประเมินจากแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจว่าผู้ป่วยยังมีการบกร่องพลังอำนาจด้านใด จากนั้นเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยขาดไปและรวมหาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและเป็นแนวทางที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงในการแก้ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยเน้นการมีคุณค่าในตนเองและแรงจูงใจที่จะแก้ปัญหาอุปสรรคเหล่านั้นให้สำเร็จ จากนั้นประเมินแหล่งพลังอำนาจใหม่อีกครั้ง จนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การทดลอง

ซึ่งในการวิจัยครั้ง หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (เสร็จสิ้นขั้นตอนที่ 5) ผู้วิจัยได้ทำการประเมินแหล่งพลังอำนาจของตัวอย่างในกลุ่มทดลองทันที พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทุกคน มีคะแนนที่ได้จากการประเมินแหล่งพลังอำนาจผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นั่นคือ มีคะแนนแหล่งพลังอำนาจอยู่ที่ระดับดีระดับดีมาก (71 - 96 คะแนน) (ดังแสดงในตารางที่ 2)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่สร้างขึ้น แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านคือ จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์การรักษานักจิตเวชเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไปจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลสอนด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไปจำนวน 2 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) เป็นเวลา 5 ปีขึ้นไปจำนวน 5 คน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียด ของแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทพร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์ในการตรวจสอบคะแนนซึ่งมี 5 ระดับ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความถูกต้องชัดเจนครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คำวนิจฉัยนี้ความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .98

เกณฑ์การตัดสินความตรงเชิงเนื้อหา มีดังนี้

ใช้เกณฑ์ $CVI > 0.8$ (Polit & Hungler, 1999; 2001) คือ

Content Validity index = $\frac{\text{จำนวนของที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าค่อนข้างสอดคล้องหรือสอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$

หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและภาษาบางคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดังนี้

ข้อ 4. ท่านมีวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ ปรับเป็นท่านมีวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้

ข้อ 5. ท่านเต็มใจให้ความร่วมมือในการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาปรับเปลี่ยน
ท่านเต็มใจให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

ข้อ 6. ท่านสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่ทำอยู่บางอย่างเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ปรับเป็น
ท่านสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่ทำอยู่บางอย่างเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้เช่นการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวัน การทำงาน การพักผ่อน ฯลฯ

ข้อ 11. ท่านเชื่อว่าการฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของท่าน ปรับเป็น
ท่านเชื่อว่าการทำให้ตนเองหายจากการเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของท่าน

ข้อ 14. ท่านเชื่อว่ายังมีโอกาสหายจากการเจ็บป่วยทางจิตที่เป็นอยู่ได้ ปรับเป็น ท่านเชื่อว่
การเจ็บป่วยทางจิตที่เป็นอยู่มีโอกาสหาย

ข้อ 15. ท่านเชื่อในการยึดถือศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์และบุคคลอันเป็นที่รักหรือสำคัญสำหรับ
ท่านเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ปรับเป็น ท่านเชื่อว่าการยึดถือศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์และบุคคลอันเป็น
ที่รักหรือสำคัญสำหรับท่านสามารถช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจของท่าน

ข้อ 16. ท่านสามารถปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวได้ ปรับเป็น ท่านสามารถช่วยงานใน
ครอบครัว

2. การหาความเที่ยง(Reliability) ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติ
ใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
จันนวน 30 คนแล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอน
บาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

ตารางที่ 2 คะแนนแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (n=20)

คนที่	คะแนนแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ	แปลผล
1	89	แหล่งพลังอำนาจระดับดี
2	89	แหล่งพลังอำนาจระดับดี
3	86	แหล่งพลังอำนาจระดับดี
4	88	แหล่งพลังอำนาจระดับดี
5	92	แหล่งพลังอำนาจระดับดีมาก
6	81	แหล่งพลังอำนาจระดับดี
7	86	แหล่งพลังอำนาจระดับดี
8	82	แหล่งพลังอำนาจระดับดี
9	84	แหล่งพลังอำนาจระดับดี
10	86	แหล่งพลังอำนาจระดับดี
11	91	แหล่งพลังอำนาจระดับดีมาก
12	86	แหล่งพลังอำนาจระดับดี
13	81	แหล่งพลังอำนาจระดับดี
14	71	แหล่งพลังอำนาจระดับดี
15	74	แหล่งพลังอำนาจระดับดี
16	74	แหล่งพลังอำนาจระดับดี
17	79	แหล่งพลังอำนาจระดับดี
18	71	แหล่งพลังอำนาจระดับดี
19	84	แหล่งพลังอำนาจระดับดี
20	96	แหล่งพลังอำนาจระดับดีมาก

จากตารางที่ 2 คะแนนแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยรายข้ออยู่ระหว่าง 71- 96 คะแนน ซึ่งจัดว่าแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยอยู่ในระดับตั้งแต่ดี ถึง ระดับดีมาก

3.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท มี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาครั้งก่อนและระยะเวลาเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Meijel (2003) พัฒนาโดย วัฒนารักษ์ พิบูลย์อาลักษณ์ (2549) ดัชนีความตรงตามเนื้อหา .85 และความเที่ยง .81 เครื่องมือเป็นแบบสอบถามมีมาตราส่วน 5 อันดับ ประกอบด้วย 14 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

- 1) ด้านการจำแนกอาการเตือน จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1-5
- 2) ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 6-9
- 3) ด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 10-14

ข้อคำถามทุกข้อเป็นข้อคำถามทางบวก โดยกำหนดให้ผู้ตอบคำถามเลือกตอบได้ 1 คำตอบ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 5 อันดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 5 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านมากที่สุด
- 4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านมาก
- 3 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านปานกลาง
- 2 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านน้อย
- 1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านน้อยที่สุด

แบบสอบถามการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 14-70 คะแนน

เกณฑ์ในการให้คะแนน

การประเมินทำโดยประเมินข้อคำถามในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1 – 5 จำนวนหาคะแนนรวมสำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนนประเมินโดยใช้เกณฑ์ของ (วัฒนารักษ์ พิบูลย์อาลักษณ์, 2549) โดยกำหนดค่าความหมายของคะแนนดังนี้

- คะแนน 63-70 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำมากที่สุด
- คะแนน 49-62 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำมาก
- คะแนน 35-48 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำปานกลาง
- คะแนน 21-34 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำน้อย
- คะแนน 14-20 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1.การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านคือ จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์การรักษผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไปจำนวน 1คนอาจารย์ พยาบาลสอนด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไปจำนวน 2 คนและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(APN)เป็นเวลา 5 ปีขึ้นไปจำนวน 2 คน(ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ภาษาที่ชัดเจนเข้าใจง่ายของแต่ละข้อ โดยผู้วิจัยนำรายละเอียด ของแบบสอบถาม พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทพร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่เป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์ในการตรวจสอบคะแนนซึ่งมี 5 ระดับให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความถูกต้องชัดเจนครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม กำหนดดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .97 ดังแสดงในภาคผนวก

เกณฑ์การตัดสินความตรงเชิงเนื้อหา มีดังนี้

ใช้เกณฑ์ CVI > 0.8 (Polit & Hungler, 1999; 2001) คือ

Content Validity index = $\frac{\text{จำนวนของผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าค่อนข้างสอดคล้องหรือสอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$

หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและภาษาบางคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดังนี้

ข้อ 1. จากคำถาม ท่านบอกกับตนเองเมื่ออารมณ์ของท่านเริ่มเปลี่ยนแปลง เช่น กำลังรู้สึกหงุดหงิด หรือซึมเศร้า ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ ปรับเป็น ท่านสามารถบอกกับตนเองเมื่อรู้ว่ามีอารมณ์ของตนเองเริ่มเปลี่ยนแปลง เช่น เริ่มรู้สึกหงุดหงิดง่ายขึ้น หรือซึมเศร้า

ข้อ 2. จากคำถาม ท่านบอกกับตนเองเมื่อความคิดของท่านกำลังเปลี่ยนแปลง เช่น คิดว่าตนเองกำลังอยู่ในอันตราย คิดว่าตนเองไร้ค่า ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ ปรับเป็น ท่านสามารถบอกกับตนเองเมื่อรู้ว่ามีความคิดของท่านเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเช่น คิดว่าตนเองกำลังอยู่ในอันตราย คิดว่าตนเองไร้ค่า

ข้อ 3. ท่านบอกกับตนเองเมื่อพฤติกรรมของท่านกำลังเปลี่ยนแปลง เช่น นอนไม่หลับ แยกตัว อยู่ลำพัง ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ ปรับเป็น ท่านสามารถบอกกับตนเองเมื่อพฤติกรรมของท่านเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง เช่น นอนไม่หลับ แยกตัวอยู่ลำพัง

ข้อ 4. ท่านยอมรับอาการที่เริ่มเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากที่ผู้อื่นบอก ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ ปรับเป็น ท่านยอมรับกับการที่ผู้อื่นบอกว่าท่านเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลง

ข้อ 5. ท่านบอกกับตนเองเมื่ออาการทางจิตกำลังเริ่มเปลี่ยนแปลง ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะปรับเป็น ท่านสามารถบอกกับตนเองเมื่ออาการทางจิตของท่านเริ่มเปลี่ยนแปลง

ข้อ 7. ท่านใช้เทคนิคต่างๆในการจัดการปัญหาอาการทางจิต เช่น ออกกำลังกาย นั่งสมาธิ สวดมนต์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ ปรับเป็น ท่านใช้วิธีการต่างๆในการจัดการกับอาการทางจิต เช่น ออกกำลังกาย สวดมนต์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ

ข้อ 12. เมื่อท่านรับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ท่านขอให้แพทย์ปรับการรักษาให้ใหม่ ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะอ่านแล้วสื่อความหมายเข้าใจง่าย ปรับเป็น เมื่อท่านรับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้นท่านจะไปพบแพทย์เพื่อปรับการรักษาให้ใหม่

ข้อ 14. แม้ท่านได้รับผลกระทบจากภาวะข้างเคียงของยา เช่น ง่วงนอนมาก มือสั่น กระสับกระส่าย น้ำลายไหล ลิ้นแข็ง ท่านยังคงรับประทานยาต่อไป ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะไม่ชัดเจนในประโยคคำถาม ปรับเป็น แม้ท่านเกิดอาการข้างเคียงของยา เช่น ง่วงนอนมาก มือสั่น กระสับกระส่าย น้ำลายไหล ลิ้นแข็ง ท่านรีบไปพบแพทย์เพื่อปรับยา

2. การตรวจสอบความเที่ยง(Reliability) ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 30 คนแล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งการทดลองเป็น 3 ระยะคือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้อง และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือผู้วิจัยต้องมีความพร้อมในการวิจัยโดยมีการเตรียมดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำและฝึกทักษะการเสริมสร้างพลังอำนาจจากหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน และผู้วิจัยยังได้ค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท และการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทร่วมขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง จากการศึกษาค้นคว้าทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เป็นผู้วิจัยมีความรู้ความสามารถ ในการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล ด้านจิตเวชจำนวน 2 ท่านและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม เหมาะสม ของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา

1.3 ผู้วิจัยส่งวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1.4 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อ ประสานงานกับผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ถึงผู้อำนวยการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูลแผนกผู้ป่วยใน โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงานหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลอง

1.5 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยในการดำเนินการทดลองจำนวน 1 คนเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน ฝ่ายการพยาบาลมีประสบการณ์การทำงาน 5 ปีขึ้นไปเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็น ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลอง โดยผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและแนวคิด รายละเอียดของเครื่องมือ แนวทางการใช้เครื่องมือ วิธีการสัมภาษณ์เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆเพื่อให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนได้อย่าง ชัดเจนและจะมีการประเมินผลหลังการดำเนินกลุ่มร่วมกันทุกครั้ง

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจากหอผู้ป่วย โดยผู้วิจัย แนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าหอผู้ป่วย แล้วขออนุญาตดูแลเพิ่ม ประวัติของกลุ่มตัวอย่างเพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.7 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วน ผู้วิจัยให้ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้ที่ มีส่วนร่วมในการวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัยการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและขอ ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

1.8 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการเจ็บป่วยแล้วจับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.9 จากนั้นผู้วิจัยมีการดำเนินการในกลุ่มทดลองและควบคุมดังนี้

1.9.1 กลุ่มทดลอง

1.9.1.1 ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (pre-test) เพื่อประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

1.9.1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนิน โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์แรก 2 ครั้งและต่อไปสัปดาห์ละ 1 ครั้งครั้งละ 60 นาทีจำนวน 5 ครั้งติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การบำบัดด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทุกครั้งและหลังเสร็จสิ้นการบำบัด โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจะขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

1.9.1.3 ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มทดลองถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับเมื่อกลับไปรักษาที่แผนกผู้ป่วยในได้แก่ 1) กิจกรรมการดูแลทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยา การเตรียมตรวจต่างๆ 2) กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ คือ การสร้างสัมพันธภาพ การทำกิจกรรมบำบัดต่างๆ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค การวางแผนจำหน่าย การให้คำแนะนำทางสุขภาพ

1.9.1.4 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการดำเนิน โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง

1.9.1.5 ผู้วิจัยประสานหัวหน้าหอผู้ป่วยตึกพวงทอง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเพื่อขออนุญาตใช้สถานที่ นำผู้ป่วยมาดำเนิน โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจพร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง

1.9.2 กลุ่มควบคุม

1.9.2.1 ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (pre-test) เพื่อประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

1.9.2.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มควบคุมถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับเมื่อกลับไปรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ได้แก่ 1) กิจกรรมการดูแลทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยา การเตรียมตรวจต่างๆ 2) กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ คือ การสร้างสัมพันธภาพ การทำกิจกรรมบำบัดต่างๆเช่น การให้ความรู้เรื่องโรค การวางแผนจำหน่าย การให้คำแนะนำทางสุขภาพ

1.9.2.3 ผู้วิจัยนำกลุ่มควบคุมครั้งต่อไปอีก 5 สัปดาห์เพื่อขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (post-test)

2 ระยะดำเนินการทดลอง

ในขั้นดำเนินการทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตามที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติระหว่างสัปดาห์ที่ 1-4 ได้แก่ 1) กิจกรรมการดูแลทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยา การเตรียมตรวจต่างๆ 2) กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ คือ การสร้างสัมพันธภาพ การทำกิจกรรมบำบัดต่างๆเช่น การให้ความรู้เรื่องโรค การวางแผนจำหน่าย การให้คำแนะนำทางสุขภาพ

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามวันและเวลา และสถานที่ที่กำหนดไว้

ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างขึ้นตามโปรแกรมที่กำหนดโดยผู้นำกลุ่มแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ใบบงานและกิจกรรมต่างๆในแต่ละครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรมและผู้ช่วยวิจัยช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คนทำกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับผู้ป่วยจิตเภท สัปดาห์แรก 2 ครั้งและต่อไปสัปดาห์ละ 1 ครั้งครั้งละ 60 นาที จำนวน 5 ครั้งซึ่งสอดคล้องกับ (Kanfer&Goldstein,1975 อังโน สรินทร เชี่ยวโสธร,2545) กล่าวว่าขนาดกลุ่มที่ใช้ในการฝึกพฤติกรรมควรมีสมาชิกตั้งแต่ 8-10 คนจะทำให้ได้ผลดีที่สุด ณ ห้องกิจกรรมกลุ่มหอผู้ป่วยพิเศษชายตึกพวงทอง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มที่ 1 เวลา 10.00-11.00น และกลุ่มที่ 2 เวลา 13.30-14.30น.ระหว่างวันที่ 28 มิถุนายน- 31กรกฎาคม 2554 หลังสิ้นสุดชั้นตอนที่ 5 แล้วใช้เครื่องมือกำกับการทดลองวัดแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยทันที หลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์ วัดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอีกครั้ง รวมดำเนินการศึกษาใช้ระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ รายละเอียดดังนี้

- สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย
 ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์
- สัปดาห์ที่ 2 ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร
- สัปดาห์ที่ 3 ขั้นตอนที่ 4 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง
- สัปดาห์ที่ 4 ขั้นตอนที่ 5 การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ
- ผู้วิจัยได้ทำการประเมินแหล่งพลังอำนาจของตัวอย่างในกลุ่มทดลองทันที
- สัปดาห์ที่ 5 วัตถุประสงค์ป้องกันการป่วยซ้ำอีกครั้งเพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วม
 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังรายละเอียด ตารางที่ 2

ตารางที่ 3 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ณ ดิक्วงทอง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

<p>สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1)</p> <p>กลุ่มที่ 1(9.30-10.30 น) กลุ่มที่ 2(13.00-14.00น)</p> <p>สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 2)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย (วันที่ 28 มิถุนายน 2554)</p> <p>กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพประเมินทัศนคติต่อการเจ็บป่วยและการป่วยซ้ำ</p> <p>กิจกรรมที่ 1.2 อภิปรายกลุ่มเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต</p> <p>กิจกรรมที่ 1.3 รวบรวมและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์</p> <p>กิจกรรมที่ 2 อภิปรายกลุ่มเรื่องปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยซ้ำ (วันที่ 30 มิถุนายน 2554)</p>
<p>สัปดาห์ที่ 2 (ครั้งที่ 3)</p> <p>กลุ่มที่ 1(9.30-10.30 น) กลุ่มที่ 2(13.00-14.00น)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร</p> <p>กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการป่วยซ้ำ (วันที่ 6 กรกฎาคม 2554)</p>
<p>สัปดาห์ที่ 3 (ครั้งที่ 4)</p> <p>กลุ่มที่ 1(9.30-10.30 น) กลุ่มที่ 2(13.00-14.00น)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 4 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง</p> <p>กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะพฤติกรรมในการป้องกันการป่วยซ้ำ (วันที่ 13 กรกฎาคม 2554)</p>
<p>สัปดาห์ที่ 4 (ครั้งที่ 5)</p> <p>กลุ่มที่ 1(9.30-10.30 น) กลุ่มที่ 2(13.00-14.00น)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 5 การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ</p> <p>กิจกรรมที่ 5 การสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการกับปัญหา</p> <p>กำกับทดลอง ประเมินแหล่งพลังอำนาจ (วันที่ 20 กรกฎาคม 2554)</p>
<p>สัปดาห์ที่ 5</p>	<p>ประเมินผล ตอบแบบสอบถาม(Post test) (วันที่ 27 กรกฎาคม 2554)</p>

ในแต่ละขั้นตอนมีวัตถุประสงค์และการประเมินผลดังนี้(รายละเอียดเนื้อหากิจกรรมแต่ละขั้นตอนแสดงในเครื่องมือฉบับสมบูรณ์)

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพเกิดความไว้วางใจและกล้าเปิดเผยตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยค้นหาและระบุปัญหาการป่วยซ้ำจากสถานการณ์จริง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของการป่วยซ้ำ ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วย รวมทั้งวิธีการดูแลตนเอง
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาการป่วยซ้ำ

กิจกรรม

1. ผู้วิจัย แนะนำตัวทักทายกับสมาชิกและให้สมาชิกแนะนำตนเอง บอกชื่อกลุ่มวัตถุประสงค์ กติกาการเข้ากลุ่มอย่างคร่าวๆ(10นาที)
2. ให้สมาชิกเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองให้สมาชิกในกลุ่มฟังและอภิปรายร่วมกัน โดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปราย(10นาที)
3. ผู้วิจัยแจกแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต(ใบงาน1/1)ให้สมาชิกในกลุ่มทุกคนประเมินภาวะสุขภาพจิตของตนเองและและอภิปรายร่วมกัน โดยผู้ช่วยผู้วิจัยจัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปราย(10นาที)
4. ผู้วิจัยแจกแบบประเมินทัศนคติต่อการป่วยซ้ำ(ใบงาน1/2) ให้สมาชิกในกลุ่มทุกคนประเมินทัศนคติของตนเองต่อการป่วยซ้ำ ผู้วิจัยแปลผลการทำแบบประเมินทัศนคติต่อการป่วยซ้ำของสมาชิกว่าอยู่ในประเภทใด(ถ้าเลือกข้อ 1 มากที่สุด เป็นคนที่มองในทางบวก ถ้าเลือกข้อ 2 มากที่สุดเป็นคนที่อยู่ในความเป็นจริง ถ้าเลือกข้อ 3 มากที่สุด เป็นคนที่มองในทางลบ)และอภิปรายร่วมกัน โดยผู้ช่วยผู้วิจัยจัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปราย (10นาที)
5. ผู้วิจัยแจกแบบรวบรวมแหล่งพลังอำนาจ(ใบงาน1/3) ให้สมาชิกในกลุ่มทุกคนประเมินแหล่งพลังอำนาจของตนเองและจัดลำดับความสำคัญของแหล่งพลังอำนาจที่บกพร่องและอภิปรายร่วมกัน โดยผู้ช่วยผู้วิจัยจัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปราย (10นาที)

6. ผู้วิจัยให้สมาชิกถามข้อสงสัยและสรุปกิจกรรมร่วมกับสมาชิก ให้กำลังใจต่อสู้กับปัญหา การเจ็บป่วยและใช้ศักยภาพ ทรัพยากรที่มีอยู่ของตนเองและบุคคลใกล้ชิด นัดหมายการเข้าร่วม กิจกรรมในครั้งต่อไป(10นาที)

การประเมินผล

ผู้ป่วยจิตเภทสามารถสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลและสมาชิกภายในกลุ่ม ได้ เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจซึ่งกันและกัน สมาชิกส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือสามารถพูดคุยเรื่องราวการเจ็บป่วยของตนเอง อาการที่เจ็บป่วยขณะที่ต้องมาโรงพยาบาลเช่น หูแว่ว อาละวาดทำลายข้าวของ หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย การกลับไปใช้สารเสพติด นอนไม่หลับ โมโหง่าย หุดยารับประทานเองคิดว่าตนเองหายเป็นปกติแล้ว สมาชิกกลุ่มหลายคนร่วมแสดงความคิดเห็นและเข้าใจยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่สามารถพูดเรื่องราวของตนเองได้บอกถึงปัญหา สาเหตุที่เจ็บป่วยและอธิบายสภาพการณ์สิ่งกระตุ้นการเจ็บป่วยของตนได้ มีบางคนพูดคุยยังไม่ตรงประเด็นคำถามจะออกนอกเรื่อง และกระตุ้นถามในแบบรวบรวมพลังอำนาจ จะปฏิเสธบอกว่าตนเองไม่ได้เป็นอะไรแต่ถูกญาติ หลอกพามา แต่เมื่อสมาชิกกลุ่มได้เล่าระบายสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มยอมรับและตั้งใจฟังนี่ถึงตนเองก็มีอาการอย่างนี้เหมือนกัน โดยปัญหาส่วนใหญ่เป็นประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาและความเชื่อของตนเองในทางที่ไม่ถูกต้อง ขาดแรงจูงใจที่จะมารับยาอย่างต่อเนื่องและไม่ทราบถึงผลเสียถึงความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้นตามมาคือ การไม่ยอมรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเมื่อยามดึกก็ไม่ไปพบแพทย์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติด การนอนไม่หลับ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้และเข้าใจถึงลักษณะปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยซ้ำ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงบทบาทของตนเองและการจัดการกับปัญหา ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ไม่ถูกต้อง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับของปัญหาและวางแผนหาแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยซ้ำ

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยสรุปถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิต ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ปัญหาและสาเหตุในการป้องกันตนเองที่บกพร่องจากการรวบรวมแหล่งพลังอำนาจในกิจกรรมที่ 1 และให้สมาชิกร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา บอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่ 2 และระยะเวลาที่จะทำกลุ่ม(10 นาที)

2. อภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยซ้ำ จากมุมมองต่างๆและวิธีการในการแก้ปัญหาที่ผ่านมาและผลลัพธ์ที่ได้ โดยผู้ช่วยผู้วิจัยจัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและผู้วิจัยเป็นผู้สรุปประเด็นการอภิปรายและให้ความรู้เพิ่มเติม(15-20 นาที)

3. ผู้วิจัยให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นร่วมกันเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและหาแนวทางการจัดการกับปัญหาโดยผู้ช่วยผู้วิจัยจัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการแลกเปลี่ยนและผู้วิจัยเป็นผู้สรุปประเด็น(10 นาที)

4. ผู้วิจัยให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและสรุปกิจกรรมร่วมกับสมาชิก นัดหมายการร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป(10 นาที)

การประเมินผล

ผู้ป่วยทุกคนในกลุ่มบอกถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำ และ ใช้วิธีการต่างๆแก้ปัญหาทั้งด้านบวกและด้านลบ มีบทบาทหน้าที่และปฏิบัติตัวในการจัดการกับปัญหาอย่างไร สามารถวางแผนและกำหนดเป้าหมายในการจัดการกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของตนเองให้ดีขึ้นได้โดยบอกกลวิธีการจัดการกับปัญหาและมีเกณฑ์ที่ใช้ประเมินผล สมาชิกกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ปัญหาของตนเองที่ผ่านมาและมองเห็นว่าเป็นทางบวกหรือทางลบ อีกทั้งยังเสนอแนะว่าปัญหาทุกอย่างมีทางออกและต้องไม่กลัวต่อปัญหา ดังนั้นการเจ็บป่วยเป็นปัญหาจึงสามารถแก้ไขได้แต่ต้องขึ้นอยู่กับตัวเองว่ามีจิตใจที่เข้มแข็งและต่อสู้มากน้อยเพียงใด ในการที่จะ ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นระยะเวลายาวนาน ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของญาติผู้ดูแล ไม่ดื่มเหล้าและสารเสพติด สิ่งกระตุ้นต่างๆที่ทำให้ยาออกฤทธิ์น้อยลง การรู้จักเตรียมเผชิญปัญหาจากการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่างๆเช่นออกกำลังกาย ฟังเพลง ดูหนัง และรับรู้ถึงอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง นอนหลับพักผ่อนในตอนกลางคืน

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภทบอกอาการ สาเหตุ การรักษา และพฤติกรรมในการป้องกันการป่วยซ้ำ

2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

3. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบแหล่งทรัพยากรเพื่อสนับสนุนเมื่อมีปัญหาหรือต้องการขอความช่วยเหลือในการจัดการกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำให้ถูกต้องเหมาะสม

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยสรุปปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำ และการแก้ปัญหาที่ผ่านมาวิธีการจัดการกับปัญหาในกิจกรรมที่ 2 บอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่3และระยะเวลาที่จะทำกลุ่ม(10นาที)
2. ผู้วิจัยประเมินความรู้จากการซักถามสมาชิกในกลุ่มเรื่องโรคจิตเภทและการป่วยซ้ำ ผู้ช่วยผู้วิจัยจัดบันทึกประเด็นความรู้พร้อมให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องโรคจิตเภทประกอบด้วย อาการ สาเหตุ การรักษาโรคจิตเภทและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในการป้องกันการป่วยซ้ำ(10 นาที) .(ใบความรู้ที่ 1)
3. ผู้วิจัยแจกคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทและอภิปรายร่วมกันในเรื่องความหมายของการป่วยซ้ำ ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำ กัับการอาการเตือนของการป่วยซ้ำและการจัดการ พฤติกรรมที่ช่วยป้องกันไม่ให้ป่วยซ้ำ รวมทั้งแหล่งสนับสนุนในการขอความช่วยเหลือ(20 นาที)
4. ผู้วิจัยให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและสรุปกิจกรรมร่วมกับสมาชิคนัดหมายการร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป(10 นาที)

การประเมินผล

ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกถึงอาการ สาเหตุ การรักษาโรคจิตเภทและการดูแลตนเองได้สามารถให้ความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้องกับผู้อื่นได้ และบอกถึงความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลความรู้ ทักษะของการมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่เหมาะสมโดยอยากให้พยาบาลบอกวิธีการที่ไม่ต้องมาอยู่โรงพยาบาล แต่มีผู้ป่วยบางคนยังปฏิเสธการเจ็บป่วยและคิดว่าตนเองถูกญาติหลอกพา มาไม่ต้องการอะไรเพียงแต่อยากกลับบ้าน สมาชิกกลุ่มมีการอภิปรายร่วมกันถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจนทำให้ป่วยซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีคะแนนที่ได้รับจากการประเมินความรู้หลังจากให้ความรู้สูงกว่าก่อนให้ความรู้

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการจัดการกับสาเหตุและปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการจัดการที่ตนเองวางแผนไว้ได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายพูดคุยทักทายสมาชิก และสนทนาในเรื่องต่างๆไปหลังจากนั้นนำเข้าสู่กระบวนการกลุ่มเรื่องการป่วยซ้ำและการป้องกันตนเอง โดยซักถามคำถามปลายเปิดถึงวิธีการใน

การป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยซ้ำ บอกชื่อกลุ่มวัตถุประสงค์ของกิจกรรมขั้นตอนที่ 4 กติกาการเข้ากลุ่มอย่างคร่าวๆ(10นาที)

2. ผู้วิจัยแจกใบความรู้เรื่องลักษณะอาการเตือนของโรคจิตเภท 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความคิด/ การรับรู้ ด้านความรู้สึกและด้านพฤติกรรมให้สมาชิกอ่าน(5 นาที)(ใบความรู้ที่ 4/1)

3. ผู้วิจัยแจกแบบบันทึกการทบทวนตนเองของฉันทให้สมาชิกระบุอาการเตือนของการป่วยซ้ำและปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการเตือนของการป่วยซ้ำ(5 นาที) (ใบงาน4/1)

4. ผู้วิจัยแจกแบบบันทึกสัญญาณการป่วยซ้ำและการจัดการให้สมาชิกระบุความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นและวิธีการที่เคยใช้จัดการรวมทั้งการวางแผนการจัดการในอนาคต(5 นาที) (ใบงาน4/2)

5. ให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายถึงอาการเตือน ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการเตือนของการป่วยซ้ำด้านความคิด ความรู้สึกและด้านพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นและวิธีการที่เคยใช้จัดการและการวางแผนการจัดการป่วยซ้ำ โดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและผู้วิจัยเป็นผู้สรุปประเด็นการอภิปราย(15 นาที)

6. ผู้วิจัยแจกใบความรู้เรื่องการรักษาโรคจิตเภทพร้อมบรรยายให้สมาชิกฟังเรื่องยาทางจิตเวช อาการข้างเคียงและการปฏิบัติตัวโดยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของการใช้ยาที่ผ่านมาและฝึกทักษะในการจัดการรับประทานด้วยตนเอง(10นาที) (ใบความรู้ที่ 4/2)

7. ผู้วิจัยแจกใบความรู้ความเครียดและการจัดการความเครียดพร้อมบรรยายให้สมาชิกฟังและฝึกปฏิบัติไปพร้อมกัน(10นาที) (ใบความรู้ที่ 4/3)

8. ผู้วิจัยให้สมาชิกถามข้อสงสัยและสรุปกิจกรรมร่วมกับสมาชิก นัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป(10นาที)

การประเมินผล

ผู้ป่วยจิตเภทสามารถบอกถึงการจัดการกับพฤติกรรม อารมณ์ต่างๆที่ไม่เหมาะสมเช่น อารมณ์หงุดหงิด นอนไม่หลับ วิตกกังวล เครียดโดยจะปรึกษาญาติเพื่อให้พามาพบแพทย์และมีสมาชิกบางรายถามว่าหากไม่บอกญาติตนเองจะปรึกษาใครได้และทำวิธีใดและมีสมาชิกให้โทรปรึกษาสายด่วนสุขภาพจิต แต่ก็ยังมีบางคนจะมาพบแพทย์ทันทีที่ผิดปกติโดยไม่รอจนถึงวันที่แพทย์นัด สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยเกี่ยวกับการจัดการกับอาการต่างๆ ผลกระทบด้านต่างๆจากอาการเจ็บป่วยของตนเองที่นำไปบางครั้งรู้ตัวบ้างไม่รู้ตัวบ้าง บางคนรู้สึกสำนึกและเสียใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเองที่อาการเจ็บป่วยมากขึ้นจนบางรายทำร้ายมารดา เพราะขาดใจตน อาละวาดจากอาการหวาดกลัวทำลายสิ่งของทำให้แม่เสียใจถ้าตนเองย้อนเวลากลับไปได้ตนเองจะปฏิบัติตัวตามที่แพทย์แนะนำทุกอย่างไม่หยุดยาเองและถ้ามารดาเข้ามาเยี่ยมตนเอง

จะขอโทษมารดา กับสิ่งที่เกิดขึ้น สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นและมีการช่วยเหลือและให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการต่อสู้กับปัญหาการเจ็บป่วย

ขั้นตอนที่ 5 การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีกำลังใจในการจัดการกับสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ
3. เพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยนำวิธีการจากการฝึกปฏิบัติไปใช้ต่อเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายพูดคุยทักทายสมาชิก และสนทนาในเรื่องต่างๆ ไปหลังจากนั้นนำเข้าสู่กระบวนการกลุ่มเรื่องพฤติกรรมป้องกันการตนเอง โดยซักถามคำถามปลายเปิดถึงวิธีการในการป้องกันการตนเองไม่ให้ป่วยซ้ำ บอกชื่อกลุ่มวัตถุประสงค์ของกิจกรรมขั้นตอนที่ 5 ทดึกการเข้ากลุ่มอย่างคร่าวๆ (5 นาที)
2. ให้สมาชิกทุกคนเล่าประสบการณ์ที่ได้รับจากการฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์ของตนเอง ให้สมาชิกคนอื่นฟังและให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เหมือนกันและแตกต่างกัน(20 นาที)
3. ให้สมาชิก 1 คนเป็นตัวแทนสรุปกิจกรรมทั้งหมด(5 นาที)
4. ผู้วิจัยสรุปผลการเรียนรู้ ชมเชยในความสามารถและศักยภาพของผู้ป่วยทุกคนและชี้แนะการนำเทคนิควิธีการในการจัดการกับการป่วยซ้ำของสมาชิกในกลุ่มที่แตกต่างจากตนเองไปลองใช้(10 นาที)
5. ผู้วิจัยแจกคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทและประเมินความคิดเห็นถึงความมั่นใจในการได้รับข้อมูลความรู้และการฝึกปฏิบัติตลอดจนการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ต่อเมื่อเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยสอบถามความรู้สึกและสิ่งที่สมาชิกได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม(5 นาที)
6. ผู้วิจัยให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยสรุปกิจกรรมที่ได้รับและกล่าวขอบคุณสมาชิก

การประเมินผล

ผู้ป่วยจิตเภทบอกถึงความมั่นใจ ความรู้สึกและมีกำลังใจในการจัดการ กับสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เกิดความภาคภูมิใจและมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยต่อไป ถึงแม้ว่าโรคนี้อาจรักษาให้หายขาดไม่ได้แต่ถ้าตนเองปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องก็สามารถดำเนินชีวิต

ได้เหมือนคนปกติ ตนเองอยากกลับไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัวและมีประโยชน์ต่อผู้อื่นจะได้ไม่มีใครมาว่าและมองตนเองในทางที่ไม่ดีอีก”ว่าเป็นคนบ้าทำงานที่ไหนก็ได้” หลังจากนั้นสมาชิกกลุ่มก็ให้กำลังใจและคำมั่นสัญญาซึ่งกันและกันร่วมจับมือว่าจะไม่กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำอีก จะปฏิบัติตัวให้ถูกต้องตามแผนการรักษาและจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยแต่เนิ่นๆ ไม่ปล่อยไว้จนแก้ไขไม่ได้ทำให้ต้องมานอนโรงพยาบาลซ้ำอีก

หลังเสร็จสิ้น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (เสร็จสิ้นขั้นตอนที่ 5) ผู้วิจัยได้ทำการประเมินแหล่งพลังอำนาจของตัวอย่างในกลุ่มทดลองทันที พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตาม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทุกคนมีคะแนนที่ได้จากการประเมินแหล่งพลังอำนาจผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นั่นคือ มีคะแนนแหล่งพลังอำนาจอยู่ที่ระดับดี ถึง ระดับดีมาก (71 - 96 คะแนน)

สรุปข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากกลุ่ม

การวิจัยการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ดีขึ้นแล้ว หลังเสร็จสิ้น โปรแกรม ได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะในการเข้าร่วมโปรแกรม และจากการสนทนาพูดคุยกันระหว่างทำกิจกรรมทั้ง 5 ขั้นตอน สามารถสรุปแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

พลังงานและความเข้มแข็งทางกายภาพ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรกิจกรรมประจำวันได้ แต่จะมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาอยู่บ้าง โดยเฉพาะผู้ป่วยจะบอกว่า ทานยาแล้วจะง่วงนอนมากอยากนอนทั้งวันทำอะไรไม่ได้เลย กิจะอะไรไม่ออกสมองมันตื้อๆทั้งวัน ปากแห้ง คอแห้งคื่นน้ำมากเป็นหลายๆขวดและทราบถึงอันตรายจากการคื่นน้ำมากจึงพยายามจิบน้ำบ่อยๆแทน หรือบางคนบอกว่า รู้สึกมือสั่นๆหิบบ้างอะไรก็ไม่สะดวกบางครั้งจะมีอาการหงุดหงิดมากเดินทั้งวันอยากจะนั่งแต่ก็นั่งไม่ได้บังคับตนเองไม่ได้เลย

ด้านอัตมโนทัศน์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงปัญหาการเจ็บป่วยของตนเองในการดำเนินชีวิตในสังคม ผู้ป่วยจะบอกว่า เวลาอยู่ที่บ้านจะไม่ค่อยได้ไปไหน ต้องแต่ในบ้าน บางคนบอกว่ารู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้งจากญาติอยู่คนเดียว เวลามีปัญหาจะถูกต่อว่า คำว่า ต่ำหนีดนว่าตนป่วยเป็นคนบ้าแต่พี่น้องคนอื่นๆไม่โดนว่าตนจะ โดนอยู่คนเดียวทั้งๆที่ตัวเองก็ไม่รู้ว่าทำอะไรผิด ทำให้รู้สึกน้อยใจและเสียใจ ไม่มีความสำคัญและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จนไม่อยากจะทำอะไรเพราะทำอะไรก็ผิดไปหมดไม่ทำซะดีกว่า

ด้านความรู้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการป้องกันตนเอง ปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมตามแผนการรักษา ไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆของตนเองได้ ทำให้มีอาการกำเริบมากขึ้นจนต้องมารักษาตัวในโรงพยาบาล เช่น ขาดความรู้ในอาการเตือนของโรคที่ทำให้ป่วยซ้ำ การรับประทาน

ยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ หรือ อาการนอนไม่หลับ หงุดหงิด โมโหง่าย อาการข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิตที่รับประทานอยู่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและการแก้ปัญหาทางบวก เป็นต้น และผู้ป่วยคิดว่าเวลามีปัญหาต้องมาพบแพทย์และต้องอยู่โรงพยาบาลทำให้คนไม่ยอมมากลัวว่าจะถูกจับให้อยู่โรงพยาบาล และโอกาสหายหรือไม่หายขึ้นอยู่กับการรักษาของแพทย์พยาบาลเท่านั้น

ด้านแรงจูงใจพบว่าผู้ป่วยบางคนรู้สึกว่าคุณชีวิตตนเองไม่มีประโยชน์เป็นภาระกับญาติเป็นโรคจิตแล้วรักษาไม่หาย ต้องกินยาตลอดชีวิตไม่รู้ว่าเอาเงินที่ไหนมาซื้อยาได้บางครั้งบ้านอยู่ไกล

3. ระยะเวลารวบรวมข้อมูล

3.1. ก่อนดำเนิน โปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท(pre-test)

3.2 โดยกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

3.2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง(pre-test)

3.2.2 เมื่อครบกำหนด 1 สัปดาห์หลังการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการประเมินประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง(post-test)และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ

3.2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3.3 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมดังนี้

3.3.1 ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง(pre-test)

3.3.2 เมื่อครบกำหนด 1 สัปดาห์หลังการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการประเมินผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง(post-test)และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ

3.3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจง ความถี่ และค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจใช้สถิติทดสอบที(Pair t-test) หาค่าเฉลี่ย(Mean)และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)หาค่าเฉลี่ย(Mean)และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard deviation)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มที่ได้รับการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษา แผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คนซึ่งได้รับการจับคู่ (Matched-pair) ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการเจ็บป่วย จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน โดยมีการวัดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังของกลุ่มทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุสถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลครั้งก่อน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n= 20)		รวม (n= 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	10	50.0	10	50.0	20	50.0
หญิง	10	50.0	10	50.0	20	50.0
อายุ (ปี)						
20-29 ปี	6	15.0	6	15.0	12	30.0
30-39 ปี	11	27.5	12	30.0	23	57.5
40-49 ปี	2	5.0	1	2.5	3	7.5
50-59 ปี	1	2.5	1	2.5	2	5.0
สถานภาพสมรส						
โสด	13	32.5	11	27.5	24	60.0
คู่	4	10.0	6	15.0	10	25.0
หย่าร้าง	-	0.0	2	5.0	2	5.0
หม้าย/แยกกันอยู่	3	7.5	1	2.5	4	10.0
การศึกษา						
ประถมศึกษา	8	20.0	4	10.0	12	30.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	10.0	2	5.0	6	15.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	5.0	1	2.5	3	7.50
อนุปริญญา/ปวส	3	7.5	7	17.5	10	25.00
ปริญญาตรี	3	7.5	6	15.0	9	22.50
อาชีพ						
ค้าขาย	3	7.5	4	10.0	7	17.5
รับราชการ	1	2.5	3	7.5	4	10.0
รับจ้าง/รัฐวิสาหกิจ	6	15.0	7	17.5	13	32.5
เกษตรกร	1	2.5	-	-	1	2.5
ว่างงาน	9	22.5	6	15.0	15	37.5

ตารางที่ 4 (ต่อ) จำนวนและร้อยละโดยแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลครั้งก่อน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n= 20)		รวม (n= 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่เข้ารับรักษา						
1-5 ครั้ง	12	30.0	13	32.5	25	62.5
6-10 ครั้ง	4	10.0	3	7.5	7	17.5
11-15 ครั้ง	1	2.5	2	5.0	3	7.5
16 ครั้งขึ้นไป	3	7.5	2	5.0	5	12.5
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย						
<1-5 ปี	7	17.5	5	12.5	12	30.0
>5-10 ปี	5	12.5	6	15.0	11	27.5
>10-15ปี	2	5.0	3	7.5	5	12.5
>15-20ปี	5	12.5	6	15.0	11	27.5
> 20 ปีขึ้นไป	1	2.5	1	-	1	2.5
ระยะเวลาจำหน่ายครั้งก่อน						
<1-5 ปี	15	37.5	13	32.5	28	70.0
>5-10 ปี	3	7.5	3	7.5	6	15.0
>10-15ปี	1	2.5	-	-	1	2.5
>15-20ปี	1	2.5	-	-	1	2.5
> 20 ปีขึ้นไป	-	-	4	10.0	4	10.0

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนเท่ากันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคือเป็นเพศชายร้อยละ 50 และเพศหญิงร้อยละ 50 โดยร้อยละ 27.50ของกลุ่มทดลองอายุอยู่ในช่วง30-39 ปี รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง20-29 ปี ร้อยละ 15 กลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง30-39 ปีร้อยละ30 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง20-29 ปี ร้อยละ 15 ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ32.5 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 27.5 ในกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองมีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุดคือร้อยละ 20 รองลงมามีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 10 ส่วนกลุ่มควบคุมมีการศึกษาในระดับอนุปริญญา/ปวส. มากที่สุด ร้อยละ 17.5 รองลงมามีการศึกษาในระดับ ประถมศึกษาร้อยละ 10

กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพว่างงานมากที่สุดคือร้อยละ 22.5 รองลงมามีรับจ้างร้อยละ 15 ในกลุ่มทดลองส่วนกลุ่มควบคุมมีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด ร้อยละ 17.5 รองลงมาอาชีพว่างงาน มีร้อยละ 15

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา 1-5 ครั้งมากที่สุดคือร้อยละ 30.0 รองลงมามีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา 6-10 ครั้ง ร้อยละ 15 ในกลุ่มทดลองส่วนกลุ่มควบคุมมีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา 1-5 ครั้ง มากที่สุด ร้อยละ 32.5 รองลงมามีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา 6-10 ครั้งร้อยละ 17.5

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1- 5 ปีมากที่สุดคือร้อยละ 17.5 รองลงมา มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยมากกว่า 5-10 ปีและมากกว่า 15-20 ปี จำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 12.5 กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยมากกว่า 5-10 ปี และมากกว่า 15-20 ปีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 15 รองลงมามีระยะเวลาในการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1- 5 ปีร้อยละ 12.5

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลครั้งก่อนน้อยกว่า 1-5 ปีมากที่สุด คือร้อยละ 37.5 รองลงมามีระยะเวลาที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลครั้งก่อนมากกว่า 5-10 ปีร้อยละ 7.5 ในกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลครั้งก่อนน้อยกว่า 1-5 ปีมากที่สุดคือร้อยละ 32.5 และรองลงมามีระยะเวลาที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลครั้งก่อนมากกว่า 5-10 ปีร้อยละ 7.50

ตารางที่ 5 ค่าสูงสุด(Max)และต่ำสุด(Min) ค่าเฉลี่ย(Mean)และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.)ของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามระดับอาการทางจิต(BPRS)

ข้อมูลส่วนบุคคล	Max	Min	\bar{X}	S.D.
กลุ่มทดลอง	22	11	16.30	2.49
กลุ่มควบคุม	20	12	16.30	2.49

จากตารางที่ 5 ระดับอาการทางจิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนไม่แตกต่างกันคืออยู่ในระดับ 22-20 คะแนนและต่ำสุดที่ระดับ 11-12 คะแนน มีระดับอาการทางจิตมากที่สุดคือ 20 คะแนนและต่ำที่สุด 12 คะแนนและมีระดับความรุนแรงอาการทางจิตเฉลี่ยเท่ากันคือ 16.3

ตารางที่ 6 คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท และการแปลผลของกลุ่มทดลอง ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test)

คนที่	แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	41	ปานกลาง	53	มาก
2	46	ปานกลาง	59	มาก
3	42	ปานกลาง	58	มาก
4	46	ปานกลาง	60	มาก
5	39	ปานกลาง	66	มากที่สุด
6	39	ปานกลาง	65	มากที่สุด
7	41	ปานกลาง	62	มากที่สุด
8	39	ปานกลาง	63	มากที่สุด
9	59	มาก	65	มากที่สุด
10	60	มาก	64	มากที่สุด
11	25	น้อยที่สุด	67	มากที่สุด
12	55	มาก	62	มากที่สุด
13	42	ปานกลาง	65	มากที่สุด
14	38	ปานกลาง	68	มากที่สุด
15	61	มาก	65	มากที่สุด
16	43	ปานกลาง	59	มาก
17	21	น้อยที่สุด	46	ปานกลาง
18	46	ปานกลาง	61	มาก
19	52	มาก	64	มากที่สุด
20	59	มาก	65	มากที่สุด

จากตารางที่ 6 พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำระดับน้อยที่สุด (21-25คะแนน) จำนวน 2 คน ระดับปานกลาง(39-46 คะแนน) จำนวน 12 คนและระดับมาก (52-61คะแนน) จำนวน 6 คน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภททั้ง 20 คน มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพิ่มขึ้นทุกคน ทั้งนี้เนื่องจากในโรงพยาบาลยังไม่มีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำมาก่อน

ตารางที่ 7 คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทและการแปลผลของกลุ่มควบคุม ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test)

คนที่	แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	45	ปานกลาง	43	ปานกลาง
2	41	ปานกลาง	43	ปานกลาง
3	40	ปานกลาง	40	ปานกลาง
4	43	ปานกลาง	39	ปานกลาง
5	40	ปานกลาง	50	มาก
6	45	ปานกลาง	47	ปานกลาง
7	41	ปานกลาง	40	ปานกลาง
8	35	ปานกลาง	59	มาก
9	53	มาก	53	มาก
10	58	มาก	53	มาก
11	49	มาก	53	มาก
12	48	ปานกลาง	48	ปานกลาง
13	56	มาก	58	มาก
14	39	ปานกลาง	42	ปานกลาง
15	50	มาก	48	ปานกลาง
16	40	ปานกลาง	41	ปานกลาง
17	34	น้อย	35	ปานกลาง
18	47	ปานกลาง	44	ปานกลาง
19	46	ปานกลาง	48	ปานกลาง
20	57	มาก	52	มาก

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำระดับน้อย (34 คะแนน) จำนวน 1 คน ระดับปานกลาง (35-47 คะแนน) จำนวน 12 คน และระดับมาก (49-57 คะแนน) จำนวน 6 คน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำจากระดับปานกลางเป็นระดับมากจำนวน 2 คน และคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำจากระดับมากเป็นระดับปานกลางจำนวน 1 คน นอกนั้นผู้ป่วยจำนวน 17 คนมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอยู่ในระดับเดิมไม่เปลี่ยนแปลง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง(n=20)

คะแนนพฤติกรรมป้องกัน						
การป่วยซ้ำ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	44.90	11.11	ปานกลาง	19	-6.932	0.00
หลังการทดลอง	60.65	5.28	มาก			

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -6.93$) โดยคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(n=40)

คะแนนพฤติกรรมป้องกัน						
การป่วยซ้ำ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	44.90	11.11	ปานกลาง	38	-.218	0.82
กลุ่มควบคุม	45.55	7.32	ปานกลาง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	60.65	5.28	มาก	38	7.70	0.00
กลุ่มควบคุม	46.30	6.44	ปานกลาง			

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t=7.7$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 คือพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental Research) โดยการวิจัยแบบศึกษาสองกลุ่มวัดสองครั้ง(The pretest-posttest control Group design)เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาตัวแปรต้นคือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและ หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและ กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก(ICD-10)และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก(ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและป่วยซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 40 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก(Inclusion Criteria)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) (สัจจา ทาโต, 2548) โดยนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากการศึกษาของวัฒนาภรณ์ พิบูลย์อาทิตย์ (2549) เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมาร่วมคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 80 % และนัยสำคัญ .05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 11 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน เพื่อให้มีกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมาก ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่ (matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจ
2. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - 3.2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

1. เครื่องมือการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการป้องกันการป่วยซ้ำของ Meijel ,et al (2003) ผ่านกระบวนการขั้นตอนการสร้างพลังอำนาจของ (Miller, 2000) จากแนวคิดแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่ง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย 2) การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ 3) การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร 4) การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง 5) การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 5 ครั้งๆ ละ 60 นาที โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์แรก 2 ครั้งและต่อไปสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ ประเมินทัศนคติต่อการเจ็บป่วยและการป่วยซ้ำ

กิจกรรมที่ 1.2 อภิปรายกลุ่มเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต

กิจกรรมที่ 1.3 รวบรวมและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ

ครั้งที่ 2 การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์

กิจกรรมที่ 2 การอภิปรายกลุ่มเรื่องปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยซ้ำ

ครั้งที่ 3 การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการป่วยซ้ำ

ครั้งที่ 4 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะพฤติกรรมในการป้องกันการป่วยซ้ำ

ครั้งที่ 5 การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ

กิจกรรมที่ 5 การสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการกับปัญหา

เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ซึ่งผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.80 จากนั้นผู้วิจัยแก้ไขโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม จำนวน 5 รายเพื่อทดสอบความเป็นปรนัยของเครื่องมือ แล้วนำมาปรับปรุงให้สมบูรณ์อีกครั้ง ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทของยูวดี วงษ์แสง(2548)ที่ดัดแปลงมาจากแนวคิด (Miller, 2000) ลักษณะเครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถาม 6 ด้านดังนี้ 1)ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย 3) ความสามารถในการจัดการกับปัญหา 4) การรับรู้ต่อตนเอง 5)ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ 6) บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อมโดยผู้วิจัยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่านได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.98 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน

ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัว อย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .88

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ของ วัฒนาภรณ์ พิบูลย์อักษณ (2549) มีลักษณะให้เลือกตอบเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านความตรงตามเนื้อหาความถูกต้องชัดเจนครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้

3.2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท สร้างขึ้นโดยวัฒนาภรณ์ พิบูลย์อักษณ (2549) ที่สร้างจากแนวคิดของ Meijel, et al. (2003) เป็นแบบสอบถามมีมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรม 3 ด้านคือ การรับรู้อาการเตือน ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยา โดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้และทำการปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่านได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.97 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คนซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่ม ตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ.83

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้อง และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำและฝึกทักษะการเสริมสร้างพลังอำนาจจากหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน และผู้วิจัยยังได้ค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท และการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทพร้อมขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม เหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา

1.3 ผู้วิจัยส่งวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

1.4 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อ ประสานงานกับผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.5 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยในการดำเนินการทดลองเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลอง

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง และให้ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการทำวิจัย แจกวัสดุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ในขั้นดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติระหว่างสัปดาห์ที่1-4 ได้แก่ 1) กิจกรรมการดูแลทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยา การเตรียมตรวจต่างๆ 2) กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ คือ การสร้างสัมพันธภาพ การทำกิจกรรมบำบัดต่างๆ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค การวางแผนจำหน่าย การให้คำแนะนำทางสุขภาพ

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นการวิเคราะห์สาเหตุ ให้ความรู้และฝึกทักษะพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ สัปดาห์แรก 2 ครั้งและต่อไปสัปดาห์ละ 1 ครั้ง กิจกรรมละ 60 นาที จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งที่ 5 ผู้วิจัยทำการประเมินเพื่อตรวจสอบแหล่งพลังอำนาจในกลุ่มทดลองทุกคน ทั้งนี้ พบว่ากลุ่มทดลองทุกคนมีคะแนนแหล่งพลังอำนาจในระดับดีถึงดีมาก ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การกำกับการศึกษา

3. ระยะเวลารวบรวมข้อมูล

3.1 ก่อนดำเนินโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินก่อนการวิจัย โดยใช้เครื่องมือประเมินอาการทางจิต (BPRS) และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (Pre-test)

3.2 หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และผู้วิจัยทำการประเมินผลการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (Post-test)

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Pair t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -6.93$)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อน ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 7.70$)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลทำให้พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1.กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 ราย เป็นผู้ชายจำนวน 20 คน ผู้หญิงจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 50 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มีจำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.5 สถานภาพโสด มีจำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 การศึกษาระดับประถมศึกษา มีจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพว่างงาน มีจำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.5 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษ 1-5 ครั้ง มีจำนวน 25 รายคิดเป็นร้อยละ 62.5 ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตเวชน้อยกว่า 1-5 ปี มีจำนวน 12 รายคิดเป็นร้อยละ 30.0 ระยะเวลาที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อน น้อยกว่า 1-5 ปีมีจำนวน 28 รายคิดเป็นร้อยละ 70.0

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำโดยภาพรวมและรายด้านของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจหลังการทดลอง มีระดับสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีระดับสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

3.ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำโดยภาพรวมและรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำโดยภาพรวมและรายด้านของผู้ป่วยจิตเภท สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัยตามสมมติฐานได้ดังนี้

1. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีระดับสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

2. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีระดับสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

โดยสรุป จากการสรุปผลการวิจัยตามสมมติฐาน แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจ มั่นใจในการใช้ความสามารถและศักยภาพของตนเองในการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยทำให้เกิดอึดทน โน้ตสนั่นเชิงบวก เกิดความมุ่งมั่น และมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อ ไม่ให้เกิดการป่วยซ้ำ

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยได้นำเสนอตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1) สมมติฐานข้อที่ 1 พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

ผลการวิจัยแสดงว่าพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นจากการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยครั้งนี้ มีขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เนื่องจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้ ความเข้าใจและมีพฤติกรรมป้องกันตนเองในการดูแลสุขภาพทั้งด้านกาย จิต สังคม ที่ดีขึ้น โดยเฉพาะได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ การรักษา การป้องกันดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนสุขภาพโดยมุ่งเน้นในเรื่องการรับรู้และจัดการอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา การเฝ้าระวังที่ถูกต้อง นอกจากความรู้ที่ได้รับแล้ว ผู้ป่วยจิตเภท ยังได้รับการฝึกทักษะในการสังเกตจำแนกอาการเตือน การเฝ้าระวังเตรียมเผชิญปัญหา การจัดยาและสังเกตอาการข้างเคียง สอดคล้องกับแนวคิดของ Miller(2000) ที่กล่าวว่าพลังอำนาจคือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคนและเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิด

ขึ้นกับตน โดยแหล่งพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller(2000)มีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่งคือ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ(Physical strength) 2) ความเข้มแข็งทางจิต และ แหล่งสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) 3) อึดมโนทัศน์เชิงบวก(Positive self concept) 4) พลังงาน(Energy) 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา(Knowledge and insight) 6) แรงจูงใจ (Motivation) 7)ระบบความเชื่อ(Belief system) และในการศึกษาของ คาร์ณี จามจรีและจินตนา ยูนิพันธ์(2545) ที่พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยสามารถเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยได้ ผลการศึกษาครั้งนี้ยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ จินตมางคล(2541)ที่พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและการศึกษาของสิรินธร เชี่ยวโสธร(2545)ที่พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุวดี วงษ์แสง(2548) ที่พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการเผชิญปัญหามีความสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ รวมทั้งการศึกษานี้ของGibson(1995)และ Musker(1997)พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคลเกิดความรู้สึกที่ดี มีความสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ดี พัฒนาความรู้ ความคิดและความเข้าใจ รวมทั้งการรู้จักตนเองยอมรับความจริง ควบคุมตนเองได้เกิดความมั่นใจและพยายามหาวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังสอดคล้องผลการศึกษาของ Bling(1998)ที่พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการช่วยให้ผู้ป่วยเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจของตนเองสามารถเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพและความสามารถในการเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้

เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำรายด้านพบว่าหลังการทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำด้านการรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาการใช้ยาที่ถูก ต้องสูงกว่าก่อนทดลอง ดังแสดงตารางในภาคผนวก ค

ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำทั้ง 3 ด้านหลังการทดลองมีคะแนนสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มุ่งในการเพิ่มศักยภาพความสามารถในตัวผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตัวเองสอดคล้องกับ สมจิต หนูเจริญกุล(2537) กล่าวว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆนั้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความคาดหวังหรือมีความเชื่อมั่นว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมพฤติกรรมนั้นๆได้สำเร็จและพฤติกรรมนั้นๆน่าจะทำให้เกิดผลตามที่ต้องการ ซึ่งในรายละเอียดเนื้อหาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการวิจัยครั้งนี้มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ลักษณะอาการของโรค สาเหตุ การรักษา การป่วยซ้ำ

และการป้องกันตนเองด้านต่างๆเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การส่งเสริมความรู้ทำให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ยอมรับการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้และมีการป้องกันตนเองที่ดีขึ้น

ด้านการรับรู้อาการเดือนมีคะแนนเฉลี่ย 20.55 สังกเกตจากผู้ป่วยสามารถบอกถึงอาการเดือนที่เกิดขึ้นกับตนเองก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยว่า “อาการเดือนคืออะไรหนูไม่เคยรู้เลยค่ะแต่เวลาอาการกำเริบ หนูจะนอนไม่หลับ หงุดหงิด อารมณ์เสียบ้าง” และหลังจากการฝึกปฏิบัติ พบว่า ผู้ป่วยสามารถบอกอาการเดือนและจำแนกอาการเดือนและอาการทางจิตได้อย่างถูกต้องดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังต่อไปนี้ “เราจะดูแลตนเอง โดยต้องไม่ให้เกิดอาการมากเช่น ถ้านอนไม่หลับหลายๆคืนต้องมาหาหมอเลยทันทีและต้องมารับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง ถ้าเครียดต้องผ่อนคลายๆให้ญาติฟังหรือออกกำลังกายไม่เก็บไว้คนเดียว”

ด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง มีคะแนนเฉลี่ย 22.45 จากการดำเนินโรคที่เรื้อรังผู้ป่วยได้รับการรักษาอาการทางจิตเป็นเวลานาน ส่งผลต่อการแสดงออกของบุคลิกภาพของผู้ป่วย(อุมภาพร กาญจนรักษ์,2545) ผู้ป่วยบางรายเคลื่อนไหวร่างกายช้ากว่าปกติ บางรายมีอาการสั่นของมือที่ไม่สามารถควบคุมได้(สมภพ เรื่องตระกูล,2542) อาการดังกล่าวส่งผลให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ ไม่สนใจดูแลตนเอง ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการนอน

การใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งสังเกตได้จากผู้ป่วยสามารถบอกอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาและวิธีการจัดการเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการฝึกทักษะการจัดการจิตของตนเองและสามารถบอกถึงอาการข้างเคียงของยา ดังคำพูดว่า “อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยา คือ ปากคอแห้ง ง่วงนอน บางครั้งมือสั่น ใจสั่น ขาอ่อนแรง แต่ผมก็ทานยาต่อเนื่องไม่เคยทิ้งยาเลยครับ”

ด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา มีคะแนนเฉลี่ย 17.95 นั่นคือ การเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการจัดการกับความเครียดตลอดจนปัญหาต่างๆที่มากระทบต่อผู้ป่วย ทั้งที่เกิดขึ้นจากตัวผู้ป่วยเองและผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ มีการฝึกทักษะการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วยให้มีอารมณ์ผ่อนคลายประสาทร่างกายกับจิต โดยผ่านระบบประสาทและฮอว์โมน(Palletier,1997)ทำให้จิตใจสงบ สบายมีสมาธิ นอกจากนี้การศึกษาของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534)เชื่อว่าบุคคลที่ได้ฝึกการผ่อนคลาย จะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ให้ทำงานลดลง ลดอันตรายที่เกิดจากร่างกายอยู่ในภาวะเครียดยาวนานได้ จากการศึกษาของปรีวัตร ไชยน้อย(2546)พบว่าผู้ป่วยร้อยละ26.93มีการปฏิบัติหลายๆครั้งเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจจะหาที่ปรึกษาหรือระบายให้คนอื่นฟัง ร้อยละ24.64ที่ปฏิบัติบ่อยครั้งเมื่อโกรธจะระงับความโกรธหรือเก็บไว้คนเดียวไม่บอกใครและร้อยละ20.35ปฏิบัติบ่อยครั้งเมื่อโกรธจะทำลายข้าวของหรือทำร้ายคนอื่นจาก

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับการพยายามหลีกเลี่ยงการทำให้ อាកปรมากรมากขึ้น การหาวิธีที่จะช่วยบรรเทาอาการทางจิตก่อนที่จะป่วยซ้ำค้นหาว่าเหตุการณ์ใดเกิดขึ้น ก่อนหน้าที่จะมีอาการทางจิตสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ ดังตัวอย่างต่อไปนี้ “บางทีการ เจ็บป่วยเล็กๆน้อยๆ ถ้าเราไม่รู้จักดูแลตนเองให้ดีอาการมากขึ้นก็ต้องมาอยู่โรงพยาบาลอีก ”

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการวิจัยครั้งนี้มี 5 ขั้นตอนในแต่ละขั้นตอนสามารถ เสริมสร้างพลังอำนาจจนส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำให้กับผู้ป่วยดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย การสร้าง สัมพันธภาพความร่วมมือเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากการให้การดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นเริ่มต้นจาก การมีสัมพันธภาพที่ดีทำให้ผู้ป่วยเกิดความ ไว้วางใจเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะอาการของ โรคที่ทำให้เกิดอาการหวาดระแวง ดังนั้นการ สร้างสัมพันธภาพทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ ลดความขัดแย้งในการสร้างสัมพันธภาพจะต้อง ดำเนินแบบค่อยเป็นค่อยไปผู้ป่วยจะเกิดทักษะในการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจากพยาบาล ซึ่ง การสร้างสัมพันธภาพเป็นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งทางจิตและมีโอกาสที่จะ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของสุนันท์ จำรูญสวัสดิ์(2536)สาธุพร พุฒขาว (2541)พบว่าการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทมีผลต่อความไม่ร่วมมือ ในการรักษา โดยผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองด้านการรับประทานยา การมาตรวจตามนัดและมีความ พึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ มีความเข้มแข็งทางจิตและยังช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะการสื่อสารและ ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ดังคำพูดผู้ป่วย “ถ้าไม่ป่วยซ้ำจนต้องมานอน โรงพยาบาลก็จะได้ทำงาน แม่จะ ได้ไม่ต้องเสียเวลามาเยี่ยมบ่อยๆเอาเวลาไปทำมาหากิน สงสารแม่ ถ้าแม่มาเยี่ยมตนเองอยากขอโทษ ที่ไม่เชื่อแม่ ไม่กินยาตามที่แม่บอก”

การค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วยเป็นการรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจก่อนที่จะสรุป ปัญหาและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจและวางแผนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ตรงกับความต้องการและ สภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยมากที่สุดเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงปัญหาและความต้องการด้าน สุขภาพ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีในการดูแลตนเองค้นหา สถานการณ์จริงในผู้ป่วยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ปัญหาของ ตนเองและเรียนรู้ถึงบทบาทความเท่าเทียมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นการส่งเสริมอัตมโน ทัศน์เชิงบวก

2. การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาเกี่ยวกับการป่วยซ้ำและพฤติกรรมใดที่เป็นปัญหา สาเหตุจากอะไรและมีวิธีการจัดการกับปัญหาอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเองและบทบาทหน้าที่ของตนเองในการจัดการกับปัญหา เห็นความสำคัญของปัญหาพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของตนเอง ส่งเสริมให้เกิดการยอมรับการเจ็บป่วยและรับรู้ว่าตนเองมีบทบาทหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาโดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้อง เกิดทักษะในการสะท้อนคิดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบทำให้ผู้ป่วยมีความคิดด้านบวก สามารถเผชิญปัญหาและจัดการกับความคิดได้ตามศักยภาพส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตมโนทัศน์เชิงบวกก่อให้เกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองแสวงหาข้อมูลความรู้ในการป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยซ้ำสอดคล้องกับการศึกษาของGibson(1995)พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดความรู้สึกที่ดีมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและมีความคิดเชิงบวกส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันตนเองเพิ่มขึ้น ดังคำพูดผู้ป่วย “หมอก็คเคยบอกให้กินยาสม่ำเสมอ ไม่ให้ขาดยา หมอก็คินยาอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ที่ต้องมานอน โรงพยาบาลอีก หมกั้สงสัยเหมือนกันว่าป่วยได้ยังไง แต่คราวหน้าถ้ากินยาไม่ดีขึ้นผมคงต้องรีบมาหาหมอ” “ไม่อยากจะเชื่อหรอกที่คนอื่นหาว่าเราอาการไม่ดี ตัวเรารู้ตัวเองดีว่าเป็นอย่างไร แต่บางครั้งเวลามันเป็นก็บ่บับจนควบคุมตนเองไม่ได้เหมือนกัน”

3. การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร พยาบาลให้การสนับสนุน เสริมสร้างแรงจูงใจและให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การป่วยซ้ำและการป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยซ้ำ โดยแนวทางให้ความรู้นั้นได้ผ่านการค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยมาก่อนเพื่อให้ความรู้ทักษะได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระหว่างที่ให้ความรู้พยาบาลจะต้องมีการซักถามและประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบการรับรู้ข้อมูลว่าตรงกันกับสิ่งที่ให้ไปหรือไม่ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และ นำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติเมื่อกลับไปบ้านก่อให้เกิดความเข้มแข็งทางกายภาพ พลังงานมีอัตมโนทัศน์เชิงบวกมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสอดคล้องกับการศึกษาของผลทิพย์ ปานแดง(2547)พบว่าสร้างเสริมแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ที่ถูกต้อง ดังคำพูดของผู้ป่วย “หนูไม่รู้ว่าจะไรคืออาการเตือน แล้วต้องทำยังไงก็เพิ่งรู้ว่าอาการพวกนี้เป็นอาการเตือน จะได้บอกคนในบ้านให้รู้จะได้ไม่ต้องมาอยู่โรงพยาบาล” “ได้พูดคุยกับเพื่อนในกลุ่มทำให้รู้ว่าไม่ใช่เราคนเดียวที่มีปัญหาจากการกินยา ใครๆก็ มีปัญหา แต่ถ้ามีวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องในการรับประทานยา ก็ไม่มีปัญหา ”

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง พยาบาลสนับสนุนและเอื้ออำนวยทรัพยากรต่างๆ ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะในการคิดพิจารณาเพื่อแก้ไขปัญหา การรับรู้อาการเตือนของการป่วยซ้ำ

และการจัดการ โดยมีพยาบาลคอยให้คำแนะนำเพิ่มเติมความรู้และแหล่งทรัพยากรให้โดยใช้สถานการณ์จากประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยแต่ละคนให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดร่วมกันช่วยกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาเป็นการเสริมสร้างความมีส่วนร่วม เรียนรู้ที่จะรับฟังและคิดแก้ไขปัญหาาร่วมกันก่อให้เกิดความรู้ ทักษะในการเผชิญปัญหา เสริมสร้างพลังงาน แรงจูงใจ มีการเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ก่อให้เกิดอ้อมโนทัศน์เชิงบวก และมีความเข้มแข็งทางจิตใจมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของพนารัตน์ เจนจบ(2542)พบว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจด้วยตนเอง เป็นการกระทำการแก้ปัญหาหรือกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุดนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีอ้อมโนทัศน์ในทางบวกมากขึ้น

5. การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ เป็นขั้นตอนสุดท้ายในการเสริมสร้างพลังอำนาจ พยาบาลจะต้องเสริมสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาต่างๆได้โดยให้ผู้ป่วยพูดให้กำลังใจซึ่งกันและกันพยาบาลให้กำลังใจชี้ให้เห็นประโยชน์ของการมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้อง กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ มีความหวังเห็นเป้าหมายว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะสามารถดูแลบุคคลอันเป็นที่รักได้โดยสามารถทำงานช่วยเหลือครอบครัว ไม่ต้องเป็นภาระผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นถึงความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาต่างๆได้

2) สมมติฐานข้อที่ 2 พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติสามารถอธิบายว่า โดยการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของMiller(2000)ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนมาประยุกต์เป็น 5 ขั้นตอนสร้างเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาความสามารถและศักยภาพของตนเองดังอธิบายไว้ในข้อ1ทำให้กลุ่มทดลองมีการพัฒนาความสามารถและศักยภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งผู้ป่วยจิตเภทจึงมักได้รับการตัดสินว่าไร้ความสามารถมาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย (มาโนช หล่อตระกูล,251) แต่การปฏิบัติตัวเป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติที่เป็นผลจากประสบการณ์และการฝึกหัดและการฝึกผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอิสระและรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองนำไปสู่ความสามารถที่เพิ่มขึ้น(O'Connor,1991)

ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลทั่วไป) กิจกรรมการดูแลทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยา การเตรียมตรวจต่างๆ) กิจกรรม การดูแลด้านจิตใจ คือ การสร้างสัมพันธภาพ การทำกิจกรรมบำบัดต่างๆเช่น การให้ความรู้เรื่องโรค การวางแผนจำหน่าย การให้คำแนะนำทางสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้ผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อค้นหาสาเหตุของความเจ็บป่วยและไม่ได้ได้รับการพัฒนาความรู้ที่เกี่ยวกับ แหล่งพลังอำนาจในตนเองให้เกิดความสมดุลจึงไม่สามารถวางแผนและจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยได้

จากคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ได้จากการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของพนารัตน์ เจนจบ(2542)พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

การปฏิบัติพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นการกระทำ กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อน โดยใช้ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูงในการจัดการรายกรณีหรือวิธีการอื่น ๆ รวมทั้งจัดการให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะ กลุ่มหรือเฉพาะ โรคที่มีประสิทธิภาพให้เหตุผลและตัดสินใจจริยธรรมโดยบูรณาการหลักฐานเชิง ประจักษ์และ ผลงานวิจัย โดยนำความรู้และทฤษฎีการพยาบาลรวมทั้งทฤษฎีอื่นๆที่เป็นปัจจุบัน มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและกระบวนการการดูแลในกลุ่ม ผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะ โรคอย่างต่อเนื่อง(สภาพพยาบาล,2551)ดังนั้นการให้การบำบัด ทางจิตในลักษณะรายกลุ่ม โดยการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ให้แก่ผู้ป่วย 5 ขั้นตอนที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพิ่มมากขึ้น ลดอาการ ของโรค สร้างเสริมสมรรถนะในการป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้ป่วยซ้ำ โดยการฝึกทักษะและพัฒนา ศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเองขณะอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่องโดยใช้ความรู้ ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้การพยาบาล และเป็นการพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลต่อเนื่องซึ่งเป็นสมรรถนะหนึ่งของการปฏิบัติการขั้นสูงของพยาบาลจิตเวช

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพัฒนาความรู้ร่วมกับฝึกทักษะให้ผู้ป่วยพยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้พื้นฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตระหนักรู้ในตนเอง มีความรู้ในเรื่อง โรค เข้าใจและยอมรับสภาพการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทได้ มีทักษะในการบำบัดด้วยกิจกรรมกลุ่ม มีทักษะการให้คำปรึกษารวมทั้งจะต้องมีการประสานงานที่ดี เพื่อการเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. ก่อนนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ ควรมีการอบรมแก่นบุคลากรทางการแพทย์ ในด้านการฝึกทักษะการทำกลุ่มบำบัด และกระบวนการขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในกระบวนการและวัตถุประสงค์ในการนำไปใช้ได้อย่างถูกต้อง

3. ควรมีการติดตามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะยาว ทุก 1 หรือ 3 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้ง ติดตามสถิติการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

4. ควรมีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความคงทนของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษารั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ชุมชน ได้อย่างมีคุณภาพ

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย กับกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กอบโชค จูวงษ์ และบุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ. (2549). วันนอนเฉลี่ยและกลุ่มอาการของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 14(2): 1-9.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กาญจนา ชัยเจริญ. (2547). การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมสุขภาพจิต. (2550). สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จารุวรรณ จินตมงคล. (2541). ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2534). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง. รายงานการวิจัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2539). การสร้างเสริมพลังอำนาจวิชาชีพ. วารสารพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรารัตน์ พิมพ์ดี. (2541). กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิรารัตน์ พิมพ์ดีและคณะ. (2542). รายงานการวิจัย: การพัฒนารูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำที่หอผู้ป่วยหญิงโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2542). การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. ในเอกสารประกอบการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน : 58-98. (29-30กรกฎาคม) ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี.
- จินตนา ลีละไกรวรรณ. (2542). โรคจิตเภท: คู่มือสำหรับครอบครัว. ขอนแก่น: ศิริภักษ์ออฟเซ็ท.

- จุฬาลักษณ์ ชำของ. (2547). **ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ.**
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูทิพย์ ปานปรีชา. (2540). **การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท.** คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้าน
 สุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร: Advisory Board โครงการ Prelapse.
- ฐปนัท ศรีธราธิคุณ และธนา นิลชัยโกวิทย์. (2543). **Preventing Relapse in Schizophrenia: Prelapse.** กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
 รามาธิบดี. (อค์สำเนา)
- ดวงดา อุทุมพุกฤษพร. (2533). **ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังด้านส่วนตัวและครอบครัวกับการ
 มารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
 มหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดารณี จามจรีและจินตนา ยูนิพันธุ์. (2545). **การศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของ
 ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทของสังคมไทย.** รายงานการศึกษา. สำนักพยาบาล กรมการ
 แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ธีระ ลีลานันทกิจ, พิเชฐ อุดมรัตน์ และชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ. (2542). **ผลของโครงการป้องกันการ
 กำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทยเปรียบเทียบกับหนึ่งปีก่อนและหลังเริ่มโครงการ.**
 วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 44: 3-11.
- ธีรศักดิ์ ผลานิผล. (2549). **การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้
 ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง.** โครงการศึกษา
 อิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทูลภา นุพาสังข์.(2545). **ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่
 เป็นโรคจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล
 จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทมาภรณ์ บุรณสมภพ. (2547). **ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยน
 ความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,
 สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ผลทิพย์ ปานแดง. (2545). ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์. (2542). ความก้าวหน้าของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 44: 171-179.
- พนารัตน์ เจนจบ. (2542). การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์ และคณะ. (2547). ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. สงขลา:ลิมบราเดอร์การพิมพ์.
- พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันนท์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. สงขลา:ซานเมืองการพิมพ์.
- พิศสมร เดชดวง. (2545). การศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- เพลิน เลียงโชคอยู่. (2548). การศึกษาโปรแกรมการพยาบาลองค์กรร่วมสำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่มต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. โครงการศึกษาอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- เพชร คันธสายบัว. (2548). การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 19 (1): 1-9.
- ภัทรา ธีรลาภ. (2530). การศึกษาสภาพผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการรักษา ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยนิช. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่. โรงพิมพ์แสงศิลป์.

- มาโนช หล่อตระกูล.(2548).จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ.พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพมหานคร: บียอนด์เอนเตอร์ไพรซ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2550). จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ เอนเตอร์ไพรซ์ .
- รัชนีกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ; โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ละเอียด รอดจันทร์, วัชรภรณ์ อุทโยภาส และจันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ. (2542). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมารักษาของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. ประชุมวิชาการ กรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 5 (2542).
- ยุวดี วงษ์แสง. (2548). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิลาวรรณ เทพโสธร. (2538). การศึกษาปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการครั้งแรกในโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. กรมสุขภาพจิต.
- วยุณี ช้างมิ่ง. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การนำ การสนับสนุนทางสังคมและการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัฒนาภรณ์ พิบูลย์อัครกษณ์. (2549). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สัจจา ทาโต. (2548). บทความวิชาการ : การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2548), หน้า 1-11.
- สุขภาพจิต, กรม. (2552). รายงานประจำปี. นนทบุรี: ศูนย์สุขภาพจิตและศูนย์สารสนเทศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- สุภาวดี บุญชู.(2551). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิริเพชร รัตแพทย์. (2535). ผลกระทบด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยต่อหินชนิดเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาธิตพร พุฒขาว. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมชาย จักรพันธุ์.(2543). แนวโน้มและทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต. (อัดสำเนา).
- สรินทร เชี่ยวโสธร. (2545). ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สันชัย วสุนทรธา. (2547). จิตเภท. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2548). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2544). การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท.เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด. (2543). การส่งเสริมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล. นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. สุขภาพจิต, กรม. (2552). รายงานประจำปี. นนทบุรี: ศูนย์สุขภาพจิตและศูนย์สารสนเทศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2544). แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 3). พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อรพรรณ ลีอนุชวิชัย. (2541). การสร้างเสริมพลังอำนาจกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 12 (มกราคม-ธันวาคม): 14-24.

- อุมพร กาญจนรักษ์. (2545). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมพวรรณ ธากาศ. (2548). **การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในคลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลแม่ทาจังหวัดลำพูน**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ ลีอนุชวิชัย. (2549). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ด่านสุทธาการพิมพ์ จำกัด.
- อรพรรณ ลีอนุชวิชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : วี. พรินท์ จำกัด.
- อนnek สุภิรนนท์, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และบุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ. (2550). **ต้นทุนบริการสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต**. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 15 (1): 1-9.

ภาษาอังกฤษ

- Antai-Otong, C. N. (1999). Understanding the cause of schizophrenia. **The New England Journal of Medication** 340 (8): 645-647.
- Breckman, K. L. and Austin, J. K. (1993). **Causal Attribution Perceived Control and Adjustment in Patients with Lung Cancer**. *Onco Nurs Forum*. 20 (1): 23-30.
- Baker, C. (1995). The development of self-care ability to detect early signs of relapse among individuals who have schizophrenia. **Archives of psychiatric nursing** 9(5): 261-268.
- Bedworth, A. E. and Bedworth, D. A. (1982). **Health for human effectiveness**. New Jersey : Printice-Hall.
- Birchwood, M. et al. (1989). Predicting relapse in Schizophrenia: The Development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observes a preliminary investigation. **Psychological Medicine**. 19: 649-656.
- Birchwood, M., Spencer, E. and McGovern, D. (2000). Schizophrenia: early warning signs. **Advances in Psychiatric Treatment** 6: 93-101.
- Birchwood, M. (2001). Early Intervention in Psychotic Relapse. **Clinical Psychology Review** 21: 1211-1226.

- Boyd, M.A. (2005). **Psychiatric Nursing Contemporary Practice**. 3rd ed. Philadelphia : F.A.Davis.
- Carpenito, L. (1991). **Handbook of Nursing Diagnosis**. Philadelphia : J. B. Lippincott.
- Cochran, W.G. and Cox, G.M. (1992). **Experimental Designs**. 2nded. New York: John Wiley and Sons.
- Corrigan, W. P. (1997). Behavior Therapy Empowers Persons with Severe Mental Illness . **Behavior Modification**. 21 (1) : 45-61
- Christine Rummel-Kluge, Gabriele Pitschel-Walz, Josef Bauml and Werner Kissling. (2006). Psychoeducation in Schizophrenia-Result of Survey of All Psychiatric Institution in Germany, Austria, and Switzerland. **Schizophrenia Bulletin**. vol. 32 no. 4pp.765-775, 2006.
- Gibson, C. H. (1991). A Concept Analysis of Empowerment. **Journal of Advances Nursing**. 16(3): 354-361.
- Gibson, C. H. (1995). The process of Empowerment in ill children. **Journal of Advances Nursing**. 32,8: 1201-1210.
- Johnstone, E. C. and Geddes, J. (1994). How high is relapse rate in schizophrenia. **Acta psychiatrica scandinavica** 89(suppl 382): 6-10.
- Jorgensen, P. (1998). Early signs of psychotic relapse in Schizophrenia. **The British Journal of Psychiatry**.
- Jorgensen, P. (1998). Schizophrenia delusions: the detection of warning signs. **Schizophrenia Research**. 32:17-22.
- Kaplan.H. I., Sadock, B. J. (1995). **Comprehensive text book of psychiatry** 5thed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kongsakon, R., Leelahaj, T., Price, N., Birinyi, S. L. and Davey, P. (2005). Cost Analysis of the Treatment of Schizophrenia in Thailand: A Simulation Model Comparing Olanzapine, Risperidone, Quetiapine, Ziprasidone and Haloperidol. **J Med Assoc Thai**. 88(9):1267-1277.
- Herz M. I., Lamberti J. S., Mintz J., et al. (2000). **A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study**. *Archives General Psychiatry*. 57: 277-83

- Kennedy, G. M., Schepp, G. K. and O'Connor W. F. (2000). **Symptom Self-Management and Relapse in Schizophrenia**. Archives of Psychiatric Nursing. 14: 266-275.
- Falloon, I. R., Held T., Roncome, R. et al. (1998). Optimal treatment strategies to ensure recovery from schizophrenia. **Australia Newzeland Journal Medication**. 32: 43-49.
- Linstrom, E and Bingefors, K. (2000). **Patient compliance with drug therapy in schizophrenia**.Phamacoeconomics. 18: 105-124.
- Machin, D. Cambell, M., Fayers, P., and pinol, A. (1997). **Sample Size Tables for clinical Study**. 2nd ed. Malden: Blackwell Science.
- Miller, F. Judith. (2000). **Coping with Chronic Illness Overcoming Powerlessness**. 3rded. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Meijel, V. B., Gaag V. D. M., Kahn, S. R. et al. (2003). Relapse Prevention in Patients With Schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing 17 (August):** 117-125.
- Meijel, V. B., Gaag V. D. M., Kahn, S. R. et al. (2003). Relapse Prevention in Patients With Schizophrenia: The Application of an Intervention Protocol in Nursing Practice. **Archives of Psychiatric Nursing 17 (August):** 165-172.
- Meijel, V. B., Kruitwagen, C., Gaag V. D. M., et al. 2006. An intervention Study to Prevent Relapse in Patients With Schizophrenia. **Journal of Nursing Scholarship** 38: 42- 49.
- Novacek, J. and Raskin, R. 1998. Recognition of Warning Signs: A Consideration for Cost-Effective Treatment of Severe Mental Illness. **Psychiatric Service**.49:376-378
- Norton, N., Williams, H. Y., and Owen, M. J. (2006). An update on the genetics of schizophrenia. **Current Opinion in Psychiatry** 19 (March 2006) : 158-164.
- O'Conner, W. F. 1991. Symptom Monitoring for Relapse Prevent in Schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing 17 (August)**. 193-121.
- Polit, D. F. And Hungler , B. P. (1999). **Nursing Research Principle and Method**. 6th ed. New York : Lippincott.
- Roy, S. C. and Andrew, H. A. (1991). **The Roy Adaptation Model : The Definition Statement**. Norwalk: Appleton & Lange.

- Rose, E. L. 1997. Family of Psychiatric patients. A critical review and future research direction. **Archive of Psychiatric Nursing**, 31:19-21.
- Royal Brisbane Hospital. 2003. Early Warning Signs. [Online]. Available from: [Http://www.nmna.org](http://www.nmna.org)[2007, September 1]
- Roe, D., Phillip, T. and Paul, H. 2006. Coping with Psychosis :an Integrative Development Framework. **Journal of Nervous Mental Disorder**. 194(12):917-924.
- Sundel, M. and Sundel, S. 1999. Behavior change in the Human Service. 4th ed. California: Sage Publications.
- Suk Bling, Mok Suen. (1998). **A Model of Empowerment for Hong Kong Chinese Cancer Patient and the role of self help Group in the Empowering Process**. Dissertation: Ph.D. nursing. Hong Kong Polytechnic University. Photocopied.
- Sadock, J. B. & Sadock, A. V. (2005). **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. 8th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Stevens, S. and Sin J. (2005). Implementing a self-management model of relapse prevent for psychosis into routine clinical practice. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 12: 495-501.
- Tabachnick, B. and Fidell, L. (1996). **Using Multivariate Statistics**. 3rd ed. New York : Harper Collins.
- UNC Department of Psychiatry. Schizophrenia Treatment and Evaluation Program (STEP).[online]. Available from: <http://www.psychiatry.unc.edu/STEP/contact.htm>. [2007, November 3]
- Zimmerman. M. A. (1995). Psychological Issues and illustration. **American Journal of Community Psychology** 23 (5): 581-599.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์ธีระ ลีลานุกิจ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
2. นางสาวชูศรี เกิดบุญโชติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
3. นางเพชรี คันธสายบัว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
4. ผศ.ศิริลักษณ์ เวชการวิทยา	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล
5. อาจารย์ภาสิษฐา อ่อนดี	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข
การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

$$CVI = \frac{13.6}{14} = 0.97$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบแหล่งพลังอำนาจ

$$CVI = \frac{19.6}{20} = 0.98$$

ภาคผนวก ค

ตารางคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทรายด้าน

ตาราง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในด้านการรับรู้อาการเตือน ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้องก่อนของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ด้านการรับรู้อาการเตือน	20.55	3.08	16.30	2.60	4.69	.00
ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา	17.95	1.60	14.70	2.08	5.53	.00
ด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง	22.45	2.25	16.05	3.67	6.63	.00
รวม	60.95	6.93	47.05	8.35	16.85	.00

ตาราง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในด้านการรับรู้อาการเตือน ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้องก่อนของกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ด้านการรับรู้อาการเตือน	16.30	3.16	14.30	4.60	1.58	.12
ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา	13.05	2.64	13.90	3.22	0.91	.36
ด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง	16.20	4.45	16.50	4.38	0.21	.83
รวม	90.30	10.25	44.70	12.20	2.71	1.31

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท
 - แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง
 - แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความในช่องว่างในข้อที่ตรงกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

- | | | |
|--|--|--|
| 1. เพศ | <input type="checkbox"/> ชาย | <input type="checkbox"/> หญิง |
| 2. อายุ |ปี | |
| 3. สถานภาพสมรส | <input type="checkbox"/> โสด | <input type="checkbox"/> คู่ |
| | <input type="checkbox"/> หม้าย | <input type="checkbox"/> หย่า |
| | <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ | <input type="checkbox"/> อื่นๆ |
| 4. การศึกษา | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา | <input type="checkbox"/> อนุปริญญา ปวช. ปวส. |
| | <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น | <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี |
| | <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย | <input type="checkbox"/> ปริญญาโท <input type="checkbox"/> อื่นๆ |
| | <input type="checkbox"/> คำขาย | <input type="checkbox"/> รับจ้าง |
| 5. อาชีพ | <input type="checkbox"/> รับราชการ | <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม |
| | <input type="checkbox"/> พนักงานบริษัท | <input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ |
| | <input type="checkbox"/> ว่างาน | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
| | | |
| 6. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล.....ครั้ง | | |
| 7. ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ครั้งแรก.....ปี | | |
| 8. การรักษานในโรงพยาบาลครั้งนี้ มีระยะเวลาห่างจากวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อน.. | | |
| วัน | | |
|เดือน | | |
|ปี | | |

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง : แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ซึ่งจะสอบถามถึงพฤติกรรม หรือการกระทำของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งจะแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- | | |
|-----------|---|
| 5 หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านมากที่สุด |
| 4 หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านมาก |
| 3 หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านปานกลาง |
| 2 หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านน้อย |
| 1 หมายถึง | ข้อความนั้นไม่ตรงกับพฤติกรรมของท่านเลย |

: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ที่ระดับของพฤติกรรมซึ่งตรงกับการปฏิบัติที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำ

ข้อคำถาม	ระดับพฤติกรรมหรือการกระทำ				
	5	4	3	2	1
1. ท่านสามารถบอกกับตนเองเมื่อรู้ว่าอารมณ์ของตนเองเริ่มเปลี่ยนแปลง เช่น เริ่มรู้สึกหงุดหงิดง่ายขึ้น หรือซึมเศร้า					
2. ท่านสามารถบอกกับตนเองเมื่อรู้ว่าความคิดของท่านเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง เช่น คิดว่าตนเองกำลังอยู่ในอันตราย คิดว่าตนเองไร้ค่า					
3. ท่านสามารถบอกกับตนเองเมื่อพฤติกรรมของท่านเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง เช่น นอนไม่หลับ แยกตัวอยู่ลำพัง					
4. ท่านยอมรับกับการที่ผู้อื่นบอกว่าท่านเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลง					
5.....					
6.....					
14. แม้ท่านเกิดอาการข้างเคียงของยา เช่น ง่วงนอนมาก มือสั่น กระสับกระส่าย น้ำลายไหล ลิ้นแข็ง ท่านรีบไปพบแพทย์เพื่อปรับยา.					

แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ(เครื่องมือกำกับการทดลอง)

คำชี้แจง แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกทั้งหมด รวม 20 ข้อให้ตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ค่าคะแนนทางบวก
มากที่สุด	ปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด	5
มาก	ปฏิบัติอยู่ในระดับมาก	4
ปานกลาง	ปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง	3
น้อย	ปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย	2
น้อยที่สุด	ปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยที่สุด	1

โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อความว่าตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากน้อยเพียงใด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความ

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ					
2.อาการเจ็บป่วยทางจิตของท่านดีขึ้น					
3.ท่านสามารถควบคุมตนเองได้					
4.ท่านมีวิธีจัดการกับอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้					
5.....					
6.....					
20ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับ.....					

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ



โดย

นางสาวไสรยา ศุภโรจน์

อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคจิตเภทมีสถิติการป่วยซ้ำสูงและต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งทำให้ผู้ป่วยขาดพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง เกิดความเบื่อหน่ายและขาดแรงจูงใจในการป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วยจากการไม่รู้ถึงภาวะที่ผิดปกติ การรับประทานยาเป็นระยะเวลายาวนาน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขาดการดูแลตนเอง ทำให้แหล่งพลังอำนาจในตนเองลดลงไม่สามารถควบคุมสถานการณ์การเจ็บป่วยได้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจแก้ไขปัญหาวุฒิกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทด้วยการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของ Miller.(2000) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย 2) การสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ 3) การสร้างเสริมแหล่งพลังอำนาจ 4) การสร้างเสริมพลังอำนาจด้วยตนเอง 5) การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ ดังมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ ประเมินทัศนคติต่อการเจ็บป่วยและการป่วยซ้ำ

กิจกรรมที่ 1.2 อภิปรายกลุ่มเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต

กิจกรรมที่ 1.3 รวบรวมและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์

กิจกรรมที่ 2 การอภิปรายกลุ่มเรื่องปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการป่วยซ้ำ

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างเสริมพลังอำนาจด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะพฤติกรรมในการป้องกันการป่วยซ้ำ

ขั้นตอนที่ 5 การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ

กิจกรรมที่ 5 การสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการกับปัญหา

ทั้งนี้ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคจิตเภทฉบับนี้ จะเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเองจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมการมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำไม่ให้เกิดต้องกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอีกต่อไป

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
แนวคิดหลักการและเหตุผล	1
โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ	4
คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ	5
โครงสร้างของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ	6
กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย	
กิจกรรมที่ 2 การอภิปรายกลุ่มเรื่องปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วย	
กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการป่วยซ้ำ	
กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะพฤติกรรมในการป้องกันการป่วยซ้ำ	
กิจกรรมที่ 5 การสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการกับปัญหา	
รายละเอียดของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ	6

ตัวอย่างแผนการดำเนินโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภท

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพประเมินทัศนคติต่อการเจ็บป่วยและการป่วยซ้ำ

กิจกรรมที่ 2 อภิปรายกลุ่มเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต

กิจกรรมที่ 3 รวบรวมและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ

สัปดาห์ที่ 1 วันที่.....เวลา 09.30-10.30 น./ 13.00-14.00 น.

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่สอน แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

หลักการและเหตุผล การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยและระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจและลดความขัดแย้งวิตกกังวล ส่วนการประเมินการรับรู้ ความเชื่อและทัศนคติของตนเองต่อการเจ็บป่วย เป็นการประเมินความคิดพื้นฐานเดิมของผู้ป่วยแต่ละคนถึงสัญญาณของการป่วยซ้ำและวิธีการจัดการของแต่ละคน ช่วยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพจิตของตนเองว่ากำลังมีปัญหาเข้าใจและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและเป็นการประเมินถึงความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง การอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอีกหลายคนที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยเช่นเดียวกับตนเอง ส่วนการประเมินแหล่งพลังอำนาจทำให้ทราบว่าปัญหาการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างไร พฤติกรรมใดที่เป็นปัญหาต่อการเจ็บป่วยและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเป็นการส่งเสริม อत्मโนทัศนเชิงบวกในการใช้ศักยภาพความสามารถและทรัพยากรที่มีของตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยและระหว่างผู้ป่วยด้วยกันสร้างความคุ้นเคยเกิดความไว้วางใจและกล้าเปิดเผยตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยค้นหาและระบุปัญหาการป่วยซ้ำจากสถานการณ์จริง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของการป่วยซ้ำ ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วย รวมทั้งวิธีการดูแลตนเอง
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาการป่วยซ้ำ

ลักษณะกิจกรรม ราชกลุ่ม

ระยะเวลา 60 นาที

สื่อ/อุปกรณ์

1. แบบบันทึกการอภิปรายกลุ่ม

2. แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต(ใบงาน1)
3. แบบประเมินทัศนคติของตนเองต่อการป่วยซ้ำ(ใบงาน2)
4. แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ(ใบงาน3)
5. ปากกา/ดินสอ

เนื้อหา

1. การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มและระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง
2. การเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิต
3. การประเมินภาวะสุขภาพจิตและทัศนคติต่อการป่วยซ้ำของตนเองเป็นการเรียนรู้การติดตามภาวะสุขภาพจิตของตนเอง รวมทั้งความเชื่อในเรื่องการเจ็บป่วยและการจัดการกับความเจ็บป่วย สนับสนุนการคิดแก้ปัญหาและการจัดการกับการเจ็บป่วยด้วยการคิดเชิงบวกและการประเมินทัศนคติต่อการป่วยซ้ำ แบ่งทัศนคติต่อการป่วยซ้ำเป็น 3 ประเภทคือ
 - คนที่มองทางบวก การคิดทางบวกจะช่วยให้คนที่กำลังประสบกับเหตุการณ์ที่ยุ่ยากให้สามารถอยู่กับเหตุการณ์นั้น โดยไม่กลับมาป่วยอีกครั้ง แต่อาจจะไม่ทราบว่าเมื่อการเตือนของการป่วยซ้ำเกิดขึ้นแล้ว จึงจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ
 - คนที่อยู่ในความเป็นจริง มีความวิตกกังวลแต่สามารถระบุนอาการเตือนของการป่วยซ้ำได้ และไม่คิดว่าเป็นสิ่งเลวร้าย มีการควบคุมการเจ็บป่วยของตนเอง
 - คนที่มองทางลบ รู้ว่ามีอาการป่วยซ้ำเกิดขึ้นแล้วและวิธีการที่ดีที่สุดคือการยอมรับการกั่วงวลมากเกินไปทำให้เกิดความเครียดและทำให้เกิดการป่วยซ้ำจึงหลีกเลี่ยงจึงจำเป็นต้องได้รับการเพิ่มความมั่นใจว่าจะทำอะไรที่จะทำให้อยู่อย่างปกติสุข เช่นการขอความช่วยเหลือจากเพื่อน ครอบครัว การรับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ
4. รวบรวมแหล่งพลังอำนาจโดยใช้แบบรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจ 6 ด้าน เพื่อการวินิจฉัยพลังอำนาจจะทำให้ทราบว่าปัญหาในการดำเนินชีวิตของตนเองเป็นอย่างไร แหล่งพลังอำนาจด้านใดบกพร่องและปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขตามลำดับ

กิจกรรม

1. ผู้วิจัย แนะนำตัวทักทายกับสมาชิกและให้สมาชิกแนะนำตนเอง บอกชื่อกลุ่มวัตถุประสงค์ กติกาการเข้ากลุ่มอย่างคร่าวๆ(10นาที)
2. ให้สมาชิกเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองให้สมาชิกในกลุ่มฟังและอภิปรายร่วมกัน โดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้จดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปราย(10นาที)

3. ผู้วิจัยแจกแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต(ใบงาน1)ให้สมาชิกในกลุ่มทุกคนประเมินภาวะสุขภาพจิตของตนเองและและอภิปรายร่วมกัน โดยผู้ช่วยผู้วิจัยจดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปราย(10นาที)

4. ผู้วิจัยแจกแบบประเมินทัศนคติต่อการป่วยซ้ำ(ใบงาน2) ให้สมาชิกในกลุ่มทุกคนประเมินทัศนคติของตนเองต่อการป่วยซ้ำ ผู้วิจัยแปลผลการทำแบบประเมินทัศนคติต่อการป่วยซ้ำของสมาชิกว่าอยู่ในประเภทใด(ถ้าเลือกข้อ 1 มากที่สุด เป็นคนที่มองในทางบวก ถ้าเลือกข้อ 2 มากที่สุดเป็นคนที่อยู่ในความเป็นจริง ถ้าเลือกข้อ 3 มากที่สุด เป็นคนที่มองในทางลบ)และอภิปรายร่วมกัน โดยผู้ช่วยผู้วิจัยจดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปราย(10นาที)

5. ผู้วิจัยแจกแบบรวบรวมแหล่งพลังอำนาจ(ใบงาน3) ให้สมาชิกในกลุ่มทุกคนประเมินแหล่งพลังอำนาจของตนเองและจัดลำดับความสำคัญของแหล่งพลังอำนาจที่บกพร่องและอภิปรายร่วมกัน โดยผู้ช่วยผู้วิจัยจดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปราย(10นาที)

6. ผู้วิจัยให้สมาชิกถามข้อสงสัยและสรุปกิจกรรมร่วมกับสมาชิก ให้กำลังใจต่อสู้กับปัญหา การเจ็บป่วยและใช้ศักยภาพ ทรัพยากรที่มีอยู่ของตนเองและบุคคลใกล้ชิด นัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป(10นาที)

การประเมินผล

1. ผู้วิจัยได้รู้จักสมาชิกและสมาชิกได้รู้จักผู้วิจัยและสมาชิกผู้ป่วยด้วยกันเกิดความคุ้นเคยกัน
2. ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิตกับผู้ป่วยอื่นได้ตามสภาพการณ์จริง
3. ผู้ป่วยประเมินระดับภาวะสุขภาพจิตของตนเองและบอกสิ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตได้
4. ผู้ป่วยสามารถพูดถึงความเชื่อ ความหวังเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและวิธีการจัดการทางบวกได้ และบอกได้ว่าตนเองมีทัศนคติต่อการป่วยซ้ำอยู่ในประเภทใด
5. ผู้ป่วยบอกได้ว่าตนเองบกพร่องของแหล่งพลังอำนาจด้านใดและสามารถจัดลำดับความสำคัญของแหล่งพลังอำนาจที่ต้องได้รับการแก้ไข

ภาคผนวก จ

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวโสธยา สุภโรจน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา คลองสาน กรุงเทพมหานคร (ที่บ้าน) 32/16 หมู่ 3 หมู่บ้านสุขนิเวศน์ 1 ต.บางกระสอ อ.เมืองจ.นนทบุรี

E-mail: koy_so@hotmail.com.

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไร รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย

2. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่

3.1 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่มีการป่วยซ้ำ เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ

4.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD 10 ว่าเป็นโรคจิตเภทที่ป่วยซ้ำมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป อายุระหว่าง 20- 59 ปี และมีคะแนนประเมินอาการทางจิตไม่เกิน 30 คะแนน

4.2 สามารถเข้าใจภาษาไทยและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอมในการให้ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยจำนวน 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยเลือกโรงพยาบาลแบบเฉพาะเจาะจงได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เนื่องจากเป็นสถาบันหรือโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครอีกทั้งโรงพยาบาลมี

ขนาดใหญ่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช และเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลจิตเวชที่สังกัดกรมสุขภาพจิตที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชครอบคลุมในการบริการครบทั้ง 4 มิติ คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เรื่องผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้ คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษารายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษารั้งก่อนและระยะเวลาเจ็บป่วย ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการ และจะไม่ทำ ความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภทมีพลังอำนาจเพิ่มมากขึ้น เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ และลดอัตราการป่วยซ้ำ อีกทั้งเป็นแนวทางพัฒนาการศึกษาวิจัยด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

7. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ได้ที่เบอร์โทร 081-8253780

8. ในการขอข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อนที่จะทำการศึกษา

9. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

10. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-22188147

โทรสาร 0-22188147 E-mail: eccu@chula.ac.th

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวโสธยา ศุภโรจณี ที่อยู่ 32/16 หมู่ 3 หมู่บ้านสุขนิเวศน์ 1 ต.บางกระสอ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 ที่อยู่ติดต่อ (บ้าน) 02- 5275476 (มือถือ) 081- 8253780

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องให้ข้อมูล และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามจำนวน 2 ส่วน และได้ทราบถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุถึงตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail :eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนานั่งสื่อแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวโสธยา ศุภโรจน์)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ภาคผนวก ฉ
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวโสธยา สุภโรจน์ เกิดวันที่ 8มกราคม พ.ศ.2510 จังหวัดกรุงเทพ สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ระดับต้น) จากวิทยาลัยพยาบาลศรีสัญญา เมื่อ พ.ศ. 2531 พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อ พ.ศ. 2541 เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ.2552 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา